

# **Det selvbestemte valget**

## **En kvalitativ studie av helsesykepleierens prevensjonsveiledning til unge kvinner**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i helsesykepleie**

**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student Eyvor Blørstad**

**Veileder Professor emerita Bjørg Karlsen**

**Juni 2020**

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
HELSESYKEPLEIE**

MASTEROPPGAVE

**SEMESTER:**

**Vårsemester 2020**

---

**FORFATTER:**

**Eyvor Blørstad**

**VEILEDER:**

**Professor emerita Bjørg Karlsen**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

Norsk tittel: Det selvbestemte valget: En kvalitativ studie av helsesykepleierens prevensjonsveiledning til unge kvinner

Engelsk tittel: The autonomous choice: A qualitative study of public health nurses' contraceptive counseling to young women

---

**EMNEORD/STIKKORD:** Helsesykepleier; Prevensjonsveiledning; Langtidsvirkende reversibel hormonell prevensjon; Selvbestemt prevensjonsvalg; Unge kvinner

---

**ANTALL ORD: 19 250 (eksklusiv forord, innholdsfortegnelse, tabeller, vedlegg og referanseliste)**

**STAVANGER, 2. juni 2020.....**

## **Forord**

Det har vært svært lærerikt og spennende å jobbe med dette prosjektet, og ny kunnskap som jeg har fått fra arbeidet blir gøy å få tatt i bruk i arbeidslivet. Jeg er uendelig takknemlig for at Kompetansesenter sør, Lister kompetanse og Setesdal regionråd, sammen med Universitetet i Stavanger, satte i gang et desentralisert studie i helsesykepleie. Dermed har det vært mulig for meg å utdanne meg som helsesykepleier, takk for det. Så vil jeg rette en stor takk til mine informanter som villig delte verdifulle erfaringer fra sin hverdag. Til min fantastiske kunnskapsrike og erfarne veileder Bjørg Karlsen. Du har gitt meg beundringsverdig tilbakemelding på arbeidet underveis i prosessen og hjulpet meg til å holde stø kurs. Jeg tar av meg hatten for hvordan det tilsynelatende faller deg helt naturlig å raskt komme med verdifulle kommentarer, innspill, råd, tips og triks for å bedre oppgaven. Takk! Vi var en gjeng fra det blide Sørlandet som startet på studiet sammen. Vi dannet en kollokviegruppe og har holdt sammen siden med motivasjon og støtte gjennom tre år i Stavanger. Det har vært verdifullt å ha dere. En spesiell takk til Nina som gjennom arbeidet med masteroppgaven ringer og motiverer i tunge stunder. Fra den spede begynnelse må jeg få takke Christina Furskog-Risa som pådriver for å i det hele tatt skrive en master. Du får det til å høres enkelt ut, og du har ledet vei inn på et interessant tema og gitt meg verdifulle forskningsartikler som har styrket arbeidet underveis, takk. Avslutningsvis i arbeidet sa Ellen seg villig til å lese korrektur på oppgaven, og min far sa seg villig til å ta en gjennomlesning. Takk for det! For at jobben med oppgaven skulle være mulig, må den største takken rettes til min mann, Ørjan. Tusen takk for husfarrollen du har tatt på deg uten sure miner, støtte og oppmuntring underveis og ansvaret du har tatt for våre tre søte små, Alva, Olve og Nova. De du med letthet har underholdt når mor har vært fastlåst foran pc, bøker og bunker med papirer, spesielt da Covid-19 meldte sin ankomst. Uten deg, ingen oppgave. Tusen takk!

Mandal, Mai 2020

Eyvor Blørstad

## Sammendrag

Helsesykepleiere har en lovfestet rett til å skrive ut og administrere prevensjon. I tillegg fikk de i 2016 utvidet rekvisisjonsrett til å skrive ut og administrere langtidsvirkende reversibel prevensjon til kvinner over 16 år, metoder som er de anbefalte prevensjonsmetodene. Det finnes lite forskning på hva helsesykepleier vektlegger i prevensjonsveiledning til unge kvinner og hvordan langtidsvirkende reversibel prevensjon er inkludert i denne. Formålet med denne studien vil være å gi kunnskap om ulike aspekter i helsesykepleiers veiledning med unge kvinner som søker prevensjon, samt de barrierer som helsesykepleier møter i å følge anbefalingene om bruk av langtidsvirkende reversibel prevensjon til unge kvinner. Studien har et kvalitativt deskriptivt design og anvender semistrukturerte individuelle intervju i innsamling av data. Utvalget består av seks helsesykepleiere rekruttert fra skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Systematisk tekstkondensering er brukt som metode for dataanalysen. Funn fra studien viser at helsesykepleier tilrettelegger for et fritt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledningen ved å gi grundig informasjon om de ulike prevensjonsmetodene på markedet, og involverer aktivt den prevensjonssøkende kvinnen i prevensjonsveiledning. De informerer om anbefalte prevensjonsmetoder og utforsker kontekstuelle faktorer i kvinnenens liv som kan påvirke prevensjonsbruk. Manglende ressurser og kompetanse i administrering av langtidsvirkende reversibel prevensjon synes å være faktorer som bidrar til at det ikke er flere kvinner som velger disse metodene. Redsel for smerte ved administrering av langtidsvirkende reversibel prevensjon framheves som en barriere for at kvinner velger metodene. Studien indikerer at gjennom strukturert prevensjonsveiledning med klar og tydelig evidensbasert informasjon kan helsesykepleier øke kvinners helsekompetanse og støtte kvinnen i valgte prevensjonsmetode. Ved å øke helsesykepleiers kompetanse i administrering av langtidsvirkende reversibel prevensjon og tilgjengelige ressurser kan forhåpentligvis bruken av langtidsvirkende reversibel prevensjon øke blant unge kvinner.

## Innhold

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.1.1	Helseesykepleiers mandat i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.....	3
1.1.2	Helseesykepleiers mandat i prevensjonsveiledning .....	4
1.1.3	Helseesykepleiers tilrettelegging for et fritt prevensjonsvalg.....	6
1.1.4	Utfordringer knyttet til LARC-metodene.....	7
1.1.5	Avhandlingens oppbygging.....	10
1.2	Hensikten med studien .....	11
2	TEORI .....	12
2.1	Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	12
2.1.1	Empowerment .....	13
2.1.2	Helsekompetanse.....	14
2.2	Helsepedagogikk .....	15
2.2.1	Kommunikasjon .....	15
2.2.2	Veiledning .....	16
2.2.3	Oppsummering og vurdering av teoribidragene.....	17
3	METODE.....	18
3.1	Forforståelse .....	18
3.2	Valg av kvalitativ metode.....	19
3.3	Utvalg og rekruttering .....	20
3.4	Datainnsamling.....	21
3.4.1	Utarbeidelse av intervjuguide.....	21
3.4.2	Gjennomføring av intervju .....	22
3.4.3	Transkribering .....	23
3.5	Dataanalyse .....	24
3.6	Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet .....	26
3.7	Etikk og personvern .....	28
4	FUNN .....	29
4.1	Å tilføre et solid kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledning .....	30
4.1.1	Å sørge for god informasjon om de ulike prevensjonsmetodene .....	30

4.1.2	Å forberede jentene på virkning og mulige bivirkninger .....	32
4.1.3	Å informere om LARC som anbefalte prevensjonsmetode .....	33
4.2	Betydningen av helsesykepleiers faglige kompetanse .....	34
4.2.1	Å vektlegge egen fagkunnskap og kommunikasjonsferdigheter i prevensjonsveiledning .....	35
4.2.2	Å hjelpe den enkelte til å finne fram til egnet prevensjonsmetode .....	35
4.2.3	Å sørge for trygghet og støtte i veiledningen til den enkelte .....	37
4.3	Utfordringer knyttet til å følge anbefalingene om LARC-metodene .....	38
4.3.1	Manglende kompetanse og ressurser for å følge anbefalingene om LARC-metodene .....	38
4.3.2	Redsel for smerte og bivirkninger skremmer unge kvinner fra å velge LARC-metodene .....	40
4.3.3	Pris, alder og p-piller hindrer unge kvinner i å velge LARC- metodene .....	41
5	DISKUSJON .....	43
5.1	Å tilføre et solid kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledning .....	43
5.2	Betydningen av helsesykepleiers faglige kompetanse .....	44
5.3	Utfordringer knyttet til å følge anbefalingene om LARC-metodene .....	47
5.4	Metodiske overveielser .....	49
5.5	Implikasjoner .....	50
6	KONKLUSJON .....	52
7	REFERANSER .....	53
8	VEDLEGG .....	60

# 1 Innledning

Denne oppgaven omhandler helsesykepleiers erfaringer fra prevensjonsveiledning til unge kvinner, hvordan de tilrettelegger for et fritt prevensjonsvalg, og hvilke utfordringer de møter med spesiell vekt på anbefalt langtidsvirkende prevensjon. Temaet er valgt på bakgrunn av helsesykepleiers lovfestet rett til å skrive ut og administrere prevensjon, og temaet er viktig å studere fordi helsesykepleiers rolle i prevensjonsveiledning er unik. I det følgende beskrives menneskerettighetene som inkluderer seksuell helse, helsesykepleiers lovfestede rett til foreskriving og administrering av prevensjon, samt bakgrunn for hvorfor temaet fanget forfatterens interesse.

Menneskerettighetene er grunnleggende rettigheter alle mennesker har. De baserer seg på at alle mennesker er født frie og har det samme menneskeverdet. Menneskerettighetene er uavhengig av kjønn, alder, religion, legning eller nasjonalitet (De Forente Nasjoner, 1948). Seksuelle rettigheter bygger på grunnleggende internasjonale menneskerettighetsdokumenter og er menneskerettigheter relatert til seksualitet som bidrar til alle menneskers frihet, likhet og verdighet (The International Planned Parenthood Federation, 2010). Reproduktiv og seksuell helse anses som en menneskerettighet som inkluderer retten til selv å bestemme over egen reproduktive helse og selvbestemte prevensjonsvalg. Kvinner har rett på god informasjon og veiledning i prevensjonsbruk og prevensjonsmetoder for å kunne ta et velinformert valg av prevensjonsmetode. Informasjonen skal formidles på en slik måte at kvinnens autonomi, privatliv, individuelle behov og valg respekteres (World Health Organization, 2016). Seksuell helse skal integreres i det helsefremmende og forebyggende arbeidet på alle nivåer i helse og omsorgstjenestene, og den skal vektlegges som en helsefremmende ressurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26). Helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal tilby prevensjonsveiledning og rekvirere prevensjonsmidler, samt styrke unges seksuelle helse (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018).

Fra 1. januar 2016 kan helsesykepleiere rekvirere alle typer prevensjonsmidler til kvinner over 16 år. Norske helsemyndigheter ønsker å styrke bruken av sikker prevensjon ved å øke tilgjengeligheten av informasjon og veiledning om de ulike prevensjonsmetodene. Det anbefales at flere kvinner gis muligheten til å velge de

langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene (LARC) som p-stav og hormonspiral. Ved at flere unge kvinner velger LARC ønsker en å forebygge uønskede svangerskap, og abortratene vil synke. P-stav og hormonspiral er nå inkludert i bidragsordningen til hormonell prevensjon for kvinner mellom 16-19 år, og disse metodene har en varighet på 3-5 år. Denne bidragsordningen bidrar til at LARC er et reelt tilbud for unge kvinner, og den utvidede rekvireringsretten skal lette tilgangen til denne typen prevensjonsmetoder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Rundskriv rekvireringsrett og LARC, 2015).

Helsesykepleiers rett til å rekvirere alle typer prevensjon til kvinner over 16 år fanget min interesse under utdanningen som helsesykepleier. Helsesykepleiere har en unik mulighet til å treffe ungdom som ønsker prevensjon, og legge til rette for at unge kvinner kan ta et selvstendig og informert valg når det kommer til seksuell helse. Muligheten til å tilby en sikker prevensjonsmetode ble forsterket da helsesykepleier fikk mulighet til å rekvirere alle typer prevensjon, også de aller sikreste metodene: p-stav og spiral. I undervisningen i utdannelsen min ble det stilt spørsmål ved om muligheten til å velge de to sistnevnte formene for prevensjon er begrenset for unge kvinner rundt i landet. Spørsmålet blir stilt i lys av at metodene trenger kvalifisert personell, egnet utstyr og lokaliteter for administrering, noe som kan være begrenset rundt i landets små kommuner. Dette ønsket jeg å se nærmere på i min masteroppgave. Jeg ble nysgjerrig på hva helsesykepleiers rolle er i prevensjonsveiledning, og hva helsesykepleier anser som viktig å formidle til unge kvinner gjennom prevensjonsveiledningen. Jeg ønsket videre å undersøke hvilke muligheter unge kvinner har til å velge p-stav og spiral som prevensjonsmetode, og om helsesykepleiere opplever utfordringer med å følge anbefalingene om LARC-metodene. Fordi den utvidede rekvisisjonsretten har trådt i kraft, og helsesykepleier har fått et mandat til å administrere LARC-metodene, er det viktig å studere hvordan dette i praksis lar seg gjennomføre.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

I det følgende presenteres bakgrunn for valg av tema. Det er i denne oppgaven valgt i samråd med veileder å integrere tidligere forskning fortløpende i teksten da det synes mest hensiktsmessig i forhold til temaet.

For å finne tidligere forskning om helsesykepleiers prevensjonsveiledning, inkludert langtidsvirkende prevensjon hos kvinner i alderen 15-24 år, har jeg søkt i databaser med



tilgang fra universitetsbiblioteket i Stavanger. Jeg har søkt i databasene «Cinahl», «Cochrane», «Svemed», «Idunn», «Proquest», «Pubmed» og i «google scholar» for relevant forskning. Jeg har brukt søkeordene «adolescent», «public health nurse», «helsesøster/helsesykepleier», «Norway», «contraceptive», «challenges», «larc/long acting reversible contraception» og «counseling» i ulike kombinasjoner i tidsrommet januar 2019 – februar 2020. Forskning utgitt tidligere enn 2010 ble ikke inkludert. Det har vært vanskelig å finne forskning som sier noe om helsesykepleiers erfaringer, og det er derfor inkludert generelt helsepersonell som utfører prevensjonsveiledning i utvelgelsen av artikler benyttet i denne oppgaven. Når jeg har funnet artikler relevante for temaet, har jeg gått inn i kildehenvisningene til den aktuelle artikkelen for å finne annen aktuell forskning. I denne prosessen har jeg funnet mest internasjonal forskning men også noe nasjonalt. Forskingen som er funnet har primært hatt fokus på ulike aspekter for å få kvinner til å velge LARC-metodene og hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for dette, samt barrierer og utfordringer med implementering av evidensbasert praksis. Fra mine søk kunne jeg ikke finne noen nasjonal forskning på helsesykepleiers erfaringer fra prevensjonsveiledning, eller hvordan helsesykepleier erfarer å følge anbefalingene om bruk av LARC-metodene til unge kvinner. Videre presenteres relevant forskning og bakgrunn for valg av tema i ulike underkapitler.

### **1.1.1 Helsesykepleiers mandat i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom**

I skolen bør skolehelsetjenesten være med i skolens samlivs- og seksualitetsundervisning for at barn og unge skal få den nødvendige kunnskapen og handlingskompetansen de trenger for å utvikle en god seksuell helse. Seksuelle rettigheter og grensesetting, kroppens utvikling, sex i samfunnet, prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) og seksualitet er blant temaene helsesykepleier bør undervise om i skolen, og temaene stiller krav om oppdatert og god kunnskap fra helsesykepleiers side. Helsestasjon for ungdom (HFU) er et supplement til skolehelsetjenesten tilpasset ungdommenes behov og premisser. Alle kommuner skal ha dette tilbudet, og det innebærer at HFU skal ha et drop-in-tilbud med åpningstider utover skole/arbeidstid og sikre ungdommenes behov for anonymitet. Helsesykepleier tilhørende HFU må ha gode kommunikasjonsferdigheter og god kunnskap om ungdomshelsen. Det særlige fokuset på HFU er å fremme trivsel og mestring, forebygge uønskede svangerskap, forebygge og behandle SOI, samt forebygge og avdekke psykiske plager og lidelser. HFU skal være åpen og inkluderende for alle ungdommer, og helsesykepleier må ha et bevisst forhold til hvordan en kommuniserer med

ungdommen i forhold til å ha et kjønns- og legningsnøytralt språk og respektere den enkelte ungdom. I konsultasjoner om seksuell helse, prevensjon og SOI er det viktig at helsesykepleier er bevisst og tar utgangspunkt i den enkeltes kunnskapsnivå og erfaringer. Helsesykepleier må være bevisst egne holdninger og hvordan disse kan påvirke møte med ungdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dette gjelder også i prevensjonsveiledning, der helsesykepleier må unngå at egne holdninger og preferanser i prevensjonsmetoder farger prevensjonsveiledningen på bekostning av hva som vil være det beste alternativet av prevensjon for kvinnen (Solo & Festin, 2019). HFU skal sikre tilgjengelig og sikker prevensjon og prevensjonsveiledning til ungdom, og bør være tilrettelagt for administrering av LARC. Helsesykepleier må ha gode kunnskaper om og over tilgjengelige prevensjonsmetoder og prevensjonsmidler, og sammen med ungdommen finne det beste alternativet for den enkelte (Helsedirektoratet, 2017).

### **1.1.2 Helsesykepleiers mandat i prevensjonsveiledning**

Det ble 1. januar 2002 i Norge innført en ordning hvor kvinner fra 16 år til og med 19 år fikk gratis p-piller. 1. juni samme år, fikk helsesøstre og jordmødre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten rekvireringsrett for å skrive ut p-piller til jenter i denne aldersgruppen. Rekvireringsretten var begrenset til visse typer p-piller. Senere, fra 1. mars 2006 ble rekvireringsretten utvidet til å inkludere alle typer hormonell prevensjon, med unntak av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene p-stav og spiral, samt at det ble innført en fast bidragssats for hormonelle prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16 til 20 år. Fra 1. januar 2015 ble p-stav og spiral inkludert i bidragsordningen. 1. januar 2016 fikk helsesykepleiere og jordmødre lovfestet rett til å rekvirere samtlige typer prevensjonsmidler til alle kvinner over 16 år. (Rundskriv rekvireringsrett og LARC, 2015).

LARC anses som en av de sikreste prevensjonsmetodene, og ved at unge kvinner velger LARC forventes det en nedgang i brukerfeilrelaterte årsaker til uønskede svangerskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Verdens helseorganisasjon anbefaler at kvinner som ofte opplever brukerfeil ved brukerstyrte prevensjonsmetoder, slik som p-piller, bør veiledes i prevensjonsmetoder som er effektive uavhengig av brukeren (World Health Organization, 2016). Prevensjonsmetoder som trenger lite eller ingen oppfølging av brukeren selv er de metodene som er mest effektive i å forhindre uønskede svangerskap. De mest effektive hormonelle metodene er p-stav og

hormonspiral og disse må settes i gang av helsepersonell, men behøver lite eller ingen oppfølging av brukeren selv (World Health Organization, 2018).

