

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VK 15

”Lyssna på kvinnan så att det blir HENNES val av preventivmetod, inte mitt”

Barnmorskans arbete med preventivmedelsrådgivning
inom Stockholm läns landsting

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2016

Författare:
Amelia Almlöf
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Helena Paul
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Handledare:
Malin Söderberg
Leg. Barnmorska
Med Dr.

Mia Barimani
Leg. Barnmorska
Med Dr.

Examinator:
Margareta Johansson
Leg. Barnmorska
Fil Dr.



KAROLINSKA INSTITUTET
The Department of Women's and Children's Health
Division of Reproductive Health
Program of Midwifery VK 15

"Listen to the woman, so that the decision of contraceptive is
HERS, not mine"
The midwife's work with contraceptive counseling
in Stockholm County Council

Degree project in sexual, reproductive and perinatal health, 15 credits
(Advanced level), 2016

Author:
Amelia Almlöf
Registered nurse
Midwifery student

Helena Paul
Registered nurse
Midwifery student

Supervisor:
Malin Söderberg
RNRM
Med Dr.

Mia Barimani
RNRM
Med Dr.

Examinator:
Margareta Johansson
RNRM
Fil Dr.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Svenska barnmorskor har förskrivningsrätt och skriver ut 80 % av alla preventivmedel. I Sverige är preventivmedelsrådgivning gratis, preventivmedel lättillgänglig och subventionerat till vissa grupper. Trots detta har Sverige höga aborttal och många kvinnor i Sverige använder mindre effektiva metoder eller ingen metod alls trots risk för oplanerad graviditet. En väl utförd preventivmedelsrådgivning kan öka kvinnans följsamhet till vald preventivmetod **Syfte:** Att undersöka barnmorskans arbete med preventivmedelsrådgivning inom SLL. **Metod:** En webbenkät skickades ut till samtliga barnmorskor på mottagningar i SLL. Studiens ansats var deskriptiv kvantitativ med kvalitativa inslag. **Resultat:** 121 barnmorskor deltog. Majoriteten av respondenterna erbjöd återbesök efter preventivmedelsrådgivningen, lämnade information om biverkningar samt ansåg sig ha tillräckligt med kunskap som rådgivare. För att kvinnor ska ha hög följsamhet till vald preventivmetod ansåg barnmorskorna att kvinnan måste vara motiverad och delaktig. För att bli bra rådgivare ansåg barnmorskorna att de skulle vara lyhörda, pålästa, ha tillräckligt med tid, vara neutrala och individualisera rådgivningen. **Diskussion:** Barnmorskor lämnade information om biverkningar i enighet med behandlingsrekommendationer. Gestagena metoder följdes upp i lägre grad än kombinerade metoder trots att förändrat blödningsmönster påverkar följsamheten. Barnmorskor arbetade för att individanpassa rådgivningen vilket är ett positivt fynd. **Konklusion:** Barnmorskor på barnmorskemottagningar i Stockholms län arbetar till stor del i samstämmighet med vad forskningen säger om preventivmedelsrådgivning.

Nyckelord: barnmorskor, följsamhet, preventivmedel, rådgivning

ABSTRACT

Background: Swedish midwives prescribe 80 % of all contraceptives. In Sweden, contraceptive counseling is free of charge and contraceptives are easily accessed and often subsidized to certain groups. Despite this, Sweden has a high abortion rate and many Swedish women are using less effective methods or no method at all, despite the risk of unintended pregnancy. A well performed contraceptive counseling can increase women's compliance to their method of choice. **Aim:** to investigate the midwife's work with contraceptive counseling **Method:** An online survey was sent to all midwives at midwifery clinics in Stockholm County Council (SLL). The study's approach was descriptive quantitative with qualitative elements. **Results:** 121 midwives participated with the majority of the respondents offering follow-ups after contraceptive counseling, informing on side effects as well as considering themselves to have sufficient knowledge to perform counseling. The midwives regarded the woman's motivation and involvement to be essential in order for women to achieve high compliance to the chosen method. A good counselor, according to the midwives, should be responsive, well-informed, have sufficient time, be neutral and individualize the counseling. **Discussion:** Midwives gave information about side-effect in concurrence with treatment regimen. Gestagen methods was not offer follow-ups to the same extent as combined hormonal method do, despite the fact that changes in bleeding pattern influence the compliance. Midwives strived to individualize the counseling which is a positive finding. **Conclusion:** Midwives in Stockholm County Council works to a large extent in harmony with what research has found concerning contraception counseling.

Keywords: nurse-midwives, compliance, contraceptive, counseling

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BEGREPPSLISTA	5
2. INLEDNING	6
3. BAKGRUND	6
3. 1 Kort om olika metoder	6
3. 2 Om preventivmetoders effektivitet och Pearl Index.	6
3. 3 Abort i Sverige idag	7
3. 4 Preventivmetodsanvändning i Sverige	7
3. 5 Preventivmedelsrådgivning	8
3. 6 Preventivmedelsrådgivning i Stockholm	9
3. 7 Barnmorskans arbete och utbildning	9
3. 8 Att ge information om biverkningar	10
3. 9 Återbesök och uppföljning	11
4. PROBLEMFORMULERING	12
5. SYFTE.....	12
6. METOD	12
6. 1 Urval.....	13
6. 2 Enkät.....	13
6. 3 Datainsamling.....	14
6. 4 Dataanalys	15
7. ETISKA ASPEKTER	16
8. RESULTAT	17
8. 1 Bakgrundsvariabler	17
8. 2 Resultat uppföljning, besöksbokning, information och utbildning	19
8. 2. 1 Uppföljning och besöksbokning	19
8. 2. 2 Information om biverkningar	21
8. 2. 3 Barnmorskans bedömning av sin preventivmetodsutbildning	22
8. 3 Resultat av enkätens öppna frågor	22
8. 3. 1. Barnmorskan som rådgivare	22
8. 3. 2. Inverkan på kvinnans följsamhet	23
9. DISKUSSION	24
9. 1 Resultatdiskussion.....	24
9. 2 Metoddiskussion	28
9. 2. 1 Urval och svarsfrekvens	28
9. 2. 2 Enkät.....	30
9. 2. 3 Datainsamling.....	32
9. 2. 4 Dataanalys	32
10. KONKLUSION	33
11. KLINISK IMPLIKATION	34
12. REFERENSER.....	35
13. BILAGOR	41
13. 1. Enkät.....	41
13. 2. Informationsmail till verksamhetschefer.....	55
13. 3. Följemail.....	56
13. 4. Påminnelsemail	57

1. BEGREPPSLISTA

I ordlistan ”Medicinska ord” av Lundh och Malmquist (2009) definieras *preventivmedel* som medel för att förebygga befruktning vid samlag, och Lundh och Malmquist definierar p-piller, livmoderinlägg, pesssar, kondom och spermicider som preventivmedel. I Svenska Akademiens Ordlista (SAOL) definieras *antikonception* ”som förebygger befruktning”. *Preventivmedel* och *preventivmetod* står som synonymer och definieras som ”förebyggande medel” (SAOL, 2013).

I läkemedelsboken, som ges ut av läkemedelsverket, används begreppet preventivmetod för dels hormonella metoder, dels för icke-hormonella och naturliga metoder (Odland & Milsom, 2014).

Författarna till denna uppsats har valt *preventivmetod* som det begrepp som innefattar alla typer av förebyggande sätt att förhindra en befruktning, både de som omfattas av förskrivning, såsom kombinerade p-piller, till att omfatta barriärmetoder exempelvis kondom, samt naturliga metoder. Detta på grund av en föreställning författarna uppfattat inom mottagningsverksamheten att preventivmedel mer behandlar de hormonella preparaten.

Författarna har dock valt att använda preventivmedelsrådgivning och inte preventivmetodsrådgivning då preventivmedelsrådgivning är det vedertagna begreppet idag.

Med ordet *följsamhet* menas ordinationsföljsamhet, alltså en patients förmåga att följa givna föreskrifter, t.ex att ta sina mediciner på angivet sätt. En synonym till ordet följsamhet som används inom medicinen är *compliance* (Lindskog, 2008).

Nationalencyklopedin (2016a) definierar *drop in* ”som ger möjlighet till omedelbart besök för behandling el. annan service”.

2. INLEDNING

Idén till den här uppsatsen kom från den debatt som finns i Sverige idag om preventivmetoder, och då främst diskussionen om hormonella preventivmedel och dess biverkningar. Båda författarna har med stort intresse följt debatten i media och på nätet. Vi har upplevt att det finns ett avstånd i Sverige idag mellan förskrivare och kvinnors kunskaper, önskemål och förväntningar på preventivmetoder.

Författarna till studien har varit ute på verksamhetsförlagd utbildning på barnmorskemottagningar i Stockholm, och där fått djupare inblick i hur preventivmedelsrådgivningen utförs. Vi har upplevt att det finns stora individuella skillnader mellan barnmorskor i hur rådgivningen ser ut. Vården, och därigenom samhället, har mycket att vinna på att rådgivningen utformas i samstämmighet med vad forskningen visar är viktigt. En kvinna som söker rådgivning ska känna sig hörd och lyssnad på.

3. BAKGRUND

3. 1 Kort om olika metoder

Kombinerade metoder finns idag som tabletter, plåster och vaginalring. Vanligast är kombinerade p-piller. Vid korrekt användning har metoderna en närmast 100 % effektivitet (Odland & Milson, 2014). I kombinerade preparat ingår hormonerna östrogen och gestagen. *Gestagena metoder* är preventivmedel utan östrogen (Kaplan, 2009). Beroende på dosen delas gestagena metoder in i lågdoserade (minipiller), mellandoserade (orala och implantat) och högdoserade (intramuskulär injektion). *Spiral* är ett inlägg som sätts in i livmodern och finns i två olika sorter i Sverige idag, dels de hormonella spiralerna som innehåller gestagen och dels kopparspiral som inte innehåller hormoner utan en liten mängd koppar (Läkemedelsverket, 2014). Till *barriärmetoder* räknas kondom, den kvinnliga kondomen femidom samt pessar och spermiedödande medel. *Naturlig familjeplanering* eller *naturliga metoder* innebär att kvinnan lär sig observera och tolka tecken i kroppen för att hålla reda på fertila och infertila dagar, såsom t. ex mätning av kroppstemperatur och förändringar av cervixsekretet. Hit räknas även LAM (laktationsammenorémetoden) som innebär att en kvinna som ammar fullt upp till sex månader efter förlossningen och inte återfått menstruationen har en låg risk för graviditet (Kaplan, 2009).

3. 2 Om preventivmetoders effektivitet och Pearl Index.

En preventivmetods effektivitet, alltså hur säkert den skyddar mot oplanerad graviditet, bedöms ofta utifrån Pearl Index, PI (Odland & Milson, 2014). Pearl Index utvecklades av den

amerikanske biologen och statistikern Raymond Pearl (Nationalencyklopedin, 2016b).

Effektiviteten uttrycks som antal graviditeter per 100 kvinnoår under första årets användning. Vid mätning av en preventivmetods effektivitet med PI mäts både ”perfekt” och ”typisk” användning. Perfekt användning avser det PI en metod får i studier, då deltagare i studier ofta har en hög följsamhet till metoden. Vid typisk användning avses PI i vardaglig användning (Thunell & Kopp Kallner, 2014).

3. 3 Abort i Sverige idag

År 2014 rapporterades cirka 36600 aborter in till Socialstyrelsen. Detta motsvarar 20,2 per 1000 kvinnor mellan 15-44 år. Vanligast är aborter i åldersgruppen 20-24 år, där ligger siffrorna på 29,6 per 1000 kvinnor. 93 % av alla aborter 2014 gjordes före vecka 12 (Socialstyrelsen, 2015a).

I Finland år 2013 låg antal aborter per år på 8,7 per 1000 kvinnor, och genomsnittet i de nordiska länderna var 13,5 aborter per 1000 kvinnor. I denna rapport togs statistik för kvinnor mellan 15-49 år med, vilket innebär att siffrorna för antalet aborter i Sverige under 2013 då blir 17,5 per 1000 kvinnor. Den svenska statistiken är dock baserad på siffror för 2012, då insamlingen av abortstatistik i Sverige tillfälligt stoppades 2013 (Institutionen för hälsa och välfärd, 2015).

3. 4 Preventivmetodsanvändning i Sverige

I Sverige är ålder och antal barn som kvinnan fött relaterat till vilken typ av preventivmetod som används. Den vanligaste metoden för kvinnor från tonåren och upp till 29 års ålder är kombinerade p-pillar, därefter används i första hand livmodersinlägg (spiral). Statistik från åren 2010-2013 visar att 42 % av all försäljning av hormonella preventivmedel utgörs av kombinerade p-piller, därefter hormonspiralen som idag står för 31 % av försäljningen. (Lindh, 2014).

