



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet/ Institutt for helse- og omsorgsfag

## **Prevensjonsveiledning etter fødsel og jordmors rolle**

En kvalitativ studie om jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle

Pernille Seierstad og Ruth-Mari Steinsvik

Masteroppgave i Jordmorfag. JMO-3008 22H, 03-2023

Veileder: Professor Ingela M. Lundgren

Antall ord: 16 297

## **Forord**

Denne masteroppgaven representerer for oss en avslutning på to år med et hardt, lærerikt og spennende studie. Vi har gjennom studiet vært i praksis på forskjellige steder og sett hvordan hver enkelt jordmor jobber ulikt. Det finnes lite forskning på området prevensjonsveiledning, noe som har bidratt til at vi valgte akkurat denne problemstillingen. Vårt ønske er å kunne bidra med et større kunnskapsbilde innen prevensjonsveiledning og fremme kvinnehelsen ytterligere.

Vi ønsker å takke våre informanter, uten dere hadde ikke oppgaven vår vært mulig å gjennomføre. Takk for at dere delte deres opplevelser og erfaringer. Videre ønsker vi å takke veilederen vår, Professor Ingela M. Lundgren. Med hennes motiverende ord og konstruktive tilbakemeldinger har vi sammen fått til denne studien. Takk for at du har holdt motet vårt oppe! Til slutt ønsker vi å takke språkvaskere og medstudenter for gode innspill, deres innsats har vært uunnværlig.

## Sammendrag

**Hensikt:** Å undersøke hvordan jordmødre opplever å prevensjonsveilede etter fødsel og hvordan de anser egen rolle.

**Problemstilling:** “Jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle”

**Metode:** Det ble anvendt et kvalitativt forskningsdesign. Det ble gjennomført ni dybdeintervjuer med jordmødre som jobbet med prevensjonsveiledning på føde/barselavdeling på sykehus- og i primærhelsetjenesten. Analysen ble inspirert av Tjoras systematiske deduktive-induktive metode, SDI.

**Resultat:** Analysen resulterte i tre konsepter: “Barseltid - En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning”, “Kvinnehelse og prevensjon - En viktig del av jordmors rolle og spesialfelt” og “Et helhetlig bilde – Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd”. Ifølge jordmødrene er det for tidlig å prevensjonsveilede på barselavdeling, derimot er etterkontroll et passende tidspunkt. Barseltiden er en egnet mulighet for jordmødre til å formidle kunnskap, ettersom de opplever at det finnes misforståelser og myter knyttet til prevensjon. Prevensjonsveiledning kan ikke formidles isolert, det må tas opp i sammenheng med seksualitet, parforhold og familieplanlegging. Det foreslås at jordmødrene i kommunen skal ha en tydeligere rolle for prevensjonsveiledningen pre- og postpartum.

**Konklusjon:** Barseltiden er en gylden mulighet for prevensjonsveiledning, og etterkontroll ses på som egnet tidspunkt. Prevensjon og kvinnehelse generelt ses på av jordmødrene som en svært viktig del av deres rolle, og som behøver mer synliggjøring i retningslinjene. Både seksualitet, parforhold og familieplanlegging må inkluderes i prevensjonsveiledningen for at den skal bli helhetlig.

**Nøkkelord:** Barseltid, prevensjon, jordmor, prevensjonsveiledning, familieplanlegging og seksualitet.

## **Abstract**

**Purpose:** To examine how midwives experience contraceptive counselling for women after birth and how they consider their own role.

**Research question:** “Midwives experiences of contraceptive counselling after birth and their role”

**Method:** A qualitative research design was used. Nine in-depth interviews with midwives who worked with contraceptive counselling were conducted. The analysis was inspired by Tjoras systematic deductive-inductive method, SDI.

**Results:** The analysis resulted in three concepts: "Maternity - A golden opportunity for midwives' contraceptive counselling", "Women's health and contraception - An important part of the midwife's role and area of expertise" and “A coherent picture - Contraception, relationships and sexuality goes hand-in-hand". According to midwives it is too early to provide contraceptive counselling in the maternity ward, while the follow-up check is a suitable time. The maternity period is a suitable opportunity for midwives to share knowledge, as they experience misunderstandings and myths relating to contraception. The contraceptive counselling cannot be provided by itself, it must be addressed in the context of sexuality, relationships and family planning. The community midwife should have a more clear role for pre- and postpartum contraceptive counselling.

**Conclusion:** Maternity is a golden opportunity for contraceptive counselling and the follow-up check is seen as a suitable time. Contraception and women's health are considered by the midwives as an important part of their role and it needs to be more addressed in the guidelines. Both sexuality, relationships and family planning must be included in the contraceptive counselling for it to be coherent.

**Keywords:** Maternity leave, contraception, midwife, contraceptive counselling, family planning and sexuality.

# Innhold

1	Innledning.....	1
2	Bakgrunn .....	1
2.1	Ulike typer prevensjon.....	3
2.2	Jordmors rolle ved prevensjon.....	4
2.3	Barseltiden .....	6
2.4	Kvinner opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel .....	8
2.5	Jordmors opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel .....	9
3	Hensikt .....	10
3.1	Problemstilling.....	10
4	Teoretisk rammeverk.....	10
4.1	Kvinnesentrert omsorg .....	10
4.2	Helseoppfatningsmodellen .....	11
5	Metode.....	13
5.1	Kvalitativt forskningsdesign med dybdeintervjuer.....	13
5.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	13
5.3	Etiske betraktninger og forforståelse .....	14
5.4	Analyse .....	15
5.4.1	Steg 1: Generering av empiriske data .....	16
5.4.2	Steg 2: Bearbeiding av rådata.....	17
5.4.3	Steg 3: Koding med empirinære koder .....	18
5.4.4	Steg 4: Gruppering av koder .....	18
5.4.5	Steg 5: Utvikling av konsepter .....	19
6	Resultatdel.....	21
6.1	Barseltid – En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning .....	21
6.2	Kvinnehelse og prevensjon – En viktig del av jordmors rolle og spesialfelt .....	23

6.3	Et helhetlig bilde – Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd .....	27
7	Diskusjon.....	29
7.1	Resultatdiskusjon.....	29
7.1.1	Barseltid – En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning.....	29
7.1.2	Kvinnehelse og prevensjon – En viktig del av jordmors rolle og spesialfelt.....	33
7.1.3	Et helhetlig bilde – Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd .....	36
7.2	Metodediskusjon.....	41
7.2.1	Pålitelighet.....	41
7.2.2	Gyldighet.....	42
7.2.3	Generaliserbarhet .....	43
8	Konklusjon .....	44
9	Implikasjon for praksis og videre forskning .....	45
	Referanser.....	47
	Vedlegg .....	56
	Vedlegg 1 - Informasjonsskriv .....	56
	Vedlegg 2 - Intervjuguide .....	60
	Vedlegg 3 - Godkjenning av NSD .....	61
	Vedlegg 4 - Datahåndteringsplan.....	65
	Vedlegg 5 - Utdrag av analyseprosessen.....	68
	Vedlegg 6 - ROS-analyse .....	69

# 1 Innledning

Temaet for denne oppgaven er hvordan jordmødre opplever å prevensjonsveilede kvinner etter fødsel. Dette innebærer i norsk sammenheng barselavdeling i sykehus, hjemmebesøk og etterkontroll seks til åtte uker etter fødsel. Når vi i denne oppgaven skriver etter fødsel, er det denne perioden som menes, og som kan organiseres på ulike måter i et internasjonalt perspektiv. I Norge er det primærhelsetjenesten som utfører hjemmebesøk og etterkontroll etter fødsel. Det er ifølge norske nasjonale retningslinjer for barselomsorg flere omfattende emner som skal gjennomgås på etterkontrollen foruten prevensjonsveiledning. Dette er for eksempel amming og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014). Som jordmorstudenter har vi hatt praksis i kommunehelsetjenesten og på sykehus. Praksisperiodene har gitt oss inntrykk av at prevensjonsveiledning er et tema som ikke alltid vektlegges, og avhenger mye av jordmoren kvinnen møter. Våre inntrykk støttes av at det den siste tiden har stormet med leserinnlegg, debatter og publiseringer på sosiale medier i Norge. Kvinner som har født belyser hvor lite det fokuseres på kvinnens helse etter fødselen, og det har skapt et såkalt barselopprør. Bakgrunnen for denne studien er derfor at vi ønsker å undersøke hvordan jordmødre opplever å prevensjonsveilede kvinner etter fødsel, og hvilken rolle de har i dette arbeidet. Det er et engasjerende, spennende og ikke minst aktuelt tema for oss som snart skal arbeide som selvstendige jordmødre.

## 2 Bakgrunn

Viktigheten av prevensjonsveiledning tydeliggjøres av Glasier et al. (2019) i en litteraturgjennomgang som viser at kvinners fertilitet kan returnere allerede en måned etter endt svangerskap, med mindre kvinnen helammer. Viktigheten styrkes videre av det faktum at i 2012 var 40 % av graviditetene i verden uønsket ifølge forskningen til Sedgh et al. (2016). Med prevensjonsveiledning menes i vårt arbeid veiledning i ulike prevensjonsmetoder og forskrivning av ulike prevensjonsmidler. Veiledning er en profesjonell aktivitet i mange sammenhenger. Å veilede innebærer å lede noen på rett vei, ved hjelp av å informere eller gi opplysninger om hvordan noe gjøres (Lauvås & Handal, 2019).

Det er på den andre siden utydelig hva som inngår i prevensjonsveiledning i andre land, ut ifra de artiklene vi har lest. Noen artikler bruker ordet prevensjonsveiledning, andre skriver

prevensjonsrådgivning. Det er derfor uklart hva de ulike forfatterne legger i definisjonen av ordene. At flere yrkesgrupper gir prevensjonsveiledning i Norge vil være vesentlig, da vi ser av studien til Lindh et al. (2017) at Norge er det landet i Norden som bruker minst prevensjon, samt har høyest bruk av nødprevensjon. Dette kan tyde på at kvinnene ikke har god nok kunnskap rundt temaet.

Når det gjelder prevensjonsveiledning er det i et internasjonalt perspektiv ulike profesjoner som utfører dette, men hovedsakelig er det et ansvar for legene. I USA er det derfor legene som følger opp prevensjonsveiledning etter fødsel (Zapata et al., 2015). I Storbritannia kan både leger, jordmødre og sykepleiere prevensjonsveilede dersom de har en etterutdanning i reproduktiv helse (Faculty of sexual and reproductive health care, 2013). I Australia finnes det ingen faste retningslinjer på hvem som skal utføre prevensjonsveiledning. Både jordmødrene, leger og gynekologer kan utføre veiledningen, samt jordmødre med spesiell opplæring i emnet (Botfield et al., 2022). En rekke land har lært opp og autorisert annet helsepersonell enn leger til å yte prevensjonsveiledning (Lukasse et al., 2021). I Sverige har jordmødrene siden midten av 1970-tallet hatt rett til å forskrive prevensjonsmiddel til friske kvinner, og det har siden inngått i jordmors kompetanseområde (Tydén & Ekstrand Ragnar, 2022). Dette er unikt i et internasjonalt perspektiv. Det innebærer at majoriteten av all prevensjonsrådgivning etter fødsel skjer av jordmødre i samarbeid med etterkontroll innen kommunehelsetjenesten (Svenska Barnmorskeforbundet, 2018). Også i Norge har jordmors rolle og ansvarsområde endret seg betydelig de siste årene. I Norge skiller man mellom primærhelsetjenesten, som er jordmødre i kommunal sektor, og sekundærhelsetjenesten som er jordmødre som arbeider i sykehus. I denne oppgaven har vi brukt jordmor i primærhelsetjenesten og jordmor i kommunen om hverandre, men betydningen er den samme. Jordmødrene i primærhelsetjenesten er de som har ansvaret for de friske gravide i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2022). Videre i oppgaven bruker vi ordet fastlege, som er en lege med en spesiell avtale med kommunen, og som også kan prevensjonsveilede. Formålet med en fastlege er at alle i Norge skal ha en fast allmenn lege å forholde seg til (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2013, §1-2).



## 2.1 Ulike typer prevensjon

I dette delkapittelet vil vi presentere ulike typer prevensjon. Prevensjonsmetodene deles inn i tre grupper; gestagenpreparater, kombinasjonspreparater og hormonfrie prevensjonsmetoder. Prevensjon er per definisjon et tiltak som, til tross for gjennomført samleie, vil forhindre svangerskap. Behandler er pliktig til å bistå kvinnen med individuelt valg av prevensjonsmiddel (Ræder et al., 2021). Tilstrekkelig informasjon til kvinnene er sentralt når det kommer til korrekt bruk og bivirkninger. Kartlegging av kvinnens behov er spesielt viktig for å avdekke risikofaktorer som gjør prevensjon kontraindisert. Dette for å unngå alvorlige bivirkninger. Dette gjelder ikke bare kvinner etter fødsel, men prevensjonsveiledning generelt (Aarvold & Røsok, 2022). Gestagenpreparater er prevensjon som inneholder en eller flere typer gestagener. Gestagenpreparater er p-piller, minipiller, p-stav, hormonspiral og p-sprøyte. Ved bruk av alle legemidler vil det være en risiko for bivirkninger. Gestagenpreparat er likevel den metoden som innebærer minst risiko for alvorlige bivirkninger som blodpropp, hjerteinfarkt og hjerneslag. Derfor er preparatene den metoden som kan brukes av flest kvinner, og p-stav og spiral er de metodene som regnes som sikrest. Preparatene er assosiert med få brukerfeil da administreringen ikke foregår daglig (Aarvold & Røsok, 2022).

Kombinasjonspreparater er metoder som inneholder både gestagen og østrogen. Eksempler på slike preparater er p-piller, p-ring og p-plaster. Preparatene har flere kontraindikasjoner fordi de innebærer en økt risiko for blodpropp, brystkreft og hjerte- og karsykdom. Det vil kunne være stor variasjon i hva som fungerer for hver enkelt kvinne (Aarvold & Røsok, 2022). Hormonfrie prevensjonsmetoder innebærer kobberspiral, kondom og pessar. Fordi de ikke påvirker hormonelt, er det heller ingen medisinske bivirkninger av kondom og pessar. Preparatene har få kontraindikasjoner. Kobberspiral gir god beskyttelse mot graviditet og har få kontraindikasjoner, men kvinner kan oppleve økt blødningsmengde og forverring av smerter ved menstruasjon. Kondom gir også god beskyttelse mot graviditet om den brukes på rett måte. Det er denne metoden som anbefales de første seks ukene etter fødsel grunnet infeksjonsfaren. Naturlig familieplanlegging er også definert som hormonfri prevensjonsmetode (Aarvold & Røsok, 2022).

Hvilket hormonpreparat som blir mest brukt varierer fra land til land. I en studie som undersøkte prevensjon i Norden, ble det funnet en økning i bruk av hormonprevensjon i alle

de nordiske landene fra 2010-2013. Av de ulike typene hormonprevensjon var kombinasjons p-piller mest brukt i alle de nordiske landene på dette tidspunktet (Lindh et al., 2017). Prevensjonsveiledningen til kvinner som akkurat har født et barn kan likevel se noe annerledes ut, da dette vil påvirke valg av prevensjonsmetode. Det er for eksempel ikke anbefalt å starte opp med kombinasjonspreparater før seks måneder postpartum. Gestagenpreparater derimot tilbys seks til åtte uker postpartum (Glasier et al., 2019). I en litteraturstudie basert på tre delstater i USA (Zapata et al., 2015) kommer det frem at legene bør informere om alle former for prevensjon som er mulig. Studien vektlegger videre at legene bør fokusere på å gi informasjon om de mest effektive prevensjonsmetodene, før de gir informasjon om andre metoder. Hensikten ved studien var å undersøke om prevensjonsveiledning var mest hensiktsmessig å utføre før eller etter fødsel. De konkluderte med at kvinnene hadde utbytte av prevensjonsveiledning i kombinasjon, både før og etter fødsel (Zapata et al., 2015). I Sverige anbefales det også å diskutere prevensjon i slutten av svangerskapet, men etterkontroll blir ansett som det viktigste når det gjelder prevensjonsveiledning etter fødsel (Tydèn & Ekstrand Ragnar, 2022).

## **2.2 Jordmors rolle ved prevensjon**

I dette delkapittelet vil vi beskrive jordmors rolle ved prevensjon. Internasjonalt har jordmødrene graviditet, forløsning og barsel med fokus på det normale som fremste arbeidsområde, men det kan også innebære seksuell og reprodutiv helse (ICM, 2017). Å ha kompetanse til å rådgi om familieplanlegging og prevensjonsmetoder er imidlertid blant den essensielle kompetansen jordmødre forventes å ha (ICM, 2017). Det finnes dog ingen retningslinjer fra ICM om at jordmødre kan forskrive prevensjonsmidler, noe som inngår i de norske retningslinjene. I Sverige utfører jordmødrene majoriteten av prevensjonsveiledningen. I dette inngår forskrivning av prevensjon etter fødsel til kvinner uten kompliserte tilstander på etterkontroll i kommunehelsetjenesten (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Vi har dog ikke funnet noen studier fra Sverige om prevensjonsveiledning etter fødsel og jordmors rolle, men anbefalingene er at det skjer under etterkontrollen, og det vurderes at systemet fungerer godt (M. Ekstrand Ragnar, personlig kommunikasjon, 17. januar 2023).

Jordmødre i Norge har de senere årene fått en større rolle når det gjelder prevensjon, og jordmødres rett til å rekvirere prevensjon har endret seg betydelig. I 2002 fikk jordmødre

rekvireringsrett i helsestasjon og skolehelsetjenesten, denne rekvireringsretten dreide seg om prevensjon til ungdom. Rekvireringsretten var begrenset til p-piller tatt inn på særskilt liste, og til samme gruppe som gratisordningen (16 t.o.m. 19 år). I 2006 ble rekvireringsretten utvidet til å gjelde alle typer hormonell prevensjon, med unntak av p-stav og spiral. Dette gjaldt for kvinner fra 16-20 år. Rekvireringsretten ble i 2016 ikke lenger begrenset til å kun gjelde helsestasjon og skolehelsetjeneste. Jordmødre kunne nå rekvirere samtlige prevensjonsmidler til kvinner i alle aldersgrupper over 16 år (Helsedirektoratet, 2015).

1.januar 2022 ble retten ytterligere økt. Det er nå ingen aldersbegrensning, og jordmødre kan rekvirere alle typer prevensjonsmidler. Dette gjelder også kvinner under 16 år. Denne endringen ble vedtatt på grunnlag av at prevensjon blir lettere tilgjengelig, og det øker bruken av sikker prevensjon. I tillegg vil det i økt grad kunne forebygge uønskede svangerskap og abort blant unge under 16 år (Helsedirektoratet, 2021).

I Norge kan jordmødre jobbe i kommunehelsetjenesten eller på fødestue/fødeavdeling/kvinneklinikk. Enkelte steder har jordmødrene delte stillinger hvor de jobber flere steder. Per i dag er ikke prevensjonsveiledning satt til bare kommunen eller sykehuset. Utover dette er prevensjonsveiledning hos jordmor etter fødsel en svak anbefaling i norske retningslinjer for barselomsorg (Helsedirektoratet, 2014). I Sverige er det delt opp i en primærhelsetjeneste utenfor sykehus i regi av regioner og andre private aktører, samt sykehus. Det er jordmødrene som har hovedansvaret for de friske gravide og fødende. Det er først i kompliserte tilfeller, eller når jordmødrene trenger å konsultere, at legene kommer inn i bildet (Svensk forening for obstetikk og gynekologi, 2016). Derimot finnes ikke fastlegesystemet i Sverige. Det er utelukkende jordmødre som gir prevensjon etter fødsel med unntak av kompliserte tilfeller (Tydén & Ekstrand Ragnar, 2022).