Målet med den utvidede rekvisisjonsretten for helsesykepleiere er at tilgjengeligheten til informasjon og veiledning om de ulike typene prevensjon skal øke. Informasjon om virkning og bivirkning samt tilgangen til alle typer prevensjon skal være mer tilgjengelig for kvinner som ønsker prevensjon. Ved at bidragsordningen for kvinner i alderen 16-19 år inkluderer p-stav og spiral, skal det bidra til at disse metodene er et reelt alternativ for kvinner i denne aldersgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). En studie fra Finland hvor gratis LARC ble tilbudt alle kvinner viste at et gratis, offentlig tilbud om LARC var assosiert med økt bruk av metodene og en reduksjon i abortratene. De fant også at de estimerte kostnadene fra de reduserte abortratene overgikk kostnadene brukt på initiering av LARC-metodene (Gyllenberg, Juselius, Gissler & Heikinheimo, 2018).

Når kostnader til LARC-metodene fjernes og prevensjonsveiledning inneholder god oppdatert informasjon, samt at LARC-metodene blir presentert i prevensjonsveiledning som reelle valg med mulighet for rask administrering, viser internasjonal forskning at 75% av kvinnene velger en av LARC-metodene (Birgisson, Zhao, Secura, Madden, & Peipert, 2015). Kontinuiteten i bruk av metodene viser at 87 % av LARC brukere fremdeles bruker metoden etter 1 år og 77% etter 2 år. I forhold til bruk av ikke-LARC-metoder er det henholdsvis 57% og 41% (Birgisson et al., 2015). Økt bruk av LARC-metodene gir større beskyttelse mot uplanlagte graviditeter og sparer helsevesenet for utgifter knyttet til utilsiktede graviditeter. Økt bruk av LARC gir ingen utslag på økt forekomst av SOI, og det gir heller ingen økt tendens til ukritisk seksualisert adferd (Birgisson et al., 2015). Utover å gi svært god beskyttelse mot uønskede graviditeter, har LARC i tillegg flere andre positive sider som; muligheten for redusert menstruasjonsblødning som kan beskytte mot anemi; de kan redusere menstruasjonssmerter; de kan ha en positiv effekt på kvinnens humør i den premenstruelle perioden; og de kan ha en positiv effekt på endometriose (Kopp Kallner, 2018).

For unge kvinner som har gjort seg opp en mening om hvilken prevensjonsmetode de ønsker er det bekjentes erfaringer som påvirker avgjørelsen i størst grad. Den største påvirkende faktoren for å få unge kvinner til å velge en av LARC-metodene er at de kjenner noen som bruker en LARC-metode og er fornøye med metoden. Det samme gjelder de som ikke velger en LARC-metode, at de kjenner noen som ikke er fornøye

med metoden og at dette påvirker deres eget valg (Cohen, Sheeder, Kane, & Teal, 2017). Selv om unge kvinner påvirkes av hverandre i valg av prevensjonsmetode, er det nyttig at kvinner i prevensjonsveiledning får en grundig gjennomgang av alle tilgjengelige prevensjonsmetoder for å hjelpe dem til å ta et valg som best passer den enkeltes behov. Dette gjelder både de som har bestemt seg på forhånd om metode, og de som har lite kunnskaper om metodene før prevensjonsveiledning (Cohen et al., 2017). Unge kvinner som bruker spiral forteller at hvis de hadde fått informasjon om denne metoden tidligere enn da de fikk informasjonen, hadde de begynt på den tidligere, og mange forteller at de savnet informasjon om metoden tidligere i ungdomsårene (Brown, Auerswald, Eyre, Deardorff & Dehlendorf, 2013).

### **1.1.3 Helseysykepleiers tilrettelegging for et fritt prevensjonsvalg**

For at unge kvinner skal få tilstrekkelig prevensjonsveiledning, og på denne måten være i stand til å ta et fritt prevensjonsvalg, må helseysykepleier ha gode kunnskaper om alle tilgjengelige prevensjonsmetoder (Helsedirektoratet, 2017). Når prevensjonsveiledningen er strukturert og inneholder oppdatert evidensbasert informasjon med fokus på prevensjonsmetodenes effektivitet mot graviditet er det flere kvinner som velger LARC-metodene. Dette kommer fram i en nylig doktoravhandling av Envall (2019) hvor den strukturerte prevensjonsveiledning inneholdt en informativ video om prevensjonsmetoder og deres effektivitet; prototyper av ulike prevensjonsmetoder for å synliggjøre for eksempel prevensjonsmetodenes størrelse; en plansje som viser de ulike prevensjonsmetodenes effektivitet i tall og prosent; og ulike nøkkelspørsmål med det formål å få kvinnen til å reflektere over ulike faktorer knyttet til prevensjon, for eksempel hva de ville gjort hvis de skulle blitt gravide, hvor lenge de ønsket prevensjon og informasjon om blødningsmønster og smerter i forbindelse med menstruasjon. Denne studien samsvarer med studien til Minnis, Mavedzenge, Luecke & Dehlendorf (2014) som viser at en effektiv prevensjonsveiledning er tilpasset den enkelte kvinne og hennes behov, og tar for seg kontekstuelle faktorer i kvinnens liv som kan påvirke administrasjonen av prevensjon. Dette inkluderer at foreskriver kartlegger kvinnens livsstil, personlighet, venners prevensjonsbruk og egne preferanser, for så å sammen med kvinnen komme fram til hvilken prevensjonsmetode som passer henne best. Prevensjonsveiledning som ikke inkluderer kvinnen i like stor grad, karakteriseres ved at det er foreskriver som mer eller mindre velger prevensjonsmetode ut fra hva de tenker er det beste alternativet. Bruk av LARC-metodene er større blant kvinner som

har blitt inkludert i prevensjonsveiledningen enn hos kvinner som ikke har blitt inkludert i samme grad, henholdsvis 80% og 50% (Minnis et al., 2014).

I prevensjonsveiledning er det viktig at kvinnen veiledes på eventuelle bivirkninger som kan oppstå fra bruk av de ulike metodene. Ved å gi tilstrekkelig informasjon om bivirkninger er kvinnen bedre forberedt når eventuelle bivirkninger inntreffer, noe som kan resultere i at hun holder ut med metoden lengre (Dickerson et al., 2013; Schmidt, James, Curran, Peipert, & Madden, 2015). Gjennom strukturert prevensjonsveiledning, der potensielle bivirkninger blir gjort tilstrekkelig rede for, er det større sjans for at kvinner som velger p-stav fortsetter å bruke den, tross bivirkninger (Grentzer, McNicholas & Peipert, 2013). For å øke sjansene for at kvinner skal fortsette med LARC-metodene må den som utfører prevensjonsveiledningen være åpen om mulige bivirkninger og skape en relasjon som motiverer kvinnen til å ta kontakt hvis hun skulle oppleve problematiske sider ved metoden, slik at hun raskt kan få hjelp til å håndtere dem (Dickson, Hoggart & Newton, 2014). Det er viktig at helsepersonell som utfører prevensjonsveiledning presiserer at det er umulig å forutsi hvem som kommer til å oppleve bivirkninger, men at de som opplever bivirkninger motiveres til å ta kontakt, og at de får støtte av veileder hvis de ønsker å avslutte metoden (Lunde et al., 2017)

#### **1.1.4 utfordringer knyttet til LARC-metodene**

I følge Sex og Samfunn (2020) må jenter under 16 år og over 22 år betale full pris på LARC-metodene, som varierer fra kr. 979,50 til kr. 1262,20, avhengig av valgte metode. Jenter mellom 16 år og 20 år inkluderes i bidragsordningen fra staten og får dekket kostandene til LARC-metodene i varierende grad, avhengig av alder (Rundskriv rekvireringsrett og LARC, 2015). Statens legemiddelverk har utarbeidet en liste over anbefalte hormonelle prevensjonsmidler for kvinner som skal begynne med hormonell prevensjon. Denne listen anbefaler de langtidsvirkende hormonelle prevensjonsmetodene p-stav og hormonspiral, minipille uten østrogen eller p-piller med østrogen og levonorgestrel (Statens legemiddelverk, 2019). Et søk i reseptregisteret over de nevnte prevensjonsmidlene gir en oversikt over antall kvinner i alderen 15-24 som brukte de nevnte prevensjonsmidlene i 2018 vist i tabell 1.

Tabell 1: Antall kvinner som gikk på prevensjonsmidlene anbefalt av Statens legemiddelverk i 2018:

Prevensjonstype	Brukere per 1000 - 15-19 år	Brukere per 1000- 20-24 år
Hormonspiral	20,48	30,62
P-stav	76,91	45,36
Minipille	86,77	109,97
P-pille	236,25	299,65

(Vedlegg 1)

Dette søket inkluderer bare de prevensjonsmidlene Statens legemiddelverk inkluderer i sine anbefalinger, og ikke andre prevensjonstyper tilgjengelige i Norge som helsesykepleier fritt kan skrive ut til kvinner over 16 år, for eksempel p-ring, p-sprøyte og p-plaster. Disse tallene viser at p-piller er den prevensjonsmetoden som er mest brukt blant kvinner i alderen 15-24 år, etterfulgt av minipiller. P-stav og hormonspiral er de prevensjonsmetodene som var minst brukt av kvinner i alderen 15-24 år i 2018.

P-piller er den mest utbredte formen for hormonell prevensjon og hele 50% av brukerne har glemt å ta en eller flere piller i løpet av de siste tre månedene, eller de har administrert pillene til feil tid. Blant de som glemmer å ta pillene er den største andelen mellom 18-24 år (Hooper, 2010). Feil bruk og opphold i bruk av prevensjon oppgis å være en vanlig årsak til uønskede svangerskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). De årlige kostnadene av utilsiktede graviditeter blant kvinner mellom 15-24 år er 164 millioner norske kroner (Henry et al., 2015). Det er estimert at 81,7% av dette skyldes feil i administrering av prevensjonsmetoden. Videre estimeres det at en økning på 5% i bruken av LARC-metodene vil senke kostnadene for utilsiktede graviditeter med 7,2 millioner kroner for denne aldersgruppen (Henry et al., 2015).

Som vist i tabell 1 ser en at hormonspiral er den prevensjonsmetoden som har færrest brukere av de anbefalte prevensjonsmetodene. Den lave dekningen på hormonspiral kan komme av at kvinner ikke har spesielt gode kunnskaper om metoden, og dermed ikke spør spesifikt etter metoden i prevensjonsveiledning. Dette kan føre til at helsepersonell ikke veileder på metoden i den grad de kunne veiledet på den, som igjen gir et inntrykk av at det ikke er behov for at flere helsepersonell har kompetanse i administrasjonsmåten (Hoggart, Walker, Newton & Parker, 2018). Det kan være et gap

mellom teoretisk kunnskap og faktisk praksis hos helsepersonell som utfører prevensjonsveiledning. En studie viser at 97% av helsepersonell rapporterer at hormonspiral kan brukes av kvinner som ikke har født, men bare 63% ville anbefalt prevensjonsmetoden til kvinner uten barn (Hoggart et al., 2018). Prevensjonsveiledning bør inkludere alle typer tilgjengelig prevensjon, men helsepersonell som mangler kompetanse i administrering av LARC har større tilbøyelighet til å utelate disse metodene i prevensjonsveiledning basert på egen manglende kompetanse (Phillips & Sandhu, 2018). I forhold til LARC-metodene er det viktig at helsesykepleier er oppdatert i LARC-metoder samt vet hvem LARC-metodene er egnet for. Det viser seg at det er hele tre ganger så stor sannsynlighet for at LARC blir inkludert i prevensjonsveiledningen til unge kvinner, og dobbelt så stor sannsynlighet for at kvinnen velger LARC, dersom den som veileder kvinnen har fått god og oppdatert opplæring i metodene (Gibbs et al., 2016).

En forutsetning for å jobbe evidensbasert er implementeringen av forskningsresultater i praksis. Denne implementeringen er en kompleks prosess som innebærer faktorer både på organisatorisk og individnivå (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). I en systematisk gjennomgang av artikler fra USA med fokus på barrierer i implementering av LARC-metodene, fant forskerne tre påvirkende faktorer. Den første var mangler i den formelle utdannelsen av helsepersonell og videre utdanning i LARC-metodene. Den andre var mangelfull «hands-on» trening og den siste var barrierer i praksis. Barrierer i praksis inkluderte fasiliteter, foreskrivers profesjon, lokale eller urbane områder samt antall LARC-innsettelse som er nødvendig for å opprettholde kompetanse (Phillips & Sandhu, 2018). Noe som kan hindre kvinner i å velge LARC-metodene er at de ofte må innom til en ny konsultasjon for å administrere metoden. Hvis administrasjon hadde foregått på samme tid som prevensjonsveiledning ville et økt antall kvinner valgt LARC-metodene, og det viser seg at jo flere ganger kvinnen må inn på ny konsultasjon, desto større andel kvinner velger vekk LARC-metodene (Kelly, Cheng, Carlson & Witt, 2017).

Frykt for smerter i forbindelse med administrering av LARC-metodene er den største faktoren forbundet med at unge kvinner ikke velger LARC-metodene. Tanken på å ha et fremmedlegeme i kroppen, frykt for avstøtning og bekymringer knyttet til senere fertilitet er andre faktorer som påvirker valget om LARC-metodene (Bharadwaj, Akintomide, Brima, Copas, & D'Souza, 2012; Potter, Rubin, & Sherman, 2014). Faktorer som kan fremme bruk av LARC er metodenes sikkerhet mot uønsket graviditet

og lange varighet, lav hormondose og jevnaldredes positive erfaringer med metodene (Bharadwaj et al., 2012; Brown et al., 2013).

Selv om frykt for smerter er den største faktoren forbundet med at unge kvinner ikke velger en LARC-metode, viser forskning at ved administrering av spiral hos kvinner som ikke har født, er det mindre enn 7% som har en svært smertefull opplevelse. Derfor er ikke frykt for smerter alene grunn nok til at prevensjonsveiledningen ikke skal inkludere disse metodene når unge kvinner skal velge prevensjonsmetode (Kopp Kallner, 2018). I forbindelse med p-stav er det sagt av helsepersonell som utfører prevensjonsveiledning at faren for økt blødningstendens er så stor at kvinner ikke ønsker denne prevensjonsmetoden (Envall, 2019). Dette kan i teorien motsies ved at andelen unge kvinner som fortsatt bruker prevensjonsmetoden et år etter administrering er høy (Rosenstock, Peipert, Madden, Zhao, & Secura, 2012). Samtidig viser forskning at smerter etter administrering og endret blødningsmønster ved LARC-metodene er en vanlig faktor assosiert med at metodene avsluttes (Dickerson et al., 2013). Ulike myter knyttet til LARC-metodene som for eksempel at de gir vektoppgang, at de ikke passer til ungdom, at de gir infertilitet, at tenåringsjenter ikke ønsker metodene og at de bare kan administreres under menstruasjon er avkreftet i en artikkel av Russo, Miller & Gold (2013).

Det finnes lite forskning på hva helsesykepleier vektlegger i prevensjonsveiledning og hvilke utfordringer helsesykepleier møter i å skulle tilby de sikreste prevensjonsmetodene til unge kvinner i Norge, og behovet for å studere temaet nærmere er reelt og dagsaktuelt.

### **1.1.5 Avhandlingens oppbygging**

I dette kapitlet har jeg presentert en innledning og bakgrunn for valg av tematikk med basis i tidligere forskning. Videre i dette kapitlet redegjøres det for studiens hensikt før relevant teori presenteres i kapittel 2. I kapittel 3 blir det redegjort for oppgavens metodevalg, forforståelse, utvalg, datainnsamling og -analyse og studiens troverdighet. Deretter redegjøres det for forskningsetiske vurderinger og personvern, før en presentasjon av funn på bakgrunn av analysen presenteres i kapittel 4. Avslutningsvis i kapittel 5 blir funn drøftet opp mot tidligere forskning og teori, før endelig konklusjon trekkes fra studien i sin helhet i kapittel 6.



## 1.2 Hensikten med studien

Gjennom å utforske helsesykepleiers erfaringer fra prevensjonsveiledning kan man få verdifull informasjon om hva de vektlegger i veiledningen for å gi kvinnen et fritt prevensjonsvalg. Hensikten med studien er dermed å gi kunnskap om ulike aspekter i helsesykepleiers veiledning med unge kvinner som søker prevensjon, samt om de barrierer som helsesykepleier møter i å følge anbefalingene om bruk av LARC-metodene til unge kvinner.

På bakgrunn av tidligere forskning og egen interesse for temaet ønskes følgende forskningsspørsmål utforsket:

*Hvordan tilrettelegger helsesykepleier for et fritt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning til unge kvinner?*

*Hvilke barrierer beskriver helsesykepleier i forbindelse med å følge anbefalingene om bruk av LARC-metodene til unge kvinner?*

## 2 Teori

I dette kapitlet presenteres ulike teorier og begreper som er relevante som rammeverk for min studie. Dette inkluderer en presentasjon av det helsefremmende og forebyggende arbeidet der empowerment og helsekompetanse blir beskrevet. Videre presenteres helsepedagogikk med tilhørende underkapitler som beskriver kommunikasjon og veiledning. Disse teoriene og begrepene er valgt for å belyse de ovenfornevnte forskningsspørsmål.

### 2.1 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Helse ses på som en menneskerettighet, og alle mennesker bør ha tilgang til ressurser nødvendig for god helse. Helse skal være en ressurs i hverdagen for å bedre fysisk og psykisk velvære og har en holistisk tilnærming til det helsefremmende arbeidet (Nutbeam, 1998). Helsefremmende arbeid defineres som en prosess som setter mennesker i stand til å ta kontroll over sin egen helse og mestre denne på best mulig måte (World Health Organization, 1986). Det helsefremmende arbeidet tar utgangspunkt i faktorer som styrker ressurser for god helse og helseutvikling. Utgangspunktet for helsefremmende arbeid skiller seg fra det sykdomsforebyggende arbeidet ved at det er et sterkt fokus på brukermedvirkning og at selve prosessen er like viktig som sluttresultatet (Mæland, 2016). Brukermedvirkning er dessuten hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

For at mennesker skal kunne føle mestring og ha kontroll over sin egen seksuelle helse er tilgangen til kunnskap, informasjon og undervisning om seksualitet og seksuell helse avgjørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Hvordan ungdommer selv opplever å mestre ulike situasjoner med ansvarlighet har noe å si for prevensjonsbruken. Når ungdom tenker at de kan klare å snakke om prevensjonsbruk i en seksuell situasjon, snakke om sex, fortelle hva de selv ønsker, kontrollere lidenskap, og at de føler de klarer å mestre dette, er det en prediktor for prevensjonsbruk. Blant jenter som har høy grad av mestringsopplevelse er det et høyere kunnskapsnivå om seksualitet (Træen, 2009). Det å få god kunnskap om kropp og seksualitet fra tidlig alder vil legge grunnlaget for en helsefremmende livsstil og påvirke senere valg i livet. Det vil være viktig med seksualitetsundervisning hvor barn og unge får den nødvendige kunnskapen de trenger, før de havner i situasjoner der kunnskapen tas i bruk. Det å være bevisst og

ha kunnskap om seksuell helse er viktig for at en skal kunne vektlegge den som en helsefremmende ressurs, og den individuelle handlingskompetanse for å ivareta seksuell helse kan bidra til økt livskvalitet for den enkelte. Her er helsesykepleiers rolle unik og hennes rolle i å formidle kunnskap, kompetanse og god informasjon om seksuell helse er avgjørende i forebyggingen av seksuell uhelse. Når ungdommer opplever utfordringer knyttet til seksuell helse er det viktig at helsehjelpen er tilgjengelig der ungdommen er. Et av målene med at helsesykepleiere fikk utvidet rekvisisjonsrett var å gjøre prevensjonsveiledning og tilgang til alle de ulike prevensjonsmetodene mer tilgjengelig for kvinner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

For å oppnå høyest mulig helsemessig standard for mennesker, må den enkelte være i stand til å foreta egne informerte valg når det kommer til seksuell og reproduktiv helse. Seksualitet inkluderer mer enn individets reproduktive interesser, og hver enkelt skal selv få bestemme om og når de ønsker å sette barn til verden. Uavhengig av reproduktive interesser skal den enkelte få oppleve *og* glede seg over sin seksualitet, og herunder ligger rettigheten til seksuelle helsetjenester som seksualundervisning og prevensjonsveiledning (The International Planned Parenthood Federation, 2010). En viktig del av skolehelsetjenestens bidrag for å fremme seksuell helse er kombinasjonen av undervisning, helseopplysning, ferdighetstrening og motivering for bruk av prevensjon. Ved å sette fokus på seksualitetens positive sider forebygger man seksuell uhelse, uønskede svangerskap og SOI, og øker kompetansen til å ta helsefremmende valg (Helsedirektoratet, 2017).