I en nyligen publicerad studie tillfrågades kvinnor i Sverige om vilka metoder de använder för att skydda sig mot graviditet (Kopp Kallner, Thunell, Brynhildsen, Lindeberg & Gemzell Danielsson, 2015). Av samtliga tillfrågade kvinnor svarade 72 % att de använde någon form av preventivmetod i nuläget. I studien svarade 11 % av de tillfrågade som använde preventivmetod att de skulle byta ut sin nuvarande preventivmetod om kostnaden varit densamma. Totalt svarade 22 % av de deltagande kvinnorna att de hade blivit oplanerat gravida, och 84 % av kvinnorna som blivit oplanerat gravida hade inte använt någon preventivmetod. Nästan 9 % av deltagarna använde inte någon preventivmetod för skydd mot

graviditet trots att de riskerade oplanerade graviditeter och hade behov av preventivmetoder. I åldersgruppen 21-30 år, där abort är allra vanligast, var det 13,4 % av deltagarna som hade behov av en preventivmetod men inte använde någon. I studien definierades ”ej uppfyllt behov av preventivmetoder” som fertila kvinnor som inte använder någon preventivmetod, samt har sex med män och inte önskar bli gravida (Kopp Kallner et al, 2015). Fyrtiotvå procent av kvinnorna i studien använder metoder med låg effektivitet såsom avbrutet samlag och kondom. Att svenska kvinnor använder mindre effektiva metoder eller ingen alls trots att behovet finns tror forskarna kan vara en bidragande orsak till skillnaderna i abortstatistik mellan exempelvis franska och svenska kvinnor (Kopp Kallner et al, 2015).

Unga kvinnor har hög fertilitet, det är därför önskvärt med högeffektiva metoder. Unga kvinnor har även i högre utsträckning svårare att använda metoder som behöver tas dagligen och/eller kräver en regelbunden livssituation (Läkemedelsverket, 2014). Den vanligaste hormonella metoden för kvinnor mellan 18-29 år i Sverige idag är som tidigare beskrivits kombinerade p-piller. Effektiviteten vid p-pillersanvändning är hög vid perfekt användning, med användarens följsamhet till metoden är avgörande (Gemzell Danielsson, Thunell, Lindeberg, Tydén, Marintcheva-Petrova & Oddens, 2011).

I en tvärsnittsstudie jämfördes preventivmetodss användningen bland 19-åriga kvinnor från Göteborg födda år 1962, 1972 och 1982. Kvinnorna fick via frågeformulär året de fyllde 19 år svara på frågor angående preventivmetoder och reproduktiv hälsa. Resultaten av studien visar att användandet av preventivmetod ökade över tid och förekomsten av graviditeter minskade. I alla tre gruppen av 19 åringar var den vanligaste metoden kombinerande p-piller och kvinnorna använde det främst i preventivt syfte (Lindh, Blohm, Andersson-Ellström och Milsom, 2009).

3. 5 Preventivmedelsrådgivning

Enligt Läkemedelsverkets (2014) behandlingsrekommendationer är syftet med preventivmedelsrådgivning att hjälpa kvinnan förhindra oönskad graviditet och bevara fertiliteten fram till dess att hon vill bli gravid samt främja hennes sexuella och reproduktiva hälsa. Efter rådgivningen skall kvinnan känna sig nöjd med vald metod och erhållit information så hon kan använda metoden korrekt och konsekvent. Förskrivaren skall ta hänsyn till kvinnans aktuella livssituation och hennes tidigare erfarenheter av preventivmetod. Kvinnans förväntningar inför preventivmetoden skall beaktas och informationen skall anpassas så att hon förstår. Vidare skall hon ges information om eventuella biverkningar och positiva hälsoeffekter som preventivmetoden kan innebära.

Preventivmedelsrådgivningen måste individualiseras för att få kvinnor nöjda och öka deras följsamhet till vald metod. I en rådgivningssituation bör förskrivaren ta en noggrann anamnes, ta reda på hur kvinnans behov av preventivmetod ser ut, vad hon har för förväntningar på metoden, hur hennes aktuella livssituation är och hur hon ser på sin reproduktiva livsplan (Stern, Larsson, Kristiansson & Tydén, 2013).

Ett individanpassat förhållningssätt vid preventivmedelsrådgivning innebär en bedömning av individens unika behov men också fokus på relationen mellan patient-rådgivare. En god preventivmedelsrådgivning är beroende av interaktionen mellan patient och rådgivare, kvaliteten på den givna informationen och rådgivarens egen skicklighet. Rådgivaren ska ge objektiv information om olika preventivmetoder (Halpern, Lopez, Grimes, Stockton & Gallo, 2013). Enligt Halpern et al (2013) visar amerikansk forskning på att 7-27 % av kvinnorna slutar med sin valda preventivmetod inom 1 år av på grund av bland annat biverkningar och oro för hur hormonerna påverkar hälsan. Dessa skäl till att kvinnor slutar med sin valda metod kan tas upp under rådgivningen och på så sätt går det att minska risken för att kvinnan slutar med metoden.

3. 6 Preventivmedelsrådgivning i Stockholm

Barnmorskemottagningarna i Stockholm har ett brett uppdrag där verksamhetens främsta ansvarsområden är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för den gravida kvinnan, det väntade och det nyfödda barnet. Utöver detta innefattar barnmorskemottagningarnas verksamhetsområde även preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel, utåtriktad verksamhet och förebyggande verksamhet kring sexuellt överförbara infektioner och cellprovtagning (Socialstyrelsen, 2014).

Preventivmedelsrådgivning i Stockholm sker inte bara på barnmorskemottagningar utan även på ungdomsmottagningar och gynekologmottagningar samt hos enskilda barnmorskor eller gynekologer. Preventivmedelsrådgivning är avgiftsfri oavsett vilken mottagning eller vårdgivare i Stockholm patienten besöker. Patienter upp till och med 25 år har rätt till subventionerade preventivmedel (Vårdgivarguiden, 2015).

3. 7 Barnmorskans arbete och utbildning

Effektiva preventivmedel som spiral och p-piller kom till Sverige på 60-talet. Innan dess var det svårt för kvinnor att planera sitt barnafödande och när de nya preventivmetoderna kom var efterfrågan stor. Till en början var det endast läkare som utförde

preventivmedelförskrivningar och satte in spiral (Kaplan, 2009). I samband med att Sverige fick en ny abortlag år 1975 bestämdes att barnmorskor skulle få utbildning i preventivmetoder och förskrivningsrätt till preventivmedel. Idag skrivs ca 80 % av all antikonception ut av barnmorskor på de olika mottagningar som finns i landet. Barnmorskor utför rådgivning av preventivmetoder på barnmorskemottagningar, ungdomsmottagningar och specialiserade preventivmedelsmottagningar. Förskrivningsrätten omfattar endast födelsekontroll och i annat fall skall kvinnan hänvisas till gynekolog (Lind, 2014).

I Socialstyrelsens (2006) kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska framgår att en svensk barnmorska skall ha förmåga att förskriva och administrera preventivmedel samt i dialog med kvinnan kunna informera och följa upp preventivmedelsanvändningen. Förskrivningsrätt utfärdas av Socialstyrelsen (Socialstyrelsens föreskrifter om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte, 1996). För att en barnmorska skall erhålla förskrivningsrätt skall denna tagit sin barnmorskeexamen efter den första januari 1974 och genomgått en speciell fortbildning inom preventivmedelsrådgivning. Barnmorskan måste även ha genomgått inskolning på minst 30 timmar på en mottagning där preventivmedelsrådgivning ges. Efter detta skall Socialstyrelsen godkänna förskrivningsrätten. I Sverige finns ca 7900 barnmorskor som har förskrivningsrätt (B. Ollars, personlig kommunikation, 15 februari 2016). År 2014 fanns totalt ca 11600 legitimerade barnmorskor i Sverige, varav ca 8400 legitimerade barnmorskor är i arbetsför ålder (Socialstyrelsen, 2015b).

3. 8 Att ge information om biverkningar

Enligt Läkemedelverkets rekommendationer är det viktigt att vårdpersonal som utför preventivmedelsrådgivning ger bra och relevant information om eventuella biverkningar (Lind, 2014). Forskning talar för att om patienten skall ta ansvar och ha hög följsamhet till ett läkemedel behöver han/ hon begriplig information om risker och fördelar (Knapp, Raynor & Berry, 2004). Studier har visat att kvinnor som erhåller information om biverkningar har en bättre följsamhet till vald preventivmetod (Canto De Cetina, Canto & Ordoñez, 2001; Backman et al., 2002).

Informationen om biverkningar kan ges muntligt, skriftligt eller i en kombination av båda. Om förskrivaren endast ger muntlig information om biverkningar kan det leda till att patienten överskattar risken för skada och slutar med läkemedlet (Knapp, Raynor & Berry, 2004; Al Juffali, Al Omran & Al Aqeel, 2014).

Förskrivaren bör diskutera med varje enskild kvinna och komma fram till vilket preparat/metod som passar bäst för henne. Barnmorskan bör sträva efter att identifiera faktorer som kan påverka kvinnans val och eventuell orsak till att hon slutar med preventivmetoden (Lind, 2014).

Forskning visar att de flesta kvinnor som använder hormonella preventivmetoder mår som de gjorde innan insättandet eller bättre (Skouby, 2010). I den tidigare nämnda studien av tre generationer 19-åriga kvinnor i Göteborg framkom att de vanligaste orsakerna till att kvinnorna slutade med sina kombinerade p-piller var upplevda psykiska biverkningar som nedstämdhet och minskad sexuell lust samt viktökning och rädsla för hormonella metoder (Lindh et al., 2009). Emotionella och sexuella biverkningar är oftast anledningen till att kvinnor slutar med p-piller. De flesta som väljer att avbryta eller byta preventivmetod gör detta de tre första månaderna (Sanders, Graham, Bass & Bancroft, 2001).

En svensk studie från år 2012 visar på rådgivarens inverkan på kvinnans valda preventivmetod. I studien sändes enkäter ut till 46-åriga kvinnor i Sverige med frågor om deras preventivmetoder under sin reproduktiva period. Bland annat tillfrågades kvinnorna om vilka faktorer som påverkade deras val av metod. Metodens effektivitet, biverkningar och tillgänglighet var tillsammans med rådgivarens råd de faktorer som påverkade mest. Forskarna skriver även att biverkningar var den vanligaste orsaken till varför kvinnorna slutade med sin preventivmetod, bortsett från graviditetsönskan, och att rådgivare ska ta metodens biverkningar i beaktande och även diskutera biverkningarna vid preventivmedelsrådgivning (Sköld & Larsson, 2012).

3. 9 Återbesök och uppföljning

I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer står att vårdgivaren skall erbjuda kvinnan ett återbesök tre månader efter nyförskrivning av hormonell metod. Vid återbesöket skall förskrivaren följa upp hur kvinnan har trivts med sin preventivmetod och aktivt fråga om hon upplevt några biverkningar. Om förskrivningen gällde en kombinerad hormonell metod bör blodtrycket tas på återbesöket 3-6 månader efter insättande och därefter med 1-2 års intervall. Vill kvinnan fortsätta med den kombinerade metoden är det viktigt att vikt och BMI följs och att en ny medicinsk anamnes tas årligen. Har kvinnan fått en spiral bör hon erbjudas ett återbesök 6-12 veckor efter insättningen. En individuell bedömning hur ofta varje kvinna

behöver komma på återbesök bör ske relaterat till vad hon har för individuella behov och livssituation (Läkemedelsverket, 2014).

Läkemedelsverket (2014) skriver i behandlingsrekommendationer för antikonception att uppföljning efter preventivmedelsrådgivning kan öka kvinnors följsamhet till sin valda preventivmetod. I en genomgång av randomiserade kontrollerade studier som undersöker om kvinnors följsamhet till sin preventivmetod kan öka genom återbesök har dock en grupp forskare kommit fram till motsatsen (Steenland, Zapata, Brahmi, Marchbanks & Curtis, 2012). Enligt Steenland et al (2012) finns idag få studier som studerat återbesökets betydelse, och de studier som finns är av låg kvalitet.

4. PROBLEMFORMULERING

I Sverige är preventivmedel lättillgängligt, subventionerat till vissa grupper och rådgivningen är gratis. Trots detta har vi idag bland de högsta aborttalen i västvärlden. Nationella studier har visat att kvinnor i Sverige ofta använder osäkra metoder för att skydda sig mot graviditet, eller ingen metod alls trots att risk för oplanerad graviditet föreligger. Vanliga orsaker till varför kvinnor väljer att sluta med sin valda preventivmetod är upplevda biverkningar och att metoden är svår att följa. En stor del av Sveriges rådgivning och förskrivning av preventivmetoder utförs av barnmorskor och studier visar att rådgivaren har inflytande på kvinnors val av metod. Andra viktiga faktorer för preventivmedelsrådgivning är att ge tid för återbesök och uppföljning, tydlig information om biverkningar, individanpassad rådgivning och att ta hänsyn till kvinnans livssituation. Det saknas kunskap om barnmorskans arbete med preventivmedelsrådgivning, kunskap som kan bidra till att förbättra densamma och öka kunskaper om barnmorskor arbete med preventivmedelsrådgivning på barnmorskemottagningarna i Stockholm.