Retningslinjer fra USA sier at prevensjonsveiledning før utskrivelse fra sykehus vil øke bruken av prevensjon etter fødsel. Dette fordi kvinnene allerede er innen helsesystemet og det vil derfor være en praktisk strategi (American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics, 2012). Likevel viser studien til Walker et al. (2021) fra England at å diskutere prevensjon under sykehusoppholdet anses av jordmødrene som lite relevant, grunnet andre ting som er i fokus på tidspunktet. Studien viser at det er mest hensiktsmessig å få prevensjonsveiledningen utført på dag ti etter utskrivelse eller senere (Walker et al., 2021). Det belyses av studien til Zapata et al. (2015) at å diskutere prevensjon

før fødselen legger grunnlaget for beslutninger om postpartum prevensjon, og gir mulighet for oppstart i den umiddelbare tiden etter fødselen. Rådgivning etter fødsel er derimot nyttig for å oppmuntre til bruk av prevensjon hos de som ennå ikke har startet opp en prevensjonsmetode (Zapata et al., 2015). I studien til Lunniss et al. (2015) fra Skottland kommer det frem at legene i primærhelsetjenesten er uenige angående prevensjonsveiledning i svangerskapet. Enkelte mente at slik veiledning burde foregå i svangerskapet, andre opplevde at fokuset i denne perioden heller burde ligge på barnet og fødselen.

## 2.3 Barseltiden

I dette delkapittelet kommer barseltiden til å beskrives. Tiden etter fødsel er en periode med ulike benevnelser, avhengig av hvilke land det refereres til. Barseltiden blir brukt som benevnelse i Norge, andre land bruker “post-partum period”, “puerperium” eller “det fjerde trimesteret”. Internasjonalt varierer lengden på perioden fra seks uker til tolv måneder etter fødsel (Berens, 2022). I Norge er barseltiden definert fra når fødselen er over og i omtrent seks uker etter fødsel. Denne tiden bruker kroppen til å tilpasse seg fysisk og psykisk at svangerskapet er over. Perioden er en sårbar tid for både kvinnen, barnet og familien rundt. Barseltiden tilbringes både på sykehus rett etter fødsel, og i hjemmet. Lengden på sykehusoppholdet postpartum har gått drastisk ned de siste 30 årene (Helsedirektoratet, 2014). Etter hjemreise er det i Norge primærhelsetjenesten som har ansvaret for barselkvinnen. Jordmor har hjemmebesøk hos kvinnen innen de tre første dagene etter fødsel. Etter dette er det helsestasjonen som overtar ansvaret for barnet, og fastlegen koordinerer kvinnens behov for medisinske tjenester. Kvinnen kan likevel komme tilbake til jordmor for etterkontroll dersom hun ønsker det (Helsedirektoratet, 2014).

Vi har funnet én forskningsartikkel fra Norge som vurderer kvaliteten og tilfredsheten med barselomsorgen. Valbø et al. (2011) undersøkte hvordan helsepersonell og mødre på barselavdeling opplevde omsorgen og pleien som ble gitt og mottatt. Til tross for at oppholdet på barselavdelingen er betraktelig forkortet, uttrykte både de ansatte og mødre tilfredshet med innholdet og kvaliteten på tjenesten (Valbø et al., 2011). Studien avdekket likevel at det var to tema som trengte mer fokus: Mer opplæring om barnet generelt og begrenset vilje fra personalets side til å ta vare på barnet om natten. Flere studier fra Sverige viser at mødre er

generelt mer fornøyde med fødselsomsorgen enn de er med oppholdet på barselavdeling (Ellberg et al., 2010; Waldenstrom et al., 2006). Forbedring av personsentrert omsorg kan redusere risikoen for komplikasjoner hos både barnet og mor, ifølge en studie fra Kenya. Studien viser også at forbedring av kommunikasjon og autonomi kan øke forekomsten av familieplanlegging etter fødselen (Sudhinaraset et al., 2021). I nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg i Norge (2014) foreslås det at kvinner skal få tilbud om kontroll fire til seks uker etter fødsel. Dette er noe kvinnen selv må avtale. Hos kvinner uten risiko anbefales det at kontrollen utføres av jordmor som har fulgt kvinnen gjennom svangerskapet eller den som bistod fødselen. Hensikten med kontrollen er å undersøke kvinnens fysiske og psykiske helse, og å gi informasjon og tilbud om prevensjon (Helsedirektoratet, 2014). Kvinnene velger selv om de ønsker å gå til lege eller jordmor for etterkontroll (Ræder et al., 2021). Likevel er tilbudet varierende fra by til by i Norge, og ikke alle kommunale jordmødre tilbyr etterkontroll.

Betydningen av barseltiden og prevensjonsveiledning vises i studien til McDonald & Brown (2013) fra Australia som rapporterte at 50% av kvinner hadde gjenopptatt seksuell aktivitet før det var gått seks uker postpartum. Dette viser viktigheten av kunnskap om prevensjon etter fødsel. En studie fra Etiopia utført i 2022 underbygger dette hvor 1/3 av gifte kvinner var seksuelt aktive innen seks uker etter fødsel (Dirirsa et al., 2022). Mange kvinner blir fertile igjen kort tid etter fødsel. Eggløsning rapporteres så tidlig som tre uker etter fødsel hos ikke-ammende kvinner (Jackson & Glasier, 2011). Sett i lys av dette er det en stor risiko for at uønskede graviditeter oppstår. Dette fremmes i studier fra USA der de konkluderer med at kvinner er spesielt utsatt for nye svangerskap første året etter fødsel, og hele 10-44% av graviditeter oppstår uventet (Templeman et al., 2000; Kershaw et al., 2003). Kort intervall mellom to svangerskap (mindre enn 18 måneder) er assosiert med høyere risiko for ugunstige perinatale utfall som prematur fødsel, lav fødselsvekt, SGA-barn (liten for alderen) og dødfødsel (Kozuki et al., 2013). En studie fra Australia viser at misforståelser knyttet til amming og prevensjon er av betydning for uplanlagte graviditeter innen tolv måneder etter fødsel. Derfor vil prevensjonsveiledning og informasjon om korte intervaller mellom svangerskap bidra til en lavere risiko for tette svangerskap (Yang et al., 2019).

I barseltiden treffer jordmor mange kvinner med ulik etnisk bakgrunn. Studier fra både Norge og Sverige indikerer at innvandrerkvinner bruker mindre effektiv prevensjon generelt. Det er

også høyere forekomst av uplanlagte svangerskap og aborter sammenlignet med innfødte kvinner (Iwarsson et al., 2019; Omland et al., 2014). Den svenske undersøkelsen utarbeidet av Kilander et al. (2022) hadde som mål å forbedre prevensjonstjenestene for innvandrerkvinner etter fødsel gjennom jordmødres veiledning, og fokus på et mer effektivt valg av prevensjonsmetode. Resultatet viser at jordmødrene opplevde det som enklere å få innvandrerkvinnene til å starte på effektiv prevensjon når den reproduktive livsplanleggingen allerede var diskutert i svangerskapet. Dette i tillegg til at kvinnene fikk tid til å reflektere over hva de ønsket, og mulighetene de hadde (Kilander et al., 2022).

## **2.4 Kvinners opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel**

I dette delkapittelet vil vi ta for oss kvinners opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel. En studie fra Italia (Giacomo, 2013) viser at veiledningen kvinnene får vedrørende bruk av prevensjon etter fødsel er avgjørende for hva de velger å gjøre. Kvinnene som fikk god informasjon om prevensjon, var mer villige til å bruke prevensjon enn de som hadde mottatt mindre informasjon. Av studien kommer det frem at bare 15,4 % har fått informasjon om prevensjon etter fødsel, mange fikk dog prevensjonsveiledning i svangerskapet. I Italia er det bare legene som er ansvarlig for prevensjonsveiledning (Giacomo, 2013).

En spørreundersøkelse utført i Norge (Lukasse et al., 2021) viser at kvinner har motstridende følelser omkring jordmor som prevensjonsveileder. Flere kvinner i studien forteller at de var ukjente med jordmor i denne rollen, og at jordmors kunnskap og kompetanse på feltet må gjøres mer kjent. I studien til Walker et al. (2021) fra England blir det derimot trukket frem at kvinnene ønsket prevensjonsveiledning fra jordmor, og foretrakk dette fremfor veiledning av lege. Etterkontroll og prevensjonsveiledning føltes trygt å få utført av jordmor, dette på bakgrunn av at tilliten allerede var etablert gjennom svangerskapsomsorgen. Bare en tredjedel av kvinnene i studien til Forsberg et al. (2019) visste at jordmødre i Norge kan forskrive og administrere prevensjonsmidler, og dette var grunnen til at kvinnene ikke følte seg trygg på å la seg veilede av jordmor.

## 2.5 Jordmors opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel

I dette delkapittelet vil vi belyse jordmors opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel. I studier fra Skottland (McCance & Cameron, 2014) og Australia (Botfield et al., 2020) mener jordmødrene at prevensjonsveiledning til kvinner etter fødsel er svært viktig. Likevel viser begge studiene at opplæringen de mottar for å gi veiledning er for dårlig. I disse landene er rollene uklare på hvem som skal utføre prevensjonsveiledning, men legene blir ofte sett på som ansvarlige (Botfield et al., 2022). Likevel tilbyr jordmødrene ofte veiledning eller rådgivning når det kommer til prevensjonsveiledning post partum. Studien til Botfield et al. (2020) viser at bare 14 % av jordmødrene har mottatt opplæring i prevensjonsveiledning. Samtidig nevner McCance & Cameron (2014) at tidsmangel og fokus på barnet er viktige elementer som skaper barrierer for prevensjonsveiledning på barselavdeling. Andre barrierer er ifølge studien til Cameron et al. (2017) fra Skottland tilgjengeligheten til leger og andre kliniske krav til jordmødrene i sykehusavdelingene.

Hvordan jordmødrene opplever prevensjonsveiledning varierer, og jordmødrene fremhever sin rolle svært ulikt (McCance & Cameron, 2014). En studie fra Storbritannia viser at jordmødrene anså prevensjonsveiledning som mindre betydningsfull, og noe de ikke følte seg tilstrekkelig trent til. Det ble identifisert flere barrierer for å diskutere prevensjon postpartum, blant annet mangel på tid, og at privatlivet til kvinnene ikke blir ivaretatt i sykehusmiljøet. Jordmødrene opplevde at kvinnene var mer opptatt av sin nyfødte og fremstod uinteresserte i å diskutere prevensjon rett etter fødsel. Flere jordmødre uttrykte bekymring relatert til å delta mer aktivt i prevensjonsveiledning på sykehus fordi deres arbeidsmengde allerede var betydelig (McCance & Cameron, 2014). Jordmødrene i studien til Walker et al. (2021) var på den andre siden positive til å prevensjonsveilede i forbindelse med etterkontroll, men uttrykte ønske om utdanning og opplæring rundt temaet. Vellykket implementering av prevensjonsveiledning i sykehus er avhengig av et motivert, kunnskapsrikt og dyktig nettverk av helsepersonell (Thwaites et al., 2019). For at dette skal være mulig fremmer Thwaites et al. (2019) at helsepersonellens kunnskap, kompetanse og motivasjon må vurderes, slik at opplæring kan gjennomføres. En studie fra Skottland (Cameron et al., 2017) viser at prevensjonsrådgivning i svangerskapet, gitt av lokale jordmødre er gjennomførbart og ses på som svært ønskelig for kvinner.

### **3 Hensikt**

Prevensjonsveiledning etter fødsel er av betydning fordi det påvirker kvinners helse. Når og hvor kvinner ønsker prevensjonsveiledning etter fødsel varierer. Veiledningen de får har betydning for om kvinner bruker prevensjon eller ikke. Tidsmangel og fokus på barnet er årsaker til at prevensjonsveiledningen blir nedprioritert av jordmødrene på barselavdeling. Internasjonalt inngår ikke prevensjonsveiledning i jordmødres arbeidsoppgaver, foruten ved noen spesielle etterutdanninger. Ett unntak er Sverige, der prevensjonsveiledning har vært del av jordmødres arbeidsoppgaver siden midten av 1970-tallet. I Norge har også jordmødre fått en sentral rolle i prevensjonsveiledning de senere år. I flere land der prevensjonsveiledning som regel ikke inngår i jordmors rolle, viser forskning at jordmødre likevel synes det er en viktig arbeidsoppgave. Grunnet denne bakgrunnen er hensikten med studien å se på prevensjonsveiledning etter fødsel og jordmors rolle. Vi har ikke funnet noen studier fra Norge om jordmors opplevelser av prevensjonsveiledning.

#### **3.1 Problemstilling**

“Jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle”.

### **4 Teoretisk rammeverk**

I dette kapittelet presenteres oppgavens rammeverk. Det benyttes et jordmorfaglig begrep, og en helsefremmende teori. Teorien og begrepet er valgt med bakgrunn i problemstillingen.

Disse vil videre bidra til å tolke studiens empiri, samt hvordan det kan knyttes til jordmorfaget.

#### **4.1 Kvinnesentrert omsorg**

Begrepet kvinnesentrert omsorg (women-centred care) har blitt brukt som et rammeverk knyttet til jordmorfag (Morgan, 2015). Leap (2009) trekker frem seks ulike punkter knyttet til kvinnesentrert omsorg. Punktene innebærer at jordmor fokuserer på kvinnens individuelle behov og forventninger snarere enn behovet til institusjonen. Jordmor skal erkjenne behovet om at kvinnen skal ha valg og kontinuitet fra en kjent omsorgsperson. Kvinnen skal selv få



definere hva som er viktig for henne, og hvilke personer som inngår i dette. Kvinnen skal følges på tvers av ulike felleskap og i akutte settinger. Jordmor skal også ta for seg kvinnens psykiske, fysiske, åndelige, emosjonelle og kulturelle behov. Kvinnen skal regnes som ekspert på egen helse og i beslutningstaking. Dette er viktige aspekter ved fødselsomsorgen, men det kan også trekkes paralleller til barselomsorgen og prevensjonsveiledning til kvinner. Vår studie omhandler hvilke opplevelser jordmødrene har med prevensjonsveiledning. Likevel er forholdet jordmødrene har til barselkvinnen et fokus i oppgaven.

Basert på problemstillingen vår vil definisjonen til Leap (2009) angående kvinnesentrert omsorg være relevant. Et viktig poeng ved kvinnesentrert omsorg er at kvinnen selv skal få ta egne valg (Leap, 2009). Dette kan relateres til forskningen til Dehlendorf et al. (2017) som viser at kvinner er mer fornøyde med prevensjonsveiledning når de selv får være med på å bestemme, kontra at behandler tar et valg for dem. Kunnskapen til jordmor vektlegges også i betydelig grad i kvinnesentrert omsorg. Ifølge teorien til Leap (2009) bør jordmor ha ressurser og ferdigheter i møte med barselkvinner til å kunne veilede og rådgi.

## 4.2 Helseoppfatningsmodellen

Helseoppfatningsmodellen er en teori som ble etablert av forskere i USA på 1950-tallet og er utviklet til en modell for helsefremmende tiltak (Champion & Skinner, 2008). Ifølge teorien ses mennesker som rasjonelle vesener som bruker en flerdimensjonal tilnærming til om de skal utføre handlinger knyttet til helse eller ikke (Hall, 2011). Modellen baseres på at det er flere ulike elementer som avgjør helseatferd. Det vil si i hvilken grad sykdom aktivt forebygges, identifiseres og bekjempes (Hall, 2011). Disse elementene er delt inn i seks ulike punkter og innebærer følgende:

- *Oppfattet trussel*- Går ut på at individet må anse alvorligheten og konsekvensene i slik grad at individet anser det som en trussel.
- *Opplevd mottakelighet*- Individet må føle seg utsatt for den aktuelle helserelaterte plagen for å anse det som nødvendig å utøve forebyggende tiltak.

- *Oppfattede barrierer*- Handler om mulige negative faktorer for å utøve en atferd. Oppfattede barrierer er det som kan være en hindring for å utøve anbefalte handlinger. Her veier individer ubevisst kostnad- nytte opp mot hverandre.
- *Oppfattede fordeler*- Innebærer hvilken tro individet har på effekten av tiltaket og potensialet for å redusere den opplevde trusselen.
- *Evne til handling*- Faktorer som er med på å trigge en helseatferd. Triggerne kan være både interne og eksterne.
- *Mestringstro*- Handler om at individet ikke vil gjennomføre atferden dersom det ikke finnes tro på at individet vil klare å gjennomføre de aktuelle og nødvendige handlingene.

(Champion & Skinner, 2008).

Helseoppfatningsmodellen er egnet for forebyggende og helsefremmende arbeid (Hall, 2011), for eksempel i møte med prevensjon og uønsket graviditet. Sett i lys av vår studie må kvinnene selv oppfatte at de har en risiko for nytt svangerskap for at de skal ønske prevensjonsveiledning. Hall (2011) fremmer i sin systematiske oversikt at helseoppfatningsmodellen er egnet for familieplanlegging, fordi helsepersonell kan bruke elementer av modellen til veiledning. Likevel skal kvinnens psykiske, fysiske, sosiale og reproduktive historie veie tyngst for å sikre individuell omsorg (Hall, 2011). I jordmors møte med kvinnen under prevensjonsveiledning kan jordmor strukturere veiledningen etter kvinnens behov, for eksempel i form av å ikke nødvendigvis fokusere på risiko uten prevensjon, men prevensjonsfordeler. Tilpasset fokus på riktig del av modellen vil kunne sikre en helhetlig tilnærming, og hjelpe kvinnen å velge korrekt prevensjonsmetode for henne (Hall, 2011).

## 5 Metode

Denne oppgaven bygges på et kvalitativt forskningsdesign. I oppgaven har vi brukt en metode utviklet av Tjora (2021), som kalles SDI-metoden. Dette for å holde oss empirinære til informantenes opplevelser angående temaet.

### 5.1 Kvalitativt forskningsdesign med dybdeintervjuer

Kvalitativ metode er en forskningsstrategi som vektlegger forståelse snarere enn forklaring (Tjora, 2021). Tjora (2021) beskriver strategien som mangfoldig og preges av både innlevelse og kreativitet. Samtidig er den også knyttet til struktur og systematikk, og drives av empiri og teori. Sammenheng og helhet er nøkkelord for beskrivelse av kvalitativt design, og ved hjelp av opplevelser og erfaringer formidles forståelse i framstillingen. For å undersøke jordmødrenes opplevelser anvendte vi individuelle intervjuer, såkalte dybdeintervjuer. Ved å bruke denne metoden ble data innsamlet direkte i kontakt med feltet, og vi anså den typen intervju som passende til vår studie.

Før dybdeintervjuene hadde vi på forhånd utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 2).

Intervjuguiden besto av oppvarmingsspørsmål, seks refleksjonsspørsmål og avsluttende spørsmål (Tjora, 2021). Dette gjorde at vi hele tiden holdt oss til oppgavens problemstilling. Det var likevel mulig for informantene å utdype seg innenfor gitt spørsmål. Vi sendte intervjuguiden til informantene på forhånd slik at de kunne forberede seg. For å kvalitetssikre intervjuguiden ble det gjort pilotintervju med veiledere vi hadde i tidligere praksisperioder). På denne måten fikk vi et innblikk i om spørsmålene vi hadde utarbeidet var velformulerte og forståelige. Vi fikk også en formening om i hvilken grad spørsmålene faktisk kunne besvare problemstillingen vår.

### 5.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Metoden til Tjora (2021) bygger på fire ulike sosiologiske perspektiver. Det første er symbolsk interaksjonisme, som legger vekt på interaksjonen mellom mennesker. Her vektlegges detaljene i de sosiale situasjonene og hvordan de påvirker videre interaksjon, kultur, normer, sosialisering og samfunn. Interaksjonen forteller noe om samfunnet, samt bidrar til samfunnet. I denne oppgaven er det interaksjonen mellom jordmor og barselkvinne som er sentral. Videre bygger Tjoras metode på etnometodologi, som legger vekt på

menneskets hverdagskunnskap. Ifølge etnometodologi er samfunnets normaltilstand kaos og uorden. Likevel skaper individene orden gjennom sine rutiner handlinger (Tjora, 2021). Videre er fenomenologi sentralt i Tjoras metode. En metodisk tilnærming til fenomenologien baserer seg på individuelle intervjuer og i denne studien, dybdeintervjuer. Ved å bruke dybdeintervjuer vil deltakerne sette ord på hvordan de forstår sin egen verden, gjerne knyttet til et avgrenset fenomen (Tjora, 2021). Det siste vitenskapelige perspektivet er sosialkonstruktivisme, som bygger videre på fenomenologien, der det samfunnskapte og virkeligheten baserer seg på ulike sosiale faktorer (Tjora, 2021). I denne oppgaven er prevensjonsveiledning satt i en sosial sammenheng.