### **2.1.1 Empowerment**

Individens evne til å kunne ta avgjørelser og ha kontroll over eget liv i et helsefremmende perspektiv defineres som empowerment (Nutbeam, 1998). Et viktig prinsipp i det helsefremmende arbeidet er nettopp empowerment, og gjennom informasjon og ferdighetslæring kan helsepersonell gi fra seg makt og den enkeltes autonomi og selvfølelse kan bygges opp. For å kunne ta egne avgjørelser i forhold til egen helse er kunnskap, selvinnsikt og ferdigheter avgjørende, og en del av empowerment-prosessen er å gi den enkelte kompetanse på helsefremmende arbeid. Helsesykepleier bør ta utgangspunkt i at brukeren er ekspert på seg selv, at helsesykepleier er ekspert på helsefremmende og forebyggende arbeid, og begge kompetanser er like viktige. Deltagelse er et viktig begrep relatert til empowerment der brukeren er deltager i istedenfor mottaker. På denne måten skjer en maktfordeling fra

yrkesutøver til bruker, og empowerment kan sees på som en motsats til den klassiske paternalistiske tankegangen i helsevesenet (Tveiten, 2007).

### 2.1.2 Helsekompetanse

Regjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5) har utviklet en strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen og definerer begrepet helsekompetanse slik:

Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.

Målet med økt helsekompetanse er å styrke den enkeltes evne til å mestre ulike livssituasjoner. Helsekompetanse inngår i det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet, og behovet for helsekompetanse er økende. Mennesker blir i tiltakende grad eksponert for informasjon om kropp og helse og det kan være vanskelig å vite hva som er kvalitetssikret informasjon. Evnen til å vurdere informasjon en får via for eksempel sosiale medier, internett og reklame kritisk, er avgjørende for å kunne anvende denne informasjonen på en helsefremmende måte. For å øke individers helsekompetanse finnes det ulike tiltak og virkemidler. Disse kan rette seg direkte mot hele eller deler av befolkningen, eller de kan være systemrettede som påvirker helsekompetansen indirekte. Ved individrettede tiltak styrker man individers helsekompetanse, og dette kan helsesykepleier gjøre via for eksempel veiledning. For at ungdom skal forstå helseinformasjon som gis, er det avgjørende at helsesykepleier tilpasser sine kommunikasjonsferdigheter etter den enkeltes helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Ved å øke individers kunnskapsnivå, ferdigheter og selvtillit kan den enkelte ta valg som kan forbedre helsen. Helsekompetanse er mer enn det å kunne lese og forstå helseinformasjon, den enkelte skal også kunne ta i bruk denne informasjonen på en hensiktsmessig måte. Tilgjengeligheten av god helseinformasjon og bevisstgjøring i hvordan en skal evne å bruke denne informasjonen hensiktsmessig, er avgjørende for empowerment-prosessen. Helsekompetanse hos den enkelte øker brukervedvirkning hos individet, og for å oppnå en effektiv brukervedvirkning og styrkning i empowerment er tilgangen på informasjon og utdanning essensiell (Nutbeam, 1998)

## **2.2 Helsepedagogikk**

Helsepedagogikk omhandler kommunikasjon med det formål å bedre helsekompetanse, fostre motivasjon, ferdigheter og mestringstro hos den enkelte for å kunne bedre egen helse (Nutbeam, 1998). Læring, utvikling, undervisning og veiledning som omhandler helse, samt hvordan helsepersonell samspiller med brukeren, kan også forstås som helsepedagogikk. Samhandlingen med brukeren er kjernen i helsepedagogikk, og hensikten er å bidra til utvikling av kompetanse og mestring hos brukeren. Helsesykepleiere er i en arena der helsepedagogikk er framtrødende fordi helsesykepleiere veileder, underviser, informerer og gir råd til brukere av tjenesten slik at de kan øke egen kompetanse og mestre det å ta vare på egen helse. Kompetanse i helsepedagogikk betyr at helsesykepleier må ha kunnskaper, holdninger og ferdigheter knyttet opp mot samhandling med brukere. Et aspekt ved helsepedagogikken er kommunikasjon og hvordan helsesykepleier kommuniserer i veiledning (Tveiten, 2016). Profesjonell helsekommunikasjon har som mål å hjelpe den andre på en faglig forsvarlig måte ved å styrke den andre til å ta vare på egen helse. Gode kommunikasjonsferdigheter bidrar til at helsesykepleier kan gi bedre hjelp og støtte og stimulere brukerens utvikling. Hjelpende kommunikasjon er en del av empowermentprosessen, hvor brukeren beholder så stor innflytelse på egen situasjon som mulig og deltar i beslutningsprosesser (Eide & Eide, 2007)

### **2.2.1 Kommunikasjon**

I forebyggende arbeid er god kommunikasjon mellom helsesykepleier og ungdommen en nøkkelfaktor, og det er viktig at helsesykepleier legger til rette for en jevnbyrdig samtale. Gjennom samtalen kan helsesykepleier hjelpe ungdommen til å vurdere og bli klar over egen situasjon og dermed ta egne beslutninger og valg som omhandler ungdommen selv. God kommunikasjon handler om at helsesykepleier klarer å fange opp ungdommens oppfatninger, forventninger og ønsker, og klarer å forholde seg til disse (Mæland, 2016). Helsesykepleiers profesjonelle og faglige kommunikasjon med ungdom bør være faglig velbegrunnet og til hjelp for ungdommen. I profesjonell helsefaglig kommunikasjon er kommunikasjonen pasientrettet og kan beskrives i korte trekk gjennom fire elementer: å få frem pasientens perspektiv; å få en forståelse av pasientens unike psykososiale kontekst; å komme fram til en felles forståelse som stemmer overens med pasientens egne verdier; å hjelpe pasienten til å dele makten, som betyr at en hjelper pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der det er mulig (Eide & Eide, 2007, s. 20).

Gode kommunikasjonsferdigheter hjelper helsesykepleier til å forstå ungdommen, og inkluderer blant annet at helsesykepleier lytter til det som blir fortalt. Helsesykepleier må skape gode og likeverdige relasjoner og formidle informasjon på en måte som er klar og tydelig for ungdommen. Helsesykepleier må på en god måte møte ungdommens behov og ønsker, stimulere ungdommens muligheter og ressurser, og det er helsesykepleiers jobb å strukturere samtalen. Helsesykepleier åpner opp for nye perspektiver og handlingsvalg gjennom kommunikasjonen og samarbeider med ungdommen for å komme fram til gode løsninger og beslutninger. Aktiv lytting og klar kommunikasjon bidrar til å identifisere hva den enkelte situasjon krever, samtidig som helsesykepleier kan være med på å forebygge uheldige valg og løsninger (Eide & Eide, 2007).

### **2.2.2 Veiledning**

Et av virkemidlene i empowermentprosessen er veiledning, som ofte er synonymt med informasjon, undervisning og rådgivning. Helsesykepleiers veilederoppgave er komplisert og krever kompetanse (Tveiten, 2007).

Tveiten referert i Tveiten (2008, s. 71) definerer veiledning slik: «Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier». Helsesykepleier som veileder skal legge til rette for oppdagelse og læring som kan styrke mestringskompetansen til den som veiledes. Hva som skal mestres vil være individuelt, og helsesykepleier må hjelpe den enkelte for å oppnå kunnskaper og ferdigheter nødvendig for økt kompetanse. Oppdagelse er nødvendig i læring fordi det er ingen som kan oppdage noe for noen, oppdagelsen skjer i det enkelte individ. For at helsesykepleier skal legge til rette for oppdagelse og læring må hun møte den andre der den er, se den andre og skape tillit som kan legge grunnlaget for veiledning (Tveiten, 2008). I veiledning er det en forutsetning at brukeren er mottakelig for veiledning, såkalt veiledbar, noe helsesykepleier legger til rette for ved å gi brukeren den informasjonen nødvendig for å øke selvbevissthet og mestringskompetanse, som igjen øker den enkeltes helsekompetanse (Tveiten, 2016). Helsesykepleier må lytte til brukeren for å kartlegge behov, og skape en atmosfære preget av tillit, respekt, likeverdighet og fortrolighet. Samtidig må helsesykepleier være bevisst maktbalansen som naturlig vil være tilstede i veiledningssituasjoner mellom helsesykepleier og bruker (Tveiten, 2007).

Veiledning kan ikke planlegges i samme grad som undervisning fordi veilederen må høre hva brukerens behov er, og målet er å hjelpe den andre til å finne svar. Å finne svar kan for brukeren bidra til økt mestringsopplevelse (Tveiten, 2008). Brukeren er ekspert på seg selv, men kan trenge hjelp til å finne svar som kanskje ikke er brukeren bevisst. I veiledning er det dialogen som er det sentrale, og via dialogen kan helsesykepleier hjelpe brukeren til å selv oppdage behov, problemer og mulige løsninger. For å oppnå en god kvalitet på dialogen må helsesykepleier evne å lytte aktivt. Ved aktiv lytting har helsesykepleier fokus rettet mot brukeren og det som blir fortalt. Helsesykepleier kan be om for eksempel utdypninger på det som blir fortalt og stille oppklarende spørsmål slik at helsesykepleier og bruker får en økt felles forståelse. Helsesykepleier må være oppmerksom på hva som skjer i møtet, både verbalt og nonverbalt, plukke opp underliggende temaer i dialogen og få brukeren til å føle seg betydningsfull (Tveiten, 2007). I empowermenttenkningen er det to prinsipper som står sterkt: brukermedvirkning og synet på brukeren som ekspert på seg og sitt liv. Når dialogen blir brukt i den hensikt å få en felles forståelse av brukerens anliggende, og dette oppnås uten at helsesykepleier bruker makt eller overtalelse, kan en si at dialogen i dette henseende er i tråd med empowermenttenkningen (Tveiten, 2016).

### **2.2.3 Oppsummering og vurdering av teoribidragene**

Jeg har i dette kapitlet presentert relevante teorier og begreper for å belyse mine forskningsspørsmål. Jeg har lagt vekt på hvordan teoriene kan knyttes til helsesykepleiers rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, hvordan disse kan danne basis for tilrettelegging av helsefremmende valg og styrking av den enkeltes mulighet for empowerment og helsekompetanse. Gjennom helsepedagogikk med god kommunikasjon og veiledning av ungdom kan helsesykepleier hjelpe dem til å forstå og evne å ta fornuftige og helsefremmende valg.

### 3 Metode

I denne studien ble helsesykepleiers erfaringer i prevensjonsveiledning til unge kvinner undersøkt. På bakgrunn av forskningsspørsmålene mine valgte jeg kvalitativ metode, som jeg tenkte best kunne gi svar på det jeg søkte. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for egen forforståelse etterfulgt av metodevalget for oppgaven. Deretter presenteres utvalg og rekruttering, datasamling og analyseprosessen. Avslutningsvis i kapitlet blir det redegjort for studiens troverdighet og forskningsetiske vurderinger.

#### 3.1 Forforståelse

Gadamer vektlegger tolkningen av meninger i det vi mennesker gjør som utgangspunkt for forståelse (Malterud, 2017). Gadamer (1999) mener at det ikke er så mye våre vurderinger, som det er våre fordommer, som utgjør vårt vesen. Fordommer er ikke nødvendigvis uberettiget og feilaktige slutninger vi gjør, men fordommer innebærer egenskaper som utgjør vår evne til å oppleve. Fordommene vi har kan kalles skjelheter i vår åpenhet til verden, og når vi opplever noe er det våre fordommer som farger hvordan vi *forstår* det vi opplever. Når man gjør en tolkning av det man opplever, vil tidligere erfaringer og opplevelser spille inn på denne tolkningen, og dette innspillet kan kalles forforståelse (Gadamer, 1999).

Malterud (2017) bruker metaforen «ryggsekk» når hun skriver om forforståelse. Hun skriver at ryggsekken er forforståelsen forskeren har med seg inn i sitt forskningsprosjekt. Det vi har med oss i ryggsekken påvirker alt fra datainnsamling til tolkning av data, som kan vise seg som både positivt og negativt for prosjektet. Forforståelsen kan også være motivasjon for å i det hele tatt sette i gang med prosjektet (Malterud, 2017). Ved å være bevisst sin egen forforståelse når en går inn i et prosjekt, kan en redusere sjansene for at ryggsekken blir en tung bær på reisen, der forforståelsen kan virke negativt inn på prosessen og forskningsresultatene (Malterud, 2017).

Forskeren kan umulig ha en nøytral rolle som ikke påvirker forskningen og resultatene, fordi det er forskeren som velger hva som skal forskes på. Forskeren velger problemstilling, metode, utvalg og resultatene som presenteres. Det er viktig at forskeren er bevisst egen forforståelse og hvordan forskeren selv påvirker prosessen, og da spesielt i kvalitativ forskning (Malterud, 2017). Da jeg bestemte meg for tema for



denne oppgaven, var jeg under helsesykepleieutdanning og uten tidligere erfaringer fra yrkesrollen. Den kunnskapen jeg hadde om prevensjonsveiledning var fra teori og undervisning fra utdanningen, og jeg hadde heller ikke tidligere erfaringer fra arbeid med ungdom. På bakgrunn av statistikk som viser at p-piller er det foretrukne prevensjonsmidlet blant hormonelle prevensjonsmetoder, og at anbefalingene er økt bruk av LARC, ble jeg nysgjerrig på hva helsesykepleier vektlegger i prevensjonsveiledning. Jeg undret meg også over om det kunne være utfordringer med å få unge kvinner til å velge LARC-metodene siden det er relativt få brukere sammenlignet med p-piller. Dessuten krever disse metodene kunnskap og trening i administrering, og det kan antas at manglende ressurser spesielt i mindre kommuner kan være en utfordring. Gjennom forskningsprosessen har jeg vært bevisst på å ikke la forforståelsen farge stegene for mye underveis. Ved utarbeiding av intervjuguiden har jeg lagt vekt på å ha åpne spørsmål som i størst mulig grad ikke var farget av min forforståelse. Det samme gjaldt analysen av dataene og presentasjonen av funn.

### **3.2 Valg av kvalitativ metode**

Metode har en opprinnelse i det greske og betyr veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2015). Når en skal forsøke å besvare ulike spørsmål i forskningsøyemed må en følge en spesiell metodikk. Vitenskapelig metode blir derfor en spesiell måte å både samle inn informasjon, men også en spesiell måte å stille spørsmål på. Strategien for å samle informasjon og stille spørsmål er metoden og vårt hjelpemiddel for å gi en beskrivelse av virkeligheten (Jacobsen, 2015). Det som er avgjørende i valg av metode er forskningsspørsmålet og hva en ønsker å utforske. Dette betyr at valg av metode kommer etter at man har bestemt seg for hva en skal utforske, og ikke før (Malterud, 2017). Hvordan data samles inn i undersøkelsen er det forskeren som må ta stilling til, og metodevalget vil være avgjørende for hvilken type data som samles. Hvis en ønsker å undersøke utbredelse og antall, hvor variablene er nokså uavhengig av den samfunnsmessige konteksten, velger forskeren en kvantitativ metode. Hvis forskeren ønsker å undersøke prosesser eller søker mening hvor en går i dybden og vektlegger betydningen av fenomener, velges kvalitativ metode (Thagaard, 2009).

Kvalitative metoder er således strategier i forskningen som beskriver, analyserer og fortolker egenskaper og kvaliteter ved de fenomenene som studeres. De kan brukes når vi ønsker å utforske menneskelige egenskaper, for eksempel erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Innen kvalitativ forskning finnes et bredt

spekter av strategier for hvordan forskeren systematisk kan hente inn, organisere og fortolke data. Strategiene for denne type kunnskapsutvikling stammer fra det fortolkende paradigmet, og rotfestes i hermeneutisk og fenomenologisk filosofi og sosialkonstruksjonisme med sin styrke knyttet opp mot menneskelig samhandling og erfaring (Malterud, 2017). I prevensjonsveiledning med unge kvinner vil samhandling mellom helsesykepleier og den unge kvinnen spille en stor rolle i møtet dem imellom, og helsesykepleiers erfaringer fra disse møtene vil være interessant å utforske. Min studie har derfor et deskriptivt kvalitativt design hvor individuelle semistrukturerte intervju er valgt som metode for datainnsamlingen.

### 3.3 Utvalg og rekruttering

I kvalitativ forskning er det viktig at utvalget er satt sammen slik at det gir et rikt og variert materiale av data som sier noe om det som skal studeres. Å sikre god informasjonsstyrke i utvalget bidrar til å belyse forskningsspørsmålet fra flere sider og kan gi oss ny kunnskap i prosjektet (Malterud, 2017). I denne studien er det benyttet et strategisk utvalg. Thagaard (2009) beskriver et strategisk utvalg som et utvalg der informantene velges ut fra egenskaper eller kvalifikasjoner som passer til undersøkelsens problemstilling og teoretiske perspektiv. Utvalget var også basert på tilgjengelighet, da jeg har benyttet meg av alle informantene som sa seg villige til å delta i prosjektet. Fordi helsesykepleiers erfaringer fra prevensjonsveiledning skulle undersøkes, trengtes informanter med denne kompetansen og erfaringen. Utvalget endte dermed opp med seks informanter som hadde alt fra 1 år til 15 års erfaring innen prevensjonsveiledning. Seks informanter ble vurdert som et overkommelig antall informanter gitt de rammene en masteroppgave har i forhold til tid og ressurser.