5. SYFTE

Syftet var att undersöka barnmorskans arbete med preventivmedelsrådgivning på barnmorskemottagningar inom SLL.

6. METOD

Studiens design var en prospektiv tvärsnittsstudie med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Den insamlade kvantitativa datan bearbetades deskriptivt, alltså syftade till att kartlägga en företeelse (Dahmström, 2011). För att kunna presentera den kvalitativa datan i uppsatsens

resultat är den bearbetad med tematisk analys (Braun & Clarke, 2006).

6. 1 Urval

Enkäten skickades till barnmorskor som arbetar med preventivmedelsrådgivning på barnmorskemottagningar i SLL. Inom SLL finns ca 68 barnmorskemottagningar och där arbetar omkring 340 barnmorskor.

6. 2 Enkät

För att på bästa sätt svara på studiens syfte utformades en webbenkät med slutna och öppna frågor. Viktiga frågor som identifierades genom relevant litteratursökning var återbesök, information om biverkningar och barnmorskans utbildning. För att få insyn i hur barnmorskan arbetar för att individanpassa rådgivningen och öka följsamheten inkluderades två öppna frågor i enkäten. Barnmorskor ombads att med egna ord beskriva en optimal rådgivningssituation, samt hur de själva anser att de kan öka kvinnors följsamhet till vald preventivmetod. Författarna önskade även få kännedom om preventivmedelsrådgivningen är tidsbokad eller sker på drop-in.

Enkäten togs fram tillsammans med tre andra magisteruppsatsgrupper där varje grupp bestod av två studenter. Författarna till denna uppsats konstruerade tolv frågor för att kunna besvara studiens syfte. I enkäten finns denna studies frågor i avsnitt tre, under rubriken ”handläggning av preventivmetod” (bilaga 11.1). Nio av frågorna (fråga 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30 och 31) hade fasta svarsalternativ och resterande tre var öppna frågor (fråga 25, 27 och 32) där respondenterna kunde utveckla sina svar. Övriga tre magisteruppsatsgrupper konstruerade liknande antal frågor för att besvara respektive uppsats syfte och frågeställningar. Enkäten utgjordes även av sex inledande bakgrundsfrågor (se bilaga 11.1).

Layout och utformning av enkäten framställdes i formulärhanteraren i Google Docs tillsammans med de andra författarna i projektgruppen på gemensamma gruppmöten. När författarna till samtliga uppsatser konstruerat ett första utkast till enkäten ombads tre frivilliga (en barnmorskestudent och två lärare) testa enkäten. Enkäten testades för att få åsikter om frågorna samt för att undersöka om frågorna var lättbegripliga och för att minska risken för missförstånd (Bell, 2005). Efter denna första revidering gjordes ytterligare en testomgång på åtta barnmorskestudenter, sex stycken via personligt möte och två över telefon.

Under testomgångarna av enkäten till denna studie ville författarna minimera risken för att frågorna skulle missförstås av respondenten. Detta skedde genom så kallad kognitiv intervjumetod enligt Drennan (2003). Kort sammanfattat går metoden ut på att enkäten testas av respondenter som helst är insatta i det ämne enkäten avser belysa. Genom att forskaren sitter bredvid och låter respondenterna läsa frågorna högt och därefter muntligt berätta om hur de tolkar frågorna och vad de tänker kring frågorna får forskaren insikt ibland annat om frågorna är lättbegripliga eller kan missförstås.

Författarna blev uppmärksammade på att utformningen av frågorna på flera ställen var ledande under testomgångarna. Exempelvis ändrades frågan ” När erbjuds återbesök av dig 3 månader efter nyförskrivning av preventivmedel?” till två delfrågor. Den första blev ”Erbjuder du vanligtvis återbesök inom 1-3 månader efter införandet av en ny preventivmetod?” med alternativen ”ja” eller ”nej”, om respondenten svarade ”ja” fick denna kryssa i vid vilka metoder där återbesök erbjöds. På detta sätt blev frågan neutral och respondenten blev inte vägledd att svara i en speciell riktning utan fick svara utifrån sin egen uppfattning. Vidare ställdes frågan ”Beskriv vad du som barnmorska tar upp vid återbesök och uppföljning efter nyförskrivning av preventivmedel?” som en öppen fråga där respondenterna med egna ord skulle beskriva. Efter testningen ändrades frågan till en stängd ”Vad tar du upp vid återbesök efter införande av ny preventivmetod? ” med 10 svarsalternativ.

Författarna har genomgående i uppsatsen valt att använda sig av begreppet *preventivmedelsrådgivning* trots att de syftar på alla sorts preventivmetoder och inte bara de preventivmedel som går att förskriva. Detta beslut är taget på grund av att preventivmedelsrådgivning är det vedertagna begreppet som används idag. När enkäten författades och publicerades hade beslut om ordval inte fattats och därför används det icke vedertagna begreppen *preventivrådgivning* i enkäten.

6. 3 Datainsamling

Enkäten skickades ut 9e februari 2016 via mail till barnmorskor på barnmorskemottagningarna i Stockholms län (bilaga 11.3). En vecka innan utskick, runt den 2a februari erhöll verksamhetscheferna på mottagningarna ett informationsmail om att enkäten skulle skickas ut samt uppmanades att informera sina anställda om enkäten (bilaga 11.2). Webbenkäten planerades att vara tillgänglig under cirka två veckor. Den 15e februari

när enkäten varit tillgänglig i cirka en vecka ringde författarna i projektgruppen runt till samtliga mottagningar. Detta gjordes dels för att påminna om enkäten för att öka svarsfrekvensen samt för att säkerställa att enkäten skickats ut till mottagningarna. Det lades även ut en uppmaning på en stängd grupp för barnmorskor på Facebook med information om enkäten. Barnmorskorna erhöll även ett påminnelsemail några dagar innan svarstiden gick ut (bilaga 11.4).

Den 19e februari var tidpunkten då författarna planerat att avsluta enkäten, då var svarsfrekvensen låg och ca 25 % av respondenterna hade svarat. Därför beslutades att barnmorskorna skulle få ytterligare fem dagar på sig och ett andra påminnelsemail skickades ut den tjugoundra februari med samma innehåll som det första påminnelsemailet (bilaga 11.4). Detta gav viss effekt på svarsfrekvensen. Avslutandet av datainsamlingen skedde slutligen den 26e februari, då hade enkäten varit ute i totalt 17 dagar med en svarsfrekvens på ca 35 %.

När en enkät skickas ut via mail måste författarna även räkna med att alla deltagare som önskats nå inte får tillgång till enkäten (Dahmström, 2011). Detta har uppmärksammats under rundringningen till barnmorskemottagningarna, flera av de tänkta respondenterna i södra Stockholm uppgav att de inte erhållit enkäten. Efter detta skrev författarna upp vilka mottagningar det gällde och bad efter det handledare kontakta samordningsbarnmorskan som var ansvarig för att se om mailen skickades ut som de skulle. Vidare framkom vid rundringningen att flera barnmorskor på privata barnmorskemottagningar inte visste om att de ingick i SLL och därför inte svarat på enkäten, dessa uppmanades att svara på webbenkäten via telefon. Författarna har efter detta haft en diskussion om följemailet hade kunnat formuleras ännu tydligare.

6. 4 Dataanalys

Då enkäten bestod både av slutna och öppna frågor delades data upp då analysmetoderna skiljer sig åt. Alla svar som kommit in från enkätens slutna frågor samlades automatiskt i ett kalkylark i webbprogrammet Google Docs. Den insamlade datan presenterades med deskriptiv statistik, detta gjordes för att få en överskådlig beskrivning av resultatet (Billhult & Gunnarsson, 2012). Processen att skapa diagram och tabeller skedde kontinuerligt av dataprogrammet som enkäten skapats i. För att göra diagrammen tydligare och mer lättöverskådliga gjordes de om till bildfiler som sedan bildredigerades i Adobe Photoshop, för att slutligen läggas till i föreliggande studie. Svaren från bakgrundfrågorna i enkäten flyttades från kalkylarket i Google Docs till Excel, där skapades diagram som också lades till i studien.

De öppna frågorna sammanställdes och analyserades med tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006). Två öppna frågor fanns med i enkäten: *"I en optimal rådgivningssituation, hur vill du vara som barnmorska"*, samt *"Vad tror du att du som barnmorska kan göra för att öka följsamheten"*. Svaret från de öppnade frågorna kopierades från Google Docs och klistrades in i varsitt dokument. Därefter lästes svaren igenom flera gånger både enskilt och tillsammans för att få en djupare förståelse. När svaren lästs igenom flera gånger påbörjades en kodning av ord och meningar som svarade på frågorna *"hur vill du vara som rådgivare?"* samt *"hur kan kvinnans följsamhet ökas?"*. All data kodades genom färgläggning. Under frågan *"hur kan kvinnans följsamhet ökas?"* identifierades 18 koder och under frågan *"hur vill du vara som rådgivare?"* identifierades 20 koder. Under kodningens gång diskuterade författarna kontinuerligt vilka teman som framträdde.

Efter att all data kodats skapades underteman utifrån vilka koder som var relaterade till varandra. Information, tidens betydelse och att vara professionell framkom som underteman till *"hur vill du vara som rådgivare"*. Att vara professionell innebar att vara inlyssnande, ha kunskap och vara neutral i rådgivningen.

På frågan *"hur kan följsamhet ökas"* framkom undertemana information, kvinnans motivation, kvinnans önskemål och lyssna på kvinnan.

Därefter fortsatte författarna att noggrant gå igenom identifierade underteman för att säkerställa att alla koder passade in i ett undertema. Resultatet av analysen på de öppna frågorna presenteras i resultatdelen under rubrikerna *"barnmorskan som rådgivare"* och *"inverkan på kvinnans följsamhet"* utifrån de identifierade undertemana. Författarna valde sedan ut citat som de ansåg representativa för svaren på de två öppna frågorna i enighet med Braun och Clarke (2006).

7. ETISKA ASPEKTER

Studien är utförd inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå och omfattas därför inte av lagen om etikprövning (Svensk författningssamling, 2015). Enligt vetenskapsrådet finns fyra forskningsetiska huvudkrav som ska tas hänsyn till i forskning: Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Ejlertsson, 2005). I utformningen av enkäten har författarna tagit hänsyn till dessa huvudkrav för att uppfylla kraven på god forskningsetik. Författarna till studien har ingen möjlighet att länka specifika

deltagare till deras svar i webbenkäten. Under utformningen av enkäten har författarna varit noggranna med att frågorna ska ställas så att anonymiteten bevaras. Samtliga deltagare informerades skriftligt i ett mail som skickas ut tillsammans med enkäten där det tydligt framgick att deltagande i studien är frivilligt, och respondenterna är anonyma när de svarar. Besvarad enkät räknades i denna studie som informerat samtycke. Inför utskicket av enkäten skickades först ett mail ut till mottagningarnas verksamhetschefer för att informera om enkäten.

8. RESULTAT

I denna studie deltog 121 barnmorskor på barnmorskemottagningar inom SLL. Resultatet presenteras med hjälp av diagram och löpande text.

8. 1 Bakgrundsvariabler

Nedan presenteras statistik över respondenternas bakgrundsvariabler.

Åldersfördelningen på barnmorskorna som svarade var stor. Den största gruppen på 25 respondenter var 60- 64 år, medans den minsta gruppen på 5 barnmorskor var 65-70 år. 6 stycken barnmorskor var i åldern 30-34, 18 stycken var 40-44 år gamla, 12 stycken var 45-49 år och 17 stycken var 55-59 år. Två grupper hade 19 respondenter var, detta var gruppen med 35-39 år och 50-54 år.

