



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

**Prevensjonsveiledning og unge kvinners valg av prevensjonsmiddel
– en kvalitativ studie**

Kappe og vitenskapelig artikkel

Av Siri Dammen og Caroline Norheim Rosten

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2022

Veileder: Ingvild Aune

Antall ord: 7699 kappe + 3000 artikkel

Forord

Innlevering av denne masteroppgaven markerer avslutningen på en fin studietid i Tromsø, hvor vi de to siste årene har studert master i jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet. Vi har i løpet av disse årene fått oppleve mye spennende, både på skolen, i praksis og ute i nordnorsk natur. Å arbeide med denne masteroppgaven har vært en utfordrende, men også interessant og lærerik prosess. Vi setter pris på muligheten til å fordype oss i et tema vi interesserer oss for, og vil ta med oss kunnskapen vi har tilegnet oss videre inn i yrket som jordmor.

I forbindelse med innlevering vil vi rette en stor takk til veilederen vår, dosent Ingvild Aune, som med sin kunnskap og sitt engasjement har hjulpet oss i denne perioden. Takk for et godt samarbeid og for at du har vært tilgjengelig for oss hele veien.

Vi ønsker også å takke familie og venner som har bistått med korrekturlesing og oppmuntrende ord underveis, medstudenter for gode samtaler og sosiale stunder, og til slutt en stor takk til alle de unge kvinnene som deltok i studien og delte sine erfaringer.

Avslutningsvis er vi takknemlig for muligheten til å tilbringe mange fine måneder sammen i Tromsø, og det gode samarbeidet vi har hatt oss imellom.

Tromsø, mars 2022

Siri Dammen og Caroline Norheim Rosten

Abstrakt

Tittel: Prevensjonsveiledning og unge kvinners valg av prevensjonsmiddel – en kvalitativ studie.

Hensikt: Hensikten med studien var å få en fordypet kunnskap om hvilke erfaringer unge kvinner har med å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell, og hvilke faktorer som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Det ble utført ti semistrukturerte individuelle intervjuer. Informantene var unge kvinner i aldersgruppen 18-25 år, som brukte prevensjon og var bosatt i Norge. Datamaterialet ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Enkelte kvinner var fornøyde med prevensjonsveiledningen de mottok, og opplevde å bli ivaretatt. Andre erfarte veiledningen som mangelfull og fikk lite informasjon om prevensjonsmiddelets virkning, bivirkninger og alternative prevensjonsmidler. Videre opplevde de veiledningen som lite individuelt tilpasset. Da kvinnene skulle velge et prevensjonsmiddel ble de påvirket av faktorer som middelets pålitelighet, administrering og potensielle bivirkninger. Videre hadde påvirkning fra venner, jevnaldrende og helsepersonell innvirkning på deres valg.

Konklusjon: Studien avdekket et forbedringspotensial ved prevensjonsveiledningen de unge kvinnene mottok hos helsepersonell. Kvinnene opplevde å møte et helsepersonell som var lite interessert, og som manglet kunnskap for å kunne gi dem den informasjonen de trengte. Videre avdekket studien at kvinnenes valg ble påvirket av flere ulike faktorer, noe som kan være en fordel for helsepersonell å kjenne til. Studien bidrar med kunnskap som er relevant for jordmødre, helsesykepleiere og leger i deres fremtidige arbeid med prevensjonsveiledning av unge kvinner.

Nøkkelord: Kvalitativ metode, veiledning, prevensjonsmetode, uønsket graviditet, beslutningsprosess.

Abstract

Title: Contraceptive counselling and young women's choice of a contraceptive method – a qualitative study.

Purpose: The purpose of the study was to gain an in-depth knowledge of young women's experiences with receiving contraceptive counselling from healthcare professionals, and to examine which factors that influence their choice of a contraceptive method.

Methods: The study has a qualitative research design. Ten individual semi-structured interviews were conducted. The participants were young women aged 18-25 who used contraceptives and lived in Norway. Data were analysed using systematic text-condensation.

Results: Some women were satisfied with the contraceptive counselling they received, and experienced being cared for. Others experienced the counselling as deficient and received limited information about the safety of contraceptives, side-effects and alternative methods. Furthermore, they did not experience the counselling to be tailored to their individual needs. Women's choices of contraceptives were influenced by factors such as the safety of the method, administration, potential side-effects, friends and healthcare professionals.

Conclusion: The study revealed a potential for improvement in the counselling the young women received. The women experienced being met by healthcare professionals who showed little interest, and who lacked the knowledge to give them the information they needed. Furthermore, the women's decisions were influenced by several factors, which may be an advantage for healthcare professionals to be aware of. The study contributes knowledge that is relevant to midwives, health nurses and doctors in their future work with contraceptive counselling of young women.

Keywords: Qualitative research design, guidance, birth control, unintended pregnancy, decision making.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Hensikt.....	3
1.3	Begrepsavklaring	3
1.3.1	Veiledning	3
1.3.2	Prevensjonsmiddel	4
1.3.3	Unge voksne.....	4
2	Teoretisk rammeverk.....	4
2.1	Pasientsentrert omsorg.....	4
2.2	“Shared decision making”	5
2.3	“Decision-making model for a new contraceptive method”	6
2.3.1	Sosiale og miljømessige faktorer	6
2.3.2	Individuelle faktorer	7
3	Metode.....	8
3.1	Vitenskapsteoretisk perspektiv	8
3.2	Forforståelse	8
3.3	Design.....	9
3.4	Utvalg og rekruttering	9
3.5	Datainnsamling	10
3.6	Forskningsetiske vurderinger	10
4	Analyse.....	12
4.1	Transkribering	12
4.2	Systematisk tekstkondensering.....	12
5	Resultat.....	15
6	Diskusjon.....	15
6.1	Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning	15

6.2	Personlige preferanser påvirker valget	17
6.3	Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger.....	18
6.4	Metodediskusjon.....	19
6.4.1	Validitet.....	19
6.4.2	Overførbarhet	20
6.4.3	Refleksivitet	21
6.4.4	Pålitelighet.....	21
6.4.5	Implikasjoner for praksis og fremtidig forskning	22
7	Konklusjon	23
	Referanseliste	24
	Vedlegg 1: Vitenskapelig artikkel	
	Vedlegg 2: Forfatterveiledning	
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv	
	Vedlegg 4: Intervjuguide	
	Vedlegg 5: Vurdering fra NSD	
	Vedlegg 6: Fremleggsvurdering REK	
	Vedlegg 7: Datahåndteringsplan	
	Vedlegg 8: Oversikt over analyseprosessen	

1 Introduksjon

Denne masteroppgaven handler om prevensjonsveiledning og valg av prevensjonsmiddel. Oppgaven er todelt og består av en kappe og en vitenskapelig artikkel (vedlegg 1). Artikkelen er tilpasset retningslinjene for tidsskriftet Sykepleien forskning (vedlegg 2) og kan med fordel leses først, da den presenterer studiens funn i sin helhet. Kappen er konstruert som en overbyggende tekst, som inneholder en utdypende beskrivelse av studiens innhold og grundig redegjørelse for beslutninger som er tatt underveis i forskningsprosessen.

1.1 Bakgrunn

Å jobbe som jordmor er for mange forbundet med å ta imot barn. De fleste jordmødre jobber i svangerskaps-, fødsels- eller barselomsorgen. Det å arbeide med kvinnehelse og prevensjonsveiledning er også en viktig del av jordmoryrket, og en kompetanse som det forventes at jordmødre innehar. Nasjonalt har det de siste årene tilkommet et økt fokus på kvinners seksuelle og reproduktive helse, blant annet for å redusere antall uønskede svangerskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

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). Forskning viser at kvinner ønsker god informasjon under prevensjonsveiledning (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). Hva helsepersonell og kvinner anser som viktig og relevant informasjon viser seg å være ulikt. I en amerikansk studie trakk kvinnene frem hvordan prevensjonsmiddelet virker for å forebygge graviditet som det viktigste, mens helsepersonell anså informasjon om prevensjonsmiddelets administrering som sin førsteprioritet (Donnelly, Foster & Thompson, 2014).

Kvinner ønsker prevensjonsveiledning som er individuelt tilpasset hver enkelt kvinne (Dehlendorf et al., 2013; Fox et al., 2018; Lukasse et al., 2021). I en norsk studie trekker kvinner frem at det å bli spurt om sin medisinske historie og sine 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).

For å kunne tilrettelegge for at unge kvinner velger det prevensjonsmiddelet som passer dem best, er det viktig å forstå hva som påvirker deres valg. 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 families, partners og venners anbefalinger påvirker valg av prevensjonsmiddel (Fulcher et al., 2021; Hirth et al., 2021; Mahony, Spinner, Vamos & Daley, 2021; Marshall, Kandahari & Raine-Bennett, 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 påvirkningen. 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).

Internasjonalt er det utført flere studier rundt den aktuelle tematikken, men i Norge er dette et mindre utforsket felt. Det er derfor behov for mer kunnskap om unge kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning og deres valg av prevensjonsmiddel.

1.2 Hensikt

Hensikten med studien var å få en fordypet 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 jordmødre er blant dem som har en sentral rolle ved veiledning, forskrivning og administrering av prevensjonsmidler. Den kommunale jordmortjenesten er stadig i utvikling, og regjeringens krav om flere jordmødre i kommunene øker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). En økning av antall jordmødre i kommunene vil bidra til at flere kvinner får muligheten til å benytte seg av jordmødres kompetanse innen kvinnehelse og prevensjonsveiledning. Vi har valgt å fokusere på unge voksne da tidligere forskning i større grad fokuserer på tenåringer eller voksne generelt. Studien ansees som interessant og original da hensikten etter vår kjennskap ikke er undersøkt i Norge tidligere. Det har videre skjedd en endring i Norge de siste årene når det kommer til hvilke prevensjonsmidler unge kvinner velger (Furu, Aares, Hjellvik & Karlstad, 2021). Studien ansees derfor som aktuell da den blant annet tar for seg hva som påvirker unge kvinners valg av middel.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Veiledning

Veiledning kan defineres på mange ulike måter. Vi har i denne studien valgt å ta utgangspunkt i Tveiten sin definisjon av veiledning: “Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier” (Tveiten, sitert i Tveiten, 2019, s. 22).

1.3.2 Prevensjonsmiddel

“Prevensjonsmiddel” og “prevensjonsmetode” viser seg å være begreper som brukes om hverandre, uten et tydelig skille. Vi har i denne studien valgt å benytte begrepet “prevensjonsmiddel” som et samlebegrep på de ulike typene prevensjon som finnes (Johansen & Gamnes, 2022).

1.3.3 Unge voksne

Vi har i denne studien definert unge voksne som personer i aldersgruppen 18-25 år.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet blir det teoretiske rammeverket presentert. Teorien i denne studien er pasientsentrert omsorg, “shared decision making” og “decision-making model for a new contraceptive method”. Denne teorien er valgt på bakgrunn av studiens hensikt og bidrar til å belyse ulike sider ved våre funn.

2.1 Pasientsentrert omsorg

Pasientsentrert omsorg er en tilnærming med fokus på forbedring av pasienters opplevelse av omsorg, samt å behandle hver enkelt med respekt og medmenneskelighet. Pasientens ønsker skal være i sentrum, og veiledning og behandling skal være individuelt tilpasset den enkelte (Dehlendorf, Fox, Sobel & Borrero, 2016; Epstein et al., 2005; Wolfe, 2001). Innen pasientsentrert omsorg er “health communication” et sentralt aspekt. For å kunne møte pasientens behov for individualisert omsorg, kreves det at helsepersonell har mellommenneskelige ferdigheter for å kunne utvikle en gjensidig respektfull terapeutisk relasjon med pasienten. Det kreves også at helsepersonell evner å gi veiledning som integrerer evidensbasert kunnskap og pasientens preferanser (Dehlendorf et al., 2016).

Når det gjelder prevensjonsveiledning er pasientsentrert omsorg en passende tilnærming da tematikken for mange kan oppleves som intim og personlig (Dehlendorf et al., 2016; Dehlendorf et al., 2013). For å øke forståelsen av hvordan pasientsentrert omsorg kan benyttes i prevensjonsveiledning har Dehlendorf et al. (2016, s. 56) definert pasientsentrert prevensjonsveiledning slik:

“Patient-centered contraceptive services involve treating each person as a unique individual with respect, empathy and understanding, providing accurate, easy to understand information about contraception based on the patient’s needs and goals, and assisting patients in selecting a contraceptive method that is the best fit for their individual situation in a manner that reflects the patients’ preferences for decision making”.

Å fokusere på kvinners ønsker og behov under prevensjonsveiledning skiller seg fra andre tilnærminger ved prevensjonsveiledning hvor hensikten er å anbefale det prevensjonsmiddelet som er mest effektivt for å hindre utilsiktet graviditet. Pasientsentrert omsorg har til hensikt å møte kvinners ønsker om prevensjonsmiddel som ikke nødvendigvis kommer fra et behov om å være tryggest, men også på bakgrunn av andre faktorer som er viktige for kvinner. Helsepersonell må derfor sikre at kvinner har den informasjonen som er nødvendig for at de kan ta det beste valget (Dehlendorf et al., 2016; Epstein et al., 2005).

2.2 “Shared decision making”

En av de mest kjente modellene innen pasientsentrert omsorg er “shared decision making” (SDM) (Hoopes, Timko & Akers, 2021). SDM er en modell hvor helsepersonell og bruker samarbeider om å komme frem til en beslutning, basert på helsepersonells kunnskap og brukers preferanser. Modellen bidrar til at brukere som står overfor en beslutning kan ta et informert valg (Charles, Gafni & Whelan, 1997).

For at en beslutningsprosess kan identifiseres som SDM må enkelte nøkkelegenskaper være til stede. Ifølge modellen må to parter være involvert, helsepersonell og bruker. Videre må begge parter være delaktig i beslutningsprosessen. Dette forutsetter at det ligger til grunn en enighet om at begge parter skal delta. Helsepersonell må invitere bruker til å dele sine preferanser slik at de ulike alternativene kan bli sett i sammenheng med brukers livstil og verdier. Videre skal helsepersonell dele av sin kunnskap og gi informasjon til bruker om alternativer, med følgende ulemper og fordeler, på en klar og forståelig måte. Helsepersonell skal bistå bruker i vurderingsprosessen hvor fordeler og ulemper veies opp mot hverandre, og stille bruker spørsmål for å sjekke om informasjonen som ligger til grunn for deres ønske er basert på fakta og ikke misforståelser. Til slutt innebærer SDM at helsepersonell skal dele sin anbefaling, enten ved å bekrefte brukers ønske av prevensjonsmiddel eller foreslå et annet

middel. Helsepersonell må i denne situasjonen være oppmerksom på å ikke overbevise bruker, men heller gi sin profesjonelle anbefaling (Charles et al., 1997).