### **5.3 Etske betraktninger og forforståelse**

Helsinkideklarasjonen har utviklet et sett med etiske retningslinjer innenfor forskningsetikk. Dette er den mest sentrale profesjonsnormen innen nasjonal og internasjonal medisinsk forskning. Sentralt i deklarasjonen står prinsipper om informanter, medvirkning, informasjon og samtykke. Vi har tatt utgangspunkt i disse prinsippene som hviler på oss som forskere (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; Den norske legeforeningen, 2012). Intervjuene vi foretok ble tatt opp via mobilappen Nettskjema-diktafon. Ved å bruke denne appen sikret vi informantenes anonymitet, siden opptaket krypteres umiddelbart (UiO, 2021). Før intervjuene ble utført innhentet vi muntlig samtykke både til opptak og lagring av transkripsjonene i en egen lydfil. Lydfilene ble lagret i Nettskjema-diktafon.

Som forsker er det sentralt å kritisk kunne vurdere etiske utfordringer med et prosjekt og egen rolle (NEM, 2019). For å styrke validiteten i oppgaven reflekterte vi over egne holdninger overfor temaet slik at vi var bevisst disse og betydningen de kunne ha for tolkning av materialet. Forforståelsen vår angående temaet var og er at prevensjonsveiledningen postpartum har for lite fokus i jordmors arbeid. Et annet aspekt å reflektere over er at temaet en velger å forske på kan være verdiladet og grad av fortrolighet må vurderes (NEM, 2019). Manglende analytisk distanse til det som skal undersøkes er av betydning. Dette er en problemstilling som så å si gjelder all forskning. Ved kvalitative studier kan det oppstå en nærhet mellom informant og intervjuer, og det er av relevans å vurdere om det er en for sterk identifisering (NEM, 2019). Ingen av oss studenter har opplevd prevensjonsveiledning eller

etterkontroll etter fødsel privat. Vi ønsket å undersøke temaet fordi vi ut ifra våre observasjoner tolker at det ikke alltid utføres tilstrekkelig.

I all forskning bør etisk sans være implisitt uavhengig av de formelle kravene til forskning. Viktige aspekter ved kontakten med våre informanter har vært tillit, konfidensialitet og respekt (Tjora, 2021). Noe som er spesielt for kvalitative studier, og særlig dybdeintervjuer, er at man kommer nær den man forsker på. For at informantene skulle få tillit til oss som forskere og oppleve studien troverdig, sendte vi tidlig ut informasjonsskriv (Vedlegg 1) til informantene (Tjora, 2021). Informasjonsskrivet oppga detaljert hvordan vi ville behandle deres personopplysninger og materiale. Før vi startet prosessen med å rekruttere informanter søkte vi Norsk senter for forskningsdata (NSD) om tillatelse til å utføre studien. Godkjenningen fra NSD (Vedlegg 3) kom 27.09.2022, og vi startet prosessen med å innhente informanter noen uker senere. NSD har i ettertid endret navn til Sikt. Sikt er et statlig forvaltningsorgan under Kunnskapsdepartementet som blant annet styrker informasjonstrygghet og personvern (Sikt, 2022). Utover dette utførte vi en ROS- analyse (Risiko og- Sårbarhetsanalyse) (Vedlegg 6) av studien, som vi delte med vår studieleder ved UiT.

## 5.4 Analyse

Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon fra Tjoras systematiske deduktive-induktive metode (SDI). Denne metoden innebærer å arbeide i etapper fra rådata til teorier eller konsepter. Induktivt ved å jobbe fra data og mot teori, og deduktivt ved å sjekke det “mer teoretiske” til det “mer empiriske” (Tjora, 2021). Denne metoden har mye til felles med “Grounded Theory” (GT), men i motsetning til GT har SDI-metoden ifølge Tjora mer fokus på en induktiv tilnærming, og at det bygger på fire teoretiske perspektiver. Metoden innebærer at analysen foregår i flere steg: 1) Generering av empiriske data, 2) Bearbeiding av rådata, 3) Koding av empiriske koder, 4) Kodegruppering, 5) Utvikling av konsepter, 6) Diskusjon av konsepter, 7) Eventuelt utvikle teori på bakgrunn av de bearbejdede fortellingene. Dette er altså de induktive stegene. Mellom alle disse stegene utføres deduktive tester for å legge til rette for iterasjon (gjentakelse) (Tjora, 2021).

### 5.4.1 Steg 1: Generering av empiriske data

Vi har i dette prosjektet foretatt et strategisk utvalg av informanter som har uttalt seg på en reflektert måte angående temaet. Tjora (2021) beskriver at det er nyttig å ikke bestemme antall informanter på forhånd. Det skal heller sørges for at intervjuene faktisk får frem konkrete opplevelser eller erfaringer som er detaljerte nok for en SDI-analyse.

Inklusjonskriteriene for studien var at jordmoren var ferdig utdannet for minimum to år siden, og arbeidet med prevensjonsveiledning postpartum. Vi ønsket å rekruttere både jordmødre som jobbet på barselavdelinger på sykehus og jordmødre som jobbet i primærhelsetjenesten. Dette var ønskelig for å få et bredere mangfold, og for økt forståelse av prevensjonsveiledningen som blir gitt til barselkvinner. Vi tok ikke stilling til jordmødrenes alder og erfaring ellers, så lenge de drev med prevensjonsveiledning. Vi avsluttet intervjurunden da vi opplevde metning i informasjonen vi fikk, altså da vi ikke syntes det kom frem nye momenter i hvert intervju (Tjora, 2021).

For å skaffe informanter delte vi informasjon om studien på Facebook-gruppen “Jordmødre i Norge”. Ved å dele informasjon om studien på denne måten nådde vi ut til jordmødre i hele landet. Vi anså dette som en hensiktsmessig metode da vi ønsket å inkludere jordmødre i sykehus og primærhelsetjenesten. I innlegget la vi ved e-post adressene våre slik at jordmødrene kunne kontakte oss direkte dersom de ønsket å delta i studien. Informasjonen gikk ut til mange, og ved første runde fikk vi syv informanter. Vi vurderte at dette ikke var nok, la ut innlegget på nytt, og fikk da to henvendelser til. Da jordmødrene kontaktet oss på mailadressene våre, sendte vi dem informasjonsskrivet vi hadde utarbeidet (Vedlegg 1). Etter informantene hadde lest dette og takket ja til å delta i studien, avtalte vi tid og sendte intervjuguiden (Vedlegg 2). Da intervju nummer ni var utført opplevde vi metning i oppgaven og slettet derfor innlegget fra Facebook-gruppen.

Ved å rekruttere via Facebook-gruppen fikk vi informanter fra hele Norge. Grunnet økonomiske hensyn valgte vi å foreta alle intervjuene over nettbasen Teams med innlogging via Feide hos UiT - Norges arktiske universitet. Under intervjuene var begge studentene til stede. En av studentene hadde hovedansvaret under intervjuene, men begge var aktive dersom det dukket opp spørsmål, eller vi ønsket fordypning i det informantene uttrykte. Før intervjuene startet ble det satt av tid til å informere om studien, taushetsplikt, anonymisering

og eventuelle spørsmål. Intervjuene varierte i lengde fra 20-70 minutter. Vi valgte å ta opp lyden under intervjuene slik at vi kunne konsentrere oss mer om jordmoren og det som ble formidlet. Dette gjorde det lettere for oss å be om utdypning der det var nødvendig, samt at det ga en bedre flyt i intervjuet (Tjora, 2021). Under intervjuene hadde vi videofunksjonen påskrudd. Dette fordi vi ønsket å ha muligheten til å se på kroppsspråket til jordmødrene, samt at vi selv kunne bruke eget kroppsspråk ved å for eksempel nikke for å få jordmoren til å fortelle videre om temaet (Tjora, 2021). Intervjuguiden ble brukt aktivt underveis i intervjuet. Dette ble gjort for å sikre at man kom inn på relevante temaer som svarte på problemstillingen.

I det første steget ble det utført en utvalgttest, som ifølge Tjoras metode omhandler undersøkelse angående tilfredsstillende inklusjonskriterier. Jordmødrene som tok kontakt, var alle innenfor våre inklusjonskriterier.

#### **5.4.2 Steg 2: Bearbeiding av rådata**

Etter at intervjuene ble tatt opp ble de transkribert om til tekst. Vi hadde til sammen 364 minutter med intervju å transkribere, noe som resulterte i 64 dataskrevne sider. All transkripsjon av intervjuene ble gjort gjennom våre OneDrive kontoer. Disse kontoene krever Feide-innlogging med UiT-bruker. Ved å lagre materialet gjennom kontoene, ble anonymiteten til jordmødrene sikret. Vi dannet samtidig koder for hver enkelt informant som ble lagret separat fra datamaterialet. Alle intervjuene ble transkribert i sin helhet. På denne måten fikk vi med når informantene var usikre eller hadde problemer med å formulere seg. Intervjuene ble transkribert rett etter at de var utført, når vi som studenter fremdeles hadde de friskt i minnet. Siden vi begge deltok på alle intervjuene var det de samme personene som utførte intervjuene som transkriberte materialet. Dette bidro til å ikke miste viktig informasjon (Tjora, 2021). Ved å gjøre det på denne måten ble vi begge godt kjent med materialet både muntlig og skriftlig, noe som bidro til at vi klarte å holde oss empirinære i kodingsarbeidet.

I steg 2 utførte vi en datatest. Vi testet i dette trinnet om det ble generert relevante data i intervjuene, og at vi anvendte riktig hjelpemiddel. Vi anså tidlig i prosessen at det var uproblematisk å bruke Teams under intervjuene.

### 5.4.3 Steg 3: Koding med empirinære koder

Etter transkriberingen var utført gikk vi gjennom tekstene flere ganger, og dro ut så empirinære koder som mulig. Valget av SDI-metoden gjør at kodingen bare skjer i ett nivå. Ved å bruke denne metoden trakk vi ut begreper som fantes i datamaterialet vårt fra før (Tjora, 2021). Vi trakk ut enkeltord, hele setninger, deler av setninger og noen ganger også hele avsnitt fra de ulike transkripsjonene. Poenget med dette var at kodene skulle ligge tett på deltakerutsagn, og ivareta det helt spesifikke i materialet. Når vi var ferdige med å kode det første intervjuet gikk vi videre til det neste. Ved neste intervju hadde vi med oss alle kodene fra det første intervjuet, som vi brukte opp igjen dersom det var mulig. For hvert intervju dannet vi også nye koder der det trengtes. Da kodene skulle være svært empirinære måtte vi lage et betydelig antall koder, og vi endte til slutt med 370 utarbeidede koder (Vedlegg 5).

Steg tre innebærer kodetest. Det vil si at vi testet hvor presis hver kode var med basis fra empirien. Spørsmålene vi stilte oss selv ved hver kode var:

- 1) Kunne man laget koden før kodingen? Hvis ja: A priori koding- man må lage en annen kode. Hvis nei: Mulig god empirinær koding, gå videre til spørsmål to.
- 2) Hva forteller bare koden? Handler datautsnittet om unødvendig sorteringskoding: Da må man lage en annen kode. Gjenspeiler koden konkret innhold: God koding (Tjora, 2021).

### 5.4.4 Steg 4: Gruppering av koder

Neste steg i analysen var å gruppere kodene tematisk. Dette ga oss først syv kodegrupper. Vi opplevde enkelte av kodegruppene som tematisk smale, og valgte derfor å danne et neste nivå av gruppering som kalles hovedtema (Tjora, 2021). Totalt satt vi igjen med fem hovedtemaer. I dette steget i analysen skilte vi også ut koder som vi ikke lengre anså som relevante, og samlet dem i en restgruppe. Dette gjorde vi for å systematisere hva de ulike hovedtemaene handlet om, og gjøre det mer oversiktlig (Tjora, 2021). Disse fem hovedtemaene ble utviklet:

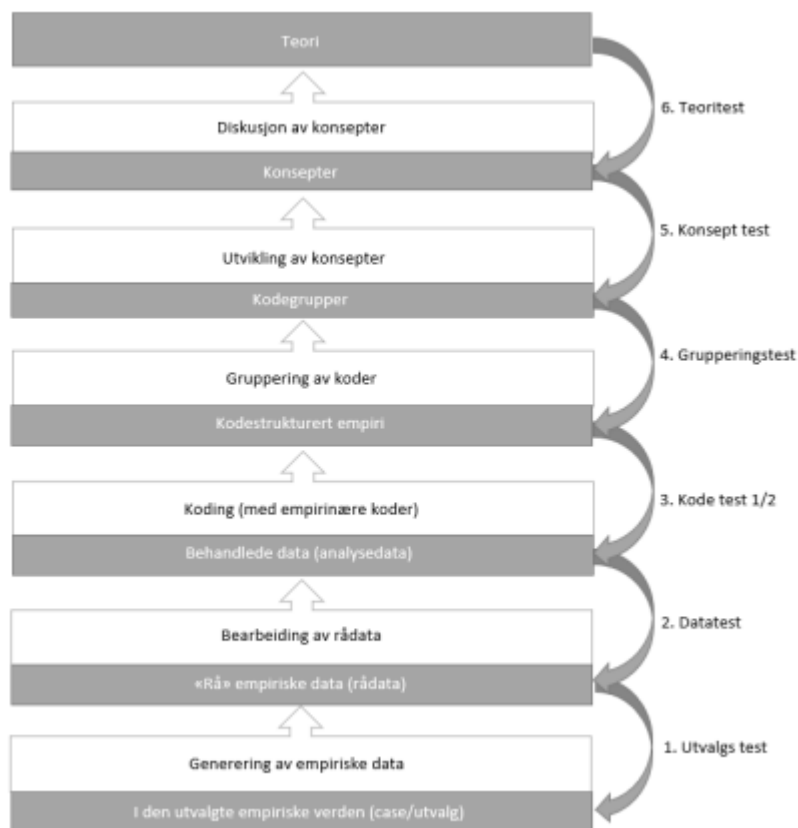
- Når opplever jordmor kvinnen klar for prevensjonsveiledning?
- Hva mener jordmor selv inngår i deres rolle?
- Hva bidrar til, og hindrer jordmors tilegning av kunnskap?



- Jordmors syn på kvinnens mottakelighet og kunnskapsnivå - Jordmor ser mye myter hos kvinnene
- Prevensjon, parforhold og seksualitet går ifølge jordmor hånd i hånd.

Før vi gikk videre til neste steg, ble en grupperingstest utført. Dette vil si at vi testet hver kode opp mot hvilke kodegrupper/hovedtema de tilhørte. Målet var å utarbeide grupper som skilte seg tematisk fra de resterende gruppene (Tjora, 2021).

**Tabell 1:** Gjengitt modell av stegvis-deduktiv induktiv metode (Tjora, 2021).



### 5.4.5 Steg 5: Utvikling av konsepter

Etter at vi hadde gruppert kodene, løftet vi resultatene til et mer abstrakt nivå. Dette gjorde vi for å utvikle mer generell kunnskap om temaet. Med blick på hovedtemaene vi utviklet i forrige steg, og med våre teorier i bakhodet, måtte vi nå spørre oss selv: Hva er det dette egentlig handler om? Finnes det en mer generell merkelapp for emnene? Disse spørsmålene er knyttet til SDI-metoden og er også del av konsepttesten (Tjora, 2021).

Vi endte til slutt opp med tre konsepter.

1. Barseltid – En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning
2. Kvinnehelse og prevensjon – En viktig del av jordmors rolle og spesialfelt
3. Et helhetlig bilde – Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd

Siste steget i SDI-metoden innebærer en konsepttest. Konsepttesten utførte vi ved reflektere over en metafor eller en teori for å fremstille konseptene. Dette ble gjort i samarbeid med vår veileder. Vi opplevde det som utfordrende for vår oppgave, og holdt oss derfor til egne utviklede konsepter og vårt teoretiske grunnlag. I oppgavens diskusjon kommer derfor vårt teoretiske rammeverk til å diskuteres i større grad.

**Tabell 2:** Eksempel på analyseprosessen fra kodegrupper til konsept.

Kodegruppe	Hovedtema	Konsept
<ul style="list-style-type: none"><li>• Når er kvinnene klare for prevensjonsveiledning?</li><li>• Valg av profesjon - Jordmors/fastleges roller</li><li>• Hvor får jordmor kunnskapen sin fra?</li><li>• Variert kunnskapsnivå hos kvinner - Mye myter</li><li>• Kvinnen som prevensjonsveiledes</li><li>• Prevensjon, parforhold og seksualitet</li><li>• Bruk av prevensjon</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Når opplever jordmor kvinnene klar for prevensjonsveiledning?</li><li>• Hva mener jordmor selv inngår i deres rolle?</li><li>• Hva bidrar til, og hindrer jordmors tilegning av kunnskap</li><li>• Jordmors syn på kvinnens mottakelighet og kunnskapsnivå - Jordmor ser mye myter hos kvinnene</li><li>• Prevensjon, parforhold og seksualitet går i følge jordmor hånd i hånd</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Barseltid - En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning</li><li>• Kvinnehelse og prevensjon - En viktig del av jordmors rolle og spesialfelt</li><li>• Et helhetlig bilde - Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd</li></ul>

## 6 Resultatdel

I denne delen av oppgaven vil vi presentere de empiriske funnene som har kommet frem fra analysen av dataene. Utgangspunktet for resultatdelen er funn utarbeidet via analysemetoden til Tjora (2021). Vi vil presentere resultatet sammen med illustrerende sitat fra informantene. Sitatene vil presenteres ved hjelp av innrykk i teksten. Det er et bevisst valg å inkludere interessante sitater fra jordmødrene fordi de representerer ulike opplevelser. Ved å presentere disse utsagnene vil både leseren og vi oppnå større nærhet til de samlede empiriske dataene (Tjora, 2021). De tre konseptene vi har utarbeidet er:

- Barseltid - En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning
- Kvinnehelse og prevensjon - En viktig del av jordmors rolle og spesialfelt
- Et helhetlig bilde - Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd

### 6.1 Barseltid – En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning

Barseltiden er i utgangspunktet en gylden mulighet for jordmødrene å prevensjonsveilede. Det kommer likevel frem at kvinnene ikke fremstår klare for å prevensjonsveiledes før på etterkontroll seks til åtte uker etter fødsel, ifølge jordmødrene. Å prevensjonsveilede på barselavdeling ble av jordmødrene derfor ansett som lite hensiktsmessig da det er andre ting som er i fokus for barselkvinnen tidlig post-partum. Jordmødrene setter dette i sammenheng med færre liggedøgn i barselavdelingen, da den korte tiden kvinnene er i avdelingen blir brukt på barnet, amming, renselse og vonde sting. Jordmødrene fortalte at prevensjonsveiledning er en del av utreisesamtale på sykehus, men at det kun utføres grunnet prosedyren, ikke på bakgrunn av hva som er det beste for kvinnen. Likevel påpeker jordmødrene at det ikke er noe fasit på når kvinnene er klare, det må tilpasses hver enkelt.

*“Vi vet jo at utreisesamtalen inneholder mye, blant annet prevensjon, vi vet jo at de husker veldig lite fra barselavdelingen, hvis vi da attpåtil skulle fylt opp med alt annet, det blir faktisk for mye for dem. De har nok”.*

I kontrast til dette fortalte en informant at kvinnene derimot er svært mottakelige for prevensjonsveiledning på barselavdelingen, men at dette avhenger av måten jordmor stiller spørsmålene på.