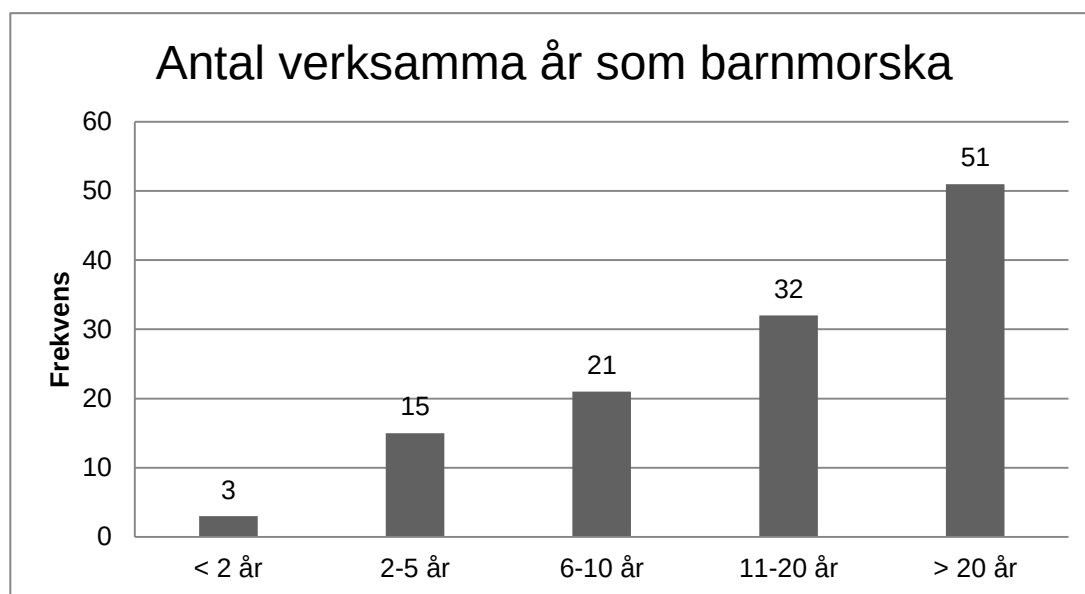


Diagram 1: Presentation av hur många år de olika barnmorskorna arbetat

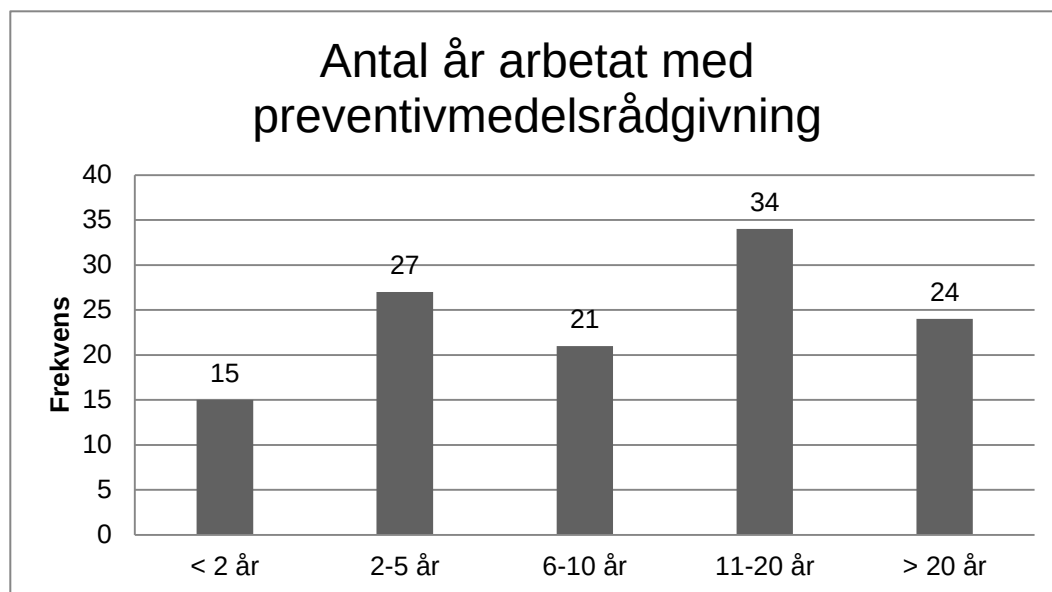


Diagram 2: Presentation hur många år barnmorskorna arbetat med preventivmedelsrådgivning

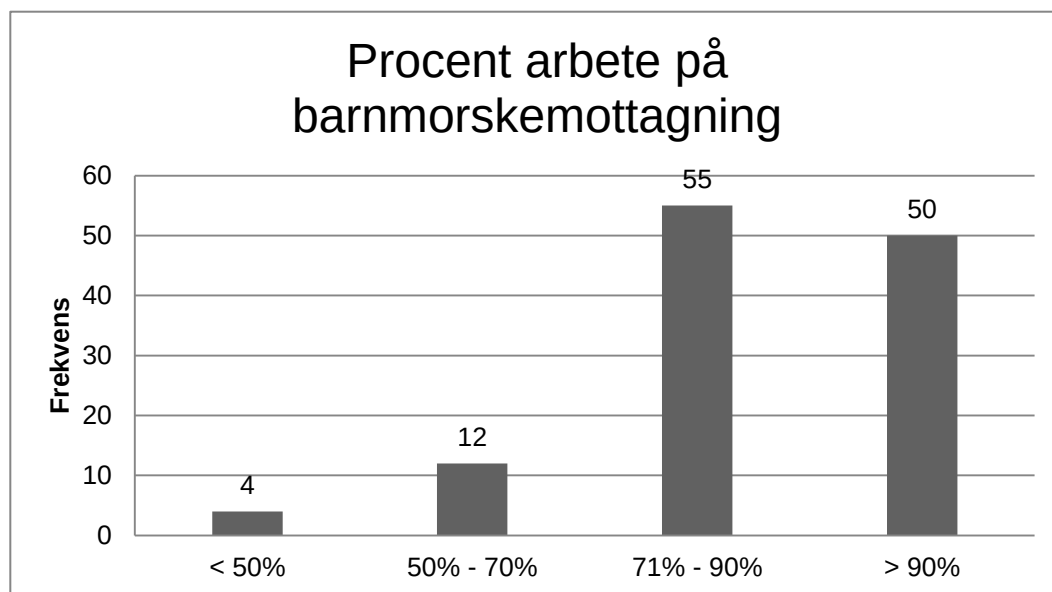


Diagram 3: Presentation av hur många procent barnmorskorna arbetade på barnmorskemottagning

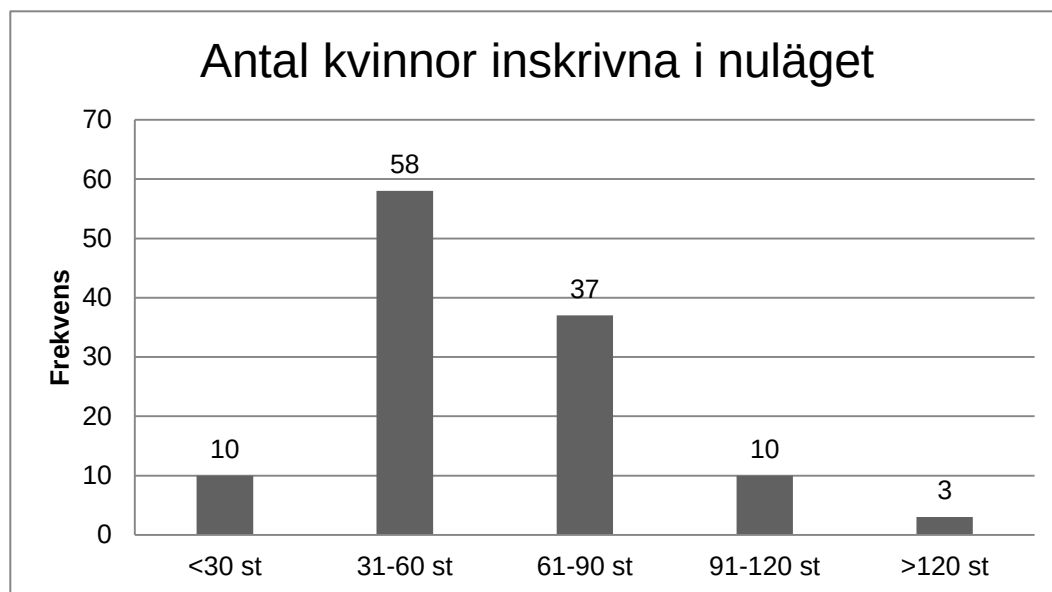


Diagram 4: Presentation av hur många gravida kvinnor varje barnmorska i nuläget hade inskrivna

Författarna till föreliggande studie ville veta vad barnmorskorna på mottagningarna hade för olika arbetsuppgifter. Det framkom att 97,5 % jobbade med graviditetsövervakning, 98,3 % med preventivmedelsrådgivning, 96,7% med cellprovtagning och 96,7% med provtagning av sexuellt överförbara sjukdomar. 93,4% av barnmorskorna hade även telefontid och 79,3% höll i föräldrautbildningar. 34,7% av respondenterna svarade att de hade övriga arbetsuppgifter, såsom arbete med ansvarsområden, smittspårning och administration.

8. 2 Resultat uppföljning, besöksbokning, information och utbildning

Det kvantitativa resultatet är uppdelat i underrubrikerna *uppföljning och besöksbokning*, *information om biverkningar* och *barnmorskans utbildning*.

8. 2. 1 Uppföljning och besöksbokning

Nedan presenteras ett diagram över i vilken besöksform preventivmedelsrådgivningen utförs på mottagningarna. Hur besöken för preventivmedelsrådgivning var fördelade på de olika mottagningarna skiljde sig åt.

Uppskattningsvis, är preventivrådgivningsbesöken på din mottagning:



Nedan presenteras diagram med svar gällande erbjudande om återbesök samt vilken besöksform som erbjuds.

Erbjuder du vanligtvis återbesök inom 1-3 månader efter införandet av en ny preventivmetod?



Om JA, är återbesöken:



Majoriteten av barnmorskorna (98,3 %) uppgav att de erbjöd kvinnorna återbesök, av de respondenter som inte erbjöd återbesök uppgav de att kvinnan fick information att själv återkomma vid behov. På frågan om vilken typ av återbesök som fanns på mottagningen uppgav 49 av barnmorskorna att besöken huvudsakligen var tidsbokade, 24 att de huvudsakligen hade drop-in och 46 svarade att de var både tidsbokade och drop-in.

Vilken preventivmetod kvinnan använde påverkade hur ofta barnmorskan erbjöd återbesök. Till de kvinnor som använde en kombinerad metod (p-piller, p-ring eller p-plåster) erbjöd barnmorskorna återbesök till 98,3 % och vid gestagena metoder (minipiller eller mellandoserade piller) till 54,2 % av kvinnorna. Vid övriga gestagena metoder var

fördelningen följande; 35, 6 % vid p-stav och 44,9% vid p-spruta. Efter en spiralinsättning erbjöd 77,1 % av barnmorskorna uppföljning. Tre stycken av respondenterna gav återbesök vid naturlig familjeplanering och tio stycken vid barriärmetoder. Åtta barnmorskor har fyllt i kategori ”övrigt”, tre av dessa valde att beskriva utförligare och de tog upp att faktorer som påverkar är om kvinna känner sig osäker angående metodval, har psykisk ohälsa, spiral hos nyförlöst, svår spiralinsättning eller andra särskilda anledningar.

Majoriteten av respondenterna uppgav att de frågar kvinnorna hur de trivs med vald preventivmetod på återbesöket. Vidare tog de upp kvinnans eventuella psykiska biverkningar (68,6%) och fysiska biverkningar (74,4%) samt hur metoden passade kvinnans livssituation (75,2%). Även provtagningar som graviditetstest (17,4%) och eventuell STI-provtagning (36,4%) förekom. 47,9 % av barnmorskorna brukade fråga om preventivmetoden påverkade samlivet.

8. 2. 2 Information om biverkningar

Nedan följer diagram över ifall barnmorskorna ger information om biverkningar och hur informationen lämnas.

Informerar du om biverkningar i samband med preventivrådgivning?



Om JA, hur lämnas informationen?



Majoriteten av barnmorskorna uppgav att de lämnar information om biverkningar i sammanband med preventivmedelsrådgivning. 77, 1 % av dessa brukar ge informationen både muntligt och skriftligt, 5,9 % ger enbart skriftlig information och 13,6% ger endast muntlig.

Under kategorin övrigt beskrev två av barnmorskorna att de brukar vara försiktiga att informera för mycket om biverkningar utan mer pratar om positiva effekter med metoden.

8. 2. 3 Barnmorskans bedömning av sin preventivmetodsutbildning

Nedan presenteras diagram över huruvida barnmorskor anser att de har tillräcklig utbildning för preventivmedelsrådgivning.

Anser du att du har tillräcklig utbildning för preventivrådgivning?



Barnmorskorna tillfrågades om de ansåg att de hade tillräcklig utbildning i preventivmedelsrådgivning, 78,5 % ansåg detta. Vidare fick respondenterna svara på vilka metoder de önskade mer utbildning inom, 117 av de 121 av barnmorskorna svarade på denna fråga. 28 stycken av barnmorskorna önskade sig mer utbildning om naturlig familjeplanering, 16 stycken om LAM (laktationsammenoré), 19 stycken om barriärmetoder, 10 stycken om PCA (postcoital antikonception), 5 stycken om spiraler, 7 st om p-stavar, 6 stycken om p-sprutor, 7 stycken om gestagena tabletter och 12 stycken om kombinerade metoder. 7 av barnmorskorna hade fyllt i kategori övrigt, där framkom att de ansåg att de aldrig kunde ha tillräcklig kunskap utan alltid behövde mer utbildning.

8. 3 Resultat av enkätens öppna frågor

Svaren från de två öppna frågorna presenteras i löpande text med citat, utifrån respektive frågas underteman som identifierades i analysprocessen.