SDM egner seg godt ved prevensjonsveiledning da det er mange prevensjonsmidler å velge mellom, og brukers preferanser står sentralt. Til forskjell fra andre medisinske beslutninger har kvinner ved valg av prevensjonsmiddel ofte flere preferanser på bakgrunn av sitt nettverk og sine tidligere erfaringer. SDM innen prevensjonsveiledning viser seg å være noe kvinner foretrekker, og det er forbundet med økt deltakelse fra brukere, bedre helseutfall og forbedret opplevelse av omsorg (Chen, Lindley, Kimport & Dehlendorf, 2019; Dehlendorf, Grumbach, Schmittiel & Steinauer, 2017).

2.3 “Decision-making model for a new contraceptive method”

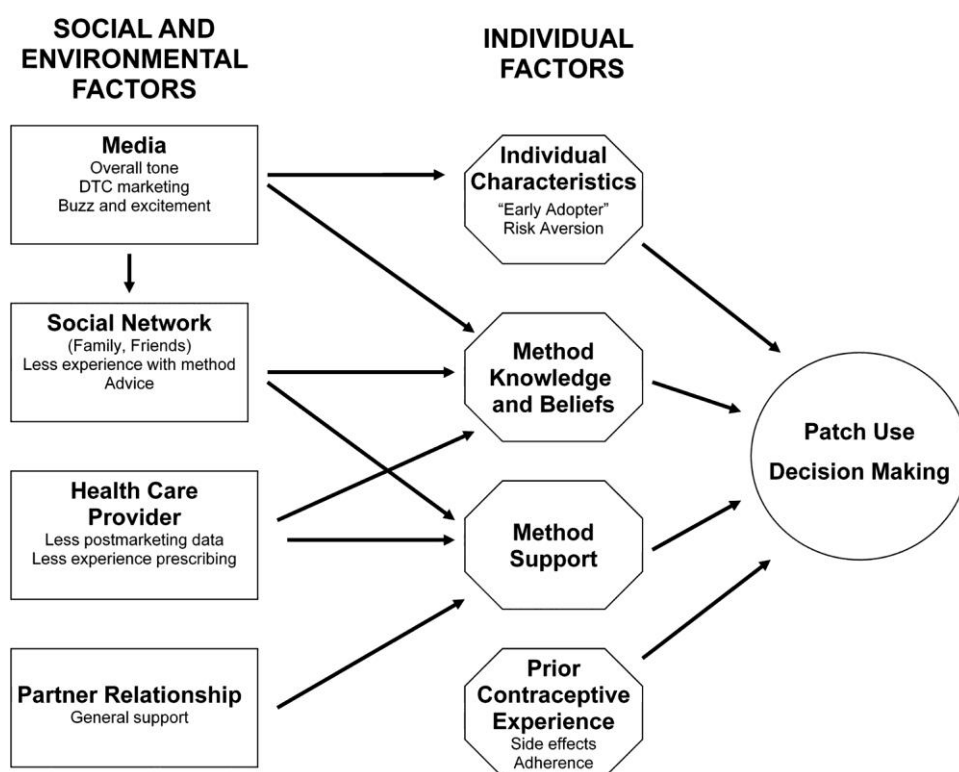
Det er utviklet en modell for å forstå hva som ligger til grunn for ungdommers og unge voksnes beslutninger når de skal velge et nytt prevensjonsmiddel. Den består av fire sosiale og miljømessige faktorer, og fire individuelle faktorer, som alle påvirker valg av prevensjonsmiddel (figur 1). Modellen ble utarbeidet med utgangspunkt i valg av p-plaster som prevensjonsmiddel (Sucato, Bhatt, Murray & Ott, 2011). I vår studie settes modellen i en helhetlig sammenheng for å belyse hva som påvirker valg av prevensjonsmiddel generelt.

2.3.1 Sosiale og miljømessige faktorer

Media er en av de sosiale og miljømessige faktorene. Media bidrar til bevissthet rundt ulike prevensjonsmidler og er en kilde til informasjon. Media påvirker valg av prevensjonsmiddel, både ved å fremme positive sider ved et middel, men også ved å fremme bivirkninger og andre grunner for ikke å velge et middel. Sosialt nettverk er en annen sosial og miljømessig faktor. Kjennskap til hvilke prevensjonsmidler kvinnelige familiemedlemmer og nære venner bruker, samt deres erfaringer med disse, har påvirkning på valg. Et sosialt nettverk hvor få har kjennskap til et spesifikt prevensjonsmiddel kan føre til skepsis, og hindre kvinner i å velge middelet. De to siste sosiale og miljømessige faktorene er helsepersonell og partner. Helsepersonell har i sin rolle mulighet til å lære unge kvinner om ulike prevensjonsmidler, korrigere eventuell ukorrekt informasjon de har fått fra sitt sosiale nettverk og være en støttespiller. Partner kan med sine holdninger påvirke kvinners syn på et prevensjonsmiddel i positiv eller negativ retning, og dermed innvirke på valg av middel (Sucato et al., 2011).

2.3.2 Individuelle faktorer

Individuelle egenskaper er den første individuelle faktoren i modellen, og handler om personlige egenskaper som har innvirkning på valg av prevensjonsmiddel. Dette dreier seg blant annet om kvinners beslutningsevne, behov for informasjon og hvor villige kvinner er til å utsette seg for risiko. Den andre individuelle faktoren er kjennskap til og tro på et prevensjonsmiddel. Dette refererer til kvinners informasjon om, og oppfattelse av, et middel, som de har tilegnet seg fra ulike kilder. Det å ikke ha hørt noe negativt om et prevensjonsmiddel kan bidra til at det spesifikke middelet velges. Den tredje individuelle faktoren er støtten kvinner har til å bruke prevensjonsmiddelet korrekt og over lengre tid. Slik støtte kan være påminnelser fra venner, familie eller partner. Det kan også være tiltak kvinner selv har initiert som alarm på telefonen eller bruk av kalender. Den siste individuelle faktoren i modellen er tidligere erfaringer med prevensjonsmidler. Tidligere erfaringer påvirker valg, da dårlige erfaringer kan gjøre at kvinner velger noe annet, mens gode erfaringer kan fremme at middelet brukes videre (Sucato et al., 2011).



Figur 1: Faktorer som påvirker unge kvinners valg av prevensjonsmiddel (Sucato et al., 2011).

3 Metode

I det følgende kapittelet vil det bli redegjort for metoden som er benyttet i denne studien. Innledningsvis vil studiens vitenskapsteoretiske perspektiv bli presentert, samt en redegjørelse av vår forforståelse. Videre vil forhold knyttet til studiens design, utvalg, rekruttering og datainnsamling bli forklart. Avslutningsvis vil forskningsetiske vurderinger legges frem.

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det er benyttet et fenomenologisk perspektiv for å utforske studiens hensikt. Ifølge Giorgi (1985) handler fenomenologi om å “go back to the things themselves”. Dette dreier seg om å gå tilbake til der mennesker oppholder seg og opplever ulike fenomener i faktiske situasjoner, for så å innhente beskrivelser av fenomener (Giorgi, 1985). To viktige prinsipper innen fenomenologien er forforståelse og åpenhet. Forskers tidligere erfaringer og kunnskap skal settes i parentes når det som undersøkes skal forstås, og det skal opprettholdes en åpen tilnærming til fenomenet slik det viser seg gjennom informantene (Malterud, 2017). Valg av et fenomenologisk perspektiv i denne studien begrunnes med ønsket om å gå i dybden på kvinners erfaringer og tanker om fenomenene, som i denne studien var prevensjonsveiledning og valg av prevensjonsmiddel. Informantenes subjektive erfaringer ble undersøkt så nøyaktig som mulig i lys av deres livsverden. Hensikten med studien er formulert på en måte som gir rom for et bredt spekter av informasjon, nyanser og subjektive erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

3.2 Forforståelse

Forforståelse beskrives som “ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter” (Malterud, 2017, s. 44). For å sikre kvalitet i forskningen må forsker derfor være bevisst sin forforståelse da det ikke er denne som skal bekreftes (Malterud, 2017). Vår forforståelse bunner i vår faglige bakgrunn som jordmorstudenter, hvor undervisning om prevensjon er en del av utdanningen. Videre er forforståelsen vår preget av personlige erfaringer og venners opplevelser med prevensjon. 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 hva plagene skyldes. Dette gir oss en oppfatning av at det kan foreligge mangelfull informasjon under prevensjonsveiledning.

3.3 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 som særlig aktuelt når menneskers samhandling og erfaringer er fenomener som skal beskrives, analyseres og fortolkes. Ved å benytte et kvalitativt design kunne vi fordype oss i informantenes opplevelser og erfaringer, og tilegne oss en dypere forståelse av fenomenene som ble studert (Creswell & Poth, 2018; Malterud, 2017).

3.4 Utvalg og rekruttering

I en fenomenologisk studie er det avgjørende at informantene har erfaring med fenomenene som studeres. Inklusjonskriteriene for studien var kvinner fra 18-25 år som brukte prevensjon og var bosatt i Norge. Vi valgte denne aldersgruppen fordi vi anså dette som en gruppe med mye erfaring rundt fenomenene som skulle studeres. Å bruke prevensjon var et inklusjonskriterium da det var forhold rundt prevensjon som skulle undersøkes. Vi ønsket ikke å utelukke muligheten for å gjennomføre intervjuene ved fysisk oppmøte, derfor var et kriterium at deltakerne var bosatt i Norge.

For å rekruttere informanter til studien ble det først benyttet et strategisk utvalg for å nå ut til personer som passet våre inklusjonskriterier (Malterud, 2017). Rekrutteringen foregikk ved at vi publiserte en tekst i et tilfeldig utvalg av grupper på Facebook med tilknytning til et stort universitet i Norge. Teksten oppfordret unge kvinner som passet inklusjonskriteriene til å ta kontakt på e-post for ytterligere informasjon om studien. Det ble videre benyttet et tilgjengelighetsutvalg gjennom snøballteknikk for å oppnå en større grad av mangfold i utvalget (Malterud, 2017). I tekst publisert på Facebook, og muntlig under intervju, ble kvinnene oppmuntret til å dele informasjon om studien med sine nettverk. Dette bidro til at utvalget ikke lenger kun bestod av informanter med tilknytning til det aktuelle universitetet.

Totalt 23 kvinner, som passet inklusjonskriteriene, viste interesse for studien og tok kontakt med oss på e-post. De fikk tilsendt et informasjonsskriv (vedlegg 3) og ble invitert til frivilling deltakelse i studien. Tolv av disse kvinnene ønsket å delta i studien etter å ha mottatt informasjonsskrivet. Videre trakk to seg da tidspunkt for intervju skulle avtales. Totalt var det ti kvinner som deltok i studien, både med og uten tilknytning til universitetet hvor rekrutteringen startet.

3.5 Datainnsamling

Det ble i denne oppgaven benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer for å samle inn data. Individuelle intervjuer ble valgt da dette skaper en trygg ramme for informanter, hvor de kan dele sine erfaringer i fortrolighet. Semistrukturerte intervjuer ble valgt da dette gir informanter mulighet til å dele fritt av egne erfaringer, samtidig som samtalen holdes nær studiens hensikt (Malterud, 2017). Det ble i denne studien gjennomført ti individuelle semistrukturerte intervjuer i en periode fra september 2021 til november 2021. Intervjuene hadde en varighet på 21 til 54 minutter, med et gjennomsnitt på 33 minutter. Fem av disse ble gjennomført ved fysisk oppmøte, mens de resterende fem ble gjennomført digitalt ved bruk av dataprogrammet Zoom. Det var ønskelig å gjennomføre samtlige intervjuer ved fysisk oppmøte, men grunnet geografiske avstander mellom oss og informantene ble dette utfordrende, og digitalt verktøy ble dermed benyttet.

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4) som bestod av fem åpne spørsmål. Intervjuguiden var et hjelpemiddel for å holde samtalen nær fenomenene vi ønsket å fordype oss i. For å kvalitetssjekke intervjuguiden og forberede oss til intervjuprosessen, valgte vi å gjennomføre to pilotintervjuer før oppstart av datainnsamlingen (Malterud, 2017). Vi erfarte da at det var nødvendig å legge til oppfølgingsspørsmål for å komme i dybden på fenomenene vi ønsket å studere. Intervjuguiden ble videre revidert underveis i datainnsamlingen, da vi erfarte at enkelte spørsmål måtte justeres for å gi et rikere datamateriale. Dersom vi var usikre på hva informantene sa, ba vi dem utdype eller omformulere setningen for å unngå misforståelser.

Under intervjuene ble det gjort lydopptak ved bruk av mobilapplikasjonen Nettskjema Diktafon. Feltnotater bestående av egne observasjoner og refleksjoner ble skrevet underveis i intervjuene. Mot slutten av datainnsamlingsperioden opplevde vi at informantene tilføyde lite nytt. Vi valgte derfor å avslutte rekrutterings- og intervjuprosessen etter det tiende intervjuet.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Som forskere er vi underlagt helseforskningsloven (Helseforskningsloven, 2009). Denne har til hensikt å fremme at medisinsk og helsefaglig forskning blir utført på en god og etisk forsvarlig måte. Forskningsprosjektet er gjennomført med aktsomhet og forsvarlighet i tråd med “De generelle forskningsetiske retningslinjene” (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Disse retningslinjene bygger på prinsipper som respekt, gode

konsekvenser, rettferdighet og integritet, og er veiledende for alle som forsker. Videre har vi fulgt Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for forskning og forskningsetikk (World Medical Association, 2018). Forskningsprosjektet er forankret i UiT Norges arktiske universitetet, og deres retningslinjer for behandling av personopplysninger i forskings- og studentprosjekt er også fulgt (Avdeling for forskning, utdanning og formidling, 2018).

Informantene i denne studien deltok på frivillig basis. I forkant av intervjuene fikk deltakerne tilsendt et informasjonsskriv hvor taushetsplikt, personvern, anonymisering og frivillighet var sentrale elementer. Informasjonsskrivet hadde til hensikt å gjøre informantene kjent med studien, slik at de var i stand til å ta et informert valg om deltakelse (Malterud, 2017). For at forskningen skal opptre i tråd med “De generelle forskningsetiske retningslinjene” må et frivillig og dokumentert samtykke ligge til grunn (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Dette ble innhentet muntlig ved bruk av lydopptak gjennom mobilapplikasjonen Nettskjema Diktafon. På denne måte ble samtykket lagret i kryptert form på en sikker plattform. Informantene ble informert om at det når som helst var mulig å trekke sin deltakelse fra studien. Av hensyn til informantenes personvern ble gjenkjennbar informasjon i det transkriberte materialet, slik som by og skole, anonymisert.