Inklusjonskriteriene for å delta i prosjektet var at informanten måtte være helsesykepleier i aktiv jobb ved helsestasjon for ungdom og/eller i skolehelsetjenesten ved ungdoms- eller videregående skoler det siste året. Helsesykepleier måtte ukentlig veilede, foreskrive og/eller administrere prevensjon til unge kvinner. For å rekruttere informanter til prosjektet ble det sendt ut forespørsel om deltagelse i prosjektet til ledende helsesykepleier i åtte forskjellige kommuner i Sør-Norge med et innbyggertall fra ca. 8000 til ca. 85000. Forespørselen var et informasjonsskriv om studien (Vedlegg 2), samt informasjon om hvordan helsesykepleier som var interessert i å delta kunne ta kontakt. Det kom positivt svar fra seks av disse kommunene, hvor en informant fra hver kommune tok kontakt og sa seg villig til å delta i prosjektet. Arbeidssted for de

rekrutterte helsesykepleierne var HFU, ungdomsskole og videregående skole. Alder på ungdommene som helsesykepleierne hadde prevensjonsveiledning med varierte fra 13 år til 25 år.

### **3.4 Datainnsamling**

I kvalitativ forskning er intervjuundersøkelser en velegnet metode fordi forskeren får data om hvordan informantene opplever og forstår seg selv og omgivelsene, og et mål ved kvalitativ forskning er å få en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2009). Kvale og Brinkmann (2015, s. 22) beskriver et intervju som «en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar dem begge». Et forskningsintervju har en viss struktur og hensikt. Det er intervjueren som setter tema og stiller oppfølgingsspørsmål, hvor målet er å samle beskrivelser om livsverdenen til den som intervjues. Deretter kan forskeren fortolke betydningen av beskrivelsene med det formål å produsere ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne oppgaven har benyttet seg av individuelle semistrukturerte intervju som metode for innhenting av data for å på best måte innhente svar på studiens forskningsspørsmål.

Semistrukturerte intervju har som mål å innhente beskrivelser fra den intervjuedes liv, for deretter å fortolke betydningene som framkommer. Intervjuet ligger tett opp mot en samtale fra dagliglivet, men med et profesjonelt formål. At intervjuet er semistrukturert betyr at det verken er et lukket spørreskjema eller en åpen samtale, men inneholder bestemte temaer som samtalen skal gjennom. Temaene som gjennomgås i løpet av intervjuet er forhåndsbestemt i en intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015)

#### **3.4.1 Utarbeidelse av intervjuguide**

En intervjuguide i semistrukturerte intervju inneholder en oversikt over temaer intervjueren ønsker at informanten skal fortelle om, og den inneholder forslag til spørsmål knyttet til hvert tema (Kvale & Brinkmann, 2015). Kallio, Pietilä, Johnson & Kangasniemi (2016) har satt sammen et praktisk verktøy i utformingen av en semistrukturert intervjuguide som inneholder fem faser. Første fase består av å identifisere forutsetningene for å bruke en semistrukturert intervjuguide til å svare på forskningsspørsmålet (Kallio et al., 2016). Mine forutsetninger for å bruke en semistrukturert intervjuguide i prosjektet var at jeg hadde temaer med tilhørende spørsmål som jeg ønsket at informantene skulle fortelle om i løpet av intervjuene. I andre fase søker man kunnskap og tidligere forskning for å få en bredere forståelse av

fenomenet som skal forskes på, som vil danne et forutbestemt rammeverk for selve intervjuet (Kallio et al., 2016). I denne fasen leste jeg meg opp på teori jeg anså som relevant for prosjektet mitt, og som dannet et bakteppe for hva som kunne være relevante spørsmål i intervjuguiden. I fase tre dannes intervjuguiden som skal brukes som et verktøy for å samle intervjudata. Intervjuguiden defineres som en liste av spørsmål som skal føre samtalen inn på valgte tema (Kallio et al., 2016). I intervjuguiden (vedlegg 3) hadde jeg tre temaer: *Hva legger helsesykepleier vekt på i prevensjonsveiledningen til unge kvinner? Hvilke erfaringer har helsesykepleier om selvbestemt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning? og Hvilke utfordringer møter helsesykepleier i å følge anbefalingene om økt bruk av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene hormonspiral og p-stav?* Disse tre temaene hadde tilhørende spørsmål. Fjerde fase består av å teste intervjuguiden, før femte og siste fase som er presentasjonen av den ferdige intervjuguiden (Kallio et al., 2016).

### 3.4.2 Gjennomføring av intervju

Rekrutteringsprosessen pågikk samtidig som de første intervjuene ble gjennomført. Thagaard (2009) skriver at antallet i et utvalg kan vurderes etter hvert som en når et metningspunkt. Metningspunktet kommer når en som forsker opplever at de siste intervjuene ikke gir ytterligere forståelse av det som studeres, og at en da kan tenke at utvalget er tilstrekkelig. Malterud (2017) skriver at det er informasjonsstyrken i utvalget som er utslagsgivende for antall informanter og stiller seg kritisk til metningsbegrepet. Det at det ikke kommer fram ny kunnskap i påfølgende data kan komme av flere grunner, for eksempel forskerens intervjuteknikk eller kjennskap til feltet. Hun skriver at en grei tommelfingerregel er at utvalget skal være passe stort for å belyse problemstillingen, noe jeg følte utvalget var etter seks intervjuer. Jeg opplevde ved det siste intervjuet at mye av det informanten fortalte, allerede var fortalt av tidligere informanter og dermed ikke ga mer kunnskap. Dette kan være et tegn på metningspunkt, men det kan vel så gjerne være mine egne evner i intervjusituasjonen. Det kan hende at jeg som nybegynner ikke har fanget opp noe som informanten fortalte, som jeg kunne fått utypet og på den måten fått ny kunnskap. Alt i alt var jeg fornøyd med utvalget og følte at jeg fikk et godt og variert datamateriale.

I tråd med Kallio et al., (2016) ble det gjennomført et pilotintervju da intervjuguiden var utarbeidet i den hensikt å teste ut intervjuguidens relevans opp mot studiens formål og eventuelt avdekke nødvendige forandringer eller justeringer. Dette kan for eksempel være at en omformulerer spørsmål eller blir bevisst på ledende spørsmål, og på denne

måten kvalitetssikrer datainnsamlingen. Et annet viktig moment med pilottestingen er at intervjueren får verdifull øvelse i rollen som intervjuer (Kallio et al., 2016). Pilotintervjuet ble utført på en godt erfaren jordmor og helsesykepleier med gode kunnskaper innenfor temaet som skulle forskes på. Pilotintervjuet gav verdifull erfaring i å intervjuer, som førte til at jeg gjorde meg noen tanker i forhold til hvilken intervjustil jeg ønsket. Pilotintervjuet førte til at jeg forandret intervjustilen slik at det ble mer likt en samtale i det første ordentlige intervjuet. Etter pilotintervjuet ble intervjuguiden moderert og ordlyden i spørsmålene ble forandret slik at de ble mer «dagligdagse» mens hovedtemaene ble de samme. Pilotintervjuet ble tatt opp på båndopptaker, men ikke transkribert, da formålet var å teste ut spørsmålene, teste båndopptakeren og nyttiggjøre meg denne erfaringen.

Når en skal samle data gjennom intervjuer er lydopptak det som er mest utbredt. Da registreres det som blir sagt, tonefall og pauser som en kan nyttiggjøre seg i den senere analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Under intervjuene ble en lydopptaker benyttet samtidig som stikkord ansett som relevante notert ned. Gjennom å skrive notater følte jeg at det var lettere å holde fokus på det informantene fortalte, samtidig som det var en hjelp til å stille oppfølgingsspørsmål. Thagaard (2009) skriver at notater kan være til hjelp for å ordne noen hovedpunkter når en skal starte analysearbeidet, noe jeg erfarte som konstruktivt i eget arbeid da analyseprosessen startet.

Alle helsesykepleierne som deltok i studien valgte tid og sted for intervjuet. Intervjuene ble gjennomført på HFU, helsestasjon eller på skolene. To intervjuer ble gjennomført på møterom, mens de fire andre ble gjennomført på helsesykepleiers kontor. Ved at intervjuene var avtalt i god tid på forhånd kunne informantene selv legge til rette for at unødige forstyrrelser i løpet av intervjuet ikke oppsto. Jeg følte jeg fikk god kontakt med alle informantene. Det var rolige omgivelser med få til ingen avbrytelser underveis. Intervjuene varte fra 49 minutter til 1 time og 25 minutter. Etter hvert intervju startet transkriberingsprosessen, noe som bidro til justeringer for hvor båndopptakeren ble plassert i påfølgende intervju for å få best mulig lyd kvalitet på innspillingene, og dermed øke validiteten til transkriberingen.

### **3.4.3 Transkribering**

Transkripsjon vil si at en skifter fra en form til en annen, fra talespråk til skriftspråk. Når intervjusamtalen struktureres over til skrift er den bedre egnet for analyse, og transkriberingen er første steg inn i analysen av dataene (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det var meg selv som utførte både intervjuene og transkripsjonene av alle intervjuene og det er forsøkt å bevare meningsinnholdet i intervjuene på best mulig måte. Lydfilene ble transkribert på bokmål slik at noe mening kan ha gått tapt i oversettelsen fra dialekt til bokmål. Etter transkripsjon av hvert intervju ble lydfilen spilt av en gang til, samtidig som den transkriberte teksten ble lest for å sikre at alt informantene fortalte kom med i transkripsjonen. På denne måten ble det sikret at meningen i det som ble sagt fulgte med over i tekst. Når forskeren er den som utfører både intervju og transkripsjon får hun en detaljert gjennomgang av dataene og gjør seg kjent med materialet fra en ny side. Dette gir rom for andre ettertanker enn de som først kom fra intervjuene og forskeren kan gjøre seg noen meninger om hva som kan være aktuelt å ha med i analysefasen (Malterud, 2017).

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at man allerede i transkriberingen gjør en analyse av dataene og en fortolkningsprosess når en velger hvor en skal sette komma, punktum o.l. Videre skriver de at det ikke finnes en allmenn riktig måte å transkribere på, men at en velger den måten som er den mest hensiktsmessige transkripsjonen for det som skal forskes på. I transkriberingen valgte jeg å ikke skrive ned pauser, nonverbal kommunikasjon o.l., men intervjuene ble omformet til en mer formell, skriftlig stil.

### **3.5 Dataanalyse**

Denne studien har benyttet systematisk tekstkondensering som metode for analyse av data. Dette er en godt egnet metode for nybegynnere fordi den gir en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en oversiktlig måte. Systematisk tekstkondensering er en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data med elementer fra flere andre analysemetoder, for eksempel kvalitativ innholdsanalyse, tematisk analyse og Grounded Theory (Malterud, 2017). Malterud (2017) beskriver følgende fire trinn analysen utføres etter; første trinn er å få et helhetsinntrykk av materialet, andre trinn er å identifisere meningsdannende enheter, tredje trinn er å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene, og det fjerde er å sammenfatte betydningen av dette. I det følgende beskrives hvordan det i denne studien er utført analyse etter analyseprosessens fire trinn.

I første trinn ble jeg kjent med materialet mitt. Dette startet allerede før transkriberingen hvor jeg hørte på de innspilte intervjuene. Etter transkribering leste jeg gjennom den transkriberte teksten samtidig som jeg hørte på lydopptaket for å påse at alt

informantene fortalte kom med i tekstfilen. Jeg dannet meg et helhetsinntrykk og vurderte mulige temaer knyttet opp mot problemstillingen. I tråd med Malterud (2017) ble egen for forståelse lagt til side og fokuset var nå på informantenes fortellinger. I margen på tekstsidene skrev jeg ned stikkord som representerte det jeg tenkte teksten handlet om. Eksempler på stikkord som ble skrevet ned var bevisstgjøring, empati, kartlegging og visualisering. Etter hvert intervju skrev jeg ned stikkordene og samlet de i lister. Stikkordene ble så kategorisert, hvor hver kategori med stikkord representerte et foreløpig tema. De foreløpige temaene fikk fargekoder, og jeg endte opp med syv farger. For eksempel ble stikkordene anamnese, behov, kartlegging, bivirkninger, pris, rekvisitter og sikkerhet samlet under fargekode blå. Når jeg hadde plassert alle stikkordene under hvert sitt tema, gikk jeg gjennom alle de foreløpige temaene og forsøkte å sette navn på dem.

I trinn to av analyseprosessen skriver Malterud (2017) at en skal organisere delene av materialet som skal studeres videre, der relevant tekst blir skilt fra irrelevant tekst og en identifiserer meningsbærende enheter. De foreløpige temaene hadde nå fargekoder, og jeg brukte de samme fargene til å markere ut i teksten meningsbærende enheter som sa noe relatert til stikkordene tilhørende hver farge. Etter at meningsbærende enheter var fargekodet, ble de klippet ut fra teksten og samlet i grupper tilhørende de ulike fargekodene. I dette arbeidet benyttet jeg meg av dataprogrammet og analyseverktøyet Nvivo (QSR International 2018, Versjon 12 Pro). I tråd med Malterud (2017) var nå tekst fra de transkriberte intervjuene som sa noe om et eller flere av de ulike temaene identifisert i første trinn, samlet. De meningsbærende enhetene ble nå kodet, hvor tekstbiter som hadde noe til felles, ble samlet. Jeg tok utskrift av alle gruppene som inneholdt meningsbærende enheter for gjennomlesning og for å få en forståelse av hva de ulike gruppene egentlig sa noe om. Ved å lese gjennom de meningsbærende enhetene samlet, ble det lettere å sortere vekk enheter som ikke var relevante for problemstillingen, men også enklere å flytte rundt på dem etter hvert som jeg så at de egentlig sa noe som passet bedre i en annen gruppe. For eksempel ble kartlegging, som tidligere lå under fargekoden blå, til en egen gruppe som videre inneholdt stikkordene mestrings, konsekvensanalyse, anatomi, bevisstgjøring og bakgrunnsinformasjon. Meningsbærende enheter som sa noe om disse stikkordene ble da samlet under gruppen kartlegging. For eksempel ble den meningsbærende enheten «*noen ganger må du bare sette deg ned liksom å forklare menssyklus hvordan det virker inn og sånn*» knyttet til anatomi og plassert i gruppen kartlegging. Fordi jeg brukte Nvivo i dette arbeidet var

det enkelt å se om informantene representerte de ulike temaene jevnt fordelt, noe jeg følte var viktig for å styrke troverdigheten i funnene, i tråd med Malterud (2017).

I tredje trinn ble alle subgruppene dannet og alle de meningsbærende enhetene som sa noe om de forskjellige subgruppene samlet. På denne måten ble det dannet en tekst som inneholdt essensen i det som omhandlet de ulike subgruppene, som igjen ble utgangspunktet for presentasjonen av resultatdelen. Malterud (2017) skriver at denne fasen representerer et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter fra det empiriske datasettet. Her går en gjennom de forskjellige kodegruppene og danner en tekst som skal si noe om det som til slutt blir resultatene fra studien. I analysedelens fjerde trinn gjøres en rekontekstualisering, og analysens tredje fase brukes for å lage en analytisk tekst for hver av kodegruppene med tilhørende subgrupper. Delene fra tredje trinn settes nå sammen og danner en helhet (Malterud, 2017). Det fjerde trinnet utgjør resultatdelen hvor hver kodegruppe fikk en overskrift som sammenfattet det subgruppene handlet om. I tråd med Malterud (2017) leste jeg nå gjennom alle de umarkerte transkriberte intervjuene og forsikret meg om at jeg ikke hadde resultater som direkte motsa noe informantene hadde sagt. Analyseprosessen var lang og tidkrevende, og jeg gikk fram og tilbake mellom de ulike fasene flere ganger etter hvert som arbeidet tok form. Hele veien var jeg bevisst min forforståelse for at jeg ikke utelukkende skulle lete etter tekst som bekreftet mine tanker, noe jeg tenker har bidratt til at jeg har oppdaget funn som har utvidet min forståelse av temaet.

### **3.6 Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet**

Studiens troverdighet forteller oss hvorvidt valgte metode er et hensiktsmessig valg for det vi vil undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015) og henger sammen med hvor godt innsamlede data kan svare på forskningsspørsmålet, for eksempel om de valgte informantene innehar kunnskap relevant for problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). Forskerens bevissthet rundt egne ferdigheter og kunnskaper spiller også en rolle for studiens troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2015), og i denne sammenheng ble det lagt ned mye forarbeid for å oppdatere meg på relevant teori da jeg skulle utforme problemstillingene. I denne studien er det benyttet helsesykepleiere som jobber med prevensjonsveiledning i sitt daglige virke, og de fleste informantene har gjennom flere år innhentet erfaringer fra studiens tema. Det styrker studiens troverdighet at de som uttaler seg om temaet er eksperter på området. Svakheter ved studiens troverdighet er min egen manglende erfaring fra området, og at jeg er nybegynner i forskning. Dette



kan påvirke studien i for eksempel intervjusituasjonene der jeg som tidligere nevnt kanskje ikke har fanget opp muligheter for utdypning av svarene fra informantene o.l. Det samme gjelder analyseprosessen hvor jeg sannsynligvis ikke har analysert på samme måte som en forsker med bredere erfaring. Dette er forsøkt å bøte på ved å rekruttere informanter med bred erfaring og at jeg har fulgt en stegvis prosess i analysearbeidet med utgangspunkt i en analysemetode egnet for nybegynnere.

Pålitelighet i studien viser til at forskeren redegjør for hvordan dataene i forskningen utvikles (Thagaard, 2009), hvor konsistente forskningsresultatene er og hvilken troverdighet de har (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre må forskeren være bevisst på at den kvalitative prosessen kan endre seg over tid, ettersom forskeren tilegner seg mer og ny kunnskap om fenomenet det forskes på gjennom prosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Når en skal samle data gjennom intervju, er det intervjueren selv som er forskningsinstrumentet. Intervjuerens kompetanse, dyktighet i faget, samt erfaring fra både forskning og intervjuing kan sådan bli avgjørende for kvaliteten på de data som samles inn og produseres (Kvale & Brinkmann, 2015). Min begrensede erfaring i å intervjuer, men også fra forskningsfeltet, kan ha påvirket både innsamling av data og resultatene som presenteres i denne studien. Dette er forsøkt å bøte på ved å bevisst diskutere de ulike fasene i forskningsprosessen med veileder og på masterseminarer med andre medstudenter. Jeg har i metodekapitlet redegjort på best mulig måte hvordan dataene i denne studien er samlet inn, analysert og tolket gjennom å gi en nøyaktig beskrivelse av stegene i forskningsprosessen. For å imøtekomme kravet om pålitelighet, har jeg også benyttet meg av metodelitteratur som Kallio et al., (2016) i utarbeidelsen av intervjuguide, Kvale og Brinkmann (2015) i forberedelse til intervju og Malterud (2017) i dataanalysen.

Studiens overførbarhet sier noe om studiens relevans i andre situasjoner (Thagaard, 2009). Utvalget av informanter i denne studien er lite, og en skal derfor være forsiktig med å si noe om studiens overførbarhet. Men det kan tenkes at funnene i denne studien kan benyttes i lignende sammenhenger av andre helsesykepleiere som jobber i samme setting. Graneheim og Lundman (2004) presiserer at forskeren kan komme med forslag til hvor og hvordan studien er relevant utover den enkelte studie, men i utgangspunktet vil det være leseren som avgjør om funnene er relevante i andre sammenhenger.