8. 3. 1. Barnmorskan som rådgivare

Som rådgivare vill barnmorskan vara professionell. Att vara professionell innefattar i denna studie att barnmorskan i rådgivningssituationen är lyhörd fr vad kvinnan berättar och att vara inlyssnande.

”Lyhörd, lyssna på kvinnan och vad som kan passa just henne och hennes situation”

I en optimal rådgivningssituation vill barnmorskan vara neutral, objektiv och icke dömande
En barnmorska skriver så här:

”en objektiv rådgivare som presenterar möjliga metoder utan värdering”.

Majoriteten svarade även att kunskap och kompetens var viktigt samt att vara uppdaterad med nya rön och aktuell forskning. Ytterligare en aspekt som återkom ofta i svaren var att barnmorskorna ansåg det viktig för en optimal rådgivningssituation att ge information.

”kunna ge saklig information om tillgängliga preventivmedelsmetoder”

Tidsaspekten är viktig för barnmorskorna och många tar upp att de vill vara utan tidspress under rådgivningen. Vidare beskriver flera respondenter att de inte ger en bra rådgivning om de upplever att de måste stressa.

”Jag skulle vilja ha möjlighet att ge patienten mer tid. Eftersom vi har öppen mottagning och ofta väldigt välbesökta mottagningar så känner jag som barnmorska att besöken ska gå snabbt.”

”Ha ordentligt med tid för kvinnan. Ej stressa igenom besöket.”

8. 3. 2. Inverkan på kvinnans följsamhet

Kvinnans egen motivation och delaktighet togs upp som en viktig faktor för god följsamhet.

Barnmorskorna uttryckte att det var viktigt att utgå från kvinnans önskemål och kunskap samt göra henne delaktig för att uppnå motivation. Barnmorskorna ville lyssna på kvinnan och efter val av metod försäkra sig om att kvinnan känner sig nöjd, de uppgav att om kvinnan själv känner att det är hon som väljer metod avspeglar sig detta i följsamheten.

”Är kvinnan motiverad så har hon en bra följsamhet för metoden. Därför har vi en diskussion runt olika preventivmedel.”

Flera barnmorskor tog upp att det är viktigt att barnmorskan lyssnar på kvinnans egna önskemål om preventivmetod och har kvinnan specifika önskemål om metod bör barnmorskan anpassa sin rådgivning efter dessa. Många skrev att de vill lyssna på kvinnan och låta henne berätta om tidigare erfarenheter kring olika preventivmetoder.

”Det är mycket viktigt att verkligen lyssna på kvinnan och hennes önskemål”

Flertalet av barnmorskorna ansåg att för att kvinnan skall ha en hög följsamhet måste hon uppleva att det är hon som väljer metod. Kvinnan behöver information om vilka preventivmetoder som finns och vilka effekter/ biverkningar hon kan förvänta sig, men efter det ska skall hon själv ta beslut om vilken metod hon vill ha. De ansåg vidare att om kvinnan gör ett informerat och medvetet val där hon känner sig delaktig kommer detta att bidra till att hon känner sig motiverad till metoden och följer den.

Flera tog upp att en kvinna som upplever att hon blivit övertalad till en preventivmetod löper större risk att ha låg följsamhet till metoden. Om kvinnan upplever att hon inte vart med i beslutet av metod kan det leda till metodbyte eller att metoden inte används korrekt. Kvinnans val av metod måste styra och att hon ska uppleva att det är hon som valt metod istället för barnmorskan.

”Viktigt att det är kvinnans val av metod som styr. Om hon väljer en metod som hon känner sig tveksam till, är det vanligare att hon slutar utan att börja med ny metod/tablettglömska. Vanligare om man inte trivs med tabletter. Återigen viktigt att hon får välja utifrån att hon är väl informerad om vilka metoder som finns.”

9. DISKUSSION

9. 1 Resultatdiskussion

Majoriteten av alla barnmorskor i studien uppgav att de informerar om biverkningar i sammanband med preventivmedelsrådgivning. Enligt Läkemedelsverket (2014) ska kvinnor informeras om biverkningar vid rådgivningen. Tidigare forskning har visat att kvinnor som erhåller information om biverkningar har en högre följsamhet till vald preventivmetod (Canto De Cetina, Canto & Ordoñez, 2001; Backman et al., 2002).

Fyra procent av barnmorskorna i föreliggande studie valde att inte ge information om biverkningar. I tidigare svensk forskning framkommer att det varierar stort huruvida barnmorskor ger information om preventivmetoders biverkningar (Wätterbjörk, Häggström-Nordin & Häggglund, 2011). En del barnmorskor gav alltid information kring biverkningar för att kvinnorna skulle vara väl införstådda, medan vissa endast informerade om kvinnorna frågade. En tredje grupp ansåg att biverkningsinformation skrämmar kvinnor mer än det hjälper (Wätterbjörk et al, 2011). I motsats till Wätterbjörk et al (2011) som genomförde sin studie på en population barnmorskor i Örebro visar föreliggande studie att

barnmorskemottagningar i Stockholm i hög grad informerar om biverkningar. Detta kan innebära att barnmorskor i Sverige informerar om biverkningar i olika grad, författarna efterlyser därför att liknande forskning skall genomföras i andra delar av landet för att få bredare kunskap om hur barnmorskor arbetar med dessa frågor.

Vidare framgår det i studiens resultat att de flesta av de tillfrågade barnmorskorna lämnar information om biverkningar både muntligt och skriftligt till kvinnorna. I tidigare forskning framgår det att patienter som endast erhåller muntlig information om biverkningar överskattar risken för skada (Knapp, Raynor & Berry, 2004; Al Juffali, Al Omran & Al Aqeel, 2014).

I de öppna frågorna svarade en stor del av barnmorskorna att deras uppgift vid preventivmedelsrådgivning är att informera vilket är i enighet med Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer (2014). Att barnmorskorna informerar kvinnorna är ett positivt fynd då tidigare forskning visat att kvinnor söker sig till barnmorskor för att erhålla information om olika preventivmetoder (Oddens & Milsom, 1996).

Cirka 80 % av respondenterna i studien svarade att de anser sig ha tillräcklig utbildning för att ge en god rådgivning. Tidigare brittisk forskning har visat att barnmorskor inte anser att de har tillräcklig kunskap för att bedriva en god preventivmedelsrådgivning och att de skulle önska att de fick regelbunden och fortlöpande utbildning i området (McCance & Cameron, 2014). Resultatet i denna studie visar att barnmorskor i Stockholm till skillnad från sina kollegor i Storbritannien anser sig ha god kunskap, känner sig pålästa och kan ge god rådgivning. Vilka preventivmetoder barnmorskorna i studien ansåg sig behöva mer utbildning kring varierade, men de metoder som var främst representerade var barriärmetoder, LAM och naturlig familjeplanering. Tidigare forskning styrker att vårdpersonal har för dålig kunskap om naturlig familjeplanering (Stanford, Thurman & Lemaire, 1999; Fagerlund & Gustafsson, 2015). I Sverige idag uppfattar författarna att fler kvinnor önskar hormonfria metoder, och enligt denna studie är det dessa metoder barnmorskorna önskar mer utbildning kring.

I resultatet framkom att de barnmorskor som inte erbjöd återbesök direkt till kvinnan gav information om att de själva kan återkomma vid behov. Även i tidigare svensk forskning återkommer detta resonemang att barnmorskor råder kvinnorna att själva återkomma om de behöver istället för att boka in ett återbesök (Wätterbjörk et al, 2011). Detta ses som en strategi för att lämna över ansvaret för sin preventivmetod till kvinnan. Det framkommer även

att kvinnor med särskilda behov, exempel språksvårigheter, brukade få inbokade återbesök (Wätterbjörk et al, 2011).

Nittioåtta av barnmorskorna erbjuder återbesök efter införandet av ny preventivmetod. Följdfrågan till denna fråga var *”till vilka metoder erbjuder du uppföljning”*. Av svaren på denna fråga går att utläsa att nästan alla respondenter (98,3 %) erbjuder uppföljning till kvinnor som fått en kombinerad hormonell metod, och vid spiralinsättning erbjuds 77 % uppföljning. Det rimliga vore att alla alternativ hade lika hög uppföljningsprocent då nästan samtliga säger sig erbjuda uppföljning vanligtvis. Men för per orala gestagena metoder erbjuds endast 54 % uppföljning, och för övriga gestagena metoder var siffrorna ännu lägre. Gestagena metoder innebär ofta ett förändrat blödningsmönster, och forskning har visat att förändrade blödningsmönster är det främsta skälet till varför kvinnor slutar med långtidsverkande gestagena metoder (Modesto, Bahamondes & Bahamondes, 2014). Författarna till föreliggande studier anser därför att det är anmärkningsvärt att dessa metoder inte följs upp i samma utsträckning som kombinerade metoder. Ett återbesök är en chans att ge kvinnan stöd i att vänja sig med metoden, eller att eventuellt diskutera ett byte till ny metod enligt författarna till denna studie. Kvinnor som önskar naturlig familjeplanering erbjuds återbesök av 2,5 % av barnmorskorna, och barriärmetoder av 8,5 %.

Till denna studie har författarna haft svårt att hitta forskning som belyser uppföljningens roll vid preventivmedelsrådgivning. Enligt läkemedelsverket (2014) kan, som tidigare beskrivits, återbesök öka följsamheten, speciellt hos unga kvinnor. Detta motsägs av den enda sammanfattande studien av randomiserade kontrollerade studier som författarna hittat och som undersökt uppföljningens betydelse (Steenland, Zapata, Brahmi, Marchbanks & Curtis, 2012). Författarnas slutsats i ovan nämnda studie var att det inte gått att tydligt se positiva effekter av följsamheten genom uppföljning, men att studierna som finns är av låg kvalitet. Därför anser författarna till denna studie att fler välgjorda studier behövs för att kunna utröna om uppföljning har effekt, samt hur uppföljningen bör utformas.

Barnmorskorna i föreliggande studie visar medvetenhet om sin egen roll till kvinnornas följsamhet till preventivmetod. De tog upp att kvinnor som blivit övertalade till en preventivmetod löper större risk att ha låg följsamhet och att kvinnan ska uppleva att det är hon som valt preventivmetod istället för att känna att det är barnmorskan som bestämt metod åt henne. Tidigare forskning har visat att rådgivaren påverkar vilken preventivmetod kvinnan

väljer och att det föreligger ett samband mellan hur nöjd kvinnan är med rådgivningen och hur nöjd hon är med sin valda metod (Dehlendorf, Krajewski & Borrero, 2014).

I resultatet framgår att barnmorskorna anser att det är viktigt att preventivmedelsrådgivningen är individanpassad och att de har flera strategier för att uppnå detta. Detta rimmar väl med Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om individanpassning. Rådgivaren ska utgå ifrån kvinnans livssituation, förkunskaper och tidigare erfarenheter (Läkemedelsverket, 2014). Barnmorskorna i studien ansåg att det är viktigt att lyssna på kvinnans önskemål om preventivmetod och att barnmorskan som rådgivare ska anpassa sin rådgivning efter vad kvinnan berättar. Tidigare forskning visar att när kvinnor uttrycker sina önskemål om preventivmetoder och berättar om sin situation ökar barnmorskans förståelse för kvinnans behov. På så sätt ökar även barnmorskans möjlighet att ge individanpassad vägledning och information (Kim, Putjuk, Heerey, Rinehart, Elwyn & Edwards, 2003). Framtida forskning som kan ge insikt i vad barnmorskorna ser som hinder för att individanpassa rådgivningen skulle vara intressant.

Många av respondenterna vill vara utan tidspress under preventivmedelsrådgivningen för att ge optimal rådgivning. Detta diskuteras även i annan brittisk forskning, att barnmorskor anser att de har för lite tid för att kunna ge en god preventivmedelsrådgivning (McCance och Cameron, 2014). Barnmorskor på mottagningarna i SLL har själva uttryckt att de arbetar under stor tidspress idag för att hinna med sina inskrivna gravida kvinnor. Utöver detta ska de även hinna med flera andra uppgifter, såsom att utföra preventivmedelsrådgivning (DN, 2015). Resultatet i denna studie visade att majoriteten av rådgivningen består av både tidsbokade besök och drop-in besök, men endast cirka 12 % av barnmorskorna har huvudsakligen tidsbokad preventivmedelsrådgivning.

En stor del av svenska kvinnor använder förskrivna preventivmetoder, som alltså klassas som läkemedel. Att förskrivning och rådgivning ofta sker via drop in-besök tycker författarna är viktigt att uppmärksamma, speciellt då många barnmorskor tagit upp tidsaspekten som ett hinder för god rådgivning. Författarna undrar om detta kan påverka kvaliteten på rådgivningen. I en mottagningsverksamhet där barnmorskor har svårt att hinna med deras huvudsakliga uppgift, graviditetsövervakning, kan det misstänkas att preventivmedelsrådgivningen blir nedprioriterad. Efter att författarna fördjupat sig i ämnet vet vi att det finns forskning som belyser vikten av en väl utförd och individanpassad

preventivmedelsrådgivning, som förhoppningsvis kan leda till ökad följsamhet och i förlängningen minska antalet oplanerade graviditeter.