På grunn av personopplysninger i form av stemme på lydopptak ble prosjektet meldt til, og godkjent av, Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Norsk senter for forskningsdata, 2022) (vedlegg 5). Det ble også sendt en fremleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) nord for å sikre at forskningsprosjektet var etisk forsvarlig å gjennomføre (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2021). REK nord konkluderte med at prosjektet kunne gjennomføres uten videre søknad til REK (vedlegg 6). Datahåndtering skal skje i tråd med helseforskningsloven, og som beskrevet i vår datahåndteringsplan er oppbevaring, behandling og sletting av data utført i henhold til dette (Helseforskningsloven, 2009) (vedlegg 7).

4 Analyse

I det følgende kapittelet beskrives transkriberingsprosessen, og videre blir analyse ved bruk av systematisk tekstkondensering utdypet i detaljer.

4.1 Transkribering

For å klargjøre datamaterialet for analyse ble lydfilene omgjort til tekst. Denne prosessen omtales som transkribering og handler om å transformere talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi var bevisst på å utføre transkriberingen ordrett, og både tale, latter og lyder som “mhm” og “hmm” ble skrevet ned. Dette for å ivareta det originale materialet på best mulig måte, og på lojalt vis gjengi informantenes erfaringer og meninger slik de ble uttrykt under intervjuene (Malterud, 2017). Etter transkriberingen ble lydfilene hørt om igjen for å sikre at innholdet var korrekt gjengitt i det transkriberte materiale. Alle intervjuene ble transkribert før datamaterialet ble analysert.

4.2 Systematisk tekstkondensering

For å analysere det kvalitative datamaterialet er det i denne studien benyttet systematisk tekstkondensering (STC) som analysemetode. Analysemetoden er utarbeidet av Malterud, etter inspirasjon fra Giorgis fenomenologiske analyse (Giorgi, 1985; Malterud, 2017). STC er en analysemetode hvor det empiriske materialet blir sammenfattet ved bruk av en tverrgående tematisk analyse, slik at ny kunnskap utvikles. STC er valgt da denne metoden gir en enkel innføring i analyseprosessen, noe som var gunstig for oss som uerfarne forskere (Malterud, 2017).

Analysen ble gjennomført i fire trinn. Første trinn av analysen handler om å danne seg et helhetsinntrykk (Malterud, 2017). For å få en oversikt over datamaterialet leste vi det transkriberte materialet flere ganger. Det ble skrevet notater underveis, uten å aktivt sortere materialet. Vår forforståelse og det teoretiske rammeverket ble etter beste evne lagt til side, slik at vi stilte oss mottakelige for de inntrykkene informantene formidlet. Studiens hensikt var derimot i fokus under hele prosessen. Etter å ha gjort oss godt kjent med datamaterialet ved gjennomlesing og notering, var det ifølge Malterud (2017) tid for å oppsummere inntrykk ved å danne fire til åtte foreløpige temaer. Vi kom frem til disse temaene: egen opplevelse i møte med helsepersonell, informasjon, individuelt tilpasset veiledning, tilgjengelighet, ønsket utbytte, brukererfaringer og trend.

Trinn to av analysen handler om å identifisere meningsbærende enheter (Malterud, 2017). Vi tok utgangspunkt i våre foreløpige temaer og identifiserte datamaterialet som vi ønsket å studere videre. Resten av datamaterialet ble lagt til side. På denne måten ble relevant tekst skilt fra irrelevant tekst. Systematisering av de meningsbærende enhetene er hva Malterud (2017) kaller koding, og i analysens andre trinn skal det dannes tre til fem kodegrupper. På grunn av studiens todelte hensikt tok vi utgangspunkt i tre til fem kodegrupper per del av hensikten. Vi endte opp med seks kodegrupper, basert på våre foreløpige temaer fra trinn én i analysen. Vi benyttet dataprogrammet Nvivo til å sortere og kode datamaterialet vi anså som relevant. Dette lot oss arbeide strukturert og gav oss en god oversikt over de meningsbærende enhetene. Det ble kontinuerlig reflektert rundt kodegruppene våre og hvordan disse kunne bidra til å belyse studiens hensikt. Det forekom justeringer av kodegruppene underveis i arbeidet. Noen kodegrupper ble slått sammen, nye kom til og enkelte fikk nye navn. De reviderte kodegruppene våre ble: kvinners opplevelse av veiledning, informasjon, tilgjengelighet, personlige preferanser, informasjonskilder og brukererfaring.

Trinn tre handler om å abstrahere den sorterte teksten (Malterud, 2017). Vi dekontekstualiserte det empiriske materialet, og de meningsbærende enhetene i de seks kodegruppene ble systematisk sortert i subgrupper. For hver kodegruppe ble det utarbeidet to til tre subgrupper. Ved utarbeiding av disse ble det samtidig gjort endringer på de daværende kodegruppene. Dette skyldes at enkelte kodegrupper overlappet hverandre, og andre bestod av få meningsbærende enheter som ikke gav tilstrekkelig med tyngde til å danne subgrupper. Flere kodegrupper ble dermed slått sammen og andre fikk nye navn. Videre i denne prosessen jobbet vi kontinuerlige med å tilpasse subgruppene. Vi merket oss at enkelte subgrupper ikke hadde sterk nok forankring i materialet til å stå alene og ble derfor slått sammen. Til slutt stod vi igjen med tre kodegrupper som bestod av tre subgrupper hver (tabell 1). Vi utformet så et kondensat til hver subgruppe hvor innholdet i de meningsbærende enhetene ble sammenfattet og gjenfortalt, så tekstnært som mulig. Noen meningsbærende enheter ble flyttet til andre subgrupper eller slettet, da det ble klart at disse handlet om noe annet eller ikke var relevant for studiens hensikt. Til slutt valgte vi et “gullsitat” for hver subgruppe som best illustrerte det abstraherte meningsinnholdet (Malterud, 2017).

I det fjerde trinnet startet vi med å lage en analytisk tekst ut fra hver subgruppe, og informantenes erfaringer og synspunkter ble dermed omgjort til beskrivende tekst (Malterud, 2017). Vi vurderte så “gullsitatene” opp mot de analytiske tekstene. Dette resulterte i at vi hentet frem andre sitater fra de meningsbærende enhetene som illustrerte og utdypet den

analytiske teksten bedre. Videre utviklet vi tre resultat kategorier som sammenfattet innholdet i de analytiske tekstene (tabell 2). Ifølge Malterud (2017) handler dette om å finne en passende overskrift for den analytiske teksten og sitatene, som sammenfatter innholdet og danner et sluttresultat. Resultat kategoriene ble bygd på den økte innsikten vi tilegnet oss fra arbeidet med datamaterialet, og med bakgrunn i de opprinnelige temaene og kodene. Vi avsluttet analysearbeidet ved å rekontekstualisere resultatene våre. Vi validerte funnene ved å lese gjennom hele det empiriske materialet på nytt, for å vurdere de analytiske tekstene og resultat kategoriene opp mot deres opprinnelige sammenheng (Malterud, 2017). Vedlagt ligger en oversikt over analyseprosessen hvor resultat kategorier, kodegrupper, subgrupper, utdrag av kondensater og utvalgte meningsbærende enheter er presentert (vedlegg 8).

Kodegrupper	Subgrupper
Opplevelse av veiledning	Tilgjengelighet Møtet med helsepersonell Informasjon
Ønsket utbytte	Virkning og administrering Bivirkninger Pris på prevensjonsmiddel
Påvirkning fra andre	Sosialt nettverk Andres brukererfaringer Helsepersonell

Tabell 1: Kodegrupper og subgrupper fra trinn tre i analyseprosessen.

Resultat kategori
Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning
Personlige preferanser påvirker valget
Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger

Tabell 2: Resultat kategoriene fra trinn fire i analyseprosessen.

5 Resultat

Analyseprosessen gav oss tre resultat kategorier: “opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning”, “personlige preferanser påvirker valget” og “sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger”. Her presenteres en kort oppsummering av resultatene da de i sin helhet er beskrevet i artikkelen.

Flesteparten av kvinnene i studien erfarte prevensjonsveiledning hos helsepersonell som et hyggelig møte. Kvinnene opplevde at de ble ivaretatt og lyttet til. Noen hadde en dårlig opplevelse, og oppfattet helsepersonell som dømmende og ukomfortabel i samtale om prevensjon. Det var videre en variasjon i hvor tilgjengelig kvinnene opplevde prevensjonsveiledningen og tiden som var avsatt til veiledning. Noen kvinner opplevde å få god informasjon under veiledning, mens de fleste opplevde mangel på informasjon, manglende kompetanse hos helsepersonell og en veiledning som var lite individuelt tilpasset. Kvinnenes valg av prevensjonsmiddel ble påvirket av middelets pålitelighet, varighet og administrering, pris og mulige bivirkninger. Videre trakk kvinnene frem venner, familie og partner som personer med innflytelse. Andres brukererfaringer og helsepersonells anbefalinger hadde også påvirkning på kvinnenenes valg.

6 Diskusjon

I det følgende kapittelet vil studiens resultater diskuteres i lys av teoretisk rammeverk og relevant forskning. Videre diskuteres styrker og svakheter vedrørende studiens metode, praktiske implikasjoner og behov for fremtidig forskning.

6.1 Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning

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. I en systematisk oversikt bekrefter åtte studier at prevensjonsveiledning med bruk av bilder og modeller er noe kvinner liker, og det gjør informasjon om prevensjon enklere å forstå (Fox et al., 2018). Vår studie avdekket likevel at de fleste kvinnene opplevde en stor mangel på informasjon under prevensjonsveiledning. Dette var den hyppigste årsaken til informantenes negative erfaringer

med veiledning, og informantene følte seg ikke i stand til å ta et informert valg. Manglende informasjon fra helsepersonell viser seg å være en kjent utfordring i henhold til tidligere forskning, 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).

Studien avdekket at enkelte kvinner ikke hadde fått informasjon om andre prevensjonsmidler enn p-piller. Videre hadde flere opplevd bivirkninger hvor risikoen for dette ikke var nevnt under veiledning. Ifølge tidligere forskning ønsker kvinner 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). 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 denne studien tyder på at SDM ikke ble benyttet i tilstrekkelig grad, da lite informasjon fra helsepersonell begrenset kvinnenenes mulighet for å ta et informert valg. Samtidig påpeker en systematisk oversikt fra 2018 at unge kvinner ikke ønsker å bli overveldet av for mye informasjon (Fox et al., 2018). Dette 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.

For å kunne gi god og balansert informasjon, er tilstrekkelig med tid en forutsetning. Hvor tilfredse kvinnene i studien var med den avsatte tiden til veiledning viste seg å variere. Enkelte kvinner erfarte at helsepersonell var grundige og tok seg god tid, mens de fleste opplevde å bli møtt av et travelt helsepersonell med lite tid. Kvinner trekker frem begrenset med tid som en hindring for optimal veiledning (Brault et al., 2021; Buhling et al., 2014; Dalessandro, Thorpe & Sanders, 2021). Derimot viser studien til Nappi et al. (2021) at helsepersonell opplever tiden under veiledning som tilstrekkelig. Tid er i lys av pasientsentrert omsorg og SDM et viktig aspekt ved prevensjonsveiledning, da nok tid under veiledning er nødvendig for å kunne gi god og helhetlig informasjon (Dehlendorf et al., 2016). Unge kvinner anerkjenner det faktum at helsepersonell har begrenset med tid, men erfarer likevel at travelt helsepersonell gjør det utfordrende å få svar på spørsmål de har (Brault et al., 2021; Lukasse et al., 2021).

Informantene i studien uttrykte at helsepersonell ikke hadde den kompetansen som krevdes for å gi god informasjon ved prevensjonsveiledning. Forskning viser at helsepersonell ønsker mer opplæring innen prevensjon, da mangel på kunnskap hindrer dem i å gi tilstrekkelig veiledning (Politi et al., 2016). Helsepersonells kompetanse er sentral ved SDM, da det er helsepersonells ansvar å dele faglig kunnskap med kvinnene (Charles et al., 1997; Chen et al., 2019; Dehlendorf et al., 2017). Studiens funn antyder at helsepersonell ikke innehar tilstrekkelig kompetanse for å kunne utføre dette, da kvinnene ikke ble istandsatt til å ta et informert valg, slik de ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven har krav på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Et annet aspekt ved helsepersonells kompetanse innen SDM er deres ansvar med å korrigere informasjon kvinner innehar, dersom kvinners preferanser for prevensjonsmiddel er basert på feilinformasjon (Charles et al., 1997). Forskning viser at flere kvinner er feilinformert når det gjelder prevensjon (Minnis et al., 2014), og at de har et ønske om å bli korrigert (Fox et al., 2018). Helsepersonell må adressere feilinformasjon på en grundig og forståelig måte, slik at kvinner får mulighet til å velge prevensjonsmiddel basert på fakta, fremfor myter og rykter (Dehlendorf et al., 2013; Minnis et al., 2014; Sangraula et al., 2017).

6.2 Personlige preferanser påvirker valget

I modellen til Sucato et al. (2011) er tidligere erfaringer med prevensjonsmidler en faktor som påvirker valg av prevensjonsmiddel. Kvinnene i studien trakk frem bivirkninger som en påvirkende faktor ved valg, på bakgrunn av tidligere erfaringer med midler. Kvinnene 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; Johnson, Pion & Jennings, 2013; Lunde et al., 2017; Marshall et al., 2018; Meier, Sundstrom, Delay & DeMaria, 2021). I tillegg til å unngå negative bivirkninger, blir valget ifølge Fulcher et al. (2021) også påvirket av fordelaktige egenskaper ved et middel, som å begrense blødning ved menstruasjon. Dette avdekkes også i vår studie da kvinnenes valg av middel ble påvirket av et ønske om mindre menstruasjonsblødninger og mindre menstruasjonssmerter.

Studien avdekket at pris var en påvirkende faktor for enkelte kvinner ved valg av prevensjonsmiddel. Forskning viser at pris er av betydning og 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). Modellen til Sucato et al. (2011) viser derimot at prevensjonsmiddelets pris ikke er en faktor av betydning.