### 3.7 Etikk og personvern

I helseforskning skal behandlingen av personopplysninger meldes til et personvernombud. Det er et krav om samtykke fra deltakere, som er forankret i personopplysningsloven (Personopplysningsloven, 2018). Kravet om samtykke baserer seg på at deltakere får informasjon om prosjektets hensikt, metode, eventuell risiko eller ubehag eller andre konsekvenser betydningsfulle for deltakerne (The Declaration of Helsinki, 2013). Kvale og Brinkmann (2015) nevner informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle som sentrale områder i etiske retningslinjer for forskere. Denne studien har fulgt etiske prinsipper beskrevet i Helsinkideklarasjonen (The Declaration of Helsinki, 2013). Den har fått godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 4). Vurderingen ble gitt med vilkår. Vilkåret gikk ut på at det måtte tilføyes informasjon på informasjonsbrevet om de registrertes rettigheter, noe som ble gjort før studiestart. Meldeskjema med referanse 940840 er lagret hos NSD.

Aktuelle informanter fikk tilsendt et forespørselsbrev utformet etter NSDs retningslinjer (Vedlegg 2) om deltakelse i studien. De fikk et informasjonsskriv med beskrivelse av studiens hensikt slik at de kunne foreta en helhetlig vurdering av om de ønsket å delta i studien eller ikke. Deltakelse i studien var frivillig og de kunne når som helst trekke seg fra studien uten å oppgi grunn for det. Informantene fikk også muntlig informasjon om studien og de måtte skrive under på et samtykkeskjema (Vedlegg 2) om deltagelse i studien. Jeg benyttet meg av retningslinjer for behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekter ved det Helsevitenskapelige Fakultet, Universitetet i Stavanger (Universitetet i Stavanger, 2019). I lydfilene kommer hverken navn, kjønn eller sted frem. Navn og andre identifiserbare opplysninger, som kjønn, sted, alder eller spesielle hendelser, ble ikke tatt med i transkripsjonene eller notert ned, av hensyn til konfidensialitet. Inngående beskrivelser av spesielle hendelser er ikke tatt med i funndelen, av hensyn til anonymiteten. Filene med transkripsjonene er lagret på min passord beskyttede PC, og er lagret med pseudonymer, ikke med identifiserbare navn (Ruyter, Solbakk, & Førde, 2014; Thagaard, 2009). Det er kun meg selv og veileder som har hatt tilgang til transkriberte tekster i studietiden. All innsamlet data slettes etter studiens slutt, og senest innen 26.06.2021.

## 4 Funn

I dette kapitlet vil jeg gi en presentasjon av funnene i form av tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer.

Gjennom analysen utkrystalliserte det seg tre hovedtema med tilhørende undertema (se tabell 2) som har utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål: *Hvordan tilrettelegger helsesykepleier for et fritt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning til unge kvinner? Hvilke barrierer beskriver helsesykepleier i forbindelse med å følge anbefalingene om bruk av LARC-metodene til unge kvinner?* For å underbygge funn tilhørende de ulike undertema, presenteres sitater fra informantene, hvert sitat er merket med bokstaven I og et tall, som representerer de ulike informantene. Sitatene er bearbeidet for å få en bedre leservennlighet i teksten, men kjernen og budskapet i sitatene er bevart.

Tabell 2: Presentasjon av hovedtema med tilhørende undertema

<b>Å tilføre et solid kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledning</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Å sørge for god informasjon om de ulike prevensjonsmetodene</li> <li>2. Å forberede jentene på virkning og mulige bivirkninger</li> <li>3. Å informere om LARC som anbefalt prevensjonsmetode</li> </ol>
<b>Betydningen av helsesykepleiers faglige kompetanse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Å vektlegge egen fagkunnskap og kommunikasjonsferdigheter i prevensjonsveiledning</li> <li>2. Å hjelpe den enkelte til å finne frem til egnet prevensjonsmetode</li> <li>3. Å sørge for trygghet og støtte i veiledningen til den enkelte</li> </ol>
<b>Utfordringer knyttet til å følge anbefalingene om LARC-metodene</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manglende kompetanse og ressurser for å følge anbefalingene om LARC-metodene</li> <li>2. Redsel for smerte og bivirkninger skremmer unge kvinner fra å velge LARC-metodene</li> <li>3. Pris, alder og p-piller hindrer unge kvinner i å velge LARC-metodene</li> </ol>

Det første hovedtemaet i tabell 2 omhandler hvordan helsesykepleier tilfører et solid kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledning. Andre hovedtema omhandler viktigheten av helsesykepleiers faglige kompetanse. Begge kan knyttes til det første forskningsspørsmålet. Det tredje hovedtemaet omhandler utfordringer helsesykepleier møter i å følge anbefalingene om LARC-metodene og kan sees i sammenheng med det andre forskningsspørsmålet.

## 4.1 Å tilføre et solid kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledning

Dette hovedtemaet omhandler betydningen av å tilføre et godt kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledningen om de ulike prevensjonsmetodene. Helsesykepleier informerer om hva prevensjon er og hvordan det virker inn på kroppen; de informerer om hva det beskytter/ikke beskytter mot; og de anser det som svært viktig å informere om de forskjellige metodenes virkning og bivirkning. Helsesykepleierne er positive til LARC-metodene og framsnakker bevisst metodene som svært gode alternativ til oral prevensjon. Disse funnene blir presentert i de følgende undertemaene.

### 4.1.1 Å sørge for god informasjon om de ulike prevensjonsmetodene

Alle informantene forteller at de presenterer alle alternativene for prevensjon for jentene og generell informasjon blir gitt, før helsesykepleierne går videre i prevensjonsveiledningen for å finne ut hva som vil være mest aktuelt for den enkelte jenta. For å finne alternativet som passer best sier helsesykepleierne at det er viktig at jentene vet om alle alternativene på markedet, og flere helsesykepleiere beskriver dette som en viktig oppgave i prevensjonsveiledningen. En informant beskriver det slik:

*«Men for at de skal vite hva som finnes og hva som passer for de, så må de jo høre litt om hva som er på markedet, eller hvilke muligheter de har. Så det å vise de alt, eller hva de kan velge i, det er viktig.» I3*

Samtlige informanter forteller at de er flittige brukere av prevensjonskatalogen til Sex og Samfunn og at de i større eller mindre grad bruker denne i prevensjonsveiledningen. For unge jenter som er usikre på hva de ønsker av prevensjon, er det nyttig å kunne få se og ta på de forskjellige prevensjonsmetodene. Helsesykepleierne som ikke har prevensjonskatalogen fast tilgjengelig på sitt kontor, har et utvalg av prevensjonsprodukter liggende på kontoret som jentene kan se og kjenne på. To av informantene forteller:

*«Jeg bruker en sånn perm fra sex og samfunn når jeg har prevensjonsveiledning. Så jeg gir generell informasjon om alle typer.» I6*

*«I forhold til veiledningen, så pleier jeg å presentere alle de prevensjonene som finnes på markedet. De får lov å se alt, alle tilbudene som finnes. Jeg pleier å dele det opp, slik at de har gestagen produkter på den ene siden, og gestagen og østrogen på den andre siden. Så kan de lett se hva som er hva.» I2*

Alle helsesykepleierne framhever det som viktig at jentene blir bevisste på hvor de kan finne trygg og pålitelig informasjon om prevensjon og seksualitet. Flere forteller at de pleier å spørre jentene hvor de får informasjon fra, for å sjekke ut om jentene henter informasjon fra pålitelige kilder. Hvis jentene svarer at de har lest på for eksempel Sex og Samfunn sine nettsider, er helsesykepleierne trygge på at jentene har fått god informasjon. En informant sier det slik:

*«En skal nok ikke tenke at ungdom alltid har så god eller riktig informasjon, for de får informasjon fra mange plasser. Jeg har den undervisningen på ungdomsskolen, og ung.no er en veldig flott side som er trygg og god, men de går jo inn på mange andre ting og finner informasjon. Jeg tror nesten de er mer forvirret nå enn noen gang. Så det å gi saklig, god informasjon om seksuell helse er kanskje viktigere enn noen gang.» I4*

Hvordan prevensjonen virker inn på kroppen forteller flere helsesykepleiere at det er noe de bruker mye tid på i prevensjonsveiledning, for å trygge jentene i valg av prevensjonsmetode. Foruten muntlig informasjon om produktene, sier de fleste helsesykepleierne at de sender med jentene skriftlig informasjon utformet av Sex og Samfunn. Jentene får også beskjed om å lese på pakningsvedlegget til metoden, og at de selv kan gå inn på Sex og Samfunn sine nettsider for å lese mere. Det fremheves av helsesykepleierne som viktig at jentene får god kunnskap om produktene de skal gå på, beskrevet slik av en informant:

*«Men til syvende og sist skal jeg være trygg på at det hun har bestemt seg for å gå på, det kan hun alt om. Hun er trygg, og hvis ikke, så vet hun hvor hun kan gå for å få tak i mer informasjon. Kom tilbake. Og de får alltid med seg denne brukerinformatjonen, hvordan de skal bruke produktet de har, og der står alt helt riktig. Så jeg er veldig sånn: der står det, der står det, der står det. Sånn at de har en forståelse for hvordan det blir brukt, jeg sender de ikke ut uten at de har fått det med seg.» I2*

Alle helsesykepleierne forteller at de vektlegger å informere om at hormonell prevensjon ikke beskytter mot SOI, og fem av seks helsesykepleiere forteller at de alltid anbefaler kondom som beskyttelse mot SOI. En informant forteller:

*«Også snakker vi selyfølgelig om dette med risiko for smitte fra seksuelt overførbare infeksjoner. P-piller eller disse andre tingene beskytter ikke mot det. Da må de bruke kondom i tillegg, så snakker vi litt rundt det med kondom. Det*

*synes mange er veldig stress. Men jeg føler at jeg må bare minne de på det og at det er viktig å bruke.» I3*

#### **4.1.2 Å forberede jentene på virkning og mulige bivirkninger**

Flere av helsesykepleierne forteller at de tenker det er viktig at jentene har en forståelse av at prevensjon er en medisin de skal gå på, og at denne faktisk kan påvirke livet til jenta. De fremhever viktigheten av at de informerer om virkning og bivirkning, og ved å gi denne informasjonen får jentene en forståelse for hva som skjer med kroppen når de går på prevensjon og de får et eieforhold til egen medisin. To av informantene sier det slik:

*«Dess mer de vet og blir informert i forhold til virkning og bivirkning, og jo mer kunnskap og informasjon de får, jo bedre er det, tenker jeg. Det gjelder både om prevensjon og seksuell helse. Mye tyder på at jo mer informasjon du får, jo bedre kan du ta vare på og forvalte egen helse.» I1*

*«Det er noe med å ha den kunnskapen, at en ikke bare tar en pille, men også har en forståelse for hva som skjer med kroppen i forhold til bivirkninger, når en skal være obs, og i forhold til det at det kan påvirke livet deres. Noen blir faktisk kjempesure av å gå på prevensjon, og det er viktig å gå igjennom disse bivirkningene med dem. Så mange tror de kan det, men så kan de det ikke så godt som de trodde.» I2*

En annen viktig grunn som de fleste helsesykepleierne nevner er at ved å informere om mulighetene for endret blødningsmønster eller blødningsmengde når de starter på prevensjon, bidrar de til at jentene som opplever dette kan holde ut lengre med metoden enn hvis de ikke informerer om det. Dette beskrives av en informant:

*«Jeg tror at hvis de er forberedt på at det er normalt og sånn (blødninger), så tror jeg de vil holde ut mer med de (metodene) i hvert fall, enn hvis de innbiller seg at når jeg skal begynne på p-staven så forsvinner mensen for alltid, for det er jo ikke realiteten for alle.» I5*

En god del jenter vet ikke hva som kan skje med kroppen når en starter på et prevensjonsmiddel, og alle informantene sier at det er viktig å gi god informasjon om bivirkninger, men på en måte som ikke skremmer jentene. Det at helsesykepleier gir god informasjon om bivirkninger i prevensjonsveiledningen fremheves av informantene som viktig av flere grunner. Den ene er at hvis jentene for eksempel får

humørsvingninger, kan de koble det opp mot prevensjonen slik det beskrives i følgende sitat:

*«En ting som jeg synes er viktig er at de har fått god informasjon om bivirkninger. Hvis de da skulle merke noen av disse og at de bivirkningene ikke forsvinner, skal de klare å knytte det opp mot at det for eksempel kan være p-pillen som gjør det. Da går de ikke i lang tid med en bivirkning uten å skjønne hva det er for noe.» I6*

Flere av helsesykepleierne nevner at det kan være en utfordring å få jentene til å forstå at bivirkninger er individuelle. Noen av helsesykepleierne forteller at de opplever at mange jenter tenker at hvis venninnen har fått bivirkninger av en prevensjonsmetode, så tenker de at de også vil få de samme bivirkningene. Mange forteller også at opplevde bivirkninger hos noen skaper rykter som påvirker andre i sine valg. En informant forteller:

*«Det å prøve å få de til å forstå at alle er forskjellige, at selv om det var sånn for henne, så betyr ikke det at det blir sånn for deg. Det kan være en utfordring.» I3*

#### **4.1.3 Å informere om LARC som anbefalte prevensjonsmetode**

Samtlige informanter informerer om fordelene med langtidsvirkende prevensjon. Positive fordeler som: varighet på 3-5 år, god beskyttelse mot graviditet, minimal fare for brukerfeil og liten hormonmengde sammenlignet med p-piller er det som trekkes fram som positivt med LARC-metodene. Alle informantene synes det er viktig at jentene tar et selvstendig valg, men forsøker på en nøytral måte å få jentene til å forstå at langtidsvirkende prevensjon er det som er det beste alternativet på markedet, slik det beskrives i følgende sitat:

*«Som sagt så prøver jeg å være nøytral, men jeg sier at det er flest jenter og kvinner i Norge som bruker p-piller, men at det er flere og flere som begynner å bruke p-stav og hormonspiral. Så informerer jeg om at det er ønskelig med økt bruk av langtidsvirkende prevensjon.» I6*

Hvis jenta kommer inn til helsesykepleier med en bestilling på p-piller, forteller de fleste informantene at de spør jenta om de kan få gi informasjon om andre tilgjengelige prevensjonstyper for å bevisstgjøre jenta på at det finnes flere alternativer for prevensjon enn p-piller. To informanter forteller:

*«Men det kommer an på hvordan de legger det fram eller hvilken erfaring de har (med p-piller), men jeg prøver å nevne at det finnes andre muligheter og, i tilfelle de ikke er klar over det.» I5*

*«Hvis hun for eksempel sier p-piller, så spør jeg om det er ok at jeg bare gir kort informasjon om de ulike typene i tilfelle hun da tenker at hun vil bytte. Om noe annet høres mer interessant ut. Så tenker jeg og i forhold til hvis hun starter på p-piller og det ikke fungerer slik som hun hadde håpt, så har hun litt kjennskap til de andre typene.» I6*

Helsesykepleierne forteller at en bestilling på p-piller fra jenta kan komme av at hun har bestemt seg for p-piller før prevensjonsveiledningen, eller at hun har tidligere erfaringer og ønsker det samme igjen. En informant forteller:

*«Det er flest som ønsker p-piller og mange kommer med en ferdig bestilling på hva de vil ha, gjerne merke også. Det er jo det vanligste, det de kjenner best og det er det mødrene har brukt.» I3*

Hvis jenta kommer inn til helsesykepleier med en bestilling på hormonspiral eller p-stav, forteller flere av helsesykepleierne at de ikke vektlegger informasjon om de andre prevensjonstypene i samme grad som når jenta bestiller p-piller, og en av informantene sier det slik:

*«Hvis jenta kommer og sier at hun er i tvil på om hun skal velge p-stav eller hormonspiral, da snakker vi om de to metodene slik at hun kan finne ut av hvilken som passer best for henne.» I2*

## **4.2 Betydningen av helsesykepleiers faglige kompetanse**

Dette hovedtemaet omhandler betydningen av helsesykepleiers faglige kompetanse. Det vektlegges som viktig av helsesykepleierne at de er faglig oppdatert og innehar gode kommunikasjonsferdigheter for å kunne praktisere god prevensjonsveiledning, og på denne måten hjelpe jentene til å ta gode helsefremmende valg. Helsesykepleierne forteller at det er viktig at de sammen med jenta kan finne fram til egnet prevensjonsmetode, der metoden de velger skal passe overens med jentas livsstil. Prevensjonsveiledningen blir tilpasset ut fra jentas behov og helsesykepleier vektlegger støtte og trygghet som en viktig faktor i prevensjonsveiledningen. Disse funnene blir presentert i de følgende undertemaene.