*“Jeg trodde alltid det at barselkvinner som nettopp har født skulle være veldig lite mottakelig, og at dette var liksom ikke noe de hadde tenkt på, og noe de ikke var klar for å snakke om, men jeg opplever at når man spør på rett måte, så er nesten.. Over 50 % klar for å snakke om det”.*

Barseltiden er en gylden mulighet ettersom prevensjon er en naturlig del av svangerskapsomsorgen ifølge jordmødrene. De fortalte om viktigheten av å starte refleksjonsprosessen hos kvinnen. Jordmødrene anga at å starte en refleksjonsprosess omkring prevensjon og familieplanlegging er nyttig, uavhengig av om det skjer i svangerskapet, på barselavdeling, eller ved hjemmebesøk. Utover dette uttrykte jordmødrene at det er for tidlig å gå i dybden angående prevensjon før på etterkontrollen. Jordmødrene mener at etterkontroll er rett tid og sted for å ta opp prevensjon. Kvinnene opplevdes av jordmødrene ved etterkontroll å være mer påkoblet til å diskutere samliv, seksualitet og prevensjon. Dette til tross for at de fleste kvinner ikke har hatt samleie ved etterkontroll ifølge jordmødrene. Jordmødrene fortalte at kvinnene blir betrygget til å gjenopprette seksuallivet først når jordmor har kontrollert underlivet. Det ses derfor som vesentlig at prevensjon blir tatt opp samtidig. Utover dette nevner jordmødrene at partner sjelden er med på etterkontroll. Dette uttrykte jordmødrene som negativt, da partner er en naturlig del av videre familieplanlegging og valg av prevensjon.

*“... noen føler seg veldig annerledes nedentil, mange spør mye i svangerskapet om akkurat det, de er så redd for å bli ødelagt, ja ødelagt og at underlivet skal føles som noe helt annet. Det forstår jeg godt, fordi realiteten er jo at mange kvinner ikke har så mye kunnskap om selve anatomen nedentil”.*

Jordmødrene fortalte om stor forskjell i kunnskapsnivået til kvinnene de møter, derfor er barseltiden en gylden mulighet for å prevensjonsveilede. Jordmødrene anga en betydelig forskjell i kunnskapsnivået blant yngre og eldre kvinner, hvorav yngre kvinner har langt mer kunnskap om både prevensjon og kvinnehelse generelt. Jordmødrene trodde at dette hadde sammenheng med at det i dag er mer åpenhet om temaet sammenlignet med tidligere. Myter omkring prevensjon går igjen, noe som ifølge jordmødrene gjør at de bruker tid på å oppklare mytene. Prevensjonsveiledning er for jordmødrene en takknemlig jobb, og de mente at kvinnene ønsket å få veiledning angående temaet fra jordmødre generelt. Jordmødrene

opplevde at flergangsfødende tidligere er mottakelig for veiledning enn førstegangsfødende. Dette begrunnet jordmødrene med behovet mange førstegangsfødende kvinner og deres partnere har for å få et søsken til sitt nyfødte barn.

*“...å gi barnet sitt et søsken, det ser jeg som jordmor at det behovet, selv hos de kvinnene som har slitt veldig i svangerskapet og har hatt tung fødsel og alt det der, så ønsker de kanskje et barn til for å få en større familie, for å gi barnet et søsken og sønn”.*

Når det gjelder kunnskapsnivået påpekte jordmødrene at immigrantkvinner/flyktningkvinner skilte seg ut, og at det derfor er ekstra viktig å ivareta denne gruppen. Derfor er både svangerskapet og barseltiden en gylden mulighet til å komme i kontakt med disse kvinnene. Dette gjelder ikke bare kunnskapsnivå innen prevensjon, men også om grunnleggende anatomi og kvinnehelse. Jordmødrene oppga at de bruker svært mye tid på å oppklare det mest grunnleggende ved kroppen, før de i det hele tatt kan begynne å snakke om prevensjon. Jordmødrene fortalte at det er vanskelig å gi like god prevensjonsveiledning ved bruk av tolk. De vektlegger videre at uavhengig av språkbarrierer, kultur og åndelige behov skal alle ha mulighet til å velge. Jordmødrene påpekte at de har en unik mulighet til å gi kvinner med minoritetsbakgrunn god veiledning, men at det krever mye tid. Ikke bare på bakgrunn av språket, men også tillitsforholdet mellom kvinne og jordmor. Prevensjonsveiledning til kvinner med minoritetsbakgrunn innebærer også ære, og jordmødrene opplevde det som utfordrende å tilpasse informasjonen, samt graden av inkludering av partner.

*“Det er en utfordring med prevensjonsveiledning og kultur. Jeg tenker at kulturkompetanse og prevensjon blir jo en egen ting å løfte”.*

## **6.2 Kvinnehelse og prevensjon – En viktig del av jordmors rolle og spesialfelt**

Kvinnehelse og prevensjon som en viktig del av jordmors rolle innebærer at jordmor har bred innsikt og et helhetssyn på prevensjon etter fødsel. Jordmødrene opplevde at kvinnene fremsto fornøyde med å få gå til jordmor på etterkontroll, og anga at kvinnehelse er jordmors spesialfelt. De tror det er derfor mange kvinner velger å gå til jordmor istedenfor fastlege på

etterkontroll, dersom de har et valg. Jordmødrene begrunnet dette med at de jobber med mange ulike områder innen kvinnehelse og har derfor inngående kunnskap. Jordmødrene opplevde å få stor tillit av kvinnene, og de anga at kvinnene stoler på dem. Dette skyldtes at de blir godt kjent i løpet av det normale svangerskapet og vet derfor mye mer om kvinnen og hennes bakgrunn, i motsetning til fastlegene. På denne måten mente jordmødrene at det er enklere for kvinnene også å snakke om andre ting enn prevensjon. Blant andre ting nevnte jordmødrene psykisk helse, seksualitet og parforhold. De satt dette i sammenheng med at kvinnene gjerne får et annet forhold til jordmor enn til fastlegen. En jordmor beskrev:

*“Jeg opplever at jordmor er litt ufarlig, man kan snakke om alt og ting er ikke flaut, og det er fint. Det skal vi være stolt over, at dem opplever oss sånn”.*

En dimensjon av prevensjonsveiledningen i barsel er ifølge jordmødrene å kartlegge hvem som skal gjøre hva med tanke på to ulike profesjoner og deres rolle. Dette fordi både leger og jordmødre kan drive prevensjonsveiledning. Jordmødre uttrykker engasjement angående nettopp dette. Jordmødrene vektla at hvem kvinnene skal gå til på etterkontroll er helt og holdent kvinnens eget valg. Det fremsto som at jordmødrene har et godt samarbeid med legene og møtte sjeldent motstand fra fastlegene. Det finnes derimot beskrivelser av at *“legene synes jordmor er en trussel som tar fra de noe”*. Utover dette fortalte jordmødrene at legene er glade for avlastning grunnet egen arbeidsmengde. Videre anga jordmødrene at det ikke handler om hvilken profesjon som er best, men hva kvinnene ønsker. Jordmødrene vektla også viktigheten av å henvise videre ved kompliserte tilfeller, og at jordmødrene skal ha fokus på det normale som deres rolle og spesialfelt.

*“Ja og fastlegene kan litt om alt, mens jordmødre er spesialisert på det vi holder på med, så mange opplever at de kanskje ikke får helt svar på det de lurer på hos fastlegen”.*

Noe jordmødrene vektlegger er at ifølge norske retningslinjer er etterkontroll hos jordmor en svak nasjonal anbefaling. Selv om jordmødrene anså prevensjonsveiledning som en viktig del av deres rolle, så opplevde de at kommunene ikke prioriterte dette i den graden de burde. Jordmødrene mente at prevensjonsveiledning ikke blir prioritert i kommunen fordi det ikke er en sterk nasjonal anbefaling. På grunn av dette blir ressursene omprioritert, og det settes også i sammenheng med jordmormangelen. Implementering av etterkontroll som en sterk nasjonal

anbefaling er noe som går igjen hos jordmødrene, og blir ansett som svært betydningsfullt. Dette for å fremme både kvinnehelsen og folkehelsen generelt. Jordmødrene mente at alle kvinner burde få gå til jordmor, uavhengig av fertilitet og alder.

*“Det er hvert fall det dem sier til oss med dårlig jordmor dekning, det er ikke en sterk anbefaling og da kan vi heller ikke tilby det til alle, det synes jeg er veldig leit”.*

Å forhindre uønskede svangerskap ble beskrevet av jordmødrene som et viktig aspekt ved deres rolle og spesialfelt. Dersom etterkontroll ikke blir fast utført hos jordmødrene i kommunehelsetjenesten, vanskeliggjør dette oppgaven angående prevensjonsveiledning. Det ble foreslått av jordmødrene at ansvaret for prevensjonsveiledning bør legges i kommunehelsetjenesten. Med dette menes at jordmødrene på barselavdelingen ikke skal ta opp emnet, men at det skal være en naturlig del av jobben til jordmødrene i kommunen. På denne måten får kvinnene mer kontinuitet fordi jordmødrene i kommunen kjenner kvinnene godt, sammenlignet med jordmødrene på barselavdeling som kun møter kvinnen noen få dager.

*“Jeg tenker at etterkontroll hos jordmor burde absolutt stå som en sterk anbefaling i retningslinjer. At alle kvinner som ønsket skulle få komme til jordmor, men ja egentlig, det gjelder alle kvinner, alle kvinner burde gå til jordmor om de skal ha barn eller ikke”.*

Prevensjon er en del av jordmors spesialfelt, og det ble vektlagt at kunnskapen må oppdateres hele tiden. Det krever at jordmødrene oppdaterer seg fortløpende på de aktuelle metodene, for at veiledningen skal bli så god som mulig. Tilretteleggelse på arbeidsplassen er et viktig aspekt som går igjen med tanke på utførelse av etterkontroll, og beskrives på forskjellige måter. Det samme gjelder oppdatering av kunnskap på arbeidsplassen. Holdbarheten på kunnskapen jordmødrene fikk på jordmorstudiet opplevdes svært forskjellig. Det finnes dog beskrivelser av at forelesningene på jordmorskolen var tilstrekkelig hos de som nylig var uteksaminert.

*“Både kunnskap om det med prevensjon og seksualitet, det lærte jeg ingenting om på studiet i min tid, så det er kunnskap jeg har måttet tilegne meg etterpå. Som har vært helt, helt sentralt for at jeg har kunnet jobbet med det her altså”.*

Jordmødrene definerte prevensjonsveiledning som en viktig del av deres rolle. Likevel opplevde de at ansvaret for kunnskapsutvikling er plassert hos jordmødrene selv. Jordmødrene fortalte at de bruker Sex og Samfunn sine nettsider for å holde seg oppdatert, samt videreformidler til kvinnene at dette er en god kilde. De understreket viktigheten av å få bruke kunnskapen sin regelmessig for å holde den ved like. Dersom det er legene som utfører etterkontrollene og dermed også prevensjonsveiledningen er dette utfordrende, da de ikke får brukt kunnskapen sin i praksis. I tillegg til dette fortalte jordmødrene at prevensjonsveiledning også krever en viss veiledningskompetanse. En slik veiledningskompetanse er ikke mulig å tilegne seg uten å få anvendt det i praksis, ifølge jordmødrene. Slik barselomsorgen er oppbygd i dag fremstår den for jordmødrene fragmentert. Jordmødrene medelte at de syntes systemet jobbet imot dem når det kom til etterkontrollene. En jordmor fortalte oss at:

*“Dersom jordmor kan tilby alt, er kvinnene mer mottakelig”.*

Kvinnehelse og prevensjon ses av jordmødrene som en viktig del av deres rolle, og anser det som hensiktsmessig å kunne tilby alt innen prevensjon. Å tilby alt innebar for jordmødrene helhetlig omsorg ved å kunne gi både veiledning, innsetting av spiral og p-stav, og ta celleprøve. De slipper på denne måten å få det ene utført hos jordmor og noe annet hos fastlege. Jordmødrene uttrykte et ønske om at jordmortjenesten burde være et lavterskeltilbud og at dette ville fremmet kvinne- og folkehelsen betydelig. Dette fordi jordmødre har gode kunnskaper om kvinnens anatomi, tilstander eller problemer som kan oppstå både før og etter fødsel. I dette innlemmes at etterkontroll hos jordmor burde være et tilbud for alle og ikke bare i enkelte kommuner.

*“Hvis jeg kan tilby for eksempel både celleprøve og prevensjon så blir jeg på en måte, åja da kan jeg gå til deg, også da blir de på en måte mer mottakelig for informasjon også. Hvis jeg må si jeg kan ikke tilby det, ånei da må jeg ta det med fastlegen da er det akkurat som om at det blir litt sånn, nei da tar vi ikke det nå på en måte. For da må man innom en ny uansett sant”.*



### 6.3 Et helhetlig bilde – Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd

Jordmødrene beskrev hvordan de har et helhetlig bilde, noe som betyr at temaene parforhold, seksualitet og familieplanlegging må settes i kontekst med prevensjon. Et viktig aspekt ved dette er at jordmødre må tørre å ta opp seksualitet, fordi dette er noe jordmødrene legger merke til at kvinner ønsker å diskutere.

*“Realiteten er jo at så og si ingen, nei ingen faktisk, helsepersonell kommer inn på det temaet. Vi burde virkelig utnytte at dette er noe vi kan, og vi vil gjerne åpne opp for samtale omkring det. Vi jordmødre må nok utfordre oss litt. Jeg kan se for meg at mange ikke tørr å snakke om det”.*

Å se prevensjon som en del av parforhold og seksualitet var ifølge jordmødrene viktig. Dette gjør det enklere å prate om seksuallyst etter fødsel, og når kvinnene føler seg klare til å ha samleie igjen. Jordmødrene fortalte om viktigheten av å informere om både kroppslige og hormonelle endringer etter fødsel, og hvordan dette kan påvirke seksuallyst. Dersom de ikke tar opp dette, vil jordmødrene kunne legge et press på kvinnene om at det er på tide å gjenoppta seksuallivet. Jordmødrene la også vekt på at partner burde delta i denne samtalen, men at samtalen alltid skal skje på kvinnens premisser. En jordmor nevnte også at det er enklere å ha denne samtalen på kontoret enn ved et eventuelt hjemmebesøk. Hun fortalte:

*“Men det kjenner jeg litt på, at det der ikke alltid er like lett, du sitter kanskje i deres sofa og altså det blir veldig privat da, det kan man ta på kontoret”.*

Prevensjon, parforhold og seksualitet handler om viktigheten av at paret skal kunne planlegge egen fremtid. Valg av prevensjon vil trolig være avhengig av hva paret ønsker for fremtiden. Jordmødrene så at kvinnene som allerede har flere barn oftere velger langtidsvirkende prevensjon kontra førstegangsfødende som ofte velger kondom eller gestagenpiller. Dette kan igjen ses i sammenheng med at flergangsfødende er mer mottakelig for prevensjonsveiledning tidligere, og ønsker mer forutsigbarhet ifølge jordmødrene. Det går igjen at jordmødrene velger å ta opp prevensjon i svangerskapet fordi kvinnen skal kunne få bestemme over egen kropp, og at paret sammen skal kunne planlegge fremtiden. Familieplanlegging og støtte ble nevnt av jordmødrene som en viktig del av deres rolle, og de opplevde at kvinnen føler seg veldig ivaretatt om dette også diskuteres i barseltiden.

*“Jeg tenker det at man må sette det med prevensjon, parforhold og seksualitet sånn ordentlig på dagsordenen i svangerskapsomsorgen og utreisesamtalen eller etterkontroll. Det mener jeg, og at jordmødre bør få økt kunnskap på det feltet”.*

Prevensjon, seksualitet og parforhold går hånd i hånd, og for at dette skal bli et helhetlig bilde må jordmødrene også ta opp familieplanlegging. Når det gjelder familieplanlegging, kan det være utfordrende for mange med langtidsprevensjon, på grunn av den store engangssummen. Dette så jordmødrene spesielt hos immigrantkvinner/flyktningkvinner. Jordmødrene påpekte at de tilbyr langtidsvirkende prevensjon til alle etter fødsel og at dette er et godt alternativ for mange, men at de må velge det vekk på grunn av prisen. For mange er det å få barn uaktuelt enten på grunn av økonomi eller egen helse, likevel ser jordmødrene at de kommer tilbake med nytt svangerskap kort tid etterpå. Derfor har jordmor ifølge dem en viktig rolle i å forhindre uønskede svangerskap. Ved hjelp av langtidsprevensjon kunne nettopp uønskede svangerskap vært unngått. Med dette mener jordmødrene at kvinnene er sikret over lengre tid, opp mot seks år, og det er assosiert med få brukerfeil. Et forslag fra jordmødrene er at det burde være utarbeidet en refusjonsordning for kvinner som ikke har råd til å betale for prevensjonen slik at dette er en mulighet for alle. Flere jordmødre anga at de har søkt til NAV (Arbeids- og velferdsforvaltning) om refusjon, men fått avslag på dette. Dette mener jordmødrene igjen kan relateres til at systemet jobber imot jordmor og et helhetlig forløp.

*“.. de som har det trangere økonomisk, kommer fra litt lavere sosiale kår. Spesielt dem har et ekstra behov for tidlig prevensjonsveiledning fordi det er en stor økonomisk belastning å kanskje også sosial belastning å få et til barn kort tid etterpå... Der kunne vi nok vært bedre til å sørge for at det er enklere for dem å få langtidsvirkende prevensjon, fordi at for dem så er det en stor økonomisk, eller det koster mye for dem å betale nesten 2000 kr for en spiral. De får den satt inn gratis her hos meg, men de må jo betale for spiral uansett selv og det har jo ikke alle råd til. Selvfølgelig, når man ser hvor lite det koster de fem til seks årene den varer, så er det jo helt klart det rimeligste alternativet. Men den engangssummen, det er jo den som er problemet for dem”.*

## 7 Diskusjon

### 7.1 Resultatdiskusjon

Vi vil i dette kapittelet reflektere og drøfte studiens funn opp mot relevant forskning, samt det teoretiske rammeverket for oppgaven. Vi vil ta utgangspunkt i studiens problemstilling: *“Jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle”*.

#### 7.1.1 Barseltid – En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning

Resultatet fra studien viser at barseltiden er en gylden mulighet for prevensjonsveiledning. Etterkontroll seks til åtte uker etter fødsel ble ansett som et godt tidspunkt ifølge jordmødrene. Veiledning på sykehus var derimot for tidlig, men det finnes ingen fasit på når kvinnene er klare ifølge jordmødrene. Dette står i kontrast til en studie fra Australia (McDonald & Brown, 2013) som viser at over halvparten av kvinnene har gjenopptatt seksuallivet før det har gått seks uker etter fødsel. Vi vet derimot ikke om dette er fordi de ønsker barn tett. Det kan tenkes at parene har behov for prevensjonsveiledning allerede på sykehus, grunnet gjenopptatt seksualliv før etterkontroll. Vi har dog ikke funnet noen studier fra Norge om kvinners perspektiv og deres behov. Vår studie viser derimot at det er viktig for kvinnene å få undersøkt underlivet på etterkontroll før eventuelt seksuallivet gjenopptas, ifølge jordmødrene. Funnene i vår studie kan relateres til svenske retningslinjer som tilsier at etterkontroll seks til åtte uker etter fødsel er det viktigste når det gjelder prevensjonsveiledning etter fødsel (Tydén & Ekstrand Ragnar, 2022).