9. 2 Metoddiskussion

9. 2. 1 Urval och svarsfrekvens

En tvärsnittsstudie utmärks av att deltagarna tillfrågas en gång, och syftet är att studera verkligheten vid en viss tidpunkt (Lantz, 2014). I denna studie ombads deltagarna besvara en enkät vid ett tillfälle för att författarna skulle få en bild av preventivmedelsrådgivningens utformning och innehåll inom SLL. Barnmorskor i SLL bjöds in till att delta i studien. Detta innebar att alla individer inom en population tillfrågades. Populationen i detta fall definierades som barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagningar i SLL. Den stora fördelen med totalundersökningar är att det inte finns en osäkerhet i resultaten, förutsatt att alla individer som tillfrågas även deltar (Lantz, 2014). I denna studie var alltså målpopulationen för studien detsamma som rampopulationen. Därför skedde ingen slumpmässig urvalsprocedur.

Författarna har inte kunnat hitta statistik på hur många barnmorskor som arbetar med preventivmedelsrådgivning på olika verksamheter i Stockholm. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2014) för barnmorskemottagningarnas uppdrag inkluderas preventivmedelsrådgivning och förskrivning utöver flera andra arbetsområden som exempelvis graviditetsövervakning. För att urskilja om det fanns barnmorskor som inte arbetade med preventivmedelsrådgivning på sin mottagning valde författarna att inkludera en bakgrundsfråga i enkäten om vilka arbetsuppgifter respondenten hade på mottagningen. På så sätt kunde författarna urskilja om vissa barnmorskor inte arbetade med preventivmedelsrådgivning. 119 av 121 respondenter har svarat att de arbetar med preventivmedelsrådgivning. Detta motsägs dock av de öppna frågorna där 121 svar har inkommit.

En hög svarsfrekvens hade givit en klar uppfattning om verkligheten anser författarna då målpopulationen och rampopulationen var detsamma. Då svarsfrekvensen endast var 35 % kan detta innebära att de som svarade på enkäten är barnmorskor som är speciellt intresserade av preventivmedelsrådgivning och/eller forskning. Det hade varit intressant att jämföra resultatet med barnmorskor på mottagningar i SLL som arbetar framför allt med

preventivmedelsrådgivning för att se om det finns skillnader i handläggningen av besöken, tidsåtgång etc.

Nackdelar med elektroniska enkäter kan vara eventuella felaktiga mailadresser, tidskrävande planeringsfas, ett ökat bortfall på grund av tekniska problem och dataovana hos barnmorskorna (Dahmström, 2011). Att risken för bortfall är större i elektroniska enkäter kan leda till att de som svarar på enkäten inte ger en rätt bild av verkligheten (Lantz, 2014). Då risken för bortfall i webbaserade enkätstudier kan vara hög gjorde författarna stora ansträngningar för att minimera bortfallet. Olika strategier för att öka svarsfrekvensen har använts i studien; författarna har skickat ut påminnelsemail, ringt till alla mottagningar samt lag ut en uppmaning att svara på enkäten i en stängd grupp för barnmorskor på Facebook.

Andra sätt att locka respondenterna till svar kan vara att ha en lockande rubrik, författarna valde att ha ”Tillsammans kan vi utveckla vården! Inbjudan att delta i enkätstudie, av barnmorskestudenter på Karolinska institutet”. Följemail som motiverar varför forskningen utfördes skickades med enkäten. Även detta kan få upp svarsfrekvensen (Billhult och Gunnarsson, 2012b). Ett väl utformat följebrev gör respondenten välvilligt och positivt inställd till studien vilket ökar chansen till deltagande (Lantz, 2014). I denna studie lades mycket tid på utformningen av följebrevet. I följebrevet framgick även att enkäten besvarades anonymt vilket kan öka viljan att svara på enkäten (Lantz, 2014). Att även skicka ut påminnelsemail kan öka deltagandet vilket författarna till studien gjorde två gånger (Billhult och Gunnarsson, 2012b). Författarna anser därför att de gjort vad som var möjligt inom tidsramen för denna uppsats för att få högt deltagande, trots detta förblev svarsfrekvensen låg.

I föreliggande studie låg svarsfrekvensen på ca 35 %. För ett tillförlitligt resultat skall svarsfrekvensen vara hög och traditionellt anses en svarsfrekvens på minst 70-75 % acceptabelt (Billhult & Gunnarsson, 2012a). För att kunna generalisera resultatet till större grupper behövs en hög svarsfrekvens (Eliasson, 2013). Författarna till denna studie konstaterar därför att det är svårt att dra generella slutsatser utifrån resultatet som framkommit.

I kvalitativa studier motsvaras generaliserbarhet av begreppet överförbarhet. Att en studie har hög överförbarhet menas att den i hög utsträckning i sitt vetenskapliga underlag kan överföras

till andra grupper och situationer. Författarna till denna studie anser att då respondenternas svar på de öppna frågorna ofta liknade varandra finns viss överförbarhet till hur andra barnmorskor på barnmorskemottagningar kan tänkas svara (SBU, 2014).

Reliabilitet innebär kvaliteten vid mätningen och hänger samman med att datainsamlingen och all information är insamlad på ett bra sätt. En låg svarsfrekvens i en enkät innebär att reliabiliteten blir låg, vilket är fallet i föreliggande studie. Även om författarna samlat in materialet på rätt sätt innebär den låga svarsfrekvensen att resultatet inte ger en pålitlig bild och författarna får svårt att avgöra om resultatet skulle bli detsamma om studien upprepades. För att få hög reliabilitet skall ett mätinstrument få samma mått vid varje mätning. Det är svårare att mäta reliabilitet i en enkät där respondenters subjektiva uppfattning utforskas än om forskarna mäter något mer konkret, exempel blodtryck med en blodtrycksmanschett (Billhult och Gunnarsson, 2012c).

Då studien hade ett bortfall på över 20 % bör bortfallsanalys utföras (Patel & Davidsson, 2011). Bortfall innebär att individer som fanns med i det planerade urvalet föll bort i det slutliga urvalet (Lantz, 2014). I denna studie fanns cirka 340 individer i målpopulationen, som även var studiens rampopulation. Svarsfrekvensen låg på 121 individer vilket innebär ett högt bortfall på 65 %. Ett sätt att göra bortfallsanalys är att tillfråga ett urval av de som valde att inte svara och sedan testa om svaren statistisk skiljer sig från de medverkande respondenterna. Detta förutsätter dock att bortfallsindivider kan definieras (Lantz, 2014). I denna studie var detta inte möjligt på grund av anonymiteten.

9. 2. 2 Enkät

Då studiens syfte var att samla in information om barnmorskornas kunskaper och värderingar inom problemområdet passade metoden enkät bra (Dahmström, 2011). Metoden enkät är vald för att författarna skall få information om ett specifikt fenomen och erhålla kunskap om de tillfrågade respondenterna (Bell, 2005). Författarna har valt att skicka ut enkäten via mail, fördelen att göra på detta sätt är att det går snabbt att få ut informationen, är ett billigt kontaktsätt och att dataregistreringen sker direkt vid insändandet (Dahmström, 2011). Metoden möjliggör även för författarna att kunna ställa känsliga frågor eftersom webbenkäter ger anonymitet och konfidentiell behandling kan garanteras (Bell, 2005). Elektroniska enkäter minimerar även risken för misstag vid inmatning av rådata (Lantz 2014).

En enkäts frågor ska vara fria från fackspråk och så korta som möjligt. Det är även viktigt att frågorna ställs med endast en fråga i varje (Eliasson, 2013). Detta reviderades under formuleringen av enkäten vilket ökade antal frågor i enkäten. Flera ändringar genomfördes under utformningen av enkäten för att hålla ner antal öppna frågor, då författarna till föreliggande studie befarade att många öppna frågor i enkäten skulle begränsa antal respondenter. Enkäten i studien kan uppfattas som lång då den är skapad av fyra olika magisteruppsatsgrupper och innehöll många frågor. Det är möjligt att detta varit en nackdel då respondenterna kan ha upplevt att de inte har tid att medverka, eller att det tog för lång tid att fylla i den. Detta kan vara ytterligare en anledning till att författarna fick ett stort bortfall.

Ett flertal ändringar gjordes av enkäten efter testningarna i enlighet med Dahmström (2011) och Lantz (2014). Enligt Lantz (2014) ska följande aspekter noggrant tas hänsyn till vid en enkätutformning: frågorna ska inte vara ledande, känsliga frågor och frågor av prestigekaraktär ska undvikas, frågorna ska vara tydliga och klara och svarsalternativen heltäckande och ömsesidigt uteslutande

En väl utformad enkät är avgörande för att studiens resultat skall kunna ge svar på syftet och hålla hög kvalitet (Dahmström, 2011). Egna frågor har konstruerats av författarna, detta kan innebära både för- och nackdelar för studien. En fördel är att författarna kunde ställa frågor utifrån problemformuleringarna och det innebar möjlighet att styra enkätens längd och skala. En risk vid egenformulerade enkäter är att frågorna lätt kan formuleras så att de missförstås, att svaren kan bli svåra att sammanställa och tolka samt att frågorna speglar författarnas sätt att se på det som studeras. Graden av validitet för enkäten avser om den mäter det den är avsedd för att mäta. För att få hög innehållsvaliditet har författarna testat enkäten på personer som är insatta i ämnet (Billhult & Gunnarsson, 2012c). Författarna till denna studie valde att utgå från kognitiv intervjuteknik för att försäkra sig om att frågorna var lättbegripliga och inte gick att missförstå (Drennan, 2003). Om flera respondenter missuppfattat frågor eller svarsalternativ innebär detta att validiteten och reliabiliteten påverkas. Forskarna fångar då inte verkligheten såsom den ser ut (Lantz, 2014). Den färdiga enkäten bedömer författarna var tydlig i sina frågor och författarnas uppfattning är att risken för att missförstå frågorna minimerats. Enkäten fungerade genom sina frågor som ett mätinstrument för att svara på studiens syfte och författarna anser att enkätens frågor svarade väl på syftet. Att kombinera både öppna och slutna frågor i en enkät kan ge en mer fullständig bild av en företeelse och

innebär att fler infallsvinklar täcks. Genom öppna frågor får respondenten själv komma till tals vilket innebär att forskarna kan få många olika svar (Elisasson, 2013).

9. 2. 3 Datainsamling

Webbenkäten skickades ut till 340 barnmorskor, av dessa var det 121 som svarade på enkäten. Detta innebär som tidigare beskrivits att svarsfrekvensen låg på 35 %. Enkäter som skickas ut per mail jämfört med de som distribueras personligen ger i regel ett större bortfall (Bell, 2005). Enkäten mailades ut via sammordningsbarnmorskorna i SLL. Detta innebar att barnmorskorna blev inbjudna till enkäten via samordningsbarnmorskan och inte direkt av författarna, detta medför en risk att respondenterna inte förstod att mailet handlade om en enkät och inte bara information från samordningsbarnmorskan. Författarna har diskuterat om svarsfrekvensen hade varit högre om författarna själva sänt ut enkäten. Detta hade inneburit en möjlighet för författarna att själva kunna kontrollera vilka mottagningar som erhållit enkäten.

Ofta har intervjuundersökningar högre deltagande än vid enkätundersökningar på grund av den mellanmänskliga kontakten. För att öka deltagandet vid enkätundersökningar kan personligt besök eller att involvera verksamhetschefen och få dennes godkännande öka svarsfrekvensen (Eliasson, 2013). I denna studie ringde författarna runt till samtliga mottagningar i SLL i syfte att informera om enkäten, detta gav viss effekt på svarsfrekvensen.

9. 2. 4 Dataanalys

Den kvantitativa delen av studien är av deskriptiv design, detta innebär att författarna beskriver en händelse eller situation i dess naturliga element. Metoden kan även användas för att återge den aktuella frekvensen av en händelse (Bell, 2005).

Deskriptiv statistik ger en sammanfattning och komprimering av grunddatan som bidrar till en samlad bild av det insamlade materialet (Billhult & Gunnarsson, 2012). Denna studiedesign är passande anser författarna då det önskades undersöka hur barnmorskor inom SLL arbetar med preventivmedelsrådgivning. Data samlades in utan att forskaren försöker påverka de individer som ingår i undersökningen (Lantz, 2014).

När ett abstrakt eller teoretiskt begrepp ska kartläggas behöver det brytas ned till variabler som går att mäta (Lantz, 2014). Författarna lade mycket tid på att försöka definiera konkreta variabler utifrån vad forskningen säger om preventivmedelsrådgivning. Studiens kvantitativa

ansats kunde ha inneburit att författarna kunnat dra större och mer generella slutsatser av resultatet om fler barnmorskor hade deltagit (Dahmström, 2011).