#### **4.2.1 Å vektlegge egen fagkunnskap og kommunikasjonsferdigheter i prevensjonsveiledning**

Alle informantene forteller at helsesykepleiers fagkunnskap er avgjørende for å kunne gi en god prevensjonsveiledning, og mener at den enkelte helsesykepleier har et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert. To informanter sier:

*«Når du jobber i dette feltet er det viktig å holde seg oppdatert. Jeg kunne ikke hatt denne jobben hvis jeg hadde tenkt at det jeg lærte på skolen for mange år siden fortsatt var det gjeldene.» I4*

*«Helsesykepleier bør jo ha kompetanse i forhold til de forskjellige produktene, seksuell helse og ikke minst kompetanse i å prate om temaet.» I1*

Informantene sier videre at de må ha gode kommunikasjonsferdigheter, empati og evne å møte ungdommen der de på en troverdig måte er i rollen som helsesykepleier. To av informantene beskriver det slik:

*«Først av alt, så tenker jeg jo at en prevensjonsveiledning handler om god kommunikasjon med den jeg skal snakke med. Jeg må ha empati, jeg må ha forståelse og mine egne holdninger har jo også litt å si i forhold til den viktige jobben jeg skal gjøre for ungdommen.» I2*

*«Helsesykepleier bør ha kommunikasjonsferdigheter som går på å kunne snakke om viktige forhold rundt seksualitet.» I1*

Flere av informantene opplever at ungdommen ofte er på jakt etter konkrete råd og ønsker at helsesykepleier skal hjelpe med å ta en avgjørelse. Hvordan helsesykepleier da møter ungdommen er avgjørende for videre samarbeid og en informant forteller:

*«Men noen ganger kommer de jo faktisk og spør oss om råd, og da bør de få det. For hvis vi kan få kritikk for noe vi helsesykepleiere, så er det den derre «ja, hva synes du?» holdningen. Da er det bedre å si at: «jeg skjønner hva du mener og ut fra mine erfaringer og tanker, tenker jeg at det og det kan være lurt for deg». Så kan man drodle litt ut fra det da.» I4*

#### **4.2.2 Å hjelpe den enkelte til å finne fram til egnet prevensjonsmetode**

Ved å snakke om seksuell helse, blir det en del av kartleggingen for å sammen med jenta finne en prevensjonsmetode som vil være det beste alternativet for å dekke hennes behov. Alle informantene forteller at de prøver å finne ut av hvilken person det er som

skal ha prevensjon, og sammen med jenta finne ut av for eksempel sjansene for brukerfeil med p-piller. Hvis sjansen er stor for at hun ikke er konsekvent i bruken av oral prevensjon, vektlegges LARC-metodene som et veldig godt alternativ. En informant forteller:

*«Det viktigste for at de skal være beskyttet er at de tar en pille hver dag, så det er litt viktig å sjekke opp i. Hvis det viser seg at det er noe de ikke får til, så er det best hvis vi sammen kan erkjenne det at å ta en tablett hver dag kan være et problem. Og da vil jeg jo styre de mot andre alternativer eller foreslå andre ting, men det er jo helt og holdent deres valg.» I5*

Det samme gjelder om jenta har en noe ukritisk adferd i forhold til seksualitet slik en informant forteller:

*«Hvis de viser en litt sånn ukritisk atferd har en mer lyst til å informere om det som er rundt seksualiteten i tillegg til det som er akkurat prevensjonen, og får veldig lyst til at de skal bruke noe langtidsvirkende, og kanskje motivere de mer for det.» I1*

Samtlige helsesykepleiere forteller at de synes det er viktig at de snakker med ungdommene om seksualitet og seksuell helse i prevensjonsveiledning. Det å bevisstgjøre ungdommen på kropp og grenser, seksuell nytelse og at en ikke skal presses til å gjøre noe man selv ikke er klar for er en stor del av det helsesykepleierne vektlegger i prevensjonsveiledning. En informant beskriver det slik:

*«Jeg synes det er veldig viktig at jenter spesielt, blir bevisst på hva som er greit og ikke greit i forhold til seksualitet. De må vite om sine rettigheter og de må lære seg å si tydelig nei. Ikke sånn tja, kanskje, vet ikke. Det er lov å si nei, det er lov å ombestemme seg, det er lov å avbryte midt i en hyrdestund. Faktisk. Så det prøver vi å snakke med de om.» I4*

Fordi p-piller og unge jenter assosieres med brukerfeil, forteller de fleste informantene at de skriver ut p-piller for tre måneder av gangen slik at de kan få en naturlig oppfølging på jentene. Da forteller helsesykepleierne at de spør jentene om hvordan det går med administreringen av p-piller, og på denne måten kan de fange opp brukerfeil. Videre får helsesykepleierne klarnet opp eventuelle misforståelser, og noen av informantene forteller at de opplever en økt spørsmålsmengde fra jentene etter at de har brukt prevensjon en stund, som helsesykepleier da kan svare på. En av informantene sier:

*«Når de kommer innom for å få en ny pakke eller ny resept, så får man en kontakt. For en ser at de av og til har noe annet å si da, eller at de får en relasjon som gjør at de senker terskelen for å snakke om andre ting.» I5*

Mange av informantene har opplevd jenter som forteller de ikke har tatt p-pillene til riktig tid, glemt å ta p-pillene eller hatt andre utfordringer som kan ha påvirket optimalt opptak av p-pillene, for eksempel i kombinasjon med angrepillen. En informant forteller at:

*«Det er jo ikke noe særlig brukerfeil med en p-stav, og det kan det være med p-piller nemlig. Jeg har hatt mange som har funnet ut at de skal gjøre sånn og sånn med p-piller, og da tenker jeg: « jeg håper ikke du har blitt gravid nå», på grunn av at de ikke skjønner hvordan ting virker.» I4*

#### **4.2.3 Å sørge for trygghet og støtte i veiledningen til den enkelte**

Fem av informantene nevner trygghet i en eller flere sammenhenger. Trygghet blir nevnt i forhold til egen kropp og seksualitet, trygghet i form av sikkerhet rundt valgte prevensjonsmetode, at jentene blir trygget med god og grundig informasjon før oppstart av oral prevensjon og før administrering av LARC-metodene. Det kan skape trygghet at jentene har kjente personer å forholde seg til, og en av informantene sier:

*«Så tenker jeg at jeg støtter de i de valgene de tar, men jeg må og spørre: «Hvorfor valgte du det»? «Jo – fordi jeg tenker at det høres veldig greit ut å ha den staven inne i tre år». Så forklarer jeg at vi kan sette den her, jeg kan gjøre det nå faktisk, bare løp ned og hent den (på apoteket) så setter vi den. Det er jo veldig bra. Da er det meg som har veiledningen og det er jeg som setter den. Det tenker jeg skaper en utrolig trygghet, det er min opplevelse.» I2*

Hvis jentene ønsker å skjule at de går på prevensjon sier en informant at det er viktig at jentene har et trygt sted å komme:

*«Jeg synes det er litt krevende, for det er jo ikke noen god seksuell helse å være livredd for at en skal bli oppdaget for eksempel, eller gjøre noe som foreldrene ikke godtar. Men det er i alle fall en mulighet til å snakke sammen, å være en voksen som kan gi veiledning uten at det er utrygt.» I3*

En annen informant forteller om viktigheten av trygghet i forhold til bruk av p-piller slik:

*«Jeg er opptatt av fleksibilitet i forhold til mensesyklusen, at de kan kontrollere når mensesyklusen kommer eller ikke, og er opptatt av at de skal kunne mestre dette på en god måte. Både å være trygg på å utsette, hvordan de skal utsette, og det å være sikker, så de ikke får for lang pause mellom tablettene hvis de har mensesyklusen.» I5*

### **4.3 utfordringer knyttet til å følge anbefalingene om LARC-metodene**

Dette hovedtemaet omhandler utfordringer relatert til å følge anbefalingene om LARC-metodene. Flere av informantene mangler den rette kompetansen for å selv administrere LARC-metodene, og flere av legene tilknyttet helsestasjon for ungdom (HFU) administrerer ikke alle typer LARC. Korte åpningstider og få ressurser på HFU belyses som et problem av flere helsesykepleiere. Rykter om smertefull administrering og negative bivirkninger beskriver informantene som utfordrende faktorer som hindrer unge kvinner i å velge LARC-metodene. Videre beskrives det at kostnadene på LARC-metodene, jentens alder og tilgjengeligheten av p-piller i større eller mindre grad hindrer unge kvinner i å velge LARC-metodene. Disse funnene presenteres i de følgende undertemaene.

#### **4.3.1 Manglende kompetanse og ressurser for å følge anbefalingene om LARC-metodene**

Ingen av informantene setter hormonspiral, men tre av dem forteller at lege eller jordmor tilknyttet HFU setter hormonspiral. Tre av helsesykepleierne setter selv p-stav på HFU, og en av disse tre har også mulighet til å sette p-stav på sitt skolekontor. Informantene som ikke selv administrerer p-stav er de samme som forteller at legen ikke administrerer hormonspiral på HFU. De fleste informantene forteller at de vet om fastleger som velger å ikke administrere hormonspiral, og mange opplever at det kommer jenter på HFU som har fått resept på LARC av en fastlege, med beskjed om å gå på HFU for å få den administrert. En informant forteller dette:

*«Så er det litt utfordring i forhold til samarbeid med fastleger. Noen er veldig negative og skeptiske til dette.» I3*

De samme informantene forteller at de da ofte opplever at det er mangler i prevensjonsveiledningen av disse jentene og at helsesykepleier da må ha en full prevensjonsveiledning før administrering av prevensjonen. En informant forteller dette:

*«Så kommer de og skal sette den (p-stav), så spør jeg: «Hvor var det du fikk resepten?» Vi spør alltid om det. «Jeg fikk den av fastlegen min. Han hadde ikke tid til å sette den, han sa bare gå på HFU.» Det skjer. Men det er sikkert bare for at de sender en resept, og da må vi sitte og gå gjennom det (prevensjonsveiledning).» I2*

Blant informantene som ikke administrerer p-stav trekkes manglende lokaliteter og mangel på nødvendig utstyr fram som faktorer som hindrer økt bruk av LARC, slik det beskrives av en informant:

*«Altså det er jo utfordringer i forhold til LARC, spiral og p-stav sånn utstyrmessig og rom. Her på videregående har jeg jo ikke noe sted jeg kan få gjort det, ingen seng eller benk eller hvilestol eller noen ting.» I3*

I mindre kommuner er det relativt liten etterspørsel etter hormonspiral og p-stav forteller flere av informantene. Felles for informantene som ikke administrerer LARC er at fordi det er begrensede muligheter for mengdetrening, tenker de at det er bedre hvis noen få får kompetanse i administrasjon av p-stav og hormonspiral, for å forebygge dårlige erfaringer, som igjen kan spre seg videre til andre jenter. En informant forteller:

*«Det er noe med å se på mengden, og få mengdetrening slik at noen blir gode på det. Sånn at det ikke blir en veldig ubehagelig greie, for hvis det går rykter om at det er helt forferdelig å sette inn en spiral, så oppnår vi jo ingenting heller.» I4*

Alle informantene forteller at kommunen tilbyr p-stav på HFU og helsesykepleierne som ikke selv administrerer p-stav kan sette jentene som ønsker p-stav opp på en liste slik at legen vet når de kommer for å få administrert den. En utfordring som nevnes av noen informanter er at legen ikke alltid er tilstede på HFU eller at listene for å få satt p-stav er fulle, noe som resulterer i lengre ventetid for jentene slik det beskrives i følgende sitat:

*«Men ellers har vi jo p-staven, og den kan vi jo sette her. Men svakheten hos oss er at det er kun legen som gjør det. Sånn at hvis legen er borte eller har fylt opp timene avsatt til administrering, så må de vente lengre. Så jeg kunne jo ønske at vi som jobber direkte mot ungdommen gjorde det.» I5*

Fem av helsesykepleierne forteller at HFU i kommunen bare er åpen for ungdommene 1,5 – 2 timer en gang i uken. Noen opplever at tilbudet dekker behovet, mens andre

tenker at det hadde vært hensiktsmessig å utvide tilbudet og har et ønske om et større tilbud. En informant sier:

*«Enda mere åpningstid på HFU hadde vært veldig bra for ungdommene her tenker jeg. For sånn som nå blir det så lite at en blir ikke gode nok på det, og vi bør derfor ha et større tilbud.» I1*

Informantene som ikke administrerer p-stav forteller at de tenker metoden hadde vært mer tilgjengelig hvis de selv hadde kunnet administrert den. En utfordring som nevnes i denne sammenheng er at fordi åpningstidene er begrenset på HFU, får de ikke nok mengdetrening til å bli gode på administrasjonsmåten. I forhold til hormonspiral forteller en av informantene at fordi HFU ikke tilbyr hormonspiral blir det vanskeligere å tilby det som et reelt tilbud til jentene:

*«På HFU så nevnes det jo (hormonspiral), men de fleste kommer kanskje med en bestilling om p-stav eller p-piller, så det blir nevnt at det er en mulighet, men det blir ikke så mye mer veiledet på. Det hadde vært lettere å selge det inn som en reel mulighet hvis vi kunne gjort det her (administrere hormonspiral).» I5*

#### **4.3.2 Redsel for smerte og bivirkninger skremmer unge kvinner fra å velge LARC-metodene**

Flere av informantene har hatt prevensjonsveiledning med jenter som sier de ikke ønsker hormonspiral fordi de har hørt av andre at det er svært smertefullt å få administrert den. For p-stav er det rykter om mye blødning som gjør at de ikke ønsker den formen for prevensjon. Mange av informantene framhever at på små steder har rykter om administrasjonsmåte noe å si for om jentene velger LARC eller ikke. En informant beskriver utfordringene slik:

*«Utfordringer med p-stav er at en del jenter kommer og opplever småblødninger som en plagsom bivirkning. De snakker sammen og det kan være en grunn til at de velger å ikke velge det. At de har hørt fra andre at det er så plagsomt at de blør hele tiden. Det synes jeg er en utfordring, blødningene med p-stav. Og med hormonspiral kan det være smertefullt å få satt den inn og hvis da i en sånn liten by som dette er en eller to eller tre elever som opplever det, så merker jeg at det har en tendens til å spre seg. At de får hørt om de historiene.» I6*

De fleste informantene forteller at redsel for smerte og underlivsundersøkelse skremmer en god del jenter fra å ønske LARC. Mange av jentene har ikke hatt en gynekologisk

undersøkelse (GU) og tanken på å få en virker skremmende. Andre er redde for sprøyter og ønsker ikke å få stuet noe inn i armen, noe som da utelukker p-stav. To av informantene uttrykker seg slik:

*«For de som er her, som er de yngste, så er det litt vanskelig å skulle motivere de for spiral, i forhold til at de er så unge. De aner ikke hva en GU er og da skulle sette inn noe nedentil, jeg føler mange gremmes bare hvis de hører det og det virker langt fra det som er reelt.» I1*

*«Så er det jo det at det er et inngrep som for noen gjør at det ikke er aktuelt. Det at den (p-stav) skal litt under huden blir en vanskelig opplevelse for noen, som gjør at det er enkelte det ikke er aktuelt for. Da har jeg snakket om hormonspiral som et annet alternativ, men det er ikke alltid det er så mye bedre for de heller.»*

I5

#### **4.3.3 Pris, alder og p-piller hindrer unge kvinner i å velge LARC-metodene**

Alle informantene nevner pris som en utfordring. Noen nevner det i sammenheng med jenter som er under 16 år, og tenker at det hadde vært fint hvis prevensjonen var gratis fra når jenta trenger det. Andre nevner det som en utfordring for de jentene som er så gamle at de ikke kommer under støtteordningen av staten, og at det kan være et hinder for å velge LARC-metodene fordi engangsbetalingen føles som for stor for jentene. De fleste jentene går på skole og har ikke økonomi til å skulle dekke utgiften for LARC. En informant forteller at:

*«Altså utfordringene er selvfølgelig hvis de er over 22, så er det ganske dyrt. Det er det ingen tvil om. Den møter vi daglig.» I2*

Alle informantene er positive til å skulle kunne skrive ut prevensjon til jenter under 16 år, og argumenterer for at jo yngre jenta er, jo større krise er det hvis hun skulle bli utilsiktet gravid. Et annet argument som trekkes fram for at helsesykepleier skal kunne rekvirere prevensjon til de under 16 år, er at oftest vet de hvem jentene er og hvilket behov de har for prevensjon. En informant sier:

*«Vi kjenner de jo og vet at de er seksuelt aktive. Jo yngre de er jo større krise er det hvis de skulle bli gravid. Så der håper jeg at det blir en forandring (rekvisisjonsretten).» I4*

De fleste informantene forteller at det er p-piller som har den største etterspørselen og det de skriver ut resept på i størst grad. P-piller fremstår som det enkleste alternativet

for jenter som oppsøker helsesykepleier på skolene fordi de kan få resepten der og da og starte på prevensjon så snart de har hentet den ut fra apoteket, uten å måtte vente på åpningstid på HFU eller bestille time til fastlege. En av informantene forteller at de har liggende to typer p-piller som jentene kan få der og da, både på skolen og på HFU. Flere informanter forteller at p-piller oftest blir brukt som førstegangsprevensjon for å se at de tåler det greit. Flere nevner også at når de har prevensjonsveiledning og informerer om alle typer prevensjon tilgjengelig, er det p-piller som oftest virker forlokkende på jentene, og det greieste alternativet for dem. Noen av informantene forteller at de anbefaler langtidsvirkende, men fordi det ikke er tilrettelagt for å kunne få administrert det, velger jentene p-piller i stedet slik det belyses i følgende sitat:

*«Her har jeg ikke mulighet til å sette (LARC), de må til lege for å sette p-stav eller spiral, og da blir det jo ofte til at en anbefaler p-piller som en start for å se om de tåler de. Men jeg gir jo informasjon om hvor de kan få de andre. Sånn at de kan få p-stav, de kan få spiral, andre steder. Men det blir jo litt sånn at de får informasjon og skal kunne bestemme selv, men de får denne allikevel (p-pille).»*

11



## 5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres studiens viktigste funn fra empirien opp mot valgt teori og tidligere forskning for å søke svar på forskningsspørsmålene.

I denne studien ble seks helsesykepleiere intervjuet for å utforske deres erfaringer i å tilrettelegge for et fritt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning til unge kvinner, og hvilke barrierer de beskrev i forbindelse med å følge anbefalingene om LARC-metodene til unge kvinner. Deres erfaringer er beskrevet i tre hovedtemaer som diskusjonen er strukturert etter.

### 5.1 Å tilføre et solid kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledning

Dette hovedfunnet indikerer viktigheten av at helsesykepleier gir unge kvinner et godt kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledningen for at de skal kunne ta helsefremmende selvbestemte valg. Funnet indikerer at dette kan gjøres ved at helsesykepleier sørger for å gi god informasjon, forbereder jentene på virkning og bivirkninger, samt informerer jentene om LARC som anbefalt prevensjonsmetode. Funnet er i tråd med Forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2018) som hevder at helsesykepleier tilhørende helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten skal gi veiledning tilpasset ungdoms behov og styrke deres evne til å fatte helsefremmende valg.

Når helsesykepleier tilfører et solid kunnskapsgrunnlag i prevensjonsveiledning gjennom å *sørge for god informasjon om de ulike prevensjonsmetodene*, styrker de kvinnens mulighet til å ta et selvbestemt prevensjonsvalg ved å gi den informasjonen som er nødvendig for å kunne ta veloverveide valg. Dette funnet er i tråd med tidligere forskning. Studier av Envall (2019) og Gibbs et al., (2016) viser at flere kvinner velger de sikreste prevensjonsmetodene når prevensjonsveiledning er strukturert med fokus på de ulike metodenes effektivitet, tilgjengelighet slik at kvinnen kan se og ta på de ulike metodene, samt der helsesykepleier er faglig oppdatert.

Funnet om å *forberede jentene på virkning og mulige bivirkninger* indikerer at når jentene er forberedte på bivirkninger som økt eller endret blødningsmønster ved LARC-metodene, og de får en forståelse av at dette er noe som kan skje når en starter på denne typen prevensjon, kan det bidra til at de holder ut med metodene lengre. Dette samsvarer med forskning som sier at når jentene er forberedt på bivirkninger, og da

spesielt i forhold til endret blødningsmønster er de mer forberedt på å fortsette med metoden tross bivirkninger (Dickson et al., 2014; Grentzer et al., 2013; Lunde et al., 2017; Schmidt et al., 2015). Russo et al., (2013) hevder dessuten at bivirkninger som økt blødningsmønster av LARC-metodene ofte går over etter hvert som jentene fortsetter på metoden. Helseesykepleierne i denne studien forteller at jentene blir påvirket av hverandre når de skal velge prevensjonsmetode, og at de frykter at bivirkninger opplevd av andre gjenspeiler bivirkninger de selv kommer til å få. Dette funnet samsvarer med Cohen et al., (2017) som fant at bekjentes erfaringer spiller en avgjørende rolle når unge kvinner skal velge prevensjonsmetode. Mitt funn kan også reflektere den unike rollen helseesykepleier har i prevensjonsveiledning med å forberede jentene på virkning og bivirkning. At helseesykepleier inkluderer dette i veiledningen kan være avgjørende for hvordan jentene velger, og hvordan de håndterer valgte prevensjonsmetode.