At barseltiden er en gylden mulighet baseres på at prevensjonsveiledning burde legges til primærhelsetjenesten, ifølge vår studie. Dette begrunnes med at jordmødrene i kommunen kjenner kvinnene bedre enn jordmødrene i sykehus. Prevensjonsveiledning foregår i dag både hos jordmor i kommunen, og på barselavdeling på sykehus etter fødsel. Disse funnene styrkes i en studie fra Storbritannia som undersøker jordmors rolle i ulike institusjoner (Hunter, 2004). Studien kommer frem til at sykehusjordmødre er sterkt preget av prosedyrer og rutiner. Denne ideologien kalles “med institusjonen” (Hunter, 2004). Dette kan også ses i sammenheng med prevensjonsveiledning hvor det å ta opp prevensjon er en del av en sjekkliste ved utreisesamtale cirka to dager etter fødsel. Vår studie tyder på at jordmødrene i sykehus er preget av akkurat denne prosedyren. Jordmødrene ønsker å utøve individuell

omsorg til kvinnene, men føler at dette er utfordrende i sykehus hvor jordmødrene bare treffer kvinnene et par dager. Videre påpeker Hunter (2004) at jordmødrene i kommunen er mer i stand til å tilpasse innholdet i konsultasjonene til kvinnens behov, og dermed jobber “med kvinnen”, i stedet for “med institusjonen”. Dette kan også knyttes til våre funn, der jordmødrene mener at all prevensjonsveiledning burde legges til kommunehelsetjenesten. Nettopp fordi jordmødrene i kommunen kjenner kvinnene og deres individuelle behov bedre. Dette kan også relateres til praksisen i Sverige der jordmødrene står for 85% av prevensjonsveiledningen og det er naturlig å ta opp dette med jordmor som de kjenner fra før (M. Ekstrand Ragnar, personlig kommunikasjon, 17. januar 2023). Det kan videre relateres til å arbeide på en kvinnesentrert måte. Leap (2009) fokuserer på at det er kvinnens behov som skal prioriteres, snarere enn behovet til institusjonen. Å legge prevensjonsveiledningen til primærhelsetjenesten vil være hensiktsmessig for å arbeide i tråd med kvinnesentrert omsorg, og for å sikre at kvinner får den omsorgen de har behov for, fra en kjent omsorgsperson.

Ifølge vår studie er barseltiden en gylden mulighet for prevensjonsveiledning der involvering av kvinnen og hennes partner er sentralt. Dette styrkes av Dehlendorf et al. (2017) som viser at delt beslutningstaking er en viktig del av prevensjonsveiledning, noe som igjen kan ses opp mot kvinnesentrert omsorg. Å ønske å utøve individbasert omsorg rettet mot den enkeltes behov kan beskrives som å arbeide kvinnesentrert (Leap, 2009). Relatert til vår studie vil jordmødrene arbeide kvinnesentrert ved å unngå å gå i dybden på prevensjon ved utreise fra barselavdeling dersom kvinnene ikke er klare for det (Leap, 2009). På den andre siden kan det anses som en forutinntatt mening fra jordmødrene å tenke at kvinnen ikke er klar uten å spørre, noe som ikke er å arbeide kvinnesentrert. Forutinntatte meninger kan ses som en *oppfattet barriere* jordmødrene har, ifølge helseoppfatningsmodellen (Champion & Skinner, 2008). Studier viser at kvinnene er mer fornøyde når de selv får et valg om riktig tid, sted og metode for veiledning (Dehlendorf et al., 2017). Én jordmor i vår studie skiller seg ut fordi hun mener prevensjonsveiledning på barselavdeling handler om hvordan temaet legges frem. Dersom temaet presenteres som om kvinnene ikke er klare for veiledningen, vil de heller ikke være det, ifølge henne. Ved dette kan en også trekke paralleller til punktet *mestringstro* i helseoppfatningsmodellen (Champion & Skinner, 2008). Mestringstro omhandler at dersom jordmoren ikke har tro på at kvinnen vil klare å ta inn over seg veiledningen, og gjennomføre de aktuelle handlingene, så vil kvinnene heller ikke klare det. På en annen side viser vår

studie at det ikke er av stor betydning hvilket tidspunkt temaet prevensjon blir tatt opp. Om det skjer i svangerskapet, på barselavdelingen eller på hjemmebesøk er ikke av relevans, så lenge det starter en refleksjonsprosess hos kvinnen og hennes partner. Det kommer ikke frem i norske nasjonale retningslinjer at jordmødre skal ta opp prevensjon i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2014), men praksis viser at enkelte jordmødre likevel velger å ta opp temaet. For å undersøke dette videre behøves forskning om rett tidspunkt for prevensjonsveiledning i svangerskapet og etter fødsel, fra kvinnens perspektiv.

Ifølge vår studie er det stor forskjell i kunnskapsnivået til kvinnene jordmødrene møter, derfor er barseltiden en gylden mulighet til å veilede disse kvinnene. Dette resultatet bekreftes av en studie fra Sverige som viser lavt kunnskapsnivå hos kvinner i alderen 20-40 år når det gjelder reproduktiv helse og fruktbarhet (Skogsdal et al., 2019). Et sentralt punkt i helseoppfatningsmodellen er *opplevelse av barrierer* (Champion & Skinner, 2008). Det kommer frem av vår studie at kunnskapen kvinnene innehar om prevensjon også er preget av myter, noe som inkluderer bruk av hormonell prevensjon og kan ses på som en barriere. En svensk studie viser at over 40% av kvinnene hadde bekymringer for bruk av hormonell prevensjon. Årsaken til at kvinnene ikke ønsket å bruke hormonell prevensjon var uspesifikke bivirkninger, ugunstige humørsvingninger og frykt for hormoner (Svahn et al., 2021). Disse barrierene er noe som går igjen også blant jordmødrene i vår studie. De opplever at enkelte kvinner de siste årene ikke ønsker å tilføre kroppen hormoner. Dette kan være en barriere kvinnene har mot å starte opp med prevensjon etter fødsel, og de står derfor i fare for uønskede svangerskap. For at kvinnene skal sikre seg mot uønskede svangerskap må de innse alvoret og konsekvensene i en slik grad at de anser det som en *oppfattet trussel* (Champion & Skinner, 2008). Det kommer frem i vår studie at jordmødrene nettopp av denne grunnen velger å ta opp prevensjon allerede i svangerskapet. Amming som prevensjon er en myte som går igjen. Mange kvinner tror at dersom kvinnen ammer er dette trygg prevensjon. Få vet derimot hvor ofte og hvor lenge kvinnen må amme for at det skal være trygt (Tydén & Ekstrand Ragnar, 2022). Lukasse et al. (2021) fremmer viktigheten av at helsepersonell faktisk tar opp vanlige bivirkninger ved bruk av hormonell prevensjon, og at dette blir formidlet i stor nok grad. Dette støttes av en italiensk studie (Giacomo et al., 2013) som konkluderer med at jo mer informasjon om prevensjonsmidlene kvinnene får, jo større sjanse

er det for at de er villige til å bruke prevensjon.

Funn i vår studie tilsier at spesielt immigrantkvinner/flyktningkvinner oppleves som utfordrende å prevensjonsveilede. Dette begrunnes med språkbarrierer og manglende kunnskap omkring kropp og hormoner. Dette resultatet styrkes av en studie fra Sverige som viser manglende kunnskap blant immigrantkvinner, men også blant mennene deres, som likevel ønsker å ta stor del i valg av prevensjon (Kilander et al., 2022). Dette støtter videre våre funn, som tilsier at nettopp denne gruppen med kvinner er ekstra viktig å ivareta, og svangerskapet og barseltiden er en god anledning til å komme i kontakt med dem. Vår studie viser at det er nødvendig å sette prevensjon og de kulturelle og åndelige behovene i sammenheng. Jordmødre som arbeider kvinnesentrert skal ivareta både psykiske, fysiske, åndelige, emosjonelle og kulturelle behov (Leap, 2009). Dette bekrefter en svensk studie som utforsket jordmødres opplevelse av å gi innvandrerkvinner prevensjonsveiledning. Forståelse av kultur og religion ble regnet som viktig for å kunne gi prevensjonsveiledning til denne gruppen kvinner. For å øke forståelsen understrekes viktigheten av at jordmødre deler erfaringer slik at jordmødrene trygges i rollen som prevensjonsveileder til innvandrerkvinner (Kolak et al., 2017). Det kan imidlertid være krevende å jobbe kvinnesentrert med tanke på de kulturelle behovene som skal dekkes. Dette fordi det er en gruppe kvinner jordmødre ikke nødvendigvis møter ofte, og det kan derfor være utfordrende å få den erfaringen de trenger. Det kan også ses i sammenheng med *evne til handling*. Om kvinnene ikke får dekket deres behov knyttet til det kulturelle, vil det kunne sammenlignes med en trigger som gjør det vanskelig å følge anbefalt helseatferd (Champion & Skinner, 2008). Funnene fra vår studie tilsier at jordmødrene mener de kulturelle behovene må settes i sammenheng med prevensjon i møte med disse kvinnene. Det kan diskuteres om kvinnene opplever at jordmødrene er i stand til å se sammenheng mellom de kulturelle behovene og prevensjonsveiledning. I så fall vil det kunne være enklere for kvinnene å la seg prevensjonsveilede. Dette kunne vært et tema som ville være interessant å studere videre.

I studien vår kom det frem at tillitsforholdet mellom kvinne og jordmor var viktig for god prevensjonsveiledning. Dette ser vi også i studien til Kolak et al. (2022), der tillit ble trukket frem som en viktig faktor for prevensjonsveiledning. Videre viser studien at prevensjonsrådgivning ble beskrevet av innvandrerkvinnene som noe privat, og det føltes

ubehagelig å dele med ukjente jordmødre og tolk (Kolak et al., 2022). Det kan tenkes at en tolkesamtale om noe kvinnene definerer som privat vil være ekstra vanskelig om hun ikke kjenner jordmoren som skal lede samtalen. Dette bringer igjen frem verdien av kontinuitet i omsorgen. Kvinnesentrert omsorg fronter viktigheten av akkurat dette, og jordmor skal erkjenne behovet kvinnen har for kontinuitet fra en kjent omsorgsperson (Leap, 2009). Ifølge våre funn er dette en gruppe kvinner det er ekstra viktig å ivareta, og det vil derfor være av betydning å danne et gjensidig tillitsforhold gjennom kontinuitet av en kjent jordmor. Dette kan ses opp mot helseoppfatningsmodellen og *oppfattet barriere* (Champion & Skinner, 2008). En ukjent omsorgsperson kan anses som en mulig negativ faktor, og dermed gjøre det vanskelig å snakke om noe så personlig som prevensjon og samliv. Denne faktoren styrker igjen innspillet flere jordmødre uttrykte, at prevensjonsveiledning bør legges i primærhelsetjenesten, slik at prevensjonsveiledningen foregår fra en kjent omsorgsperson.

### **7.1.2 Kvinnehelse og prevensjon – En viktig del av jordmors rolle og spesialfelt**

Et av funnene fra studien er at kvinnehelse og prevensjon blir ansett som en viktig del av jordmors rolle og spesialfelt. Dette trekkes frem når det kommer til valg av profesjon ved etterkontroll. Etterkontroll hos jordmor er i dag en svak anbefaling ifølge norske retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014). Ifølge vår studie fører dette til at kommunene som har mangel på jordmødre ikke prioriterer denne anbefalingen, og kvinnene må derfor gå på etterkontroll hos fastlege. En norsk studie utført av Forsberg et al. (2019) kommer frem til at norske kvinner ikke har nok kunnskap om jordmors rolle angående temaet prevensjon. Mange vet ikke at de har et valg om å gå til jordmor for prevensjonsveiledning. Dette er noe kvinnene i studien ønsker skal komme tydeligere frem (Forsberg et al., 2019). Viktigheten kan knyttes til vår studie, hvor deltakerne poengterer betydningen av å få omgjort anbefalingen om etterkontroll hos jordmor fra svak til sterk. En slik endring i anbefalingene vil kunne bygge opp under kvinnehelse.

Flere studier viser at det er utydelig hvem som har ansvaret for prevensjonsveiledningen etter fødsel (Lunniss et al., 2015; Botfield et al., 2022). Dette har overføringsverdi til Norge hvor det også er uklare roller med hensyn til hvem som skal utføre prevensjonsveiledningen etter fødsel. Likevel poengterer jordmødrene i vår studie at det ikke er valg av profesjon som er



viktig, men at kvinnene faktisk får velge selv. Det er altså valgmulighetene, og kvinners ønsker som er av betydning, og som vil bidra til å løfte kvinnehelsen ifølge jordmødrene. Studien til Botfield et al. (2022) fra Australia viser at både jordmødre, gynekologer og leger er ideelle til å gi prevensjonsveiledning både før og etter fødsel. Likevel ser de at prevensjonsveiledningen ikke er systematisert, noe som gjør at kvinner ofte ikke får den prevensjonsveiledningen de trenger. Flere studier kommer frem til at det trengs tydeligere definerte roller og ansvar når det kommer til prevensjonsveiledning etter fødsel (Botfield et al., 2022; Li et al., 2022). Dette har overføringsverdi også til vår studie og prevensjonsveiledningen som blir gitt etter fødsel i Norge. I Norge er det heller ingen fastsatt struktur med hensyn til hvem kvinnene skal gå til. Kvinnene kan velge om de vil til fastlege, jordmor i kommunen eller gynekolog. Leap (2009) understreker i sin definisjon av kvinnesentrert omsorg viktigheten av at kvinnen skal ha kontroll og kontinuitet fra kjent omsorgsperson. På den andre siden kan man tenke seg at dersom kvinnen ikke vet hvem hun skal forholde seg til når det kommer til prevensjon etter fødsel, vil det heller ikke være mulig å jobbe kvinnesentrert for noen av profesjonene. Klarere retningslinjer på hvem som skal utføre hva kan ses som en essensiell del av forbedring av kvinnehelse. Dette kan også ses i sammenheng med at kvinner som faktisk får prevensjonsveiledning er mer villige til å bruke det, enn de som ikke har fått tilstrekkelig informasjon (Giacomo et al., 2013). Norge sammenlignes ofte med Sverige der jordmødrene har en sentral rolle når det kommer til prevensjonsveiledning. I Sverige går derimot alle friske kvinner til jordmor for prevensjonsveiledning etter fødsel, noe som bidrar til denne kontinuiteten (Tydèn & Ekstrand Ragnar, 2022). Dette styrker igjen funnene i vår studie der jordmødrene oppfordrer til at prevensjonsveiledning burde legges til primærhelsetjenesten.

Ifølge vår studies resultat kan det være en barriere å gå til fastlege fordi kvinnen ofte har et annet forhold til fastlegen enn til jordmor. Dette kan settes opp mot helseoppfatningsmodellen og *oppfattede barrierer* (Champion & Skinner, 2008) når det kommer til om kvinnen lar seg prevensjonsveilede eller ikke. Lukasse et al. (2021) fremmer at veilederens profesjonelle bakgrunn er av interesse for kvinnen. To studier fra Norge viser at kvinner stiller seg positive til å konsultere hos jordmor, men det burde gjøres tydeligere kjent at jordmor har kunnskap og kompetanse til å utføre prevensjonsveiledning (Lukasse et al., 2021; Forsberg et al., 2019). Det ble også presisert i studien til Walker et al. (2021) at jordmor oppleves som mer



kunnskapsrik om prevensjon og flere av emnene som diskuteres på en etterkontroll. Dette underbygger funn fra studien vår som viser at jordmødrene mener kvinner ønsker jordmødre som kan gjøre alt. Ved å kunne tilby alt vil jordmødrene jobbe i takt med kvinnesentrert omsorg. På denne måten vil jordmor kunne ta for seg alt av kvinnens psykiske, fysiske, åndelige, kulturelle og emosjonelle behov. På den andre siden kan fastlegen også oppleves for kvinnene som den kjente omsorgspersonen (Leap, 2009). Det er dermed en styrke at kvinnene selv får velge hvem de ønsker å gå til, noe som igjen vil kunne fremme kvinnesentrert omsorg.

Et udekket behov for prevensjon vil kunne ende i uønskede svangerskap. En dimensjon ved jordmors rolle angående kvinnehelse og prevensjon som ble løftet frem i vår studie var å hindre uønskede svangerskap. Det første året etter fødsel er kvinner mer utsatt for nye svangerskap, og 10-44% av graviditeter oppstår uventet (Templeman et al., 2000; Kershaw et al., 2003). Resultatet av studiene kan relateres til helseoppfatningsmodellen som vektlegger at noe må oppfattes som en trussel for at en skal utføre handlinger som forhindrer det (Champion & Skinner, 2008). Om ikke kvinnene anser nytt svangerskap som en risiko vil det derfor kunne være utfordrende å la seg prevensjonsveilede. Zapata et al. (2015) avdekket at bare halvparten av kvinnene i risiko for uplanlagte svangerskap, og svangerskap raskt etter forrige fødsel, brukte effektive prevensjonsmidler. Et svangerskap raskt etter fødsel trenger derimot ikke å være en trussel for kvinnen og hennes partner. Det kommer frem av vår studie at flere par har sterke ønsker om et søsken til sitt nyfødte barn ifølge jordmødrene. Det er ifølge kvinnesentrert omsorg viktig å møte kvinnens behov og ønsker (Leap, 2009). Med dette som utgangspunkt kan man også anse punktet *oppfattede fordeler* i helseoppfatningsmodellen (Champion & Skinner, 2008) som viktig å ta i betraktning i møte med kvinnen og hennes partner. Sett i lys av dette er det viktig å forklare for kvinner og partner om eventuelle ulemper med for kort avstand mellom svangerskap. Dette uten å fokusere for mye på risikoen med nytt svangerskap, men heller promotere fordelene med å bruke prevensjon.

Vår studie viser at prevensjon er en viktig del av jordmors rolle, likevel er oppdatering av kunnskap noe jordmødrene i stor grad må stå for selv. Rekvireringsretten har blitt utvidet de senere årene, men hvilke kunnskaper jordmor innehar når det gjelder prevensjon er det ikke utført studier på. Prevensjon og seksualitet ble innlemmet i studieplanen for jordmorstudenter

i 2006 (Helsedirektoratet, 2015). Men hva med jordmødrene som var utdannet før dette? Det går igjen fra vår studie at jordmødrene selv er ansvarlige for å oppdatere egen kunnskap på feltet, og at det er lite tilretteleggelse på arbeidsplassen. Studien til McCance & Cameron (2014) fra Storbritannia konkluderer med at kontinuerlig opplæring og støtte er noe jordmødrene trenger for å være effektive i jobben som prevensjonsveileder. Studien viser at det burde finnes bedre koblinger mellom jordmor og spesialiserte helsetjenester for seksualitet og reproduksjon. I Sverige inngår rekvireringsretten i dag i jordmorutdanningen og reguleres av Sosialstyrelsen, som krever minst 30 timer adekvat opplæring (Tydèn & Ekstrand Ragnar, 2022). Jordmødrene har også ansvar for å ha kunnskap om Legemiddelverkets anbefalinger og om arbeidsplassens rutiner i emnet (Tydèn & Ekstrand Ragnar, 2022). Dette står i kontrast til de norske kravene, og kan videre relateres til funnene i studien vår som viser at jordmødrene i stor grad er ansvarlige for å oppdatere kunnskapen sin om prevensjonsveiledning selv. I Norge savnes mer strukturerte rutiner på arbeidsplassen.

### **7.1.3 Et helhetlig bilde – Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd**

Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd ifølge vår studie. Familieplanlegging er også en viktig del av dette. Studien viser at jordmødre ser på kvinnene som svært ivaretatt dersom jordmor tar opp temaet i barseltiden. Dersom jordmor tar opp det ene temaet uten å nevne de andre vil man heller ikke få et helhetlig bilde. Begrepet kvinnesentrert omsorg har vært kritisert fordi det bare tar for seg kvinnen og ikke inkluderer personene rundt som er viktig for kvinnen, slik som barnet og partner (Carolan & Hodnett, 2007). Leap (2009) understreker derimot at kvinnesentrert omsorg innebærer alle personene i kvinnes familie, og relasjoner som er viktig for henne. Definisjonen innebærer at det ikke er jordmødrene som styrker kvinnene, men at de legger til rette for at kvinnene selv skal føle seg styrket. For at kvinnene skal føle seg styrket kommer det frem av studien til Forsberg et al. (2019) at de ønsker at seksuell helse og velvære skal bli tatt opp under prevensjonsveiledning. Dette underbygger funn fra studien vår hvor det kommer frem at jordmor er den profesjonen som står kvinnen nært nok til å snakke om seksualitet. Det understreker viktigheten av at jordmor faktisk må tørre å spørre, men at det alltid skal skje på kvinnens premisser.