6.3 Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger

Studien avdekket brukererfaring som en sentral faktor med påvirkning på unge kvinners valg av prevensjonsmiddel. Både positive og negative erfaringer, gjennom bekjente eller fora på internett, viste seg å ha innvirkning på valget. Å basere en beslutning på erfaringer fra andre er særlig fremtredende blant unge, da unge voksne 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). 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). Ifølge modellen til Sucato et al. (2011) er sosialt nettverk en faktor med innvirkning på valg av prevensjonsmiddel. Den viser til at kvinner baserer valget på brukererfaringer fra andre kvinner i sine sosiale nettverk. Modellen viser også til media som en faktor med innvirkning på valg. I lys av modellen blir ikke media ansett som en direkte kilde til brukererfaring, slik det i vår studie ble gjennom fora på internett, men derimot som en plattform for reklame av prevensjonsmidler (Sucato et al., 2011).

6.4 Metodediskusjon

6.4.1 Validitet

Validitet handler om studiens gyldighet. Ved intern validitet stilles det spørsmål om relevans til alle ledd ved forskingen, for å validere om studiens funn er gyldige for det aktuelle utvalget og de fenomenene som er undersøkt (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Hensikten med studien ansees som relevant, da den etter flere runder med bearbeiding ble konkret og presis nok til å omhandle det vi faktisk ønsket å undersøke. I henhold til studiens hensikt anså vi det å benytte kvalitativ metode som en styrke for studiens gyldighet, da denne metoden gav oss muligheten til å fordype oss i subjektive erfaringer om fenomenene vi ønsket å studere.

Utvalget i studien var kvinner i en aldersgruppe vi anså hadde mye relevant erfaring om temaet. Vi opplevde at informantene hadde et godt grunnlag for å besvare studiens hensikt, noe som kan bidra til å styrke studiens gyldighet. Videre var vi fra starten av prosessen oppmerksomme på at studiens tema for noen kan oppleves som sensitivt og privat. Vi anså det derfor som relevant å utføre individuelle intervjuer da dette kunne bidra til å gi informantene økt trygghet, sammenlignet med det å utføre fokusgruppeintervjuer (Malterud, 2017). Vi opplevde at informantene som deltok var komfortable med den aktuelle tematikken og delte åpent om sine erfaringer. Samtidig kan vi ikke utelukke at det var enkelte opplevelser informantene ikke delte under intervjuene, på bakgrunn av temaets private og sensitive karakter. Videre ble det benyttet semistrukturerte intervjuer med få spørsmål, noe som danner grunnlag for samtale uten store begrensinger og gav rom for et rikt datamateriale. Dette anså vi som relevant og styrkende for studiens gyldighet, da informantene fikk snakke fritt om sine erfaringer innenfor det valgte temaet (Malterud, 2017).

Det var ønskelig å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt for å best mulig kunne oppfatte informantenes non-verbale kommunikasjon som gester og ansiktuttrykk (Kvale & Brinkmann, 2015). Grunnet geografiske avstander ble likevel halvparten av intervjuene gjennomført digitalt ved bruk av kommunikasjonsplattformen Zoom. Validiteten kan være svekket som følge av dette da det var utfordrende å oppfatte kroppsspråk og etablere en nærhet til informantene. Vi opplevde også flere forstyrrelser under de digitale intervjuene, noe som kan ha svekket studiens gyldighet. Dette var blant annet eksterne personer som tidvis oppholdt seg i samme rom som informantene, og bakgrunnsstøy som gjorde det utfordrende å høre hva informantene sa. Dette ble vi bevisst på underveis i intervjuprosessen, og viktigheten

av å sitte på et skjermet sted ble presisert til informantene i forkant av videre intervjuer. Derimot gjorde den digitale løsningen at kvinnene fikk oppholde seg på sin private arena, noe som kan ha styrket validiteten ved at informantene befant i trygge omgivelser (Malterud, 2017).

Det ble benyttet STC som analysemetode. Dette gav oss en enkel innføring i hvordan vi kunne gjennomføre en systematisk analyse. Bruk av denne analysemetoden har styrket studiens gyldighet da den er tilpasset nybegynner og ikke stiller krav til at forskere må ha teoretiske kunnskaper om analyse i forkant (Malterud, 2017).

6.4.2 Overførbarhet

Ifølge Malterud (2017) dreier eksternt validitet seg om overførbarhet. Overførbarhet handler om hvilke sammenhenger våre funn kan gjøres gjeldende utover den konteksten som studien er utarbeidet i. Overførbarhet er i stor grad knyttet til utvalget, men avhenger også av studiens gyldighet (Malterud, 2017). I denne studien handler overførbarhet om hvorvidt våre funn om prevensjonsveiledning og valg av prevensjonsmiddel kan overføres til andre sammenhenger enn der studien ble utført. En begrensning ved denne studiens overførbarhet er antallet informanter, da et utvalg på kun ti kvinner ikke nødvendigvis vil være representativt for en befolkning. Størrelsen på utvalget trenger likevel ikke si noe om hvorvidt informasjonsstyrken er god eller ikke (Malterud, 2017). Slik vi ser det er informasjonsstyrken god da informantene delte rikt av sine erfaringer. Dette anser vi som en styrke ved studiens kvalitet og overførbarhet. Derimot kan det tenkes at et større utvalg ville gitt et mer dekkende og nyansert datamateriale.

Det kan ikke utelukkes at kvinnene som meldte seg frivillig til deltakelse i studien hadde stor interesse for temaet. På bakgrunn av dette vil ikke funnene som avdekkes i studien nødvendigvis være representative for en befolkning, da de kan bære preg av at informantene hadde mye personlig erfaring og engasjement rundt temaet. Videre anså vi det som en svakhet at alle informantene ble rekruttert fra et universitet, da dette begrenset utvalget til å kun bestå av kvinner med høyere utdanning. For å styrke studiens overførbarhet ble det derfor i tillegg benyttet et tilgjengelighetsutvalg ved snøballteknikk, for å nå ut til kvinner uten tilknytning til det aktuelle universitetet (Malterud, 2017). Samtidig kan det ikke utelukkes at disse kvinnene ikke hadde høyere utdanning eller var tilknyttet et annet universitet. Studiens rekruttering utgikk imidlertid fra et stort universitet i Norge med studenter fra hele landet. Dette anså vi

som en styrke for studiens overførbarhet, til forskjell fra om vi hadde valgt en videregående skole hvor elevene kom fra samme geografiske område.

6.4.3 Refleksivitet

Å være refleksiv handler om å ha et åpent sinn til det som undersøkes, samt vurdere betydningen av eget ståsted og forforståelse i forhold til fenomenet som studeres (Malterud, 2017). I arbeidet med denne studien har refleksivitet vært i fokus. Studiens refleksivitet ansees som styrket ved at vi gjennom hele forskningsprosessen har stilt spørsmål om vår fremgangsmåte er i tråd med valgt metode. Vi har underveis i prosessen forsøkt å vurdere materialet fra ulike synspunkter, og vært åpne for å finne noe som strider mot oppfatningene vi hadde i forkant av studien (Malterud, 2017).

Ifølge Malterud (2017) vil budskapet i det empiriske materialet bli overdøvet dersom forforståelsen tar for stor plass. I forkant av arbeidet reflekterte vi over egen forforståelse, før den ble diskutert mellom oss og skrevet ned. Videre har vi 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). Vi kan samtidig ikke utelukke at vår forforståelse kan ha preget arbeidet. Det har vært utfordrende å legge forforståelsen helt til side, særlig da dette er et tema som engasjerer oss og som vi har personlige erfaringer med. Vi har likevel forsøkt å stille hverandre kritiske spørsmål i situasjoner hvor forforståelsen har blitt synlig.

6.4.4 Pålitelighet

Studios pålitelighet handler om hvorvidt resultatet ville vært det samme dersom studien ble utført av andre forskere på et annet tidspunkt, ved bruk av samme metode (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) vil det faktum at vi som forskere mangler erfaring med å gjennomføre kvalitative intervjuer være en svakhet ved studiens pålitelighet. Det ble derfor utført to pilotintervjuer i forkant av intervjuprosessen for å forberede oss til de videre intervjuene, noe som kan ha styrket studiens pålitelighet.

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 egenhånd. 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 begrensning ved studiens pålitelighet var derimot at transkriberingen av intervjuene ble delt mellom oss, slik at intervjuene kun ble transkribert av en person. Dette kan ha ført til at informantenes meninger og holdninger har gått tapt, eller ikke ble gjenspeilet på en korrekt måte, da vi som forskere kan ha oppfattet eller tolket informantenes utsagn ulikt. For å begrense eventuelle ulikheter mellom oss ble det i forkant av transkriberingsprosessen reflektert over hvordan transkriberingen skulle utføres. Dette anser vi som en styrke ved studiens pålitelighet da vi i etterkant av transkripsjonsprosessen ikke klarte å skille hvilken forsker som hadde transkribert hvilket intervju.

6.4.5 Implikasjoner for praksis og fremtidig forskning

Til tross for studiens begrensninger, ansees den som et relevant bidrag da den gir en økt innsikt i unge kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning og deres valg av prevensjonsmiddel. Studiens funn viste at de unge kvinnene hadde behov for veiledning hvor helsepersonell tok seg tid til å møte deres individuelle behov, og videre ga god informasjon, slik at kvinnene kunne ta et informert valg. Funnet pekte også på sentrale påvirkningsfaktorer ved kvinnes valg av prevensjonsmiddel, noe som er viktig for helsepersonell å kjenne til for å kunne tilpasse veiledningen som gis. Studien avdekket kunnskap som er relevant for helsepersonells fremtidige arbeid med prevensjonsveiledning, og som kan bidra til at dagens praksis forbedres og i større grad tilpasses kvinners behov.

Det er behov for mer forskning på dette området i Norge. Våre funn signaliserer at det vil være nyttig å fordype seg i hvorfor individuelt tilpasset veiledning ikke er mer integrert i prevensjonsveiledning, da mangel på dette bidro til at kvinnene ikke var tilfredse med veiledningen de mottok. Studien avdekket videre flere betydningsfulle faktorer med innvirkning på kvinners valg av prevensjonsmiddel. Ved videre forskning ville det vært interessant å undersøke påvirkningsfaktorer med en kvantitativ studie, da dette kan gi økt innsikt i hvor stor grad de ulike faktorene påvirker valget.

7 Konklusjon

Vi har i denne masteroppgaven rettet oppmerksomheten mot unge kvinners erfaringer med å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell, og hvilke faktorer som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel. Studien viste at noen av kvinnene var tilfredse med veiledningen de mottok. De opplevd prevensjonsveiledningen som tilgjengelig, ble møtt på en god måte og fikk god informasjon under veiledningen. Flesteparten av kvinnene i studien var derimot ikke tilfredse med prevensjonsveiledningen. Dette skyldtes blant annet at de opplevde et dårlig møte med helsepersonell, og at de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon for å kunne ta et informert valg. Videre opplevde kvinnene veiledningen som lite individuelt tilpasset. Studien avdekket at kvinnes valg av prevensjonsmiddel var påvirket av personlige preferanser som middelets pålitelighet, administreringsform og bivirkninger. Videre viste studien at venner, partner og helsepersonell var faktorer som påvirket kvinnes valg.

Studien avdekket et forbedringspotensial ved prevensjonsveiledningen som ble utøvd. Økt bruk av pasientsentrert omsorg og SDM kunne potensielt bedret kvinnes opplevelse av prevensjonsveiledning, ved at veiledningen ble mer tilpasset den enkelte, noe kvinnene i vår studie erfarte en mangel på. Videre viste studien til flere faktorer som påvirket de unge kvinnes valg av prevensjonsmiddel. Dette anser vi som nyttig kunnskap for jordmødre, helsesykepleiere og leger i møte med unge kvinner som skal velge et prevensjonsmiddel som passer for dem.

Referanseliste

- Anderson, N., Steinauer, J., Valente, T., Koblentz, 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>
- Avdeling for forskning, utdanning og formidling. (2018, 30. september 2021). Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekt ved UiT Norges arktiske universitet. Hentet fra <https://uit.no/Content/755221/cache=1637158889000/Retningslinjer+for+behandling+av+personopplysninger+i+forskings-+og+studentprosjekt+ved+UiT+%28oppdatert+300921%29.pdf>
- 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>
- Buhling, K. J., Klovekorn, L., Daniels, B., Studnitz, F. S., Eulenburg, C. & Mueck, A. O. (2014). Contraceptive counselling and self-prescription of contraceptives of German gynaecologists: Results of a nationwide survey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(6), 448-456. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.945164>
- 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.). Los Angeles: SAGE Publications.

- Dalessandro, C., Thorpe, R. & Sanders, J. (2021). "I talked to a couple of friends that had it": Informal feminized health networks and contraceptive method choices. *Social Science & Medicine*, 286. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114318>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 14. november 2021). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <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., Schmittiel, 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., 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>
- Donnelly, K. Z., Foster, T. C. & Thompson, R. (2014). What matters most? The content and concordance of patients' and providers' information priorities for contraceptive decision making. *Contraception*, 90(3), 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.04.012>
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L. & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516-1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>
- 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>
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I A. Giorgi (Red.), *Phenomenology and psychological research : essays* (s. 8-22). Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- 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. (2016, 16. desember 2016). *Snakk om det!* Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf?fbclid=IwAR1NngxZnh8Nm92I01A5qKBJ9GeOTurNiVGyanaxclp8yiTJ4qJ0bsAVb-L4
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, juni 2022). Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/59df2395e37f473b93e2da02db01f69c/hod-handlingsplan.pdf?fbclid=IwAR15luZgJDi08Qka9yoUyRuzHQTXsinYYAOEed0FrH0xK7T9XszmA7Oh618>
- Helsedirektoratet. (2020, 12. januar 2022). Prevensjon: Helsestasjon for ungdom skal gi prevensjonsveiledning og sikre tilgjengelig og sikker prevensjon. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-for-ungdom/prevensjon-helsestasjon-for-ungdom-skal-gi-prevensjonsveiledning-og-sikre-tilgjengelig-og-sikker-prevensjon#collapsible-styrke>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_3
- 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>
- Hoopes, A. J., Timko, C. A. & Akers, A. Y. (2021). What's Known and What's Next: Contraceptive Counseling and Support for Adolescents and Young Adult Women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(4), 484-490. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.12.008>
- Johansen, M. & Gamnes, S. (2022). Prevensjonsmidler. I M. Johansen & S. Gamnes (Red.), *eMetodebok for seksuell helse*. Oslo: Sex og samfunn Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>
- Johnson, S., Pion, C. & Jennings, V. (2013). Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-7>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Levy, K., Minnis, A. M., Lahiff, M., Schmittziel, 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(February), 4-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/132224>
- Lunde, B., Littman, L., Stimmel, S., Rana, R., Jacobs, A. & Horowitz, C. R. (2017). "Just wear dark underpants mainly": learning from adolescents' and young adults' experiences with early discontinuation of the contraceptive implant. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(3), 395-399. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.12.006>
- 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.). Oslo: 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*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.2010040>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å). Fyll ut meldeskjema for personopplysninger. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- 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>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Politi, M. C., Estlund, A., Milne, A., Buckel, C. M., Peipert, J. F. & Madden, T. (2016). Barriers and facilitators to implementing a patient-centered model of contraceptive provision in community health centers. *Contraception and Reproductive Medicine*, 1(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40834-016-0032-3>
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (u.å). Om å søke REK. Hentet fra https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK
- Ræder, M. B., Johansen, M. & Offerdal, K. Prevensjon. Norsk gynekologisk forening Veileder i gynokologi (2021). ePub. ISBN 978-82-692382-1-1. [hentet 15. august 2021]. Tilgjengelig fra: <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.jpjg.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>
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning - mer enn ord* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2(3), 233-235. <https://doi.org/10.1177/152715440100200312>

World Health Organization. (2014). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations*. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf?sequence=1

World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1: Vitenskapelig artikkel

ARTIKKEL

«Prevensjonsveiledning og unge kvinners valg av prevensjonsmiddel – en kvalitativ studie»

Master i jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Siri Dammen

Caroline Norheim Rosten

Antall tegn med mellomrom: 20 973

Antall ord: 3 000

Antall tabeller: 2

Sammendrag

Bakgrunn: 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.