Alle helseesykepleierne forteller at de *informerer om LARC som anbefalte prevensjonsmetode* og inkluderer metodene i prevensjonsveiledning til alle unge kvinner. Dette funnet er overaskende fordi tidligere forskning viser at helsepersonell ofte har utdaterte kunnskaper om LARC-metodene og mange mener metodene ikke er egnet til ungdom (Hoggart et al., 2018; Phillips & Sandhu, 2018). Som sagt så gjenspeiles ikke dette i denne studien, fordi alle informantene fram snakker LARC som gode og sikre metoder som er anbefalt av norske helsemyndigheter. Metodene presenteres som gode alternativer til alle som søker prevensjon, så fremt de ikke har kontraindikasjoner som gjør at metodene ikke er egnet, noe helseesykepleier kartlegger i prevensjonsveiledningen når hun skal hjelpe den enkelte til å finne egnet metode. Funnet kan reflektere at det er blitt mer oppmerksomhet rundt LARC-metodene i Norge, og det kan tenkes at den utvidede rekvireringsretten fra 2016 (Rundskriv rekvireringsrett og LARC, 2015), strategien for seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) og veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) har bidratt til dette.

## **5.2 Betydningen av helseesykepleiers faglige kompetanse**

Dette hovedfunnet indikerer at når helseesykepleier har gode fagkunnskaper styrker det prevensjonsveiledning. Funnet indikerer at denne betydningen kommer frem gjennom at helseesykepleier vektlegger bruk av egne fagkunnskaper og kommunikasjonsferdigheter

i veiledningen, hjelper den enkelte til å finne frem til egnet prevensjonsmetode og sørger for trygghet og støtte i veiledningen til den enkelte.

Det første funnet om å *vektlegge egen fagkunnskap og kommunikasjonsferdigheter i prevensjonsveiledning*, viser at helsesykepleier ser betydningen av å anvende gode fagkunnskaper nødvendig for å tilrettelegge for et fritt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning. Det samme gjelder grunnleggende kommunikasjonsferdigheter for å formidle informasjon på en hensiktsmessig måte som får unge kvinner til å ta veloverveide, helsefremmende valg. Dette funnet kan reflektere at det er viktig å styrke unge kvinner i å ta selvbestemte valg, noe som innebærer at helsesykepleier må tilrettelegge for økt helsekompetanse hos den enkelte kvinnen. Dette er i tråd med helse og omsorgsdepartementets strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019), hvor individrettede tiltak for å styrke den enkeltes helsekompetanse er sentralt. Helse og omsorgsdepartementet (2019) vektlegger helsekompetanse som et viktig begrep og skal inkludere det som et læringsmål i den kommende revisjonen av helsesykepleierutdanningen.

Helsesykepleier kan gjennom bruk av egne fagkunnskaper, helsepedagogisk tilnærming og god kommunikasjon også hjelpe den enkelte til å reflektere over hva som er viktig for den enkelte og hvordan hun kan håndtere de forskjellige metodene. Dette er i tråd med Eide og Eides (2007) definisjon på profesjonell helsefaglig kommunikasjon som er pasientrettet, med mål om å forebygge uheldige valg og løsninger. Mæland (2016) beskriver gode kommunikasjonsferdigheter som en nøkkelfaktor i forebyggende arbeid, og essensielt for å kunne hjelpe den enkelte til å fatte gode valg. Gode kommunikasjonsferdigheter, og gode fagkunnskaper om prevensjonsmetoder og veiledning generelt vil være avgjørende for om en prevensjonsveiledning er vellykket eller ikke (Envall, 2019; Gibbs et al., 2016; Minnis et al., 2014).

Gjennom et annet funn fra studien som omhandler å *hjelpe den enkelte til å finne frem til egnet prevensjonsmetode*, forteller flere av helsesykepleierne at det er viktig at jentene tar et selvstendig valg når de skal velge prevensjonsmetode. For å ta et selvstendig valg må jentene være velinformert om alle mulighetene de har å velge mellom, og forstå hva valget innebærer for den enkelte. Dette samsvarer med Verdens Helseorganisasjon som beskriver viktigheten av god informasjon og veiledning til kvinnen for å tilrettelegge for et velinformert og selvbestemt valg av prevensjonsmetode (World Health Organization, 2016).

Høyt kunnskapsnivå om seksualitet hos unge kvinner gjenspeiles i høy grad av mestringsopplevelse (Træen, 2009). Flere av helsesykepleierne i min studie forteller at seksuell helse er et tema de prioriterer å snakke med ungdom om. Det er viktig at ungdom får den kunnskapen og de redskapene som er nødvendige for å kunne ha et avslappet forhold til kropp og seksualitet, og at dette er en del av det helsefremmende arbeidet. Dette funnet kan reflektere at helsesykepleierne er bevisste på å ta utgangspunkt i faktorer som styrker ressurser for god helse og helseutvikling, og Mæland (2016) beskriver det helsefremmende arbeidet som nettopp dette – å ta utgangspunkt i faktorer som styrker ressurser for god helse og helseutvikling. Det viser seg at ungdom som selv tenker de har et avslappet forhold til seksualitet utøver mer ansvarlighet i forhold til seksualitet og er mer ansvarsbevisste i prevensjonsbruk (Træen, 2009). Helsesykepleiers rolle med bevisst bruk av deres faglige kompetanse kan derfor være avgjørende for å styrke ungdoms helsekompetanse i å ta veloverveide, helsefremmende valg, noe som er i tråd med Helse og Omsorgsdepartementets (2019, s. 5) definisjon på helsekompetanse.

Unge kvinner er de som oftest er minst konsekvente i oral prevensjon, som p-piller (Hooper, 2010), og ved at disse kvinnene velger de sikreste prevensjonsmetodene vil andelen uønskede graviditeter og antall aborter synke, sammen med utgifter relatert til uønskede graviditeter og aborter (Birgisson et al., 2015; Gyllenberg et al., 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Henry et al., 2015). Funnet om å hjelpe den enkelte til å finne frem til egnet prevensjonsmetode kan reflektere at helsesykepleierne i denne studien har kunnskap om unge kvinner og bruk av prevensjon. De forteller at de gjør en kartlegging der de sammen med jenta utforsker hennes kapasitet til konsistent bruk av prevensjon. På denne måten kan helsesykepleier veilede og motivere for de sikreste metodene slik at unge kvinner kan ta de mest hensiktsmessige valgene. Funnet viser nemlig også at helsesykepleier identifiserer jenter i risikozonen for utilsiktede graviditeter. Hun er av den grunn en nøkkelperson i arbeidet for å få unge kvinner til å velge de sikreste prevensjonsmetodene og derved redusere uønskede graviditeter og aborter. Dette kan reflektere at helsesykepleierne anvender sin fagkunnskap i å styrke jentenes helsekompetanse og dermed brukervedvirkning. Dette funnet understøtter Nutbeam (1998) som beskriver tilgangen på informasjon og utdanning som essensiell for effektiv brukervedvirkning og styrket empowerment.

Når helsesykepleier hjelper den enkelte til å finne frem til egnet prevensjonsmetode, inkluderer de jenta i prevensjonsveiledningen ved å for eksempel spørre om

kontekstuelle faktorer i jentas liv som kan påvirke bruken av prevensjon, og kan da sammen med jenta finne den metoden som passer henne best. Når kvinnen blir en likeverdig partner i veiledningen, i tråd med empowerment prinsippet (Nutbeam, 1998; Tveiten, 2008), og de blir inkludert i valg av metode, viser det seg at kvinnen i større grad velger de sikreste metodene tilgjengelig (Minnis et al., 2014). Samtidig viser tall fra Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) at de sikreste prevensjonsmetodene er de som færrest unge kvinner velger (se vedlegg 1).

Et tredje funn antyder at å *sørge for trygghet og støtte i veiledningen til den enkelte* er viktig for å bygge en god relasjon til de unge kvinnene og indikerer betydningen av helsesykepleiers anvendelse av egen kompetanse. Helsesykepleierne i min studie forteller at jentene blir trygget med god og grundig informasjon før oppstart av oral prevensjon og før administrering av LARC-metodene, og at de er bevisste på måten de kommuniserer på. Dette understrekes også av Eide og Eide (2007) som beskriver at gode kommunikasjonsferdigheter er en faktor som kan bidra til at helsefagarbeideren kan gi bedre hjelp og støtte og stimulere brukerens utvikling. Lunde et al., (2017) fant at når jentene opplever å få støtte i prevensjonsveiledning, gjenspeiles det i jentenes positive erfaringer fra prevensjonsveiledningen. Funnet fra min studie kan også reflektere viktigheten av å etablere en relasjon i veiledningen, noe som også Tveiten (2007, 2008) vektlegger. Hun beskriver tillit, respekt, likeverdighet og fortrolighet som viktige faktorer i etableringen av en god relasjon som basis i veiledningen.

### **5.3 utfordringer knyttet til å følge anbefalingene om LARC-metodene**

Dette hovedfunnet beskriver utfordringer helsesykepleier erfarer når de skal følge anbefalingene om LARC-metodene til unge kvinner. Noen av helsesykepleierne forteller om manglende kompetanse og lite tilgjengelige ressurser som påvirkende faktorer i å følge anbefalingene om LARC-metodene. Helsesykepleierne forteller at unge kvinner kan være redde for smerter i forbindelse med administrering av LARC, og at de frykter de skal oppleve uønskede bivirkninger fra metodene. Pris på prevensjonsmetodene, alder og p-piller kan også påvirke valget om å velge LARC-metodene.

Funnet om *manglende kompetanse og ressurser for å følge anbefalingene om LARC-metodene* indikerer at dette er problematisk for flere helsesykepleiere. Noen helsesykepleiere forteller at de mangler kompetanse i å administrere LARC-metodene.

De må derfor henvise jentene som ønsker disse metodene til noen med kompetanse i administrering, som betyr at jentene må innom flere besøk hos helsepersonell for administrering. Tidligere forskning viser at jo lengre tid det går fra kvinnen velger metode til hun får administrert den, jo lavere er antallet kvinner som velger metodene (Kelly et al., 2017; Phillips & Sandhu, 2018). I praksis kan dette bety at for å få flere til å velge LARC-metodene må de få tilbud om administrering så snart de har bestemt seg for metode. Gjennom tidligere forskning er det vist at helsepersonell som mangler kompetanse i å administrere LARC har større tilbøyelighet til å utelate metodene fra prevensjonsveiledning, nettopp på bakgrunn av manglende kompetanse (Phillips & Sandhu, 2018). Dette samsvarer ikke med funn fra min studie, der alle helsesykepleierne anbefaler LARC-metodene i prevensjonsveiledning uavhengig av egen kompetanse i administrering av LARC. En kan da argumentere for at det ikke er helsesykepleiers kompetanse i administrering som hindrer unge kvinner i å velge metodene, men heller det at mulighetene for rask administrering kan være begrenset rundt i distriktene.

Det problematiseres videre at tilgjengelige ressurser for å administrere LARC kan være begrenset. Helsesykepleierne som ikke selv administrerer LARC forteller at de kan sette jentene som ønsker metodene opp på lister til HFU lege. Det viser seg at noen av HFU legene ikke administrerer hormonspiral. Jentene må da bestille time til fastlege, gynekolog eller reise til en annen kommune som tilbyr administrering av hormonspiral på HFU. I forhold til p-stav problematiseres det at legen på HFU kan ha fulle lister for administrering, noe som igjen gir økt ventetid for jentene. I tillegg beskriver noen av helsesykepleierne manglende ressurser som lokaler og utstyr for administrering, slik at norske helsemyndigheters ønske om at flere unge skal velge de sikreste prevensjonsmetodene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Rundskriv rekvireringsrett og LARC, 2015) ikke gjenspeiles i en tilsynelatende lite tilrettelagt praksis for at det i realiteten skal kunne la seg gjennomføre.

Et annet funn fra min studie viser at *redsel for smerte og bivirkninger skremmer unge kvinner fra å velge LARC-metodene*. Noen helsesykepleiere forteller at det kommer jenter som velger vekk LARC-metodene fordi de har hørt av andre at det er smertefullt å få administrert dem eller at de er redde for mange uønskede bivirkninger. Dette funnet samsvarer med tidligere forskning som viser at andres erfaringer er en påvirkende faktor i valg av LARC-metodene (Cohen et al., 2017) og at frykt for smerter ved administrasjon er et reelt problem (Bharadwaj et al., 2012; Potter et al., 2014). Videre

viser tidligere forskning at andelen som faktisk opplever sterke smerter ved administrering er relativt lav (Kopp Kallner, 2018). Det kan derfor argumenteres for at hvis helsesykepleier har kunnskaper om dette kan hun gi god informasjon, veiledning og støtte i valg av prevensjonsmetode og dermed skape en trygghet for jentene før administrering av LARC. Som nevnt tidligere vil uønskede bivirkninger som økt blødningsmengde gå over etter en stund hos de fleste (Russo et al., 2013).

Et tredje funn viser at *pris, alder og p-piller hindrer unge kvinner i å velge LARC-metodene*, og kan utgjøre en barriere for unge kvinners valg av LARC-metodene. Noen av helsesykepleierne forteller at det i noen aldersgrupper kan være relativt dyrt å velge LARC-metodene. Dette funnet indikerer at det for unge kvinner, som for eksempel går på skole, muligens kan være utfordrende å dekke en større engangsutgift for LARC-metodene hvert 3 eller 5 år. Dette kan føre til at de da heller velger p-piller som er et billigere alternativ og i noen tilfeller mer tilgjengelig der og da. Forskning viser at når kostnader til prevensjon fjernes er det en større andel som velger de sikreste metodene (Birgisson et al., 2015; Gyllenberg et al., 2018) og i Norge er det et ønske om at flere unge kvinner velger disse metodene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Rundskriv rekvireringsrett og LARC, 2015). Det kan derfor argumenteres for gratis LARC-metoder slik at flere kan velge de metodene som anbefales.

#### **5.4 Metodiske overveielser**

Jeg valgte kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer for å studere helsesykepleiers erfaringer fra prevensjonsveiledning. De enkelte informantene har erfaringer fra prevensjonsveiledning med et stort antall unge kvinner i hver sin kommune, og sitter derfor på rike erfaringer fra temaet som har vært interessant å utforske én-til-én gjennom individuelle intervjuer. Under intervjuene opplevde jeg at alle informantene åpent delte sine erfaringer med meg, noe som kan tyde på at individuelle intervjuer var et riktig valg for å samle data. Utvalget på seks informanter, med en informant fra seks ulike kommuner er noe begrenset, men på bakgrunn av studiens rammer ble det konkludert med at seks informanter var et overkommelig antall enheter å samle data fra. Antallet informanter ble også sett på som tilstrekkelig på bakgrunn av at jeg er novise som intervjuer, og ønsket god tid til å lese meg opp på temaet. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2015) som beskriver viktigheten av at den som intervjuer har gode kunnskaper om intervjutemaet. Det samme gjaldt analyseprosessen, hvor jeg ønsket å ha tilstrekkelig med tid for å kunne utføre en

grundig analyse uten å forholde meg til en uoverkommelig mengde data. Som tidligere nevnt i oppgaven, vil en begrensning av studien være min egen uerfarenhet i intervjuteknikk og sannsynligvis i formuleringen av gode intervju spørsmål. Tross min uerfarenhet har datainnsamlingen likevel gitt et rikt og beskrivende materiale og det kan tenkes at funnene kan være relevante for helsesykepleiere i liknende situasjoner.

## 5.5 Implikasjoner

Tross studiens lille utvalg kan funn fra studien peke på noen implikasjoner for både praksis og forskning som blir redegjort i det følgende.

Mine funn kan bidra til kunnskap om hva helsesykepleier vektlegger i prevensjonsveiledning og hvilke utfordringer hun møter. De kan også gi en større forståelse av helsesykepleiers rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Noen av funnene fra denne studien samsvarer ikke med tidligere forskning. Noe av forklaringen på dette kan være at det i hovedsak er benyttet internasjonal forskning i oppgaven og sammenhengen med norske forhold kan derfor diskuteres. Samtidig er det også funn som samsvarer med internasjonal forskning på flere områder, noe som er med på å styrke funnene mine.

Et viktig funn fra denne studien indikerer at helsesykepleierne er faglig oppdaterte og innehar relevant kunnskap om LARC-metodene, og hvem de er egnet for. De er opptatte av at kvinnene skal ta et velinformert og selvbestemt valg og de tilrettelegger for dette i stor grad. Dette kan indikere at helsesykepleier er bevisst sitt ansvar for å fremme helse, brukermedvirkning og empowerment, hvor ungdommens ressurser og behov er i fokus. Dessuten forteller helsesykepleierne at de inkluderer LARC-metodene i prevensjonsveiledning uavhengig om de selv kan administrere metodene eller ikke. Dette kan reflektere at det ikke er den faglige kunnskapen helsesykepleier sitter på som er årsak til lav dekning av LARC-metodene. Et annet viktig funn fra studien peker på at det er manglende ressurser og kompetanse i administrering av metodene som kan være en påvirkende faktor for lav bruk av metodene. Kunnskap om disse funnene kan bidra til en større forståelse for hvorfor så pass få unge kvinner velger LARC-metodene og gi innblikk i at det er behov for ressurser når det gjelder administrering av LARC.



Fordi norske helsemyndigheter ønsker at flere unge kvinner skal velge de sikreste prevensjonsmetodene, indikerer funnene mine at det er viktig at kommunene kan legge til rette for at det i praksis skal kunne la seg gjennomføre. Funnene indikerer at helsesykepleier oppfyller sitt ansvar ved å holde seg faglig oppdatert og inkluderer LARC-metodene i prevensjonsveiledning uavhengig av egen kompetanse i administrering. Denne kunnskapen kan bidra til at kommunene blir gjort oppmerksom på viktigheten av å gi helsesykepleier kompetansen nødvendig for administrering og dermed gjøre tilgangen på LARC-metodene mer tilgjengelig for unge kvinner.

Det er behov for videre forskning om helsesykepleiers innflytelse på valg av LARC-metodene blant unge kvinner for å få mer kunnskap om deres rolle her. Det kan være interessant å gjøre en oppfølgingsstudie på tilgjengelighet av LARC-metodene, om de i større grad vil bli anvendt når helsesykepleier har alle nødvendige ressurser for rask administrering. Et annet interessant forslag kan være en observasjonsstudie av hvordan helsesykepleier veileder ungdom i prevensjonsveiledning for å få større innsikt i hvordan de konkrete går frem i veiledningen. Det kan også være interessant å intervju noen av ungdommene som får prevensjonsveiledning for å få deres beskrivelser av hvordan de opplever prevensjonsveiledningen, og hvilke utfordringer de eventuelt møter.

## 6 Konklusjon

Dette er en av få studier som omhandler helsesykepleiers erfaringer fra prevensjonsveiledning i en norsk sammenheng. Den har fokusert på hvordan helsesykepleier tilrettelegger for et fritt prevensjonsvalg og på hvilke barrierer hun beskriver ved å følge anbefalingen om bruk av LARC-metodene.

For å tilrettelegge for et fritt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning viser funnene at helsesykepleierne tilfører et solid kunnskapsgrunnlag slik at unge kvinner får en økt mulighet til å kunne ta veloverveide valg. Videre viser funnene betydningen av god informasjon om de ulike prevensjonsmetodene, inkludert LARC, og av at helsesykepleier er faglig oppdatert på feltet for å kunne hjelpe den enkelte til å finne fram til egnet prevensjonsmetode. Helsesykepleier tilbyr en strukturert prevensjonsveiledning der alle tilbudene for prevensjon presenteres med fokus på hva som er mest effektivt. For at unge kvinner skal kunne ta velinformerte valg må informasjon om virkning og bivirkning komme klart frem for å forberede den enkelte på hva som kan skje med kroppen og for å forberede jentene på eventuelle bivirkninger.