Resultatet fra vår studie kommer frem til at seksualitet er noe som bør tas opp i sammenheng med prevensjon for at det skal bli et helhetlig bilde, men at mange jordmødre kan ha vanskeligheter med å ta opp temaet. Dette underbygger studien til Barrett et al. (2005) som viser at bare 18% av kvinnene fikk informasjon i barseltiden om kroppslige og hormonelle forandringer, noe som vil kunne påvirke seksuallivet etter fødselen. Den norske studien til Stavdal et al. (2019) kom frem til at smerte og frykt endret pars intimitet, og gjorde sexlivet deres til en utfordring. Studien viser at parene har fått svært lite informasjon og veiledning angående endringer etter fødsel som kan påvirke intimiteten (Stavdal et al. 2019). En studie fra Skottland (Glazener, 2005) konkluderer med at seksuelle problemer etter fødsel er vanlig og at helsepersonell bør veilede kvinnen og partner angående temaet allerede i svangerskapet. Studien fremmer at helsepersonell som har ansvar for paret på barselavdeling skal være opplært til å identifisere problemer, samt være kompetente nok til å håndtere problemene på en åpen og sympatisk måte (Glazener, 2005). Dette underbygger funn fra vår studie angående viktigheten av at jordmor også går inn på de kroppslige og hormonelle forandringene etter fødsel, og hvordan dette kan påvirke seksuallysten, men at det bør skje på etterkontroll. En studie viser at kvinner også ønsker mer rom for å fortelle om seksuelle og intime problemer, og få en forsikring fra helsepersonell om at dette er normalt etter fødsel (Woolhouse et al., 2014). Dette kan relateres til *evne til handling* i helseoppfatningsmodellen (Champion & Skinner, 2008). Hvis kvinnen opplever det som en barriere å gjenoppta seksuallivet etter fødsel, vil normalisering av de kroppslige endringene kunne sammenlignes med triggerer som bidrar til helseatferd. Et spørsmål å reflektere over er at hvis endringene kvinnene opplever normaliseres, vil det være enklere for henne å utføre handlinger, som i dette tilfellet relateres til seksuallysten.

Ifølge jordmødrene i vår studie venter kvinner med å gjenoppta seksuallivet til etter jordmor har undersøkt underlivet ved etterkontroll seks til åtte uker etter fødsel. Dette er ifølge jordmødrene grunnet frykten for at noe har forandret seg i underlivet og ikke er slik det var før fødsel. Dette støtter funnene fra studien til Stavdal et al. (2019) angående frykt for smerter ved samleie etter fødsel. Seksuallivet er en del av både kvinnen og partners helse. Det finnes ifølge helseoppfatningsmodellen flere faktorer som er med på å trigge en helseatferd. Triggerne kan være både interne og eksterne og bidrar til *evne til handling* (Champion & Skinner, 2008). Det at jordmor utfører en vaginal undersøkelse ved etterkontroll, dersom

kvinnen ønsker det, kan ses på som en ekstern trigger til handling. Det kommer frem gjennom vår studie at jordmødrene synes kvinnene virker tryggere og har mindre frykt angående samleie etter at undersøkelsen er utført. Vi har derimot ikke undersøkt hva kvinnene selv synes, og heller ikke funnet eksisterende forskning angående temaet. Det kunne være interessant å studere hva kvinnene synes, kontra det jordmødrene tolker av kvinnene. Først når jordmor vet hva kvinnene ønsker, er det mulig for jordmor å arbeide kvinnesentrert. Kvinnen må selv få definere hva som er viktig for akkurat henne. Det er når jordmor klarer å se kvinnens unike behov, at hen arbeider i tråd med kvinnesentrert omsorg (Leap, 2009). Sett i sammenheng med våre funn er jordmor nødt til å tørre å spørre om seksualitet og den eventuelle frykten kvinnen besitter.

Det kommer frem av vår studie at jordmødrene kan legge et press på kvinnene om å gjenoppta seksuallivet seks til åtte uker etter fødsel. Jordmødrene mener at dette skjer dersom jordmor bare snakker om prevensjon uten å ta opp endringene som skjer i kroppen som påvirker seksuallysten til kvinnene. Dette underbygges i studien til Lukasse et al. (2021) hvor det kommer frem at kvinnene synes det er vanskelig og utfordrende å snakke om seksuell helse, og noen opplevde temaet som nær umulig å diskutere med helsepersonell. Studier viser også at helsepersonell opplever dette som utfordrende da de har fått for lite opplæring angående seksualitet på studiet, og at de derfor er forsiktige med å ta opp temaet (Kelly et al., 2017). Det kommer frem av studien til Lukasse et al. (2021) at måten temaet ble tilnærmet var avgjørende. Studien fremmer at jordmor skal være interessert, vise respekt og ha et åpent sinn. Samtalen burde ikke oppleves som et avhør eller være for invaderende (Lukasse et al., 2021). Ved å ta opp seksualitet i forbindelse med prevensjon på en respektfull måte, kan jordmor eller lege legge til rette for at kvinnene selv skal føle seg styrket i situasjonen. På denne måten vil profesjonene handle kvinnesentrert (Leap, 2009). Her kan helsepersonell jobbe “med kvinnen” i stedet for “med institusjonen”. Helsepersonell jobber “med institusjonen” dersom de velger å ikke ta opp seksualitet grunnet egen usikkerhet, eller for å få veiledningen til å gå raskere (Hunter, 2004). Jordmødrene i studien vår legger også vekt på at partner burde være til stede i samtalen, men at den skal skje på kvinnens premisser.

Et helhetlig bilde blir beskrevet i vår studie som at prevensjon, parforhold og seksualitet er noe som går hånd i hånd. Studien viser at jordmødrene tolker kvinnene som svært ivaretatt

dersom temaene diskuteres i kombinasjon i barseltiden. Dette kan støttes av studien til Dehlendorf et al. (2012), som undersøkte hva kvinnene verdsetter i samhandlingen med behandleren de møter knyttet til familieplanlegging og valg av prevensjon. Resultatet viser at kvinnene ønsket kontroll i beslutningstakingen om prevensjon, men de ønsket også at behandler skulle delta i beslutningsprosessen. Et aspekt ved sistnevnte omhandler relasjonen kvinnen hadde til behandler. Det ble beskrevet at et langvarig forhold til omsorgspersonen påvirket hvor komfortable kvinnene var med å diskutere sensitive temaer, og de satte pris på at behandler kjente deres historie. Det underbygges også i studien til Lukasse et al. (2021), hvor hovedfunnet er at et godt forhold til helsepersonell kvinnene stoler på vil kunne forbedre prevensjonsveiledningen. Dette kan også relateres til kvinnesentrert omsorg der kontinuitet fra en kjent omsorgsperson vektlegges (Leap, 2009). Ved at jordmor følger kvinner gjennom svangerskapet, og avslutter samhandlingen på en etterkontroll etter fødsel, vil det bidra til en kontinuitet for både kvinnen og jordmor. Dette vil kunne åpne opp for at kvinnen tørr å prate intimt med jordmor, og ettersom jordmor skal ta for seg psykiske, fysiske, åndelige, emosjonelle og kulturelle behov, er det av betydning å ha et nært forhold til kvinnen for å bli kjent med hennes historie (Leap, 2009).

Funn i vår studie viser at jordmødrene mener partneren burde ta større plass i beslutningen omkring prevensjon dersom kvinnen ønsker det. Viktigheten av at paret skal få muligheten til å planlegge egen fremtid vektlegges, og det er da viktig at partner er til stede. Dette er i tråd med studien til Dehlendorf et al. (2012) som beskriver at kvinner anser både partner og andre familiemedlemmer av stor betydning for dem når de skal ta et valg knyttet til prevensjon. Dette kan også settes i kontekst med helseoppfatningsmodellen og *evne til handling*. Partneren kan sammenlignes med en trigger som får kvinnen til å utføre helseatferden, altså hvor villig kvinnen er til å prevensjonsveiledes. Dette vises også i studien til Dalessandro et al. (2022), hvor det belyses at for å møte kvinnens individuelle behov med hensyn til prevensjon, behøves lydhørhet mot partner. Flere studier viser viktigheten av at familieplanlegging blir tatt opp som del av prevensjonsveiledningen (Goulding et al., 2020; Mruts et al., 2022). Goulding et al. (2020) presiserer at jo mer tid helsepersonell bruker på å veilede kvinnene, jo større sjanse er det for at de velger langtidsprevensjon etter fødsel.

Jordmødrene i vår studie opplever at for noen kvinner spiller økonomi en rolle når det gjelder langtidsprevensjon, på grunn av den store engangssummen. Nettopp ved hjelp av langtidsprevensjon kunne uønskede svangerskap vært unngått, og dette identifiserer jordmødrene som en viktig del av deres rolle. Jordmødrene opplever at prisen spesielt er for høy for immigrantkvinner. Barrierer knyttet til det økonomiske og for høy pris på prevensjon vises i studien til Freeman-Spratt et al. (2023), hvor resultatet tilsa at kvinnene ønsket prevensjon etter fødsel, men flere av metodene ble for kostbare. En studie fra USA (Pace et al., 2013) viser at kvinner som må betale høyere egenandel ved hormonspiral oftere velger bort denne formen for prevensjon. Studien viser at fjerning av egenandel vil bidra til økt bruk av hormonspiral hos kvinner i USA. I den systematiske gjennomgangen til Pritt et al. (2016), beskrives ulike faktorer som er med på å påvirke beslutningstakingen når det gjelder langtidsprevensjon for unge jenter. Kostnaden av prevensjon var den ene faktoren, og dette i sammenheng med lite kunnskap om metoden, gjorde at det ofte ble valgt vekk. Dette har overføringsverdi til vår studie som også tilsier at langtidsprevensjon utgjør en for stor engangssum. Dette vil også kunne ses som en *oppfattet barriere* som Champion & Skinner (2008) beskriver i helseoppfatningsmodellen. Det kan diskuteres om kvinnene ønsker å beskytte seg mot nytt svangerskap, men på grunn av engangssummen blir det valgt vekk. Det er altså en barriere som kan gjøre det vanskelig å utøve anbefalt handling.

Ifølge kvinnesentrert omsorg er det et viktig poeng at kvinner skal få ta egne valg, men det kan diskuteres om det egentlig er kvinners valg når enkelte prevensjonsmetoder er så belastende økonomisk at de må utelukkes. Jordmødrene i studien vår ønsket at det fantes en refusjonsordning, slik at alle prevensjonsmetoder er tilgjengelig, uavhengig av kvinnens økonomi. Det nevnes at jordmødrene har forsøkt å søke NAV om refusjon, men fått avslag, og jordmødrene uttrykte at det føles som om systemet jobber mot dem. Dette kan igjen relateres til kvinnesentrert omsorg (Leap, 2009), fordi det vil være utfordrende for jordmødre å arbeide i tråd med kvinnesentrert omsorg dersom enkelte prevensjonsmetoder må utelukkes grunnet økonomi.

## 7.2 Metodediskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere metoden brukt i studien og kvaliteten. Vi har anvendt Tjoras (2021) begreper om pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet for å vurdere metoden.

### 7.2.1 Pålitelighet

Fullstendig nøytralitet vil ikke være mulig i kvalitativ forskning, og dette må forskere være bevisst på (Tjora, 2021). Begrepet pålitelighet dreier seg om i hvilken grad de innsamlede dataene er holdbare. En god redegjørelse for relevante koblinger mellom empiri, analyse og teori bidrar til styrket pålitelighet (Tjora, 2021). Vi har gjennom hele studien fokusert på å forklare og beskrive hvorfor vi har tatt de valgene vi har gjort, og hvordan studien er gjennomført. Begrepet pålitelighet ble i starten av forskningsprosjektet anvendt da informanter til studien skulle rekrutteres. Hvilken relasjon det er mellom forsker og informant, kan også ha betydning for påliteligheten til studien (Tjora, 2021). Vi valgte bevisst informanter vi ikke hadde noen relasjon til, da man som regel vet hva kjente mener angående et tema. Dette gjorde vi for å unngå forhastede konklusjoner og forforståelse.

Siden Tjoras metode (2021) har strenge krav når det kommer til koding, må man holde på informantens ordlegging. Ved å bruke denne metoden forsøkte vi å unngå å legge inn egne tolkninger av hva utsagnene betydde. Ettersom vi hadde vært i praksis der temaet var blitt belyst, hadde vi reflektert over vår forforståelse, og forsøkte å ikke ha noen forutinntatte meninger om hva vi skulle finne blant informantene. I kvalitative studier er graden av transparens av betydning. Transparens vil si hvorvidt og hvordan detaljene i en studie beskrives. I mange kvalitative studier vil bruk av *pseudonymer* (fiktive navn) redusere transparens og slik styrke studiens pålitelighet. I vår studie har vi valgt å ikke bruke *pseudonymer* av etiske hensyn. Selv om dette reduserer transparens vil etiske hensyn måtte gå foran (Tjora, 2021).

En utfordring vi har møtt på i vår studie omhandler at jordmødrene forteller hvordan de opplever kvinnene og hva kvinnene mener. Vi har gjennom hele skriveprosessen vært bevisst på at studien tar utgangspunkt i jordmors perspektiv, og forsøkt å formulere dette tydelig gjennom tekstmaterialet. Dette vil kunne bidra til å øke studiens transparens (Tjora, 2021). Mer forskning omkring temaet og kvinners opplevelse av prevensjonsveiledning savnes da det har vært utfordrende å skaffe relevant forskning. De utfordringene vi har stått overfor har

vi møtt med å lese teksten nøye, og ved å ha reflekterende diskusjon sammen og med vår veileder.

### 7.2.2 Gyldighet

Gyldighet handler om den logiske oppbyggingen av en studie; både studiens funn og utforming, samt at spørsmålene forskeren ønsker svar på besvares (Tjora, 2021). Det finnes to typer gyldighet i SDI-metoden, dette er kommunikativ og pragmatisk gyldighet.

Kommunikativ gyldighet vil si å teste studien i dialog med forskergruppen, i dette tilfellet med veileder (Tjora, 2021). Denne delen handler om valg av design, og om blant annet problemstillingen lot seg besvare på en hensiktsmessig måte. Kommunikativ gyldighet innebærer at forsker forholder seg bevisst til aktuelle teorier og tidligere forskning som er gjort innenfor samme tema (Tjora, 2021). Vi har utført dette ved å dra paralleller med empirien, og satt det i sammenheng med det teoretiske rammeverket. Vi har brukt et jordmorfaglig begrep for å sikre at vi holder studien jordmorfaglig. I tillegg til dette har vi brukt en helsefremmende teori da vi ikke har funnet noen relevant jordmorteori i emnet. Disse valgene tok vi i samråd med vår veileder for å sikre relevans.

Vi ønsket å skrive en kvalitativ studie, og i samråd med veileder utarbeidet vi problemstillingen: *“Jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle”*. Vi har under skriveprosessen lagt vekt på å skape god flyt i oppgaven, og å sikre en rød tråd. Resultatene er inndelt i ulike konsepter for å strukturere oppgaven, i tillegg til at det er en del av Tjora sin metode. Pragmatisk gyldighet omhandler studiens nytte. Her spør man seg selv om forskningen vil kunne føre til forbedring eller endring (Tjora, 2021). Studien besvarer hvordan jordmødre opplever å prevensjonsveilede kvinner etter fødsel, og den går også inn på hva jordmødrene definerer som deres rolle. Det er dermed jordmødre som både deltar i studien og som også kan bruke den nye kunnskapen i praksis. Den nye kunnskapen som kommer frem vil kunne brukes i forbedringsprosjekter, både i primær- og sekundær helsetjenesten. Vi vil etter innlevering av studien presentere funnene våre til jordmødrene i avdelingene på sykehusene vi er i siste praksisperiode. På denne måten får vi testet hvorvidt de kan relatere sine erfaringer til funnene vi har innhentet.



Vi hadde før oppstart av studien tilegnet oss noe kunnskap i form av relevant forskning om temaet. Utover dette har ingen av oss tidligere utført en studie i form av intervju. Hvordan spørsmål formes er med på å styrke gyldigheten til en studie (Tjora, 2021). Siden vi ikke hadde noe erfaring med dette fra før, er det en mulighet for at spørsmålene kunne blitt formulert på en annen måte for å få mer ut av hver enkelt informant. Vi fikk kvalitetssikret våre refleksjonsspørsmål til intervjuguiden i samråd med vår veileder. Under hvert intervju ble det også stilt oppfølgingsspørsmål, disse ble vilkårlig formulert fra intervju til intervju. Under analyse av transkripsjonen har vi innsett at flere av oppfølgingsspørsmålene kunne vært formulert annerledes for å få mer ut av hvert intervju. Vi utviklet oss som intervjuere underveis i studien og intervjuene fløt bedre for hver gang. Vi mener at spørsmålene vi har stilt og måten dataene er generert på i form av dybdeintervju svarer på problemstillingen og dette vil kunne øke gyldigheten til studien (Tjora, 2021).

### **7.2.3 Generaliserbarhet**

Noen forfattere mener ordet overførbarhet kan brukes som kvalitetsindikator istedenfor generaliserbarhet. Tjora (2021) mener på den andre siden at det er uheldig fordi generaliserbarhet allerede er godt etablert som kvalitetsindikator, og at begrepet overførbarhet ikke dekker tilstrekkelig hva generalisering innebærer. Det finnes to typer generalisering; konseptuell og moderat generaliserbarhet. Tjoras metode fokuser ikke på moderat generalisering, men ser begrepet heller som en kontrast til konseptuell generalisering (Tjora, 2021).

Konseptuell generalisering er selve målet med stegvis-deduktiv-induktiv metode, SDI. Siste steget i SDI-metoden er å framstille funn i form av konsepter som senere testes mot teori. Det kan fremstilles både i form av modeller, typologier, begreper eller metaforer (Tjora, 2021). Vi valgte å danne ulike konsepter som et sluttresultat, men anvendte ikke noe teoretisk perspektiv å teste disse opp mot i det siste steget. For å sikre relevans i vår studie anvendte vi derimot tidligere forskning og det teoretiske rammeverket i diskusjonen av våre konsepter. Vi har anvendt den forskningen vi har funnet angående temaet, men ettersom det er sparsommelig er flere av artiklene eldre (mer enn ti år). Et resultat av dette er at vi i større grad har brukt det teoretiske rammeverket kontinuerlig gjennom vår resultatdiskusjon. Dette er med på å sikre den konseptuelle generaliseringen (Tjora, 2021), og det var et bevisst valg

fra vår side. SDI-metoden sikrer en form for konseptuell generalisering fordi analyseprosessen gjøres i form av flere steg med empirinære koder. Grunnet stegene ved utvikling av kodegrupper og konsepter kan andre senere teste funnene våre (Tjora, 2021). Vi har i vår studie inkludert informanter fra hele Norge, og vi ser at alle stort sett forteller det samme. På grunn av dette tenker vi at funnene våre muligens kan generaliseres til hele landet og kan derfor være av relevans.

## 8 Konklusjon

I denne studien har vi presentert funnene vi har innhentet ved å studere jordmødres opplevelser og deres rolle knyttet til prevensjonsveiledning. Vi har kommet frem til tre konsepter som besvarer problemstillingen. Konseptene var “Barseltid - En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning”, “Kvinnehelse og prevensjon - En viktig del av jordmors spesialfelt” og “Et helhetlig bilde - Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd”.