Hensikt: Hensikten med studien var å få en fordypet kunnskap om hvilke erfaringer unge kvinner har med å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell, og hvilke faktorer som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Datamaterialet ble innhentet gjennom semistrukturerte individuelle intervjuer av ti unge kvinner. Kvinnene ble rekruttert ved bruk av både strategisk utvalg og tilgjengelighetsutvalg. Datamaterialet ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Noen kvinner var tilfredse med prevensjonsveiledningen de mottok, da de erfarte å bli ivaretatt og godt informert. Andre opplevde et dårlig møte med helsepersonell, og en mangelfull prevensjonsveiledning. De opplevde å få lite informasjon om prevensjonsmiddelets virkning, bivirkninger og alternative midler. Videre erfarte de prevensjonsveiledning som for generell. Når det gjelder faktorer som påvirker unge kvinners valg av prevensjonsmiddel viste studien at middelets virkning og administrering, potensielle bivirkninger og pris var av betydning. Andre faktorer som påvirket deres valg var sosialt nettverk, andres brukererfaringer og helsepersonells anbefalinger.

Konklusjon: Studien peker på at det var rom for forbedring ved prevensjonsveiledningen de unge kvinnene mottok hos helsepersonell. Studien viste en varierende grad av tilfredshet med prevensjonsveiledningens tilgjengelighet, kvinnenes møte med helsepersonell og informasjonen som ble gitt under veiledning. Enkelte av kvinnene var fornøyde, mens de fleste opplevde veiledningen som mangelfull. Videre ble det avdekket flere faktorer som påvirket kvinnenes valg da de skulle velge et prevensjonsmiddel. Dette er relevant kunnskap for helsepersonell å inneha når de skal veilede unge kvinner om prevensjon i fremtiden.

Nøkkelord: Kvalitativ metode, veiledning, prevensjonsmetode, uønsket graviditet, beslutningsprosess.

Introduksjon

Jordmødre, helsesykepleiere og leger er profesjoner som i Norge har rekvireringsrett for prevensjonsmidler og som gir prevensjonsveiledning (1). Dette innebærer å sikre at prevensjonsbrukere får den informasjonen og veiledningen de har krav på, slik at de kan ta et informert valg av prevensjonsmiddel (2). Forskning viser at kvinner opplever helsepersonell som hyggelige (3), men at informasjonen som blir gitt under prevensjonsveiledning er mangelfull og lite individuelt tilpasset (3-7). Kvinner ønsker god informasjon, både muntlig og skriftlig, om virkning, bivirkninger og alternative prevensjonsmidler (3-6, 8, 9). De ønsker å være delaktig i prevensjonsveiledningen, og sammen med veileder komme frem til et prevensjonsmiddel som passer for den enkelte (5, 9, 10).

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 denne utfordringen (6, 11). For å kunne hjelpe kvinner er det viktig at helsepersonell har kunnskap om hva som påvirker kvinnenes valg av prevensjonsmiddel. Forskning viser at brukererfaring, venner og helsepersonell påvirker valg, det samme gjør prevensjonsmiddelets hormondose og hvor effektivt det er for å hindre graviditet (4, 11-15).

Det er utført flere studier internasjonalt angående unge kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning og valg av prevensjon, men i Norge er dette et felt som er lite utforsket.

Hensikt

Hensikten med studien var å få en fordypet kunnskap om hvilke erfaringer unge kvinner har med å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell, og hvilke faktorer som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel.

Metode

Design

Studien har et kvalitativt design med et fenomenologisk perspektiv. Fenomenologi handler om å forstå menneskers subjektive erfaringer og bevissthet ut ifra deres livsverden, og dette perspektivet egnet seg derfor til å utforske studiens hensikt (16). Det ble benyttet individuelle

semistrukturerte intervjuer da studien hadde til hensikt å fordype seg i unge kvinners erfaringer. 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 vi ønsket å fordype oss i, ble det i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide (16).

Utvalg og datainnsamling

Inklusjonskriteriene for deltakelse i studien var kvinner fra 18-25 år, som brukte prevensjon og var bosatt i Norge. Det ble benyttet både strategisk utvalg og tilgjengelighetsutvalg for rekruttering (16). Forskerne inviterte til deltakelse i studien gjennom ulike Facebook-grupper tilknyttet et stort universitet i Norge, og oppfordret medlemmene til å spre budskapet videre til venner og bekjente. Det ble intervjuet ti kvinner, både med og uten tilknytning til universitetet, i perioden september 2021 til november 2021.

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. Det ble deretter innhentet muntlig samtykke ved bruk av lydopptak. Videre ble all personlig informasjon anonymisert slik at faren for gjenkjennelse ble minimert (16). Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 303721).

Analyse

Noen intervjuer ble gjennomført fysisk og noen digitalt. Lydopptak ble benyttet og transkribering ble utført fortløpende. Analyse av datamaterialet ble utført ved hjelp av systematiske tekstkondensering (16) (tabell 1). I analysemetodens første trinn leste vi det transkriberte materialet flere ganger, dannet oss et helhetsinntrykk og noterte ned syv foreløpige temaer. I trinn to identifiserte vi meningsbærende enheter som belyste ulike sider ved studiens hensikt, og kodet disse inn i seks ulike kodegrupper. Dataprogrammet Nvivo ble i denne prosessen benyttet som et verktøy for analysering av kvalitativ data. I trinn tre ble de meningsbærende enhetene ytterligere sortert. Kodegruppene ble underveis justert til tre da det ble tydelig at flere overlappet hverandre. Deretter ble passende subgrupper dannet. Det ble videre utarbeidet kondensater for å abstrahere essensen av informantenes erfaringer. I det siste trinnet ble det sammenfattet analytiske tekster med sitater, og resultat kategorier (tabell 2) ble utformet.

Analyseprosessen resulterte i tre resultat kategorier: “opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning”, “personlige preferanser påvirker valget” og “sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger”.

Resultatkategori	Personlige preferanser påvirker valget
Kodegruppe	Ønsket utbytte
Subgruppe	Virkning og administrering
Kondensat	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. 5 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.
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>

Tabell 1: Eksempel på analyseprosessen fra en resultat kategori.

Resultatkategori
Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning
Personlige preferanser påvirker valget
Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger

Tabell 2: Oversikt over resultat kategorier.

Resultater

Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning

Flere av kvinnene opplevde prevensjonsveiledning som tilgjengelig. Helsepersonell var alltid til stede, og det var bare å møte opp eller bestille en time. Under veiledningen opplevde flere informanter at helsepersonell var grundige og tok seg god tid. Andre informanter opplevde helsepersonell som lite tilgjengelige da de trengte prevensjonsveiledning. Dette skyldes timebestilling, lang ventetid og travelt helsepersonell. Under veiledningen var det avsatt lite tid, men kvinnene kunne ta kontakt i etterkant ved eventuelle spørsmål.

“... 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 og gav tett oppfølging. Det var lett å stille spørsmål og de ble lyttet til. Andre satt igjen med en dårlig opplevelse, de følte seg ikke ivaretatt og gikk fra veiledningen uten resept. Helsepersonell ble de oppfattet som ukomfortable i samtale om prevensjon, og gikk inn og ut av kontoret underveis i veiledningen. Enkelte påpekte at veileder viste lite interesse og opptrådte dømmende, og 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

Kvinnene påpekte at det var vanskelig å få veiledning som var individuelt tilpasset seg selv. Veiledningen var ofte for generell og de følte seg som en i rekken av mange. De uttrykte et ønske om at helsepersonell satte seg inn i deres situasjon og gav personlig veiledning, med alternative prevensjonsmidler som var tilpasset kvinnene og deres preferanser.

“... når man først spør om hvilken prevensjon som kan passe meg best så tar dem det enkleste ... for eksempel p-piller, for da er det jo bare å skrive ut en resept.”

Informant 7

Et fåtall av kvinnene uttrykte at de var fornøyde med prevensjonsveiledningen de mottok. De opplevde å få grundig informasjon, og var særlig fornøyde da helsepersonell benyttet bilder og modeller, da dette gjorde informasjonen mer forståelig. De fleste kvinnene opplevde derimot en stor mangel på 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 hva som skjer i kroppen ved bruk av prevensjon, og at midlene må brukes riktig for å fungere optimalt. Noen kvinner uttrykte at fravær av informasjon skyldtes manglende kompetanse hos helsepersonell. 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, varte lenge og inneholdt lite hormoner ble trukket frem som andre påvirkende faktorer ved valg av prevensjonsmiddel. Videre ønsket de et middel som var lett å administrere. For noen var dette prevensjonsmidler som krevde daglig administrering, mens for andre var det midler som varte over en lengre periode. Enkelte valgte bort prevensjonsmidler som p-stav og spiral, da administrering av disse virket skremmende.

"... 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. Noen ønsket et middel som gav dem mindre menstruasjonsblødninger, mens andre ønsket et middel som gav dem mindre menstruasjonssmerter.

“Men jeg har jo funnet bivirkninger med alle. Og jeg føler at man må velge ut ifra hvilke bivirkninger man synes er greit. Og spesielt med det, 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

Enkelte 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 påvirkende 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. Kjæreste var også for noen en faktor 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 fornøyde med. Kvinnene baserte valg av prevensjonsmiddel på brukererfaringer fra venner og jevnaldrende, i tillegg til erfaringer fra allment kjente personer og forum 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 valget 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. Helsepersonell var interesserte, forståelsesfulle og gav tett oppfølging under veiledning. Andre opplevde å ikke bli ivaretatt og savnet å bli møtt med åpenhet. Tidligere forskning viser at unge kvinner verdsetter å bli møtt av vennlig helsepersonell, og ønsker en tillitsfull relasjon hvor helsepersonell er tålmodige og lyttende (6, 8, 9). En god og tillitsfull relasjon til helsepersonell kan bedre prevensjonsveiledningen (6). Studien til Brault et al. (10) belyser viktigheten av at helsepersonell bygger en relasjon til brukere slik at de føler seg komfortable

med å stille spørsmål, da prevensjon er et sensitivt tema for noen. På bakgrunn av at prevensjon kan være et intimt og privat tema, er pasientsentrert omsorg en egnet tilnærming ved prevensjonsveiledning (17). Ifølge Dehlendorf et al. (17) handler pasientsentrert omsorg i prevensjonsveiledning om å behandle bruker med respekt og medmenneskelighet, og omsorgen som ytes skal ta utgangspunkt i brukers ønsker og behov. Funn i denne studien tyder på at ikke alle kvinnene ble møtt med pasientsentrert omsorg, da flere oppfattet helsepersonell som dømmende, lite interesserte og ukomfortable i samtale om prevensjon.

Helsepersonell med rekvireringsrett for prevensjonsmidler plikter å hjelpe kvinner med å finne et prevensjonsmiddel som passer for den enkelte (1, 18). Kvinnene i studien erfarte prevensjonsveiledningen som for generell, og uttrykte et stort ønske om 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 (5-8). Dehlendorf et al. (19) viser til “shared decision making” (SDM) som en egnet modell for å utøve individuell tilpasset veiledning. Denne modellen har en pasientsentrert tilnærming og bygger på prinsippet om at veileder og bruker tar valget sammen, basert på veileders kunnskap og brukers verdier og preferanser (20, 21). Kvinnene i studien uttrykte at deres preferanser burde vektlegges i større grad ved prevensjonsveiledning. Selv om SDM innebærer at bruker skal ta del i beslutningsprosessen ved å dele av sine preferanser (20), er det viktig å ta i betraktning at de fleste prevensjonsmidler er legemidler. Helsemessige vurderinger vil derfor påvirke hvilke anbefalinger helsepersonell gir (22). Dette tas likevel hensyn til i SDM da beslutninger baseres både på helsepersonells faglige kunnskap og brukers preferanser (21). På tross av at tidligere forskning viser til økt tilfredshet ved SDM under prevensjonsveiledning (23), viser denne studien at SDM ikke blir utøvd i tilstrekkelig grad, da kvinnene opplevde en mangel på individuelt tilpasset veiledning.

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 (3, 4, 13, 24). Likevel viser forskning at kvinner som primært ønsker å unngå

graviditet velger mindre pålitelige midler (4, 12, 13). Sucato et al. (25) har utviklet en modell for å forstå hva som påvirker unge kvinners valg av prevensjonsmiddel. Modellen viser at blant annet individuelle egenskaper, som hvor villig en person er til å utsette seg for risiko for utilsiktet graviditet, har påvirkning på valg. Våre funn, sett i lys av modellen, peker på at kvinnene var lite villige til å utsette seg for denne risikoen da middelets pålitelighet påvirket valget i stor grad.

Prevensjonsmiddelets pålitelighet kan sees i sammenheng med middelets administrering, da midlene må brukes korrekt for å hindre utilsiktet graviditet (18). Kvinnene i studien vektla prevensjonsmiddelet administreringsform da valg skulle tas. Noen ønsket et middel som krevde daglig administrering, mens andre ønsket et middel som varte lengre. I modellen til Sucato et al. (25) kommer det frem at støtten en person har til å administrere et prevensjonsmiddel korrekt spiller inn på valg av middel. Dette ble imidlertid ikke avdekket i vår studie. Derimot kom det frem at kvinnene tok valg baserte på hvilket middel de anså som lettvis å administrere. Tidligere forskning understreker at prevensjonsmiddelets administrering har innvirkning på valg. Foretrukken administreringsform blir påvirket av kvinners livsstil og personlige egenskaper som evnen til å huske å ta et middel daglig (11, 15, 24, 26, 27).

Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger

Kvinnene i 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 på bakgrunn av venners bruk og anbefalinger. Tidligere studier viser at innflytelse fra venner og jevnaldrende er sentralt når valg av prevensjonsmiddel skal tas (5, 11, 12, 15, 26, 28). Studien til Marshall et al. (11) belyser at det å kjenne andre som bruker et middel gjør det tryggere å velge middelet selv. I modellen til Sucato et al. (25) er kjennskap til prevensjonsmidler, gjennom venner og familie, en innvirkende faktor på valg. Modellen viser også partners støttende rolle som en påvirkende faktor. I vår studie løftet enkelte kvinner frem kjæreste som en påvirkende faktor, da prevensjon var noe som angikk dem begge, og et valg de tok sammen. Forskning viser at partners meninger og støtte er noe kvinner verdsetter ved valg av prevensjonsmiddel (5, 11, 24, 27), men at deres innflytelse ikke er avgjørende for det endelige valget (14, 24).

Studien avdekket at flere av informantene baserte deres valg av prevensjonsmiddel på helsepersonells anbefalinger. Modellen til Sucato et al. (25) viser at 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. Hvor stor påvirkningskraft helsepersonell har er i henhold til tidligere forskning varierende (11, 14). I studien til Hirth et al. (12) 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 (5, 29).

Studiens styrker og begrensninger

En begrensning ved studien er antall informanter. Ti kvinner delte sine erfaringer, og det kan ikke utelukkes at et større utvalg ville gitt en bredere variasjon i erfaringer og sterkere overførbarhet. Til tross for det begrensede utvalget, opplevde vi at informantene delte rikt av sine erfaringer og at det ved de siste intervjuene ble tilføyet lite nytt. Vi anser på bakgrunn av dette informasjonsstyrken som god. Et kvalitativt design med semistrukturerte intervjuer gav oss muligheten til å fordype oss i temaet, da informantene fikk snakke fritt uten større begrensninger. Flere av våre funn samsvarer med tidligere forskning på et internasjonalt nivå, noe som styrker studiens gyldighet.

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 manglet informasjon for å kunne ta et informert valg. Fremtredende faktorer som påvirket kvinnenes valg av prevensjonsmiddel var prevensjonsmiddelets pålitelighet, og innflytelse fra venner og helsepersonell. Studien synliggjør et forbedringspotensial ved prevensjonsveiledningen kvinnene mottok, og avdekker ny kunnskap som vil kunne være til nytte for alle som arbeider med prevensjonsveiledning.

Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Leger, helsesykepleiere og jordmødre kan rekvirere hormonell prevensjon til personer under 16 år [Internett]. 2021 [oppdatert 26.02.22; hentet 5. januar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/rekvirering-av-hormonell-prevensjon/rekvirering-veiledning-og-oppfolging/leger-helsesykepleiere-og-jordmodre-kan-rekvirere-hormonell-prevensjon-til-personer-under-16-ar#68e95e27-29eb-4653-a605-ead7ae7c1f12-begrunnelse>.
2. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63 [hentet 3. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
3. Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018;23(3):183-93.
4. Oppelt PG, Baier F, Fahlbusch C, Heusinger K, Hildebrandt T, Breuel C, et al. What do patients want to know about contraception and which method would they prefer? *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(6):1483-91.
5. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 2013;88(2):250-6.
6. Lukasse M, Baglo MCG, Engdal E, Lassemo R, Forsberg KE. Norwegian women's experiences and opinions on contraceptive counselling: A systematic textcondensation study. *Eur J Midwifery*. 2021;5(February):4-8.
7. Nappi RE, Vermuyten N, Bannemerschult R. Missed opportunities in contraceptive counselling: findings from a European survey-based study with simulated patient consultation. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2021:1-10.
8. Fox E, Reyna A, Malcolm NM, Rosmarin RB, Zapata LB, Frederiksen BN, et al. Client Preferences for Contraceptive Counseling: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2018;55(5):691-702.
9. Sangraula M, Garbers S, Garth J, Shakibnia EB, Timmons S, Gold MA. 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*. 2017;30(3):376-82.
10. Brault MA, Curry LA, Kershaw TS, Singh K, Vash-Margita A, Camenga DR. Supporting Patient-centered Communication on Adolescent Sexual and Reproductive Health—Perspectives to Build an Appointment Planning Tool. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021;34(5):725-31.

11. Marshall C, Kandahari N, Raine-Bennett T. Exploring young women's decisional needs for contraceptive method choice: a qualitative study. *Contraception*. 2018;97(3):243-8.
12. Hirth JM, Dinehart EE, Lin Y-L, Kuo Y-F, Patel PR. Reasons why young women in the United States choose their contraceptive method. *Journal of Women's Health*. 2021;30(1):64-72.
13. Marshall C, Guendelman S, Mauldon J, Nuru-Jeter A. Young women's contraceptive decision making: do preferences for contraceptive attributes align with method choice? *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2016;48(3):119-27.
14. Mahony H, Spinner C, Vamos CA, Daley EM. Social Network Influences on Young Women's Choice to Use Long-Acting Reversible Contraception: A Systematic Review. *Journal of midwifery & women's health*. 2021.
15. Fulcher K, Drabkin M, Gibson J, Francoeur J, Eurchuk A, Weaver M, et al. Contraceptive decision-making and priorities: What happens before patients see a healthcare provider. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2021;30(1):56-64.
16. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
17. Dehlendorf C, Fox E, Sobel L, Borrero S. Patient-Centered Contraceptive Counseling: Evidence to Inform Practice. *Current obstetrics and gynecology reports*. 2016;5(1):55-63.
18. Ræder MB, Johansen M, Offerdal K. *Prevensjon: Norsk gynekologisk forening. Veileder i gynekologi* (2021). ePub. ISBN 978-82-692382-1-1.; 2021 [oppdatert 11.11.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/prevensjon/>
19. Dehlendorf C, Kimport K, Levy K, Steinauer J. A Qualitative Analysis of Approaches To Contraceptive Counseling. *Perspect Sex Repro H*. 2014;46(4):233-40.
20. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*. 1997;44(5):681-92.
21. Chen M, Lindley A, Kimport K, Dehlendorf C. An in-depth analysis of the use of shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. 2019;99(3):187-91.
22. Helse- og omsorgsdepartementet. *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd* [Internett]. [Hentet 12. september 2021]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/seksuell-helse/HOD-handlingsplan_2020-2024.pdf/_attachment/inline/83028bcf-b7cf-430f-ac64-0ca2b6e95a6f:edb4cf016df86f63b8f27ae3d2bc60125a908b9e/HOD-handlingsplan_2020-2024.pdf

23. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittiel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. 2017;95(5):452-5.
24. Rubin SE, Felsher M, Korich F, Jacobs AM. Urban adolescents' and young adults' decision-making process around selection of intrauterine contraception. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2016;29(3):234-9.
25. Sucato GS, Bhatt SK, Murray PJ, Ott MA. Transdermal contraception as a model for adolescent use of new methods. *Journal of adolescent health*. 2011;49(4):357-62.
26. Melo JMD, Peters MMPH, Teal SMDMPH, Guiahi MMDM. Adolescent and Young Women's Contraceptive Decision-Making Processes: Choosing "The Best Method for Her". *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(4):224-8.
27. Carbone SL, Guillen M, Ramirez JJ, Vargas SE, Lu CF, Getz ML, et al. '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*. 2020;17(3):262-9.
28. Politi MC, Estlund A, Milne A, Buckel CM, Peipert JF, Madden T. Barriers and facilitators to implementing a patient-centered model of contraceptive provision in community health centers. *Contraception and Reproductive Medicine*. 2016;1(1):1-9.
29. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M, van Bakel B, Oddens BJ. The CHOICE study: Effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17(1):65-78.

Vedlegg 2: Forfatterveiledning

Forfatterveiledning

Om Sykepleien Forskning

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen. Tidsskriftet utgis av Norsk Sykepleierforbund og er indeksert i CINAHL.

Tidsskriftet søker å publisere artikler av høy kvalitet, der både forfattere og tidsskriftet følger kriterier for høy vitenskapelig standard og internasjonale konvensjoner.

Sykepleien Forskning henvender seg spesielt til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere, men også andre med interesse for å søke aktuell helserelatert kunnskap.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke grunnlaget for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Videre er det et mål at tidsskriftet skal bidra til å stimulere sykepleiefaglig forskning og fagutvikling, samt fremme og underbygge faglige og fagpolitiske diskusjoner og refleksjoner.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskapen raskt når ut til mange lesere. Alle publiserte artikler oversettes til engelsk og er dermed tilgjengelige også for internasjonale lesere.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter for bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettverson, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering. Se her for råd til masterstudenter.

Hvis du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktøren for avklaring.

Sjekklistor for rapportering

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, skal følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Forfatterne skal følge en av EQUATOR-retningslinjene for rapportering av forskning og oppgi i metodekapittelet hvilken av dem som er fulgt, for eksempel:

- for kvalitative studiedesign: SRQR eller COREQ
- for kvantitative studiedesign: STROBE for observasjonsstudier og CONSORT for randomiserte, kontrollerte studier
- for systematiske litteraturstudier: PRISMA eller PRISMA-ScR
- for «mixed methods»-design: GRAMMS

Lengde på manuskriptet

Standard tillatte ordramme er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

Begrenset unntak fra ordrammen kan vurderes for manuskripter av høy vitenskapelig kvalitet som rapporterer fra kvalitative studier eller systematiske litteraturstudier. Avvik fra ordrammen skal angis og begrunnes i følgebrev til redaktøren (cover letter). Eventuelt unntak vurderes i hvert enkelt tilfelle og i dialog mellom kontaktforfatteren og redaktøren.

Merk at en utvidet ordramme ikke kan benyttes til en mer omfattende resultatdel, som for eksempel å legge inn flere sitater – men heller for å styrke metodedelen av manuskriptet der det er nødvendig.

Format og struktur

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives i Microsoft Word-programmets .doc- eller docx-form.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Tabeller og figurer fremstilles sist i hovedmanuskriptet, på en egen side etter referanselisten.
- Figurer som er bilder, lastes opp i riktig format (TIFF, JPG, PNG) og med høy oppløsning. Bilder skal lastes opp som egne filer og ikke limes inn i Word-dokumentet.

Tittel

Tittelen skal med så få, men presise ord som mulig beskrive artikkelens innhold, hensikt og metode. Sammen med sammendrag og nøkkelord er tittelen avgjørende for å skape interesse og gi synlighet. Redaksjonen lager en egen fronttittel til forsiden Sykepleien.no og sosiale medier.

Overskrift

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift. Forfatterne oppfordres til å lage flere mellomtitler, særlig i resultatdelen og i diskusjonen, som viser hva avsnittene handler om.

Redaksjonen kan foreslå mellomtitler der det vurderes som hensiktsmessig med tanke på artikkelens lesbarhet på ulike digitale flater, som for eksempel mobiltelefon.

Mellomtitler er i tillegg søkbare, slik at gode mellomtitler øker sjansen for treff ved søk og gjør det lettere for leserne å følge med og orientere seg i artikkelen.

Språk

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal skrives fullt ut første gangen de forekommer i teksten.

Struktur

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Manuskriptets oppbygning og innhold

Artikkelmanuskriptet skal ha følgende oppbygning og innhold:

Sammendrag

Forfatterne fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres med følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Nøkkelordene skal være unike og ikke brukt i tittelen.

Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Introduksjon

Her gis en introduksjon til emnet/tematikken og bakgrunn for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført.

Litteraturgjennomgangen skal belyse forskningsfronten på et område, inkludere relevant internasjonal forskning og avdekke kunnskapshull. Denne delen av manuskriptet skal forklare behovet for studien gjennom å utvikle en argumentasjonsrekke (en problemstilling).

Studiens hensikt skal beskrives under en egen overskrift, og målet med studien kan beskrives dersom det er hensiktsmessig. Forsknings spørsmål og/eller hypoteser beskrives til slutt i introduksjonskapittelet og legger føringer for beskrivelse av design og metode.

Se her for en kort innføring i skillene, men også sammenhengene mellom tema, problemstilling, forsknings spørsmål, hypotese, hensikt og mål.

Metode

Forfatterne skal oppgi forskningsdesign og beskrive og begrunne metode(r) som ble benyttet i studien. Unngå generelle metodebeskrivelser, som «kvalitative intervjuer» eller «kvantitativ spørreundersøkelse». Beskriv konkret og presist hvilke(n) type(r) metode(r) som ble brukt, alltid underbygget av metodelitteratur. Gjennom beskrivelse av metode skal det komme frem hvordan validitet og reliabilitet ble ivarettatt.

Utvalg og utvelgelsesprosess skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur.

Datainnsamlingsmetode skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Oppgi i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn, og av hvem.

Bearbeiding og analyse av dataene skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Ved kvalitative studiedesign skal analyseprosessen fra rådata til hovedfunn illustreres i en tabell eller figur.

Er studien vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), personvernombud / Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller andre relevante instanser, skal dette beskrives og referansenummeret oppgis. Om studien ikke er vurdert av de ovennevnte instansene, skal dette også oppgis og begrunnes. Ethiske overveielser utover forskningsetikk skal, der det er hensiktsmessig, diskuteres – for eksempel der forskningsobjekter er i sårbare situasjoner, eller kan være utsatt for stigmatisering.

Tillatelser til å bruke eksisterende spørreskjemaer må være innhentet, hvis relevant. Egenutviklet spørreskjema, intervjuguide og beskrivelse av søk, inkludert resultater,

fra minst én database ved litteraturstudier må gjøres tilgjengelig for fagfeller ved å laste disse opp når manuset og tilhørende filer sendes inn.

Resultater

Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten tolkning eller diskusjon. Hovedfunn beskrives i tekst før resultater fremstilles i tabeller. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Bruk overskrifter/mellomtitler som viser hvilke(t) resultat(er) som presenteres i avsnittene under.

Diskusjon

Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og i lys av annen nasjonal og internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres. Bruk overskrifter/mellomtitler som viser hva som diskuteres i avsnittene under.

Konklusjon

Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse skal være en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser begrenses normalt til 30. For artikler som beskriver litteraturstudier, kan antallet referanser overstige 30 samlet sett, men referanser som ikke kan relateres til resultatet av litteratursøk, skal ikke overstige 30.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettsadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sbMDzXsesQLTfyE7EHR9MTnzAchuSASE1QHW1f8IkTY2mSrtoh.pdf> (nedlastet 01.02.2021).
5. Helsedirektoratet. *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatabank.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).