I enkäten fanns även öppna frågor. Dessa har bearbetats med tematisk analys. Kvalitativa frågor inkluderades för att få ett mer utförligt resultat. Kvalitativa variabler innehåller individens subjektiva uppfattning (Lantz, 2014). Då författarna till denna studie även önskade se de subjektiva tankarna barnmorskor hade om hur de önskar vara i en optimal rådgivningssituation och deras åsikter kring hur följsamhet kan påverkas behövdes en kvalitativ metod. Initialt planerades att analysera de öppna frågorna med innehållsanalys. Författarna kunde dock konstatera när enkäten stängdes ned att respondenterna i de öppna frågorna ofta lämnade kortfattade svar såsom några ord eller en mening. Det diskuterades om huruvida de öppna frågorna skulle presenteras kvantitativt då många ord och meningar återkom. Dock valde författarna att endast presentera en öppen fråga kvantitativt ”om du aldrig bokar återbesök, motivera varför”. Denna fråga hade sex respondenter svarat på och lämnat likvärdiga svar på, att återbesök bokades vid behov. De övriga två öppna frågorna valde författarna istället att analysera tematiskt. Att göra tematisk analys innebär att författarna strukturerar materialet under olika teman och sammanfattar resultatet utifrån det (Braun & Clarke, 2006). Den tematiska analysen gav författarna möjligheten att på djupare plan få arbeta med insamlad data. Författarna anser att detta innebar att diskussionen och resultatet fick ett subjektivt perspektiv som de stängda frågorna inte kunde.

10. KONKLUSION

Det resultat författarna får fram är till övervägande del i enighet med vad forskningen säger utmärker en god rådgivning. Barnmorskorna lämnar information om biverkningar, anser sig ha goda kunskaper för att bedriva rådgivning och har flera strategier för att individanpassa rådgivningen. De erbjuder återbesök till en stor del av kvinnorna, dock finns det stora variationer mellan vilka metoder som följs upp.

Flera frågor kvarstår dock. Vad är det som får kvinnor i Sverige att sluta med preventivmetoder bortsett från gravidönskan? Vad önskar kvinnorna själva från barnmorskorna i en rådgivning? Vad behöver kvinnor som har svårt att hitta en passande metod få hjälp med från vården och rådgivningen?

Författarna anser att det behövs fortsatt forskning som fokuserar på vad svenska kvinnor saknar. Det är uppenbart att det faktum att rådgivningen är gratis och preventivmetoder lättillgängliga inte är tillräckligt för att hjälpa svenska kvinnor skydda sig mot graviditet.

11. KLINISK IMPLIKATION

Mot bakgrund av Sveriges höga aborttal anser författarna att mer insatser behövs för att få kvinnor att komma till preventivmedelsrådgivningen. Även om kvinnorna önskar fortsätta med mindre effektiva metoder är rådgivningen en chans att få informera och utbilda kvinnor om hur de kan minimera riskerna även med dessa metoder anser författarna. Det är även tydligt att barnmorskor behöver få mer utbildning inom Naturlig familjeplanering och barriärmetoder, något som barnmorskorna själva önskar.

12. REFERENSER

- Al Juffali, L., Al Omran, O., & Al Aqeel, S. (2014). Saudi young patient understanding of information about side effects: Verbal versus numerical expression. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(1), 33-37. doi:10.1016/j.jsps.2012.12.008.
- Backman, T., Huhtala, S., Luoto, R., Tuominen, J., Rauramo, I., Koskenvuo, M. (2002). Advance information improves user satisfaction with the levonorgestrel intrauterine system. *Obstetrics & Gynecology*, 99(4), 608-613. doi:10.1016/S0029-7844(01)01764-1
- Bell, J. (2005). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012a). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (sid 306-314). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012b). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 139-149). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012c). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (sid 152-160). Lund: Studentlitteratur.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Canto De Cetina, TE., Canto, P., & Ordoñez Luna, M. (2001). Effect of counseling to improve compliance in Mexican women receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 63(3), 143-146. doi:10.1016/S0010-7824(01)00181-0
- Dagens Nyheter. (2015). DN Debatt. ”Urholkad mödravård ökar risken för mammor och barn”. Hämtad 2016-03-06 från <http://www.dn.se/debatt/urholkad-modravard-okar-risken-for-mammor-och-barn/>
- Dahmström, K. (2011). *Från datainsamling till rapport: att göra en statistisk undersökning*. (5. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Dehlendorf, C., Krajewski, C., & Borrero, S. (2014). Contraceptive counseling: Best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(4), 659-673. doi:10.1097/GRF.0000000000000059

Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 57-63. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02579.x

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (2. [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. (3., uppdaterade uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Fagerlund, F., & Gustafsson, A. (2015). *Naturlig Familjeplanering: Barnmorskors kunskaper, erfarenheter och uppfattningar*. (Magisteruppsats, Karolinska institutet, Stockholm). Hämtad från http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course06225/published/1458633247352/resourceId/17232996/content/UploadedResources/Naturlig%20Familjeplanering.%20Barnmorskors%20kunskaper,%20erfarenheter%20och%20uppfattningar.pdf

Föreskrifter och allmänna råd: Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerade syfte (SOSFS 1996:21). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13167/1996-10-21.pdf>

Gemzell-Danielsson, K. G., Gemzell-Danielsson, K., Thunell, L., Lindeberg, M., Tydén, T., Marintcheva-Petrova, B., & Oddens, B. J. (2011). Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: Results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 90(8), 869-877. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01180.x

Halpern, V., Lopez, L., Grimes, D., Stockton, L., & Gallo, M. (2013). Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst*

Rev, 13(4). doi:10.1002/14651858.CD004317.pub3.

Institutet för hälsa och välfärd. (2015). Aborter i Norden 2013. Hämtad 2016-02-05 från <https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter-i-norden>

Kaplan, A. (Red.). (2009). *Lärobok för barnmorskor* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kim, Y. M., Kols, A. P., Putjuk, F., Heerey, M., Rinehart, W., Elwyn, G., & Edwards, A. (2003). Participation by clients and nurse midwives in family planning decision making in Indonesia. *Patient Education and Counseling*, 50(3). 295-302. doi:10.1016/S0738-3991(03)00053-3

Knapp, P., Raynor, D. K., & Berry, D. C. (2004). Comparison of two methods of presenting risk information to patients about the side effects of medicines. *Quality and Safety in Health Care*, 13(3), 176-180. doi:10.1136/qshc.2003.009076

Kopp, K., Kopp Kallner, H., Thunell, L., Brynhildsen, J., Lindeberg, M., & Gemzell Danielsson, K. (2015). Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women- A Nationwide Survey. *PloS One*, 10(5), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0125990

Lantz, B. (2014). *Den statistiska undersökningen: grundläggande metodik och typiska problem*. (2., [utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lind, I. (2014). *Antikonception – bakgrundsdocumentation. Preventivmedelsanvändning i Sverige*. Hämtad från Läkemedelsverkets webbplats: https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Antikonception_bakgrundsdocumentation.pdf.

Lindh, I., Blohm, F., Andersson-Ellström, A., & Milsom, I. (2009). Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population. *Contraception*, 80(2), 163-169. doi: 10.1016/j.contraception.2009.01.019.

Lindskog, B.I. & Andrén-Sandberg, Å. (2008). *Medicinsk terminologi*. (5., [rev.] uppl.)

Stockholm: Norstedts Akademiska.

Lundh, B. & Malmquist, J. (2009). *Medicinska ord: det medicinska språket : begrepp, definitioner, termer*. (5., [rev. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (2014). *Antikonception – behandlingsrekommendation*. Hämtad från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_rek.pdf

McCance, K. & Cameron, S. (2014). Midwives' experiences and views of giving postpartum contraceptive advice and providing long-acting reversible contraception: a qualitative study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 40(3), 177-183. doi:10.1136/jfprhc-2013-100770.

Modesto, W., Bahamondes, M. V., & Bahamondes, L. (2014). A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives. *Human Reproduction*. 29(7), 1393-1399. doi:10.1093/humrep/deu089

Nationalencyklopedin. (2016a). Drop in. Hämtad 2016-03-07 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/drop-in->

Nationalencyklopedin. (2016b). Pearl-index. Hämtad 2016-02-05 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/pearl-index>

Oddens, B-J., & Milsom I. (1996). Contraceptive practice and attitudes in Sweden 1994. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 75(10), 932-940. doi:10.3109/00016349609055031.

Odlind, V. & Milsom, I. (2013). *Läkemedelsboken* [Elektronisk resurs]. Hämtad från http://www.lakemedelsboken.se/kapitel/gynekologi/antikonception_och_aborter.html?search=antikoncep&id=i4_2#i4_2

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (4., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Sanders, S. A., Graham, C. A., Bass, J. L., & Bancroft, J. (2001). A prospective study of the

effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*, 64(1), 51-58. doi:10.1016/S0010-7824(01)00218-9

Sköld, A., & Larsson, M. (2012). Contraceptive use during the reproductive lifecycle as reported by 46-year-old women in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), 43-47. doi: 10.1016/j.srhc.2011.11.004.

Skouby, S.O. (2010). Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(2), 42-53. doi:10.3109/13625187.2010.533002.

Socialstyrelsens föreskrifter om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte (SOSFS 1996:21). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13167/1996-10-21.pdf>

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2015a). *Abortstatistik 2014*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19915/2015-9-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2015b). *Statistik om hälso och sjukvårdspersonal: Officiell statistik om antal legitimerade (2014) och arbetsmarknadsstatus (2013)*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19919/2015-9-7.pdf>

Stanford, J. B., Thurman, P. B., & Lemaire, J. C. (1999). Physicians' knowledge and practices regarding natural family planning. *Obstetrics & Gynecology*, 94(5), 672-678.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2014). *Uvärdering av metoder i hälso-*

och sjukvården.(SBU-rapport). Hämtad 2016-03-24 från
<http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

Steenland, M., Zapata, L., Brahmi, D., Marchbanks, P., & Curtis, K. (2013). The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception*, 87(5), 625-630. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.

Stern, J., Larsson, M., Kristiansson, P., & Tydén, T. (2013). Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counselling: an RCT. *Human Reproduction*, 28(9), 2450-2461. doi:10.1093/humrep/det279

Svenska Akademiens Ordlista. (2013). Antikonception. Hämtad 2016-02-16 från
<http://www.svenskaakademien.se/svenska-spraket/svenska-akademiens-ordlista-saol/saol-13-pa-natet/sok-i-ordlistan>

Svenska Akademiens Ordlista. (2013). Preventivmedel. Hämtad 2016-02-11 från
<http://www.svenskaakademien.se/svenska-spraket/svenska-akademiens-ordlista-saol/saol-13-pa-natet/sok-i-ordlistan>

Thunell, L. & Kopp Kallner, H. (2014). *Preventivmetoders effektivitet – sterilisering samt preventivmedel efter abort, förlossning och under amning*. Hämtad från
https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Antikonception_bakgrundsdokumentation.pdf

Vårdgivarguiden. (2015). Preventivmedelrådgivning. Hämtad 16-02-05 från
<http://www.vardgivarguiden.se/patientadministration/patientavgifter/avgiftshandboken/artiklar/oppenvard/preventivmedelsradgivning/>

Wätterbjörk, I., Häggström-Nordin, E., & Hägglund, D. (2011). Provider strategies for contraceptive counselling among Swedish midwives. *British Journal of Midwifery*, 19 (5), 296-301. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2011.19.5.296>.

1177 Vårdguiden. (2015). *Sex- och samlevnadsrådgivning i Stockholms län*. Hämtad 2016-02-16 från <http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Sex--och-samlevnadsradgivning/>

13. BILAGOR

13. 1. Enkät

Webbenkät

om preventivmetod, säkrare sex, eftervårdsbesök och cellprov

*Obligatorisk

Bakgrundsfrågor



1. Ålder? *

2. Antal verksamma år som barnmorska? *

3. Antal år du arbetat med
preventivmedelsrådgivning? *

4. Hur många procent arbetar du på
barnmorskemottagning? *

5. Ungefär hur många gravida kvinnor har du i
nuläget inskrivna hos dig? *

6. Vilka arbetsuppgifter har du i nuläget? *

(Du kan välja flera alternativ)

Markera alla som gäller.

- ☐ Graviditetsövervakning
- ☐ Preventivmedelsrådgivning
- ☐ Cellprovtagning
- ☐ Föräldrarutbildning
- ☐ STI-provtagning
- ☐ Telefontid
- ☐ Övrigt: _____

Handläggning kring spiral

7. Sätter du spiral? *

Markera endast en oval.

- ☐ JA
- ☐ NEJ

8. Om NEJ, varför?

9. Hur många spiraler sätter du uppskattningsvis i månaden?

10. Erbjuder du vanligtvis provtagning/undersökning innan insättning av spiral?

Markera endast en oval.