Barseltiden er i utgangspunktet en gylden mulighet for prevensjonsveiledning, og spesielt etterkontroll seks til åtte uker etter fødsel trekkes frem som et egnet tidspunkt ifølge jordmødrene. Å veilede på barselavdeling regnes som for tidlig, da det er andre ting som er i fokus. Jordmødrene beskriver at prevensjonsveiledning er noe de rutinemessig utfører på utreisesamtale, men at det kun er basert på prosedyren og ikke hva som er best for kvinnen. Prevensjonsveiledning regnes som en naturlig del av svangerskapsomsorgen, og det vektlegges å starte en refleksjonsprosess hos kvinnen og partner. Jordmødrene opplever stort gap i kunnskapsnivå blant kvinnene de møter. Yngre kvinner har ofte mer kunnskap om både prevensjon og kvinnehelse generelt, men det er fremdeles mange myter om prevensjon som går igjen, og som krever oppklaring. Immigrantkvinner/flyktningkvinner regnes som ekstra viktig å ivareta når det kommer til prevensjon, og både svangerskapet og barseltiden er et godt tidspunkt å komme i kontakt med disse kvinnene.

Jordmødrene beskriver at prevensjon er en viktig del av deres rolle og spesialfelt. De opplever at kvinnene ønsker å gå til dem, og jordmødrene får tidlig tillit fra kvinnene. Dette kan tyde på at jordmødrene gjennom det normale svangerskapet lærer seg å kjenne kvinnen, og kvinnene får et annet forhold til jordmor enn til fastlegene. På bakgrunn av dette opplever

jordmødrene at det også er enklere å diskutere andre ting enn prevensjon. Norske retningslinjer tilsier at etterkontroll hos jordmor er en svak anbefaling. På grunn av dagens jordmormangel er dette en anbefaling som ofte blir nedprioritert av kommunene. Det vektlegges videre at det burde implementeres som en sterk anbefaling, og det anses som svært betydningsfullt for jordmødrene. Et viktig aspekt ved jordmødrenes profesjon var å forhindre uønskede svangerskap. Tilrettelegging på arbeidsplass og oppdatering av kunnskap er en viktig betraktning som går igjen med tanke på utførelse av etterkontroll. Det finnes ulike beskrivelser av kunnskap i emnet fra jordmorutdanningen. Opplæringen innen prevensjon på jordmorutdanningen oppleves svært ulikt for jordmødrene. Jordmødrene anså det som hensiktsmessig å kunne tilby alt innen prevensjon. Dette innebar både veiledning, rekvisisjon, innsetting og celleprøver. Å ha muligheten til dette ble assosiert med helhetlig omsorg.

Jordmødrene vektlegger at det ikke går an å samtale om prevensjon uten å komme inn på temaene parforhold, seksualitet og familieplanlegging. Jordmødrene fokuserer på at det er viktig å drøfte de hormonelle og naturlige endringene i kroppen etter en fødsel, og hvordan dette kan påvirke seksuallivet. Jordmødrene mener at prevensjonsmetoden kvinnene velger er avhengig av hva paret ønsker for fremtiden. Derfor er familieplanlegging viktig å sette i kontekst med prevensjonsveiledning. Et aspekt ved langtidsprevensjon som beskrives er den høye engangssummen. Jordmødrene synes det er negativt at det må velges vekk på grunn av kostnaden, og forteller at langtidsprevensjon kunne forhindre uønskede svangerskap for flere.

## **9 Implikasjon for praksis og videre forskning**

Studien har hatt som mål å undersøke prevensjonsveiledning etter fødsel og jordmors rolle. Resultatet fra denne studien kan gi økt bevissthet på prevensjonsveiledningen som gis. Prevensjon er ikke noe som kan tas opp alene, det går hånd i hånd med seksualitet, parforhold og familieplanlegging. Funnene relateres ikke kun til jordmødrene, men også til legene, siden begge profesjonene driver prevensjonsveiledning etter fødsel. Studien kan dermed bidra til økt kunnskap innenfor helsefag generelt, men det trengs tydeligere roller og retningslinjer på hvem som skal utføre hva. Prevensjonsveiledning kan og bør, ifølge vår studie, være mer enn informering av de ulike prevensjonsmetodene. Generelt er prevensjonsveiledning lite forsket på, og det er behov for ytterligere studier innenfor temaet. Videre ville det vært interessant å

intervjue barselkvinner og utforske deres syn angående veiledningen de får. Denne innfallsvinkelen mangler det også forskning på.

## Referanser

- Aarvold, T. & Røsok, M. (2022). *Metodebok for seksuell helse* (9 utg.). Sex og samfunn. American College of Obstetricians and Gynecologist & American Academy of Pediatrics (2012). *Guidelines for Perinatal Care – Seventh Edition*.  
<https://www.healthpartnersplans.com/media/100339243/acog-guidelines-for-perinatal-care.pdf>
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. & Manyonda, I. (2005). Women's sexual health after childbirth. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(2), 186-195. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x>
- Berens, P. (2022, 15. September). Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. I *Up to date*. Hentet 20. oktober 2022 fra <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care>
- Botfield, J. R., Tulloch, M., Contziu, H., Phipps, H., Bateson, D., Wright, S. M., McGeechan, K. & Black, K. I. (2020). Contraception provision in the postpartum period: Knowledge, views and practices of midwives. *Women and Birth*, 34(1), e1-e6. <https://doi-org.mime.uit.no/10.1016/j.wombi.2020.07.013>
- Botfield, J. R., Tulloch, M., Contziu, H., Phipps, H., Bateson, D., Wright, S. M., McGeechan, K. & Black, K. I. (2022). Who is responsible for postpartum contraception advice and provision? The perspective of hospital-based maternity clinicians in New South Wales, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2022, 1-5. [10.1111/ajo.13627](https://doi.org/10.1111/ajo.13627)
- Cameron, S. T., Craig, A., Sim, J., Gallimore, A., Cowan, S., Dundas, K., Heller, R., Milne, D. & Lakha, F. (2017). Feasibility and acceptability of introducing routine antenatal contraceptive counselling and provision of contraception after delivery: The APPLES pilot evaluation. *Obstetrics & Gynaecology*, 124(13), 2009-2015.  
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.14674>
- Carolan, M. & Hodnett, E. (2007). 'With woman' philosophy: Examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*, 14(2), 140-152.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00360.x>
- Champion, V. & Skinner, C. S. (2008). *Health behavior and health education* (4.utg.). Jossey-Bass

- Dalessandro, C., Thorpe, R. & Sanders, J. (2022). "For Me, It's Having Something Meaningful": Women's Emotional Understanding of Sex and the Sexual Acceptability of Contraception. *The Journal of sex research*, 59(4), 445-456.  
[10.1080/00224499.2021.1958194](https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1958194)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10 oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/?fbclid=IwAR0jWNYioAkh4IBdmkTD3ODrFbwt>
- 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. (2012). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*, 88(2), 250-256. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.012>
- Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (NEM). (2019, 23 mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetikk. Hentet 17. august 2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Den norske legeforening. (2012, 02 februar). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra [https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/?fbclid=IwAR1g%20C7FzR4Y\\_wPIZozURmTm30T7I3a4Qhm6VpdT7reiFiJsSkaax\\_S04Jz4](https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/?fbclid=IwAR1g%20C7FzR4Y_wPIZozURmTm30T7I3a4Qhm6VpdT7reiFiJsSkaax_S04Jz4)
- Dirirsa, D. E., Salo, M. A., Etizha, T. R., Geleta, T, A. & Deriba, B. S. (2022). Return of sexual activity within six weeks of childbirth among married women attending postpartum clinic of a teaching hospital in Ethiopia. *Women in obstetrics and Gynecology*, 9, 1-9.  
[10.3389/fmed.2022.865872](https://doi.org/10.3389/fmed.2022.865872)
- Ellberg, L., Hogberg, U. & Lindh, V. (2010). 'We feel like one, they see us as two "New parents" discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26(4), 463- 468.  
[10.1016/j.midw.2008.10.006](https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.006)
- Faculty of sexual and reproductive health care. (2013). *Service standards for Sexual and reproductive health care: Setting standards in contraception- Improving sexual health for all*. FSHR.org. Hentet 10. januar 2023.

<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/clinical-standards-all-service-standards-jan2013/>

- Forsberg, K. E., Lassemo, R. & Lukasse, M. (2019). Contraceptive consultations: A cross-sectional study of Norwegian women's experiences and opinions. *European Journal of Midwifery*, 3(12),1-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/109773>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2013). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL\\_1#%C2%A72](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL_1#%C2%A72)
- Freeman-Spratt, G. J., Botfield, J. R., Lee, G. S., Rajiv, P. & Black, K. I. (2023, In Press). Understanding women's views of and preferences for accessing postpartum contraception: A qualitative evidence synthesis. *Sexual & Reproductive Health*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-srh-2022-201718>
- Giacomo, P. D., Sbarlati, A., Baagnasco, A. & Sasso, L. (2013). Woman's contraceptive needs and preferences in the postpartum period: An Italian study. *Journal of Clinical Nursing* 22(23-24), 3406-3417. [10.1111/jocn.12432](https://doi.org/10.1111/jocn.12432)
- Glazier, A., Bhattacharya, S., Evers, H., Gemzell-Danielsson, K., Hardman, S., Heikiniheimo, O., La Vecchia, C. & Somigliana, E. (2019). Contraception after pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(11), 1378-1385. <https://doi.org/10.1111/aogs.13627>
- Glazener, C. M. (2005). Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 104(3), 330-335. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11463.x>
- Goulding, A. N., Bauer, A. E., Muddana, A., Bryant, A. G. & Stuebe, A. M. (2020). Provider Counseling and Women's Family Planning Decisions in the Postpartum Period. *Journal of Women's Health*, 29(6), 847-853. [10.1089/jwh.2019.7872](https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7872)
- Hall, K. S. (2011). The health belief model can guide modern contraceptive behavior research and practice. *Midwifery women's health*, 57(1), 74-81. [10.1111/j.1542-2011.2011.00110.x](https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00110.x)
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien – Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Hentet 15. august 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje>

[ningslinje%20\(fullversjon\).pdf/ /attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](#)

Helsedirektoratet (2015, 18. desember). *Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler - Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC)*. Helsedirektoratet.

[Rundskriv - utvidet rekvireringsrett](#)

Helsedirektoratet (2021, 21. desember). *Leger, helsesykepleiere og jordmødre kan rekvirere hormonell prevensjon til personer under 16 år*. Helsedirektoratet.

[Leger, helsesykepleiere og jordmødre kan rekvirere hormonell prevensjon til personer under 16 år - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2022, 16. mars). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261-272. [10.1016/j.midw.2003.12.004](https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004)

International definition of the midwife. (2017). *International confederation of midwives*. Hentet 06. januar 2023 fra [Internationalmidwives.org](https://www.internationalmidwives.org).

[https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_of\\_the\\_midwife-2017.pdf?fbclid=IwAR1TIAzufLNN0Uufq0QcqCgvpOMVH7YPSL6fZUuCWj2GDDdN6C363DUyejQ](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf?fbclid=IwAR1TIAzufLNN0Uufq0QcqCgvpOMVH7YPSL6fZUuCWj2GDDdN6C363DUyejQ)

Iwarsson, E. K., Larsson, C. E., Danielsson-Gemzell, K., Essèn, B. & Allvin-Klingberg, M. (2019). Contraceptive use among migrant, second-generation migrant and non-migrant women seeking abortion care: A descriptive cross-sectional study conducted in Sweden. *BMJ sex Reprod Health*, 45(2), 118-126. [10.1136/bmjsex-2018-200171](https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200171)

Jackson, E. & Glasier, A. (2011). Return of Ovulation and Menses in Postpartum Nonlactating Women. *Obstetrics & Gynecology*, 117(3), 657-662. [10.1097/AOG.0b013e31820ce18c](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31820ce18c)

Kelly, M., Inoue, K., Black, K. I., Barratt, A., Bateson, D., Rutherford, A., Stewart, M. & Richters, J. (2017). Doctors' experience of the contraceptive consultation: A



- qualitative study in Australia. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 43(2), 119-125. [10.1136/jfprhc-2015-101356](https://doi.org/10.1136/jfprhc-2015-101356)
- Kershaw, T. S., Niccolai, L. M., Ickovics, J. R., Lewis, J. B., Meade, C. S. & Ethier, K. A. (2003). Short and long-term impact of adolescent pregnancy on postpartum contraceptive use: Implications for prevention of repeat pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 33(5), 359-368. [10.1016/s1054-139x\(03\)00138-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00138-1)
- Kilander, H., Weinryb, M., Wikström, M., Petersson, K. & Larsson, C. E. (2022). Developing contraceptive services for immigrant women postpartum- A case study of a quality improvement collaborative in Sweden. *BMC Health Services Research*, 22(556), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07965-9>
- Kolak, M., Jensen, C. & Johansson, M. (2017). Midwives' experiences of providing contraception counseling to immigrant women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12(June 2017), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.04.002>
- Kolak, M., Löfgren, C., Hansson, S. R., Rubertsson, C. & Agardh, A. (2022). Immigrant women's perspectives on contraceptive counseling provided by midwives in Sweden – A qualitative study. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 30(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2111796>
- Kozuki, N., Lee, A. C., Silveira, M. F., Victora, C. G., Adair, L., Humphrey, J., Ntozini, R., Black, R. B. & Katz, J. (2013). The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(3), 1-9. [10.1186/1471-2458-13-S3-S3](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S3)
- Lauvås, P. & Handal, G. (2019). *Veiledning og praktisk yrkesteori* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Leap, N. (2009). Woman-centered or women-centered care: does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12-16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>
- Li, C. K., Botfield, J., Amos, N. & Mazza, D. (2022). Women's experiences of, and preferences for, postpartum contraception counseling. *Australian Journal of Primary Health*, [10.1071/PY22163](https://doi.org/10.1071/PY22163)
- Lindh, I., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Hognert, H. Milsom, I. & Lidegaard, Ø. (2017). Contraceptive use in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96(1), 19-28. <https://doi.org/10.1111/aogs.13055>

- 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(4), 1-8.  
[10.18332/ejm/132224](https://doi.org/10.18332/ejm/132224)
- Lunniss, H., Cameron, S. & Chen, Z. E. (2015). Views of general practitioners on providing contraceptive advice and long-acting reversible contraception at the 6-week postnatal visit: A qualitative study. *Fam Plann Reprod Health Care*, 42(2), 99-106.  
[10.1136/jfprhc-2015-101198](https://doi.org/10.1136/jfprhc-2015-101198)
- McCance, K. & Cameron, S. (2014). Midwives' experiences and views of giving postpartum contraceptive advice and providing long-acting reversible contraception: A qualitative study. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 40(3), 177-183. [https://doi-org.mime.uit.no/10.1136/jfprhc-2013-100770](https://doi.org/mime.uit.no/10.1136/jfprhc-2013-100770)
- McDonald, E. A. & Brown, S. J. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(7), 823-830. [10.1111/1471-0528.12166](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12166)
- Morgan, L. (2015). Conceptualizing woman-centered care in midwifery. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 14(1), 8-15.
- Mruts, B. K., Tessema, A. G., Dunne, J., Gebremedhin, T. A., Scott, J. & Pereira, F. G. (2022). Does family planning counselling during health service contact improve postpartum modern contraceptive uptake in Ethiopia? A nationwide cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(5), 1-8. [10.1136/bmjopen-2021-060308](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060308)
- Omland, G., Ruths, S. & Diaz, E. (2014). Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: Data from det Norwegian Prescription Database. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(10), 1221-1228.  
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12906>
- Pace, L. E., Dusetzina, S. B., Fendrick, A. M., Keating, N. L. & Dalton, V. K. (2013). The impact of out-of-pocket costs on the use of intrauterine contraception among women with employer-sponsored insurance. *Medical Care*, 51(11), 959-963.  
[10.1097/MLR.0b013e3182a97b5d](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a97b5d)
- Pritt, M. N., Norris, H. A. & Berland, D. E. (2016). Barriers and Facilitators to Adolescents Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30(1), 18-22. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.07.002>

- Ræder, M. B., Johansen, M. & Offerdal, K. (2021). Prevensjon. Hentet fra:  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/prevensjon/?fbclid=IwAR1KjSma36gMWUpK-RMgEEAeeNoaCNhtizDxe2S7bj4hI9UBMX3ugqJgf-c>
- Sedgh, G., Ashford, L. S. & Hussain, R. (2016). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons For Not Using a Method* (June 2016 Report). Guttmacher Institute. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries-report.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries-report.pdf)
- Seksuell og reproduktiv hels  og rettighet r. (2018). *Kompetensbeskrivning f r legitimerad barnmorska*. Hentet 06. januar 2023 fra Svenska barnmorskeforbundet. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>
- Sikt. (2022). *Sikt – Kunnskapssektorens tenesteleverand r*. Sikt. Hentet 06 mars. 2022 fra <https://sikt.no/om-sikt>
- Skogsdal, Y., Fadl, H., Cao, Y., Karlsson, J. & Tyd n, T. (2019). An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awateness of preconception health – An randomized controlled trial. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 124(3), 203-212. <https://doi.org/10.1080/03009734.2019.1653407>
- Stavdal, M. N., Skj vestad, M. L. L. & Dahl, B. (2019). First-time parents' experiences of proximity and intimacy after childbirth – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 20(2019), 66-71. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.03.003>
- Sudhinaraset, M., Landrian, A., Golub, G. M., Cotter, S. Y. & Afulani, P.A. (2021). Person-centered maternity care and postnatal health: Associations with maternal and newborn health outcomes. *Elsevier Inc*, 1(1), 1-9. [10.1016/j.xagr.2021.100005](https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100005)
- Svahn, S., Hulstrand, J. N., Tyd n, T. & Ekstrand Ragnar, M. (2021). Contraception use and attitudes: Women's concerns regarding hormonal contraception and copper intrauterine devices. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 26(6), 473-478. <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1975267>
- Svensk f rening f r Obstetrik och Gynekologi. (2016). *M drah lsov rd, Sexuell och Reproduktiv H lsa*. Sfog.se, Hentet 16. januar 2023

- fra: <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>
- Templeman, C. L., Cook, V., Goldsmith, L. J., Powell, J. & Hertweck, S. P. (2000). Postpartum contraceptive use among adolescent mothers. *Obstetrics & Gynecology*, 95(5), 770-776. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)00787-0](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)00787-0)
- Thwaites, A., Tran, A. B. & Mann, S. (2019). Women's and healthcare professionals' views on immediate postnatal contraception provision: A literature review. *BMJ Sex Reprod Health*, 45(2), 88-94. [10.1136/bmjsex-2018-200231](https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200231)
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. Utg.). Gyldendal Akademisk
- Tydèn, T. & Ekstrand Ragnar, M. (2022). Antikonception. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (Red.). *Reproduktiv h lsa - barnmorskans kompetensomr de*, (2.Utg.). Studentlitteratur AB
- Universitet i Oslo. (2021, 22. mars). Hva er Nettskjema. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/>
- Valb , A., Iversen, H. H. & Kristoffersen, M. (2011). Postpartum care: Evaluation and experience among care providers and care receivers. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 56(4), 332-339. [10.1111/j.1542-2011.2011.00038.x](https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00038.x)
- Waldenstrom, U., Rudman, A. & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(5), 551-60. [10.1080/00016340500345378](https://doi.org/10.1080/00016340500345378)
- Walker, J. S., Hooks, C. & Blake, D. (2021). The views of postnatal women and midwives providing contraceptive advice and methods: A mixed method concurrent. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(411), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03895-2>
- Woolhouse, H., McDonald, E. & Brown, S. J. (2014). Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: Women's experiences with health professionals. *Australian journal of primary health*, 20(3), 298-304. [10.1071/PY13001](https://doi.org/10.1071/PY13001)
- Yang, J. M., Cheney, K., Taylor, R. & Kirsten, B. (2019). Interpregnancy intervals and women's knowledge of the ideal timing between birth and conception. *BMJ Sex Reprod Health*, 45(4), 249-254. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200231>

Zapata, L. B., Murtaza, S., Whiteman, M. K., Jamieson, D. J., Robbins. C. L., Marchbanks, P. A., D'Angelo, D. V. & Curtis, K. M. (2015). Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 212(2), 1-15.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.059>

# Vedlegg

## Vedlegg 1 - Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i vårt forskningsprosjekt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og jordmors rolle. Det er ønskelig å gjennomføre åtte til ti intervjuer. Problemstillingen i denne masteroppgaven er «Jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle». Studentene skal presentere masteroppgaven sin for praksisplassen, der funnene gjort i prosjektet fremføres. I dette tilfellet på en fødeavdeling i Nord-Norge, samt en fødeavdeling i Møre og Romsdal.