7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

8. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

9. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan [doktoravhandling]. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Referansene skal utformes slik som illustrert i disse eksemplene. Lenker eller DOI-nummer kan oppgis der disse finnes hvis ønskelig.

Innsending av manuskriptet

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må likevel sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Innsending til tidsskriftet skal bestå av følgende dokumenter:

- følgebrev til redaktøren
- tittelside
- studiens kunnskapsbidrag
- artikkelmanus

Alle dokumenter lastes opp i *Sykepleien Forsknings* manuskriphåndteringssystem ScholarOne via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følgebrev til redaktøren (cover letter)

I følgebrevet må forfatterne oppgi

- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for *Sykepleien Forsknings* lesere.

- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som masteroppgave, poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse. Ved masteroppgave må det oppgis hvorvidt og hvor lenge denne er klausulert.
- begrunnelse for eventuelt avvik fra ordrammen på maksimalt 3000 ord.
- forfatterens bidrag som kvalifiserer til forfatterskap.

Studiens kunnskapsbidrag

Forfatterne skal fremheve studiens kunnskapsbidrag ved å sette inn tre kulepunkter i et eget dokument, og med et enkelt språk, som skal beskrive følgende:

- Hva visste man fra før?
- Hva ble gjort?
- Hva er studiens bidrag / hva tilfører den, til hva eller hvem?

Disse tre punktene skal være forskjellig fra sammendrag og konklusjon, til sammen maksimalt 150 ord. Punktene integreres i artikkelen hvis denne publiseres.

Filnavnet skal være «Studiens kunnskapsbidrag».

Tittelsiden

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens navn, akademisk tittel, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag, tabeller/figurer eller referanser)

- antallet figurer og tabeller

Vurderingsprosessen

I første omgang foretar redaktøren og/eller en assisterende redaktør en vurdering av hvorvidt artikkelmanuskriptet avvises direkte eller oversendes til minst to fagfeller for vurdering. Etter fagfellevurdering gjør assisterende redaktør ny vurdering og anbefaler beslutning til redaktøren.

Redaktøren beslutter på bakgrunn av fagfellevurderingene, assisterende redaktørs vurdering og egen vurdering. Det er tre mulige utfall etter fagfellevurderinger: a) manuskriptet aksepteres, b) større eller mindre revisjon anbefales, c) manuskriptet avvises.

Kontaktforfatteren kan følge med på hvor manuskriptet er i vurderingsprosessen ved å logge seg inn i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne.

Fagfellevurdering

Sykepleien Forskning praktiserer åpen fagfellevurdering. Det vil si at forfatterne og fagfellene har tilgang til hverandres identitet. Alle manuskripter vurderes normalt av minst to fagfeller, inkludert redaktøren og assisterende redaktør før en beslutning fattes.

Vi tilstreber en rask vurderingsprosess fra innsendelse til beslutning og fra aksept til publisering. Fagfellene bes følge COPE – etiske retningslinjer for fagfeller.

Forfatterne skal ved innsending av manuskriptet anbefale minst to fagfeller som er aktuelle med tanke på

- habilitet: skal ikke ha tidligere eller pågående samarbeid, kan ikke være nære kolleger, nære venner eller i familie. Ved tvil konferer Forskningsrådets habilitetsregler.
- kompetanse: substansielt og/eller metodisk.

Forslagene til fagfeller skal begrunnes. Fagfeller fra andre nordiske land kan foreslås. Bygger manuskriptet på en masteroppgave, skal ikke sensor foreslås som fagfelle.

Innsending av revidert manuskript

Etter fagfelle vurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatterne med kommentarer fra både fagfeller og redaktører.

Forfatterne må utarbeide et eget dokument som viser punktvis hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktørene. Dette dokumentet skal lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer som er relevante og substansielle med tanke på ny vurdering av manuskriptet, skal markeres med rød skrift i det reviderte manuskriptet. Vi ønsker ikke at det brukes funksjonene Spor endringer og Merknader i dokumentet.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning> som en revisjon og ikke som et nytt manuskript. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

Godkjenning av manuskript

Forfatterne får en e-post fra redaktøren når artikkelen er akseptert for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding, såkalt språkvask (inkluderer også tittelen og eventuelle mellomtitler/overskrifter), og følges opp av manusredaktøren. Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

Kontaktforfatteren mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning. Rett før publisering mottar kontaktforfatteren også publiseringsklar artikkel i PDF-format til godkjenning. Her har artikkelen også blitt gitt en fronttittel, ingress, bilde og bildetekst og eventuelt flere mellomtitler og avsnitt for å imøtekomme *Sykepleiens* krav til nettpublisering.

Oversetting til engelsk

Sykepleien Forskning sørger for profesjonell oversetting av hele artikkelen til engelsk, inkludert sammendraget, tabeller og figurer. Den engelske versjonen av publisert artikkel blir gjort tilgjengelig i CINAHL.

Kontaktforfatteren får tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komiteenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen. Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres.
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle delene av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt.

Vancouver-reglene med utdypninger finnes her.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvaret for innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Ved delt førsteforfatterskap må dette dokumenteres i følgebrevet til redaktøren. Det blir da markert i publisert artikkel på følgende måte nederst i artikkelen: «NN og NN har bidratt like mye og deler førsteforfatterskapet.»

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning har kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

Interessekonflikter

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter».

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen, blir returnert til innsenderen.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet:
«Prevensjonsveiledning og valg av prevensjon»?

Hei!

Vi er to studenter som går på Master i jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet. I forbindelse med studiet skal vi skrive en masteroppgave og vi lurer på om du har lyst til å delta i vårt prosjekt? Tema for forskningsprosjektet er prevensjonsveiledning og valg av prevensjonsmiddel. Du vil her få mer informasjon om hensikten med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Kvinnehelse er viktig og prevensjon er et tema vi ønsker å sette fokus på. Vi ønsker å snakke med unge kvinner og lære mer om hvilke erfaringer de har med prevensjonsveiledning og hva som påvirker deres valg av prevensjonsmiddel. Ny kunnskap på tema kan få betydning for prevensjonsveiledning i fremtiden og vil kunne påvirke videre forskning.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har valgt å søke deltakere til studien gjennom ulike Facebook-grupper knyttet til universitetet. Vi har også åpnet for at dem som ser innlegget kan spre ordet til venner og bekjente utenfor universitetet. Kriteriene for å være med i studien er kvinner fra 18-25 år, som er bosatt i Norge og bruker prevensjon.

Du får denne henvendelsen om å delta da du enten har kontaktet oss etter å ha sett annonse på Facebook, eller ved at du har hørt om studien gjennom venner/bekjente.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet vårt innebærer det at du stiller til et intervju. Dette vil ta 45-60 minutter. På intervjuet vil vi stille deg spørsmål om erfaringer med prevensjonsveiledning og hva som påvirker valg av prevensjonsmiddel. Du svarer fritt med egne ord og deler dine erfaringer rundt dette. Vi tar lydopptak fra intervjuet og skriver notater. Studien vil inkludere 5-10 kvinner som vil bli intervjuet hver for seg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke ønsker å delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Datamateriale i form av lydfil lagres i kryptert form på en sikker plattform (Nettskjema Diktafon), hvor kun studentene og veileder i prosjektet vil ha tilgang. Når intervju skrives om til tekst vil datamaterialet bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å gjenkjenne informantens identitet. Filene lagres alltid på studentenes OneDrive/Sharepoint 365 område ved UiT for sikker lagring.

Når prosjektet er gjennomført og skal publiseres vil din identitet som deltaker ikke kunne bli gjenkjent. Det vil kun bli presentert enkelte utdrag av intervjuene, det vil si korte sitater. Ellers vil det være sammenfattet informasjon angående funn fra intervjuanalysen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) vil bli slettet når oppgaven er godkjent og en eventuell publisering er utført, senest desember 2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Har du spørsmål til denne vurderingen kan du ta kontakt med NSD på telefon: 555 82 117.

Dine rettigheter

Dine rettigheter ved deltakelse i denne studien vil være at du har rett til å få innsyn i de dataopplysningene som er registrert på deg og å få utlevert en kopi av opplysningene dine. Du har rett til å få rettet og/eller slettet personopplysninger om deg, og du vil ha rettighet til å sende klage til datatilsynet om håndteringen av dine personopplysninger

Hvor kan jeg finne ut mer?

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder ved UiT Norges arktiske universitet: Dosent Ingvild Aune, telefon: 90656714. UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom du har spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78.

Ønsker du å delta

Ta kontakt med oss dersom du ønsker å delta i denne studien:

- Siri Dammen, mail: sda107@uit.no
- Caroline Norheim Rosten, mail: cro058@uit.no

Med vennlig hilsen

Ingvild Aune

(Veileder)

Siri Dammen, Caroline Norheim Rosten

(Studentene)

Samtykkeerklæring

Før oppstart av selve intervjuet vil forskerne (masterstudentene) innhente ditt muntlige samtykke og forsikre seg om at du har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «prevensjonsveiledning og valg av prevensjon», og at du får anledning til å stille spørsmål. Muntlig samtykke vil bli innhentet som en lydfil som lagres på nettskjema.no og slettes etter 6 mnd. På denne måten er det ikke fare for at et eventuelt dokument med skriftlig samtykke kan bli funnet av noen andre enn forskergruppen og deres veileder.

Vennligst les opp følgende setning:

Jeg, (navn), har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet «prevensjonsveiledning og valg av prevensjon» og er villig til å delta i studien.

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide

«Hvilke erfaringer har unge kvinner med å motta prevensjonsveiledning hos helsepersonell, og hvilke faktorer påvirker deres valg av prevensjonsmiddel?»

Prevensjonsveiledning:

1. Hvilke erfaringer har du med prevensjonsveiledning?
 - Hvem gikk du til for å få veiledning og var det en spesiell grunn for at du valgte det?
 - Hvor tilgjengelig opplever du at prevensjonsveiledning er? Utdyp svaret.
 - Hvor fikk du vite hvor du kunne gå for å få veiledning?
 - Hvor mye tid ble brukt på prevensjonsveiledningen og var dette tilstrekkelig eller ikke? Utdyp svaret.
 - Hva tenker du om økonomiske faktorer når det kommer til prevensjonsveiledning?
2. Hva ble du informert om?
 - Virkning/bivirkning/alternativer?
3. Var du fornøyd med prevensjonsveiledningen? Hvorfor eller hvorfor ikke?

Valg av prevensjonsmiddel:

4. Hva påvirket ditt valg av prevensjonsmiddel?
 - Utdyp svaret, hvorfor? (Venner, familie, internett, helse, økonomi, informasjon fra helsepersonell, kunnskap)
 - Er det andre ting som påvirket valget?
5. Hva var den viktigste påvirkningen?
 - Utdyp svaret.

Vedlegg 5: Vurdering fra NSD



Vurdering

Referansenummer

303721

Prosjekttittel

Prevensjonsbruk blant unge kvinner i Norge

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingvild Aune, ingvild.aune@ntnu.no, tlf: 90656714

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Siri Dammen, siri.dammen@gmail.com, tlf: 40068642

Prosjektperiode

09.08.2021 - 18.03.2022

Vurdering (1)**27.08.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.08.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 18.03.2022

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres,

og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 6: Fremleggsvurdering REK



Region: REK nord	Saksbehandler: Monika Rydland-Nymo	Telefon: 77620756	Vår dato: 06.09.2021	Vår referanse: 324396
----------------------------	--	-----------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Caroline Norheim Rosten

Fremleggingsvurdering: Prevensjon blant unge kvinner

Søknadsnummer: 324396

Forskningsansvarlig institusjon: UiT Norges arktiske universitet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Dette er en kvalitativ studie gjort i regi av master i jordmorutdanningen ved UiT Norges arktiske universitet. Hensikten med studien er å få en dypere forståelse av unge kvinners forhold til prevensjon. På bakgrunn av dette er forskningsspørsmålet «Hva påvirker unge kvinners valg av prevensjon og hvilke erfaringer har de med prevensjonsveiledning?». Studien vil utforske hvilke faktorer som påvirker kvinnenes valg av prevensjonsmiddel, og hvor tilfreds de er med informasjonen som blir gitt i møte med helsepersonell som rekvirerer prevensjonen. Det er videre ønskelig å fordype seg i kvinners erfaringer med prevensjonsveiledning, med fokus på hvorvidt de mottar tilstrekkelig med informasjon om bivirkninger og alternative prevensjonsmidler, og om de føler seg ivaretatt i møtet med helsepersonell. For å besvare forskningsspørsmålet vil det gjøres individuelle semistrukturerte intervju av kvinner i alder 18-25 år som bruker prevensjon. Rekruttering vil gjøres ved å sende ut forespørsel/informasjon gjennom studentforeninger ved UiT. Studien baserer seg på frivillig deltakelse. Kvinnene som deltar i studien sin anonymitet vil bli ivaretatt under hele prosessen og spørsmål under intervjuet vil ikke omhandle personlige informasjon/detaljer. Studien anses som aktuell da bruken av prevensjonsmidler er stor, og jordmødre er blant dem som har en sentral rolle ved forskrivning og administrering av prevensjonsmidler. Studien kan bidra til viktig kunnskap rundt tema som igjen kan påvirke jordmors, helsesykepleiers og legers bevissthet, brukerinformasjon og videre forskning i fremtiden.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 18.08.2021. Henvendelsen er behandlet av sekretariatet for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) nord på fullmakt.

REK nord

Besøksadresse: MH-2, 12. etasje, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Telefon: 77 64 61 40 | E-post: rek-nord@asp.uit.no

Web: <https://rekportalen.no>

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «*medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger*», jf. helseforskningsloven § 2. «*Medisinsk og helsefaglig forskning*» er i § 4 a), definert som «*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom*». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

REKs vurdering

Av prosjektbeskrivelsen fremgår det at formålet med studien er å få en dypere forståelse av unge kvinners forhold til prevensjon, hvilke faktorer som påvirker kvinnenens valg av prevensjonsmiddel, og hvor tilfreds de er med informasjonen som blir gitt i møte med helsepersonell som rekvirerer prevensjonen.

Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler om taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at det må foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Vi gjør videre oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Konklusjon

Etter beskrivelsen fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggelsespliktig, jf. helseforskningsloven § 2.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
rådgiver

Monika Rydland sekretariatsleder

Kopi til:

UiT Norges arktiske universitet

Vedlegg 7: Datahåndteringsplan



Datahåndteringsplan - Prevensjonsbruk blant unge kvinner i Norge

Dette er en kvalitativ studie gjort i regi av master i jordmorutdanningen ved UiT Norges arktiske universitet. Hensikten med studien er å få en dypere forståelse av unge kvinners erfaring med prevensjonsveiledning og valg av prevensjon. På bakgrunn av dette er problemstillingen vår «Hvilke erfaringer har unge kvinner med prevensjonsveiledning og hvilke faktorer påvirker unge kvinners valg av prevensjon?».