Utfordringer helsesykepleier møter når hun skal følge anbefalingene om LARC-metodene er at det er mangler i kompetanse for administrering og tilgjengelige ressurser som er nødvendige for å følge anbefalingene. Funnene viser blant annet at helsesykepleiers manglende kompetanse i administrering likevel ikke er et hinder for å anbefale metodene, og hun inkluderer LARC i prevensjonsveiledning uavhengig om hun kan administrere eller ikke. Et interessant funn viser at selv om kvinnen velger å bruke en av LARC-metodene kan dette valget likevel påvirkes negativt fordi det kreves mye av kvinnen å få administrert en slik metode og at det ofte kan ta lang tid. Da kan det for noen være lettere å få en resept på en p-pille. Dette kan indikere i at unge kvinner velger p-piller fremfor en LARC-metode fordi de er mer tilgjengelige der og da. Funnene i denne studien antyder at helsesykepleier har en viktig rolle i prevensjonsveiledning, og at hun er bevisst denne rollen. De er opptatte av at unge kvinner får muligheten til å ta et fritt valg, med muligheter til å velge de sikreste metodene. Funnene om utfordringer viser at manglende kompetanse og tilgjengelige ressurser kan være påvirkende faktorer som hindrer unge kvinner i å velge de sikreste prevensjonsmetodene som anbefales av norske helsemyndigheter.

## 7 Referanser

- Bharadwaj, P., Akintomide, H., Brima, N., Copas, A. & D'Souza, R. (2012). Determinants of long-acting reversible contraceptive (LARC) use by adolescent girls and young women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(4), 298–306.  
<https://doi.org/10.3109/13625187.2012.675602>
- Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T. & Peipert, J. F. (2015). Preventing unintended pregnancy: The contraceptive CHOICE project in review. *Journal of Women's Health*, 24(5), 349–353.  
<https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5191>
- Brown, M. K., Auerswald, C., Eyre, S. L., Deardorff, J. & Dehlendorf, C. (2013). Identifying counseling needs of nulliparous adolescent intrauterine contraceptive users: A qualitative approach. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 293–300.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.07.004>
- Cohen, R., Sheeder, J., Kane, M. & Teal, S. B. (2017). Factors associated with contraceptive method choice and initiation in adolescents and young women. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 454–460.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.008>
- De Forente Nasjoner. (1948). *Verdenserklæringen for Menneskerettigheter*. Hentet fra <https://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Menneskerettigheter>
- Dickerson, L. M., Diaz, V. A., Jordon, J., Davis, E., Chirina, S., Goddard, J. A., ... Carek, P. J. (2013). Satisfaction, early removal, and side effects associated with long-acting reversible contraception. *Family Medicine*, 45(10), 701–707.
- Dickson, J., Hoggart, L. & Newton, V. L. (2014). Unanticipated bleeding with the etonogestrel implant: Advice and therapeutic interventions. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 40(3), 158–160.  
<https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100817>

- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Envall, N. (2019). *Increasing uptake of long-acting reversible contraception* (Doktoravhandling). Karolinska Institutet Stockholm, Stockholm.
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584)*. Hentet fra <https://lovdata.no/static/lovtidend/ltavd1/2018/sf-20181019-1584.pdf>
- Gadamer, H.-G. (1999). The universality of the hermeneutical problem. I E. C. Polifroni & M. Welch (Red.), *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology* (s. 339–346). Philadelphia: Lippincott.
- Gibbs, S. E., Rocca, C. H., Bednarek, P., Thompson, K. M. J., Darney, P. D. & Harper, C. C. (2016). Long-acting reversible contraception counseling and use for older adolescents and nulliparous women. *Journal of Adolescent Health, 59*(6), 703–709. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.018>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grentzer, J., McNicholas, C. & Peipert, J. F. (2013). Use of the etonogestrel-releasing contraceptive implant. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology, 8*(4), 337–344. <https://doi.org/10.1586/17474108.2013.811941>
- Gyllenberg, F., Juselius, M., Gissler, M. & Heikinheimo, O. (2018). Long-acting reversible contraception free of charge, method initiation, and abortion rates in Finland. *American Journal of Public Health, 108*(4), 538–543. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304280>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Henry, N., Schlueter, M., Lowin, J., Lekander, I., Filonenko, A., Trussell, J. & Skjeldestad, F. E. (2015). Cost of unintended pregnancy in Norway: A role for long-acting reversible contraception. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care; London, 41(2)*, 109–115. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1136/jfprhc-2014-100878>
- Hoggart, L., Walker, S., Newton, V. L. & Parker, M. (2018). Provider-based barriers to provision of intrauterine contraception in general practice. *BMJ Sexual & Reproductive Health; London, 44(2)*, 82–89. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1136/bmjshr-2017-101805>
- Hooper, D. J. (2010). Attitudes, awareness, compliance and preferences among hormonal contraception users: A global, cross-sectional, self-administered, online survey. *Clinical Drug Investigation, 30(11)*, 749–763. <https://doi.org/10.2165/11538900-000000000-00000>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing, 72(12)*, 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

- Kelly, P. J., Cheng, A.-L., Carlson, K. & Witt, J. (2017). Advanced practice registered nurses and long-acting reversible contraception. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(2), 190–195. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12578>
- Kopp Kallner, H. (2018). Benefits of reversible contraception. *F1000Research*, 7, 973. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14370.1>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lunde, B. Littman, L., Stimmel, S., Rana, R., Jacobs, A., & Horowitz, C. R. (2017). “Just wear dark underpants mainly”: Learning from adolescents’ and young adults’ experiences with early discontinuation of the contraceptive implant. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30(3), 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.12.006>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Minnis, A. M., Mavedzenge, S. N., Luecke, E. & Dehlendorf, C. (2014). Provider counseling to young women seeking family planning services. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(4), 223–231. <https://doi.org/10.1363/46e1414>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2019-12-20-104). Hentet 21. mai 2020, fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-12-20-116). Hentet 27. mai 2019, fra Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/\\*#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#KAPITTEL_3)

- Phillips, J. M. & Sandhu, P. D. (2018). Barriers to implementation of long-acting reversible contraception: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(4), 236–243.  
<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000019>
- Potter, J., Rubin, S. E. & Sherman, P. (2014). Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. *Contraception*, 89(5), 446–450.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.011>
- Rosenstock, J. R., Peipert, J. F., Madden, T., Zhao, Q. & Secura, G. M. (2012). Continuation of reversible contraception in teenagers and young women: *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1298–1305.  
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31827499bd>
- Rundskriv rekvireringsrett og LARC. (2015). Rundskriv – Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC) (IS-2015-13). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1118/Rundskriv%20Orekvireringsrett%20og%20LARC%20IS-13-2015.pdf>
- Russo, J. A., Miller, E. & Gold, M. A. (2013). Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC). *Journal of Adolescent Health*, 52(4), S14–S21. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.003>
- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H. & Førde, R. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schmidt, E. O., James, A., Curran, K. M., Peipert, J. F. & Madden, T. (2015). Adolescent experiences with intrauterine devices: A qualitative study. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 381–386.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.05.001>
- Sex og samfunn. (2020, 18. april). Statens bidragsordning. Hentet fra <https://www.sexogsamfunn.no/prevensjon/statens-bidragsordning/>

- Solo, J. & Festin, M. (2019). Provider bias in family planning services: A review of its meaning and manifestations. *Global Health: Science and Practice*, 7(3), 371–385. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00130>
- Statens legemiddelverk. (2019, 6. februar). Anbefalte hormonelle prevensjonsmidler—Legemiddelverket. Hentet fra <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/anbefalte-hormonelle-prevensjonsmidler#p-piller-med-%C3%B8strogen-og-levonorgestrel>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Implementering*. Hentet fra [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om\\_implementering\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om_implementering_webb.pdf)
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse—En innføring i kvalitativ metode* (3. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- The Declaration of Helsinki. (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- The International Planned Parenthood Federation. (2010). *Seksuelle rettigheter: En erklæring fra IPPF*. Sex og Politikk.
- Træen, B. (2009). Seksualitet og seksualatferd. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s. 233–249). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2007). Veiledning. I K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.



Universitetet i Stavanger. (2019, mars 22). *Retningslinjer—Behandling og oppbevaring av forskningsdata*. Hentet fra

<https://student.uis.no/category.php?categoryID=25596>

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

World Health Organization. (2016). *Selected practice recommendations for contraceptive use*. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409187/>

World Health Organization. (2018). *Family planning: A global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration*. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260156/1/9780999203705-eng.pdf?ua=1>

## **8 Vedlegg**

Vedlegg 1: Søk fra reseptregisteret over bruk av hormonell prevensjon fra 2015-2018

Vedlegg 2: Forespørselsbrev om deltagelse i studien

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Svarbrev fra NSD

## Vedlegg 1

## Reseptregisteret

Rapport dato: 06.02.2020 20:31

<http://www.reseptregisteret.no>  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

					Antall brukere	Brukere per 1000	Befolkningsgrunnlag
G02BA03	2015	15 - 19	Kvinne	Hele landet	659	4,17	157 878
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	2 072	12,56	165 030
	2016	15 - 19	Kvinne	Hele landet	1 029	6,57	156 564
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	2 722	16,52	164 818
	2017	15 - 19	Kvinne	Hele landet	1 795	11,56	155 224
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	3 612	21,97	164 432
	2018	15 - 19	Kvinne	Hele landet	3 173	20,48	154 968
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	5 023	30,62	164 029
G03AA07	2015	15 - 19	Kvinne	Hele landet	42 669	270,27	157 878
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	46 597	282,35	165 030
	2016	15 - 19	Kvinne	Hele landet	41 876	267,47	156 564
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	48 571	294,69	164 818
	2017	15 - 19	Kvinne	Hele landet	39 923	257,20	155 224
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	50 404	306,53	164 432
	2018	15 - 19	Kvinne	Hele landet	36 611	236,25	154 968
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	49 151	299,65	164 029
G03AC08	2015	15 - 19	Kvinne	Hele landet	4 763	30,17	157 878
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	3 809	23,08	165 030
	2016	15 - 19	Kvinne	Hele landet	9 001	57,49	156 564
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	5 412	32,84	164 818
	2017	15 - 19	Kvinne	Hele landet	10 816	69,68	155 224
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	6 242	37,96	164 432
	2018	15 - 19	Kvinne	Hele landet	11 918	76,91	154 968
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	7 441	45,36	164 029
G03AC09	2015	15 - 19	Kvinne	Hele landet	11 663	73,87	157 878
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	17 989	109,00	165 030
	2016	15 - 19	Kvinne	Hele landet	12 801	81,76	156 564
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	18 283	110,93	164 818
	2017	15 - 19	Kvinne	Hele landet	13 322	85,82	155 224
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	18 243	110,95	164 432
	2018	15 - 19	Kvinne	Hele landet	13 447	86,77	154 968
		20 - 24	Kvinne	Hele landet	18 039	109,97	164 029

ATC/DDD-versjon: 2019

## Merknader:

Blanke felt for måltall betyr at antall brukere er 1, 2, 3 eller 4. Da skjules alle måltall på samme rad unntatt befolkning.

## Valgte måltall:

Antall brukere

Brukere per 1000 innbyggere

Befolkningsgrunnlag

## Valgte søkekriterier:

## Legemiddel:

- G03AA07 -levonorgestrel og etinyløstradiol
- G03AC08 -etonogestrel
- G03AC09 -desogestrel
- G02BA03 -plastspiraler med progestogener

Periode: 2018, 2017, 2016, 2015

Alder: 15 - 19, 20 - 24

Kjønn: Kvinne

## Ikke valgte søkekriterier:

Bosted: tallene i rapporten er for hele landet

## Vedlegg 2

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *”Helsesykepleiers erfaringer med prevensjonsveiledning til unge kvinner”*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i din erfaring som helsesykepleier rundt prevensjonsveiledning. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Prosjektets formål er å få kunnskap om helsesykepleiers erfaringer med prevensjonsveiledning av unge kvinner og deres valg av prevensjonsmetoder. Det er derfor ønskelig å utforske tanker og refleksjoner helsesykepleiere har rundt veiledning og valg av prevensjonsmetoder gjennom intervju.

Forskningsspørsmål brukt i prosjektet er:

*Hva legger helsesykepleier vekt på i prevensjonsveiledningen til unge kvinner?*

*Hvilke erfaringer har helsesykepleier om selvbestemt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning?*

*Hvilke utfordringer møter helsesykepleier i å følge anbefalingene om økt bruk av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene hormonspiral og P-stav?*

Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave i helsesykepleie ved Universitetet i Stavanger, og utføres av masterstudent Eyvor Blørstad med professor emerita Bjørg Karlsen som veileder.

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

Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

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

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet fordi du er helsesykepleier som jobber med prevensjonsveiledning av unge kvinner. Utvalgsriterier for å delta i prosjektet er at du må være helsesykepleier og ha vært i aktiv jobb ved helsestasjon for ungdom og/eller i skolehelsetjenesten ved videregående skoler det siste året. Du må ukentlig veilede, foreskrive og/eller administrere prevensjon til unge kvinner. Det er din leder som har plukket deg ut til å delta i prosjektet.

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

Du vil delta på et intervju som vil ta mellom 45-60 minutter. Intervjuet er tenkt som en samtale hvor du deler dine erfaringer vedrørende temaer nevnt ovenfor. Det vil samles inn opplysninger om din arbeidserfaring, nåværende stilling og hvilke dagligdagse

arbeidsoppgaver du har. Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker og senere transkribert.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, ber jeg deg om å undertegne samtykkeerklæringen på neste side. Selv om du sier ja til å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. 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**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være veileder for prosjektet Bjørg Karlsen og masterstudent Eyvor Blørstad som har tilgang til datamaterialet og opplysninger om deltakere i prosjektet.
- Navn og kontaktopplysningene dine erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil lagres kryptert på en egen harddisk.

Ved publikasjon av forskningen vil deltakere i prosjektet ikke kunne gjenkjennes av andre, og det blir dermed ikke mulig å spore enkeltutsagn tilbake til den enkelte, da intervjuene blir transkribert og anonymisert.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 21.06.2021. Ved prosjektslutt vil personopplysninger om deg slettes. Datamaterialet brukt i prosjektet vil anonymiseres.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til prosjektet, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger ved

- Veileder Bjørg Karlsen på epost [bjorg.karlsen@uis.no](mailto:bjorg.karlsen@uis.no)
- Vårt personvernombud: [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Dersom du ønsker å delta i dette prosjektet kan du kontakte meg på mail: [e.blorstad@stud.uis.no](mailto:e.blorstad@stud.uis.no) eller telefon: 47854787 slik at vi kan avtale tid og sted for intervju. Du må gjerne ta kontakt hvis du har noen spørsmål.

Med vennlig hilsen

Eyvor Blørstad

Björg Karlsen

Masterstudent

Professor emerita

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Helsesykepleiers erfaringer med prevensjonsveiledning hos unge kvinner*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet  
21.06.2021

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3

### Intervjuguide

#### Innledende spørsmål

1. Presentasjon av meg
2. Presentasjon av forskningsprosjektet
3. Presentasjon av informant. Antall år i yrket, erfaring med prevensjonsveiledning, arbeidssted (helsestasjon for ungdom, videregående skole), aldersgruppe på kvinnene helsesykepleier har prevensjonsveiledning med

#### Spørsmål

##### **Hva legger helsesykepleier vekt på i prevensjonsveiledningen til unge kvinner?**

Kan du fortelle om hvordan du forbereder en prevensjonsveiledning?

Kan du fortelle om hva du vektlegger i prevensjonsveiledning?

- Har du visse prioriteringer?

Kan du fortelle om hva du anser som det viktigste du formidler til unge kvinner i prevensjonsveiledning?

##### **Hvilke erfaringer har helsesykepleier om selvbestemt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning?**

Kan du fortelle om hvordan du tilrettelegger for et fritt prevensjonsvalg i prevensjonsveiledning?

- Eventuelle utfordringer du ser på som aktuelle?

Kan du fortelle litt om hvilken kompetanse du mener helsesykepleier bør ha for å kunne tilrettelegge for et fritt prevensjonsvalg.

- Føler du at du har tilstrekkelig kompetanse i prevensjonsveiledning og hva skulle du eventuelt ønske du hadde mer kunnskap om?

Kan du fortelle om hvordan du opplever delaktigheten til den unge kvinnen i prevensjonsveiledning?

Kan du fortelle litt om når du tenker en prevensjonsveiledning er vellykket?

Kan du fortelle litt om når du tenker en prevensjonsveiledning ikke er vellykket?

##### **Hvilke utfordringer møter helsesykepleier i å følge anbefalingene om økt bruk av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene hormonspiral og p-stav?**

Kan du fortelle hvordan du erfarer prevensjonsveiledning av hormonspiral og p-stav?

Hvordan erfarer du holdninger unge kvinner har til hormonspiral og p-stav?

Hvordan vil du beskrive utfordringer knyttet til ønsket om at flere unge kvinner velger hormonspiral og P-stav?

Legger anbefalingene om økt bruk av langtidsvirkende hormonell prevensjon føringer for hvordan du utfører prevensjonsveiledning?

Hvordan opplever du at disse anbefalingene har påvirket ditt arbeid i kommunen?

Kan du fortelle om hvordan du opplever kollegaers holdninger til hormonspiral og p-stav?

Kan du fortelle om hva du mener kan fremme bruken av langtidsvirkende hormonell prevensjon hos unge kvinner?

Tenker du at du selv som helsesykepleier bevisst fremmer bruken av hormonspiral og p-stav?

### **Avsluttende spørsmål**

Har du noe du ønsker å tilføye dette intervjuet. For eksempel spørsmål du anser som viktige å utforske eller andre temaer det kan være nyttig å ta opp?



## Vedlegg 4

2.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Helsesykepleiers erfaringer med prevensjonsveiledning til unge kvinner

#### Referansenummer

940840

#### Registrert

23.09.2019 av Eyvor Blørstad - e.blorstad@stud.uis.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

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

Björg Karlsen, bjorg.karlsen@uis.no, tlf: 51834168

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Eyvor Blørstad, e.blorstad@stud.uis.no, tlf: 47854787

#### Prosjektperiode

15.11.2019 - 21.06.2021

#### Status

30.09.2019 - Vurdert med vilkår

#### Vurdering (2)

##### 30.09.2019 - Vurdert med vilkår

NSD bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrevet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

##### 26.09.2019 - Vurdert med vilkår

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

**HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?**

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

**HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?**

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

**VILKÅR**

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt. Det mangler at du inntar informasjon om de registrertes rettigheter. Se punkt 7 og 8 nedenfor.
4. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)

**KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE**

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde:

1. Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
2. Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
3. Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
4. At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
5. Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
6. At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke
7. At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
8. At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
9. Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
10. Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:  
[http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/informere\\_om.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html)

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 21.06.2021.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

**NSD SIN VURDERING**

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering 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**

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD 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.

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik  
Tlf. Personvertjenester: 55 58 21 17 (tast 1)