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

UiT – Norges arktiske Universitet og professor Ingela M. Lundgren, og jordmorstudentene Ruth-Mari Steinsvik og Pernille Seierstad er ansvarlig for prosjektet.

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

Vi retter en forespørsel til deg for å høre om du ønsker å delta i studien og dermed la deg intervjuet. Fokuset på intervjuet er dine opplevelser innenfor valgt tema. Det er gjort et strategisk utvalg blant jordmødre som jobber på sykehus eller i primærhelsetjenesten, samt har erfaring med prevensjonsveiledning.

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

Åtte til ti jordmødre vil bli inkludert i denne kvalitative studien, og vil bli intervjuet hver for seg. I forkant av intervjuet vil vi utarbeide en intervjuguide med seks spørsmål som det også vil være mulig å utdype på enkelte områder. Spørsmålene vil omhandle dine opplevelser av prevensjonsveiledning til barselkvinner. En person vil utføre intervjuet, mens den andre

observerer og tar notater. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter.

Intervjuet vil gjennomføres på nettbasen Teams med innlogging via feide hos UiT- Norges arktiske universitet eller via telefon om informant ønsker dette. Det vil bli sendt ut invitasjon via mail til Teams møte i god tid før intervjuet skal holdes.

Når intervjuet er gjennomført vil vi transkribere materiale og analysere dette. Vår veileder vil ha tilgang til det transkriberte materialet. Materialet (med lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger. Dette senest innen november 2023. Arbeidet vil bli utført ved hjelp av en stegvis-deduktiv-induktiv metode.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet vil tas opp via Nettskjema diktafonapp, videre behandling og oppbevaring av lydfilen følger en egen datahåndteringsplan ved utdanningen som sikrer datamaterialet. Lydopptak av intervju og samtykke lagres på Nettskjema og vil aldri være tilkoblet internett under avspilling. Lydopptakene vil slettes etter seks måneder fra siste intervju. Lydfilen vil kun være tilgjengelig for oss og veileder, og vil være under sikker lagring. Lydfilen vil bli transkribert til bruk i analysearbeidet og behandles konfidensielt. Teksten vil skrives på dialekt, men alle sitat under analysen vil skrives i bokmålsform. Navnet ditt og kontaktopplysninger vil vi erstatte med en kode som lagres på en egen navneliste skilt fra øvrige data. Dersom tekst kan gjenkjennes og kobles til informant vil vi ikke ta det med i prosjektet. Dataen analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven.

Resultater av intervjuet og analyse i tekst kan bli presentert for medstudenter under seminarer eller gjennom avsluttende oppgave. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres og bli tilgjengelig for andre jordmødre og studenter, samt andre som vil kunne ha interesse for temaet.

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

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent [november 2023]. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Når oppgaven er godkjent, vil alle opplysninger bli slettet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger.

## **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 Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- UiT Norges arktiske universitet, Tromsø ved Ruth-Mari Steinsvik. Telefon: 94139648, e-post: [rst110@uit.no](mailto:rst110@uit.no)
- UiT Norges arktiske universitet, Tromsø ved Pernille Seierstad. Telefon: 90198806, e-post: [pse017@uit.no](mailto:pse017@uit.no)
- UiT Norges arktiske universitet ved professor Ingela Marie Lundgren. Telefon: +46768672657, e-post: [ingela.m.lundgren@uit.no](mailto:ingela.m.lundgren@uit.no)

Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 97691578, e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)

Dersom du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet kan du ta kontakt med NSD. E-post: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no), telefon: 55582117.



Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

Professor Ingela Marie Lundgren

Studentene Pernille Seierstad og Ruth-Mari Steinsvik

Tromsø dato 12/09-22

## Vedlegg 2 - Intervjuguide

### *Oppvarmingsspørsmål*

- Hvor lenge har du jobbet som jordmor?
- Jobber du i primærhelsetjenesten eller på sykehus?
- Dersom du jobber i primærhelsetjenesten - har du jobbet i sykehus tidligere?
- Dersom du jobber på sykehus – har du jobbet i primærhelsetjenesten tidligere?

### *Refleksjonsspørsmål*

- Hvordan opplever du å prevensjonsveilede barselkvinner?
- Hva tenker du påvirker din praksis når du veileder om prevensjon til kvinner i barsel?
- Opplever du at kvinner er mottakelig for å prevensjons veiledes i barsel tiden?
- Hva tenker du om at kvinnene får prevensjonsveiledning på sykehus før hjemreise?
- Hva tenker du ligger i jordmors rolle når det kommer til prevensjonsveiledning i barsel?
- Hva kan utvikles/forbedres i prevensjonsveiledningen til barselkvinner?

### *Avrundingspørsmål*

- Er det noe mer du ønsker å tilføye angående temaet prevensjon til barselkvinner?

## Vedlegg 3 - Godkjenning av NSD

### Prosjekttittel

Jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle

### Referansenummer

115836

### Registrert

12.09.2022 av Ruth-Mari Steinsvik – [rst110@uit.no](mailto:rst110@uit.no)

### Behandlingsansvarlig institusjon

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

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingela M. Lundgren, [ingela.m.lundgren@uit.no](mailto:ingela.m.lundgren@uit.no), tlf: +46768672657

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Ruth-Mari Steinsvik, [rst110@uit.no](mailto:rst110@uit.no), tlf: 94139648

### Prosjektperiode

01.09.2022 - 30.11.2023

### Status

27.09.2022 - Vurdert

## Vurdering

### OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2023.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

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

### PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke 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).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring 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 oss 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-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

# **Vedlegg 4 - Datahåndteringsplan**

## **Datahåndteringsplan ved intervju i forbindelse med masteroppgaven i jordmorfag**

Ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD) skal en datahåndteringsplan beskrive hvordan data skal håndteres underveis i prosjektperioden, og etter at prosjektet er avsluttet. Hensikt er å vurdere ulike aspekter ved håndteringen av forskningsdata fra innsamling, prosessering, analyser, dokumentasjon, til lagring og fremtidige deling av data. En datahåndteringsplan skal bidra til at forskningsdata kan håndteres lovlig, strukturert og sikkert, samt kan lagres, gjenbrukes og forstås i fremtiden (Kilde: NSD). Denne datahåndteringsplanen lages i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag, der problemstillingen er:

“Jordmødres opplevelser av prevensjonsveiledning etter fødsel og deres rolle”

### **Datainnsamling**

Data samles inn gjennom intervju og notater. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. Som et utgangspunkt for intervjuet brukes en intervjuguide med spørsmål og med mulighet for å utdype områder. Om nødvendig kan informanten bli kontaktet på nytt for avklaringer.

### **Fremgangsmåte for sikker kryptering og datalagring**

For sikker lagring av datamateriale brukes Nettskjema – diktafon fra UiO, som UiT har inngått avtale med. Opptaket skal lagres i Nettskjema databasen. Opptaket skal ikke lastes ned på en lokal desktopp, men spilles av direkte fra databasen via nettleser. Datamaterialet lagres og bearbeides alltid fra UiT server, Sharepoint 365 som veileder også har tilgang til. Sharepoint 365 med tofaktor-autentisering fungerer som et sikkert lagringssted. Tofaktor-autentisering er autentisering eller pålogging med mer enn en faktor. Det betyr at i tillegg til brukernavn og passord, så kreves det en tilleggsfaktor for å godkjenne påloggingsforsøket. Det skal benyttes en Microsoft autentikator. Materialet lagres aldri på privat maskin eller lokal disk.

### **Videre organisering, lagring og sletting av data**

Etter intervjuene transkriberes data over til tekstformat i en Microsoft Word fil. Etter transkriberingen kontrolleres teksten mot opptaket. Kopi tas av originalfilen med det

transkriberte materialet. Word-filene lagres på studentenes OneDrive område på UiT. Det transkriberte datamaterialet betraktes som konfidensielt og behandles alltid ut fra studentenes OneDrive område ved UiT. Med hensyn til sikkerhet, betyr det at studenten ikke har anledning til å lagre transkripsjonen på privat datamaskin. Datamaterialet makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2023. UiT's retningslinjer for sletting følges. I forkant av intervjuet signerer studentene dokumentet; *Retningslinjer for studenter ved lydopptak av intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven*. Studenten og veileder signerer ved makulering.

### **Presentasjon og formidling av resultater**

Dataene vil analyseres, tolkes og presenteres i mastergradsoppgaven. Analyse samt resultater av transkribert tekst i form av enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, ved avsluttende oppgave eller ved senere formidling. Den ferdige oppgaven kan bli publisert og tilgjengelig for andre som har interesse for temaet.

### **Vurderinger rundt risiko, personvern og etikk**

Studien inkluderer 8-10 jordmødre, og baserer seg på et strategisk utvalg. Dette innebærer at informanten har særskilt interesse og erfaring innenfor et jordmorfaglig tema. Studien inkluderer ikke pasienter eller andre brukere av helsetjenesten.

Informanten får i forkant av intervjuet skriftlig informasjon om studien. Med bakgrunn i denne informasjonen samtykker informanten muntlig til å delta i intervjuet ved oppstart av lydopptaket. Informanten kan inntil innlevering av oppgaven, og uten å oppgi grunn, trekke seg og be om at materialet slettes. Det er frivillig å delta i studien.

Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål, gjort opptak av personidentifiserende data eller transkribert svar som gjør at informanten kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserende opplysninger. Det er kun studentene som kjenner informantens identitet. Gjennom formidling av resultater forblir identiteten til informanten anonym.

Ut fra informant og type informasjon som deles, betraktes studien å falle under kategorien kvalitetsforbedring av praksis. Håndtering av transkribert materiale og sikker sletting, vurderes til å være tilstrekkelig for å ivareta informantens personvern. Muntlig gitt samtykke



og fravær av øvrige Side 61 av 62 personidentifiserende opplysninger vurderes å ytterligere redusere risikoen for brudd på personvern. Studentene oppfordrer informanten eller andre involverte om å ivareta eget/deltakers personvern i forhold til diskresjon om intervjuet. Opplysninger som kan identifisere pasienter, pasienthistorier eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon, må utelates fra intervjuet. Ut fra omfang og type informasjon som samles inn og med tilhørende prosedyre for datahåndtering, vurderes personvernulempen å være lav. Det understrekes at det fordrer en særskilt bevisstgjøring og ansvarliggjøring av studenten for å ivareta en sikker prosedyre. Studentene skriver under på at de forplikter seg å følge retningslinjene og at brudd meldes Datatilsynet. Data må behandles med konfidensialitet og respekt for informanten. Studien er fremlagt Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata

### **Ansvar**

Daglig ansvarlig for prosjektet er faglig veileder ved master i jordmorfag. I samråd med veileder er studentene ansvarlig for den praktiske datahåndteringen i forbindelse med intervjuene. Behandlingsansvarlig i oppgaven er UiT ved universitetsdirektøren.

Personvernombud ved UiT Norges arktiske universitet (Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 91 578, e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)) er orientert om masteroppgaven og kan kontaktes av informanten ved spørsmål om rettigheter.

### **Studentene**

Pernille Seierstad

Ruth-Mari Steinsvik

### **Veileder**

Professor Ingela M. Lundgren

## Vedlegg 5 - Utdrag av analyseprosessen

Intervjuutsagn- Empiri	Kode	Kodegruppe	Konsept
«Så man kan informere allerede på barsel, men det er nok ikke den viktigste tingen akkurat der».	Nr. 37: Ikke den viktigste tingen på barsel	1. Når opplever jordmor kvinnen klar for prevensjonsveiledning?	Barseltid – En gylden mulighet for jordmors prevensjonsveiledning
«Det kan være det, fordi mange har et litt annet forhold til fastlegen sin enn jordmor, men samtidig tenker jeg det at hvis man allerede har laget et opplegg for de så opplever jeg ikke på damene at det utgjør noe forskjell om det er jordmor eller lege. Så lenge de vet hvem de skal ta kontakt med».	Nr. 24: Annet forhold til jordmor enn fastlege	2. Hva mener jordmor selv inngår i deres rolle?	Kvinnehelse og prevensjon – En viktig del av jordmors spesialfelt
«Det er jo den kompetansen man får med erfaring og at det faktisk er trygt å snakke om sånne ting. At man faktisk tar det opp, jeg er jo spesielt interessert i kvinnehelse og tar jo mye initiativ selv».	Nr. 43: Trygt å snakke om sånne ting, interessert i kvinnehelse	2. Hva mener jordmor selv inngår i deres rolle	Kvinnehelse og prevensjon – En viktig del av jordmors spesialfelt
«vi snakker litt om det situasjonen de er, jeg tenker at det hjelper dem å tenke hva dem skal velge også, at man snakker litt om seksualiteten og parforholdet også, så blir det en naturlig del av at de tenker prevensjon og kanskje lettere å tenke litt hva dem ønsker».	Nr. 67: Parforhold og seksualitet tilknyttet parforhold	5. Prevensjon, parforhold og seksualitet går ifølge jordmor hånd i hånd.	Et helhetlig bilde – Prevensjon, parforhold og seksualitet går hånd i hånd

# Vedlegg 6 - ROS-analyse

## Prosjektinformasjon:

Prosjektnavn: Jordmors opplevelser av prevensjonsveiledning og deres rolle

Studieretning og institutt UiT -Norges arktiske universitet

Student: Ruth-Mari Steinsvik og Pernille Seierstad

Veileder(e): Ingela M. Lundgren

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoelement)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)?	Risikonivå		
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Risiko
<b>Beskrivelse</b>		<i>Hva kan skje? Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår?</i>	<i>Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interer hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og motiv har trusselaktøren? Hvilken svakhet/feil kan utnyttes her?</i>	<i>Hvordan kan man oppdage denne hendelsen? Hvilke muligheter har dere per i dag for å kontrollere eller finne ut av om den uønskede hendelsen skjer?</i>			
<b>Eksempel</b>	<b>Alle</b>	Forskningsdata blir tilgjengelig for uvedkommende. Dette kan medføre økonomiske tap, tap av tillit, brudd på personvern eller at forskningsprosjektet forsinkes eller må avsluttes.	Prosjektdeltakere bruker privat utstyr for å lese/redigere data fra prosjektet. Prosjektdata blir ikke kategorisert korrekt som røde eller sorte data ved lagring (Azure Protect-kategorisering) i godkjente områder. Sikkerhetsrutiner blir ikke fulgt, eller er ikke godt nok opplyst om.	Bruke "Spor endringer"-funksjonen i Office for å se om noen har endret på dokumenter.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	
<b>1</b>	<b>Alle</b>	Rekruttering av informanter og innsamling av data starter før prosjektet er meldt inn til NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenten har ikke sett seg tilstrekkelig inn i UiTs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Retningslinjer for Master i jordmorfag ved UiT sier at man ikke får begynne før det inneligger godkjenning fra NSD og veileder.	1	1	2
<b>2</b>	<b>Alle</b>	Studenten innhenter ikke informert samtykke før intervjuet gjøres	Studenten glemmer å samle inn skriftlig samtykkeskjema før intervjuet. Studenten glemmer å spørre etter muntlig samtykke på bånd/video-opptak før intervjuet	Retningslinjer sier at skriftlig og muntlig samtykke skal innhentes.	1	1	2
<b>3</b>	<b>Alle</b>	Lyd/video-opptaker med intervju kan komme på avveie/mistes	Opptaker blir borte før data er overført og slettet	Anvender ikke mobil, bare nettskjema diktafon	1	1	2
<b>4</b>	<b>Alle</b>	Studenten bruker privat opptaksutstyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenten er ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studenten har ikke fått opplæring/er ikke kjent med godkjente løsninger for opptak. Det oppstår tekniske utfordringer i opptakssituasjonen, som gjør at studenten må bruket privat utstyr for å få gjennomført intervjuet.	Ikke tillatt	1	1	2
<b>5</b>	<b>Alle</b>	Personopplysninger kommer på avveie	Samtykkeerklæring oppbevares ikke forskriftsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forskriftsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studenten bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å sikre personopplysninger er for dårlig. Opplæringen om prosedyrene er for dårlig. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.	Muntlig samtykke i eget nettskjema	1	1	2
<b>6</b>	<b>Alle</b>	Data er ikke tilgjengelig	Data er ikke tilgjengelig på grunn av manglende nettilgang, eller på grunn av teknisk svikt. Manglende lokal backup av data ved eksamen/viktige datoer/datoer der man ikke kan risikere nedetid.	Lagrer på nettskjema	1	1	2
<b>7</b>	<b>Alle</b>	Data er slettet eller endret	Data har blitt endret/slettet ved en feil av student/prosjektleder. Student har ikke kjennskap til lagring av data, noe som fører til at eldre data blir brukt videre. Datainnbrudd der data har blitt slettet av uvedkommende.	Tofaktorautentisering sikrer at andre ikke har mulighet til datainnbrudd.	1	1	2
<b>8</b>	<b>Studenter som lagrer data i Office 365</b>	Lydopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.	Studentene vil bare bruke tofaktorautentisering via UiT sine sider.	1	1	2
<b>9</b>	<b>Studenter som lagrer data i Office 365</b>	Data krypteres ikke med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) (AIP), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og dekrypterer filen av bekvemmelighetshensyn.	Kontrollerer studentenes pc'er før start.	2	1	3

10	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig	Veileder har ikke tilgang til å slette data. Veileder vet ikke hvor data er lagret. Studenten glemmer å slette data.	Alt på nettskjema-diktafon blir slettet av seg selv. Ellers må studentene selv slette data lagret på UiT-konto.	1	2	3
11	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne eller andre ansatte ved UiT kan få tilgang til forskningsdata	Forskningsdata lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes ikke	Bare studenter og veileder har tilgang	1	1	2
6	Studenter som skal lagre data i TSD	Lyddopptak/data tas opp med diktafon e.l. (og ikke via TSD Media Capture-appen), og lagres ukryptert før eller ved overføring til TSD	Studenten bruker ikke TSD Media Capture-appen for opptak av intervju. Data krypteres ikke direkte på diktafon/kamera/minnekort før overføring. Diktafon/kamera med ukryptert materiale sikres ikke tilstrekkelig, evt. materialet slettes ikke på sikker måte. Data mellomlagres på privat datamaskin eller ikke godkjent minnepenn. Data krypteres ikke med 7zip før overføring, og er derfor sårbar ved overføring eller ved deling i TSD.				0
7	Studenter som skal lagre data i TSD	Studenten lagrer persondata på feil område på TSD	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Studentmappene er ikke merket tydelig med navn. Studenten importerer data til feil mappe. Data er ikke kryptert før overføring til TSD. Veileder dekrypterer data før de er flyttet til studentens eget område i TSD. Student eller veileder flytter data til feil mappe når de skal dele data med hverandre. Administrator (veileder) av området kan gi feil tilgang når TSD-område bestilles/administratør.				0
8	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjemadata (TSD) kommer på avveie	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Alle brukerne av området har tilgang til mappe for nettskjema-innsendinger. Krypteringsnøkkel er tilgjengelig for studentene.				0
10	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema/TSD Media Capture er ikke tilgjengelig	Teknisk svikt/nedetid hos TSD.				0
11	Alle	Resultat i oppgaven er ikke anonymisert	Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.	Alle data slik som sitat anonymiseres etter retningslinjer	1	1	2
12	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape integritetsproblemer for institusjonen.	Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studiens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke generert data som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke analysert data på adekvat måte som er tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen. Fremstillingen av resultater bidrar ikke til å frembringe ny eller relevant kunnskap.	Design, seminarer og kontrinuerlig veiledning vil forhindre at dette oppstår.	1	1	2