Datahåndteringsplan er skrevet etter mal fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Fagområder

Medisinske fag

Forskningsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektvarighet

02.08.2021 — 18.03.2022

Formål

Hvilke erfaringer har unge kvinner med prevensjonsveiledning og hvilke faktorer påvirker deres valg av prevensjon? Dette vil belyses gjennom intervju av unge kvinner.

Nytteverdi

En nytteverdi ved studien er at studiens resultat kan bidra til ytterligere kunnskap om temaet prevensjonsveiledning og valg av prevensjon som i fremtiden vil kunne gagne både jordmødre, helsesykepleiere, leger og kvinner.

Etiske retningslinjer

- Helseforskningsloven

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt

Opphavs- og eiendomsrett

Studentprosjekt i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet.

Intervju

Beskrivelse

Intervju av kvinner i alder 18-25 år.

Datatype

Lyd

Språk

Norsk

Data om personer

Ja

Er det noen andre grunner til at dataene dine trenger ekstra beskyttelse?

Nei

Kategorier av personopplysninger

Anonyme

Utvalgets størrelse

10

Konfidensialitetsklassifisering

Intern

Kommentar

Muntlig samtykke blir tatt opp på to enheter ved bruk av appen Diktafon på Nettskjema.no.

Det vil bli lagret i Nettskjema.no

Innsamlingsperiode

01.09.2021 — 01.11.2021

Innsamlingsenheter

UiO Nettskjema

Datakvalitet

Det skal gjennomføres test av lydopptak før samtykke og intervju gjennomføres.

Metode

Intervju

Beskrivelse

Studien har en kvalitativ metode og det skal utføres 10 semistrukturerte dybdeintervju.

Inklusjonskriterier i studien er kvinner fra 18-25 år som bruker prevensjon og er bosatt i

Norge. Det er utarbeidet en intervjuguide med 5 spørsmål som vil benyttes under intervjuene.

Det er gjennomført 2 pilotintervju i forkant av datainnsamlingen.

Størrelse

10000 MB

Kommentar

Lydfiler og transkriberte tekstfiler.

Format

Doc

Programvare

Det skal benyttes OneDrive/Sharepoint 365 ved UiT Norges arktiske universitet med to-

faktorautentisering for sikker lagring. Appen Diktafon vil benyttes ved lydopptak, og lydfil

blir umiddelbart kryptert.

Kommentar

Det er kun studentene som har tilgang til lydfiler. Studentene og veileder vil ha tilgang på det transkriberte materialet.

Navnekonvensjoner

Mapper og filer navngis etter innhold, for eksempel vil transkribert materiale fra den første informanten få navnet "Intervju 1".

Kommentar

Ved å være konsekvent på dokumentenes tittel vil disse inne blandes samtidig som det holdes anonymt.

Lagring

Skytjeneste, institusjonsavtale

Kommentar

Alt materiale lagres på UiT's server OneDrive/Sharepoint 365 med to-faktorautentisering.

Arkivering

Nei

Kommentar

Det er i denne studien ikke behov for langtidslagring. Lydfiler vil bli slettet 6 måneder etter opptak. Transkribert materiale vil bli slettet etter at oppgaven er godkjent eller etter en eventuell publisering.

Vedlegg 8: Oversikt over analyseprosessen

Resultatkategori 1 “Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning”

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Kondensat	Resultatkategori
<p>“... det at helsesøster har vært tilgjengelig har vært viktig for min del, med tanke på prevensjon”</p> <p>“Og når jeg var der så følte jeg at hun tok seg tid til å snakke med meg, så det synes jeg ikke manglet”</p> <p>“Jeg husker faktisk at hun var veldig opptatt, og 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 så jeg måtte jo likevel sette meg opp på en time. Så det tok noen uker”</p> <p>“... det opplevdes som at den legen som skulle hjelpe meg hadde veldig dårlig tid”</p> <p>“Det ble sånn rett inn og rett ut på en måte”</p>	Opplevelse av veiledning	Tilgjengelighet	<p>Jeg opplever at prevensjonsveiledning er tilgjengelig hvis man trenger det. Helsestasjonen og legen er alltid der, og man trenger ikke time. Hun tok seg god tid til å gi informasjon og hun var nøye. Jeg opplever ikke at prevensjonsveiledning er tilgjengelig nok. Det skal egentlig være åpen dør, men hun var opptatt hele tiden og det tok lang tid før jeg fikk time hos henne. Jeg føler ikke det blir satt av nok tid under veiledning. Det er sånn rett inn og rett ut på en måte.</p>	Opplevelse av tilfredshet med prevensjonsveiledning

<p>“Men der og da så følte jeg meg godt ivaretatt og godt møtt liksom”</p> <p>“... der har det bestandig vært veldig fint å gå. Anonymt, og blir møtt på en veldig fin måte der”</p> <p>“Han var egentlig ganske leidback, det var ikke noe sånn, det ble ikke gjort et ekstra nummer av det. Han var veldig rolig og sa at det her kan vi nå ordne”</p> <p>“... også ble det litt sånn frem og tilbake og styr, og måtte ut å hente ting. Snakket på en måte om prevensjon mens legen tok ut p-staven og holdt på å skjære i armen min og da ble jeg litt sånn “ææh”. Klarte ikke helt å virkelig være objektiv og sånt, så det var en dårlig opplevelse rett og slett”</p> <p>“Det er litt sårbar situasjon at jeg føler at noen av leger og helsepersonell har vært litt klein i situasjonen rundt</p>		<p>Møtet med helsepersonell</p>	<p>Jeg har vært fornøyd og de var hyggelige. Jeg føler meg godt ivaretatt og møtt på en veldig fin måte. Jeg ble lyttet til og de var forståelsesfulle. De har tatt litt kjappe avgjørelser, det har vært frem og tilbake og styr. Jeg fikk ikke innfridd ønsket mitt. Det har vært en dårlig opplevelse og jeg føler meg ikke veldig ivaretatt. De har vært litt klein, og egentlig ikke virket interessert. Jeg har savnet å bli møtt med en åpenhet.</p>	
---	--	---------------------------------	---	--

<p>det her med prevensjon”</p> <p>“Jeg bare syntes det var veldig irriterende at jeg brukte tid på å prate med en lege som ikke virket egentlig interessert”</p> <p>“... bli møtt med en åpenhet. Jeg har kanskje savnet det”</p>				
<p>“... helsepersonell burde være litt mer sånn ops på den personen man har innom seg: okei, du er det her menneske og du liker å gjøre de her og de her tingene, og vi må finne noe som passer din livstil og hverdag. I stede for at de bare: p—piller, værstegod, be safe”</p> <p>“Ja, da fikk jeg skikkelig god informasjon”</p> <p>“... da gikk jeg til helsesøsteren og fikk veiledning og stilte spørsmål og hun forklarte litt, så det synes jeg var veldig greit”</p> <p>“Men jeg har egentlig aldri fått høre om noen andre alternativer enn p-piller”</p>		<p>Informasjon</p>	<p>Å få veiledning spesifikt for meg er vanskelig. Det er litt sånn generalisert, jeg skulle ønske de var mer individsøkende. Jeg fikk skikkelig god informasjon og helsesøster var veldig flink. Hun forklarte godt og jeg fikk svar på de spørsmålene jeg hadde. Jeg føler egentlig ikke at jeg har fått noe veiledning i det hele tatt. Jeg visste ikke at man måtte bruke produktet rett for at det skal fungere best mulig. Jeg har manglet informasjon om alternativer og bivirkninger for å ta et informert valg. De fikk meg jo til å gå hjem og oppsøke det selv, da. Kompetansen til helsepersonell er kanskje ikke god nok.</p>	

<p>“... det hadde på en måte vært fint å få den informasjonen om de mulige bivirkningene da”</p> <p>“At kompetansen hos helsepersonell kanskje ikke er god nok innenfor akkurat det området. Hadde jeg visst at det finnes eks. P-ringen eller p-plaser eller p-støyte, hadde jeg kanskje gått på noe helt annet. Man at dem ikke vet liksom nok om det til at de føler seg komfortabel til å foreslå det. At det er liksom en kompetanse glipp kanskje”</p>				
--	--	--	--	--

Resultatkategori 2 “Personlige preferanser påvirket valget”

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Kondensat	Resultatkategori
<p>“Jeg har så lite lyst til å bli gravid at jeg vil ha det mest sikre prevensjonsmiddel et som finnes. For det har jeg ikke lyst til i det hele tatt. Det er liksom det viktigste”</p> <p>“... jeg velger jo bort p-staven fordi jeg vil ikke bli kuttet opp fordi jeg er redd for det”</p> <p>“... skulle det skje noe så har jeg det fast i kroppen”</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>	Ønsket utbytte	Virkning og administrering	Jeg vil ikke ha barn i tidlig alder. Jeg må kunne kjenne meg trygg, uten bekymringer. Inngrep var uaktuelt for meg, det virker skummelt. Skulle det skje noe så har jeg det fast i kroppen. 5 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.	Personlige preferanser
<p>“Byttet en del merker, for å finne en som jeg følte psykisk var best for jeg hadde veldig mye emosjonelle plager”</p> <p>“... spesielt etter p-staven så så jeg jo mest etter et produkt som var best mot blødninger, siden jeg hadde slitt sånn</p>		Bivirkninger	Det funket ikke tilstrekkelig. Jeg har egentlig funnet bivirkninger med alt. Jeg plagdes med emosjonelle svingninger, mensmerter, blødninger, uren hud og de trodde jeg hadde fått blodpropp. Jeg prøver å ha så lite ubehag som mulig.	

<p>med blødninger med p-staven”</p> <p>“Så begynte jeg å få veldig uren hun, også begynte jeg å ha blødning hele tiden”</p> <p>“Jeg prøver å ha så lite ubehag som mulig.”</p>				
<p>“... de har fungert så bra så jeg har ikke tenkt til å ta noe annet bare fordi det er billigere”</p> <p>“Hvis det hadde kostet penger så hadde jeg sikkert ikke valgt det”</p> <p>“... nå kjenner jeg litt på at det er dyrt å sette inn hormonspiral”</p> <p>“... da hadde jeg ikke lyst til å bruke så sinnsykt masse penger på det, spesielt når det ikke funker så bra som jeg tenkte”</p> <p>“Jeg har jo en samboer som vil betale for halvparten liksom, men jeg kan se for meg at det kan bli litt dumt hvis du ikke har det da. Så da vil man kanskje velge det billigste alternativet”</p>		<p>Pris på prevensjonsmiddel</p>	<p>Det at prevensjon koster forskjellig har egentlig ikke påvirket noe. Det har fungert så bra så jeg har ikke tenkt til å ta noe annet bare fordi det er billigere. Enkelte ting er sabla dyrt syntes jeg. Prisen tenker jeg mye på når jeg skal velge og har noen ganger vært avgjørende. Men når man har kjæreste så er man jo egentlig to om det og kan spleise. Jeg har ikke lyst til å bruke så sinnsykt masse penger på det, spesielt når det ikke funker så bra som jeg tenkte.</p>	

Resultatkategori 3 “Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger”

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Kondensat	Resultatkategori
<p>“Det har helt klart vært venner som har vært den største påvirkningen”</p> <p>“... det var det jeg trodde var alternativet fordi det var det venner og bekjente brukte”</p> <p>“Ja p-piller tenkte jeg at, for det var jo det som liksom var “greia” da”</p> <p>“... det ble nesten litt trendy å begynne på p-piller, alle gikk på p-piller, hvorfor ikke liksom”</p> <p>“... det ble nesten som en typ status for man følte seg veldig kul”</p> <p>“Også er jeg jo litt sånn rask med å gjøre google-søk”</p>	Påvirkning fra andre	Sosialt nettverk	<p>Det var mest venner og kvinner rundt meg som har påvirket mitt valg av prevensjonsmiddel. Det var det jeg trodde var alternativet fordi det var det venner og bekjente brukte. Det var litt trendy å begynne på det, og en type status. Jeg snakker en del med kjæresten min om det, det føles som et valg vi tar sammen. Internett og bøker har hatt størst påvirkning på meg. Jeg er litt sånn rask til å gjøre Google-søk.</p>	Sosial påvirkning og helsepersonells anbefalinger
<p>“Også har jeg en venninne som brukte p-plaster og som synes det var fryktelig upraktisk å måtte huske å skifte det og gir sånne plastermerker på kroppen og sånne ting”</p>		Andres brukererfaringer	<p>Jeg har ei venninne som fikk satt inn spiral og hadde en veldig dårlig erfaring med det og som gjør at jeg ikke har særlig lyst til å prøve. Jeg har lest om bivirkninger på forum på internett. Kjendiser sa de skulle ta spiral fordi det virker mer lokalt</p>	

<p>“... da hører jeg deres erfaringer med forskjellige ting og gjør meg opp en mening. Alle vennene mine går på prevensjon, så alle har jo ulike erfaringer, men spiral var den som det virket at flest var fornøyd med”</p> <p>“Jeg tror jo man generelt er interessert i brukererfaring”</p> <p>“... også syntes jeg det er veldig fint å høre hvordan folk faktisk opplever det på forum og sånt”</p> <p>“... jeg har liksom fått litt erfaring via å ha sett hvordan ting har funket for de og sånt da”</p>			<p>og ikke påvirker hodet i den forstand. Jeg syntes det er veldig fint å høre hvordan folk faktisk opplever det. Det føltes på en måte tryggere å kjenne noen som går på det – da funker det sikkert for meg også.</p>	
<p>“Hvis helsepersonell sier at det her middelet er bra og det funker bra mot de tingene som du tenker liksom ikke... så velger man jo det”</p> <p>“Det var jo to helsesøstre som sa at det var det jeg burde få, på en måte hehe. Eller at det var det som liksom var det jeg kunne begynne med”</p>		<p>Helsepersonell</p>	<p>Helsepersonell har vært den viktigste påvirkningen av valg for min del. Hvis helsepersonell sier at det her middelet er bra og det funker, så velger man jo det. Jordmoren hadde en veldig overbevisende tone ovenfor spiralen, så jeg tok hennes råd. Legen er jo litt sånn autoritær.</p>	

<p>“hun hadde hvertfall en veldig overbevisende tone ovenfor den her spesifikke spiralen Mirena”</p> <p>“... det var den anbefalingen jeg fikk. Jeg har vært veldig fornøyd med p-pillene”</p>				
--	--	--	--	--