- ☐ JA
- ☐ NEJ

11. Om JA, vilken/vilka? (Du kan välja flera alternativ)

Markera alla som gäller.

- ☐ STI
- ☐ Graviditetstest
- ☐ Cellprov
- ☐ Gynekologisk undersökning
- ☐ Övrigt: _____

12. Avråder du ibland från spiral?

Markera endast en oval.

- ☐ JA
- ☐ NEJ

13. Om JA, varför avråder du från spiral? (Du kan välja flera alternativ)

Markera alla som gäller.

- ☐ Oro för kvinnans smärteaktion
- ☐ Förmodade insättningssvårigheter
- ☐ Biverkningar
- ☐ Påverkan på den normala menstruationscykel
- ☐ Kvinnan har inte fått barn
- ☐ Pågående infektion
- ☐ Ammande kvinna
- ☐ Nyförlöst kvinna
- ☐ Övrigt: _____

14. När du sätter in spiral, är du då:

Markera endast en oval.

- ☐ Ensam
- ☐ Tillsammans med kollega
- ☐ Övrigt: _____

15. Vilka instrument använder du vanligtvis i samband med spiralinsättning?

(Du kan välja flera alternativ)

Markera alla som gäller.

- ☐ Tork
- ☐ Spekulum/depressor
- ☐ Självhållande spekulum
- ☐ Klotång
- ☐ Sond
- ☐ Sax
- ☐ Peang
- ☐ Övrigt: _____

16. Föreslår du smärtlindring i samband med spiralinsättning?

Markera endast en oval.

- ☐ JA
- ☐ NEJ

17. Om JA, vilken/vilka? (Du kan välja flera alternativ)
Markera alla som gäller.

- ☐ Xylocainspray
☐ TENS
☐ Akupunktur
☐ NSAID
☐ Paracetamol
☐ Värmekudde
☐ Övrigt: _____

18. Vad gör du om du ej lyckas sätta in en spiral?

19. Vilken information ger du till kvinnor efter spiralinsättning?

Handläggning av preventivmetod

20. Anser du att rutinerna kring spiralinsättning kan förbättras, i så fall hur?

21. Uppskattningsvis, är preventivrådgivningsbesöken på din mottagning: *
Markera endast en oval.

- ☐ Huvudsakligen tidsbokade
☐ Både tidsbokade och drop-in
☐ Huvudsakligen drop-in
☐ Övrigt: _____

22. Erbjuder du vanligtvis återbesök inom 1-3 månader efter införandet av en ny preventivmetod? *

Markera endast en oval.

- ☐ JA
☐ NEJ

23. Om JA, vid vilka metoder: (Du kan välja flera alternativ)

Markera alla som gäller.

- ☐ Kombinerade metoder (p-piller, p-ring, p-plåster)
☐ Gestagena piller (Minipiller/mellandoserade)
☐ P-stav
☐ P-spruta
☐ Spiral
☐ Barriärmetoder
☐ Naturlig Familjeplanering
☐ Övrigt: _____

24. Om JA, är återbesöken:

Markera endast en oval.

- ☐ Huvudsakligen tidsbokade
☐ Både tidsbokade och drop-in
☐ Huvudsakligen drop-in

25. Om NEJ, vad är orsaken till att du inte erbjuder återbesök 1-3 månader efter införande av ny preventivmetod?

26. Vad tar du upp vid återbesök efter införande av ny preventivmetod? *

(Du kan välja flera alternativ)

Markera alla som gäller.

- ☐ Eventuella psykiska biverkningar
- ☐ Eventuella fysiska biverkningar
- ☐ Hur metoden passar kvinnans livssituation
- ☐ Eventuell STI-provtagning
- ☐ Blödningsmönster
- ☐ Hur kvinnan trivs med vald metod
- ☐ Eventuell påverkan på samlivet
- ☐ Graviditetstest
- ☐ Jag erbjuder inte återbesök
- ☐ Övrigt: _____

27. I en optimal preventivrådgivningssituation, hur vill du vara som rådgivare? *

28. Informerar du om biverkningar i samband med preventivrådgivning? *

Markera alla som gäller.

- ☐ JA
- ☐ NEJ

29. Om JA, hur lämnas informationen?

Markera endast en oval.

- ☐ Muntligt
- ☐ Skriftligt
- ☐ Muntligt och skriftligt
- ☐ Övrigt: _____

30. Anser du att du har tillräcklig utbildning för preventivrådgivning? *

Markera endast en oval.

- ☐ JA
- ☐ NEJ

31. Om NEJ, vilken metod skulle du önska mer utbildning inom?

Markera alla som gäller.

- ☐ Kombinerade metoder (p-piller, p-ring, p-plåster)
- ☐ Gestagena piller (Minipiller/mellandoserade)
- ☐ P-spruta
- ☐ P-stav
- ☐ Postcoital antikonception (PCA)
- ☐ Barriärmetoder
- ☐ Naturlig familjeplanering
- ☐ Spiral
- ☐ Lactation Amenorrhea Method (LAM)
- ☐ Övrigt: _____

32. Hur tror du att du som rådgivare kan hjälpa kvinnan att öka sin följsamhet/compliance till vald preventivmetod? *

Säkrare sex

Säkrare sex innebär att minimera risken för spridning av sexuellt överförbara infektioner. Följande avsnitt gäller ditt arbete som barnmorska på din mottagning.

33. Samtalar du kring säkrare sex på din mottagning? *

Markera alla som gäller.

- ☐ JA
- ☐ NEJ

34. Om JA, i vilka situationer?

35. Uppskattningsvis, hur ofta samtalar du kring säkrare sex? *

Markera endast en oval.

- ☐ I stort sett varje dag
- ☐ Några gånger i veckan
- ☐ Några gånger i månaden
- ☐ Några gånger per år
- ☐ Aldrig

36. Hur intresserad är du av arbetet med säkrare sex? *

Markera endast en oval.

- ☐ Mycket intresserad
- ☐ Intresserad
- ☐ Mindre intresserad
- ☐ Inte intresserad
- ☐ Vet ej

37. Hur känner du inför att samtala kring säkrare sex? *

38. I vilken utsträckning upplever du att säkrare sex diskuteras kollegor emellan på din mottagning? *

Markera endast en oval.

- ☐ Ofta
- ☐ Varken ofta eller sällan
- ☐ Sällan
- ☐ Aldrig

39. Upplever du några hinder i ditt arbete med säkrare sex? *

Markera endast en oval.

- ☐ JA
- ☐ NEJ

40. Om JA, vilket/vilka hinder?

41. Har du utbildning i ett pedagogiskt samtalsverktyg? (exempelvis Motiverande samtal, "MI") *

Markera endast en oval.

- ☐ JA
☐ NEJ

42. Om JA, vilken/vilka?

43. Om JA, använder du det som ett verktyg i samtal kring säkrare sex?

Markera endast en oval.

- ☐ JA
☐ NEJ

44. Om NEJ, varför inte?

45. Upplever du att du har tillräckliga kunskaper: *

För att arbeta med säkrare sex?

Markera endast en oval.

- ☐ JA
☐ NEJ

46. *

Hur olika sexuellt överförbara infektioner sprids?
Markera endast en oval.

- ☐ JA
☐ NEJ

47. *

Rutiner vid STI-provtagning?
Markera endast en oval.

- ☐ JA
☐ NEJ

48. Har du utbildning i smittspårning? *

Markera endast en oval.

- ☐ JA
☐ NEJ, men jag önskar utbildning
☐ NEJ och jag önskar inte utbildning
☐ Övrigt: _____

49. Anser du att arbetet med säkrare sex kan förbättras på din mottagning? *

Markera endast en oval.

- ☐ JA
☐ NEJ

50. Om JA, på vilket sätt?

Handläggning kring eftervårdsbesök

51. Vem ansvarar vanligtvis för att boka eftervårdsbesöket? *

Markera endast en oval.

- ☐ Du och kvinnan, tillsammans under graviditeten
☐ Kvinnan, efter förlossningen
☐ Du, efter förlossningen

52. Hur många eftervårdsbesök erbjuds vanligtvis varje kvinna på din mottagning? *

Markera endast en oval.

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 eller fler

53. I vilken utsträckning ingår följande moment i eftervårdsbesöket hos dig? *

Förlossningssamtal:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Aldrig

54. *

Amning/matning:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Aldrig

55. *

Preventivmetodsrådgivning:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Aldrig

56. *

Stöd i föräldrablivandet:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Aldrig

57. *

Sexualitet:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Aldrig

58. *

Samtal om eventuella underlivsbesvär:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Aldrig

59. *

Gynundersökning:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Aldrig

60. *

Kontroll av knipförmåga:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Aldrig

61. *

Cellprov:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Aldrig

62. *

Livsstil:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Aldrig

63. *

Psykiskt välbefinnande:

Markera endast en oval.

- ☐ Alltid
- ☐ Om tid finns
- ☐ Om jag bedömer det nödvändigt
- ☐ Om kvinnan efterfrågar detta
- ☐ Aldrig

64. Är det något du vill tillägga gällande handläggning av eftervårdsbesöket?

65. När förs vanligtvis första samtalet om preventivmetod? *

Markera endast en oval.

- ☐ Under graviditeten
- ☐ Vid eftervårdsbesöket
- ☐ Övrigt: _____

66. Vilken/vilka preventivmetoder rekommenderar du till en ammande kvinna? *

67. Anser du att rutinerna kring eftervårdsbesöket kan förbättras, i så fall hur?

Cellprov

68. Vad gör du på ett cellprovstagningsbesök, utöver att ta cellprov? *

Markera endast en oval.

- ☐ Jag tar endast cellprov
- ☐ Erbjuder STI-provtagning
- ☐ Erbjuder gynekologisk undersökning
- ☐ Övrigt: _____

69. Är cellprovstagningsbesök på er mottagning tidsbokade eller drop-in: *

Markera endast en oval.

- ☐ Huvudsakligen tidsbokade
- ☐ Både tidsbokade och drop-in
- ☐ Huvudsakligen drop-in

70. Hur lång tid tar ett cellprovstagningsbesök i genomsnitt (i minuter)? *

Tack för din medverkan!

Tillhandahålls av



13. 2. Informationsmail till verksamhetschefer

Information om en enkätstudie till barnmorskor inom SLSO

Vi är åtta barnmorskestudenter vid Karolinska Institutet i Solna som under våren skriver våra examensarbeten på 15 högskolepoäng.

Våra examensarbeten har ett gemensamt syfte, att beskriva barnmorskans handläggning och erfarenheter av preventivmedelsrådgivning, samtal om säkrare sex, spiralinsättning, eftervårdsbesök samt cellprovtagning. Vi planerar fyra delarbeten inom ramen för syftet.

Vi har tillsammans konstruerat en webbenkät som vi kommer skicka ut till alla barnmorskor som arbetar på en barnmorskemottagning inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Svaren kommer ligga till grund för fyra olika magisteruppsatser. Vi hoppas på att resultaten kommer kunna bidra med ny kunskap om barnmorskors arbete på barnmorskemottagningarna och förslag till förbättringsområden. Förhoppningen är att resultaten ska gynna barnmorskans arbete på barnmorskemottagningarna.

Vi anser att det behövs svensk forskning inom dessa ämnen då de flesta studier vi tagit del av är internationella.

Enkäten, en webbenkät, skickas ut via mejl till alla barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagning inom SLSO under vecka 6. Enkäten besvaras elektroniskt. Deltagande i studien innebär att svara på en enkät vid ett tillfälle, påminnelser kommer att skickas ut efter en vecka. Enkäten besvaras anonymt och kommer inte att kunna härledas till respondenten. Deltagande i studien är frivilligt, besvarad enkät räknas som informerat samtycke i studien.

Med vänlig hälsning,

Amelia Almlöf, barnmorskestuderande, e-mail: amelia.almlof@stud.ki.se

Johanna Andersson, barnmorskestuderande, e-mail: johanna.andersson@stud.ki.se

Ann-Elise Tammar, barnmorskestuderande, e-mail: ann-elise.tammar@stud.ki.se

Helena Paul, barnmorskestuderande, e-mail: helena.paul@stud.ki.se

Catrin Skoogh, barnmorskestuderande, e-mail: catrin.skoogh@stud.ki.se

Linda Svensson, barnmorskestuderande, e-mail: linda.svensson.1@stud.ki.se

Julia Wenneberg, barnmorskestuderande, e-mail: julia.wenneberg@stud.ki.se

Lovisa Wiklund, barnmorskestuderande, e-mail: lovisa.wiklund@stud.ki.se

Handledare:

Malin Söderberg, Leg. barnmorska, Med dr., malin.soderberg@sodersjukhuset.se

Mia Barimani, Leg. barnmorska, Med dr., mia.barimani@ki.se



Karolinska 13. 3. Följemail
Institutet

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VT 16

Informationsbrev Enkätstudie

Hej!

Med detta mail vill vi bjuda in dig att delta i vår enkätstudie. Vi är åtta barnmorskestudenter vid Karolinska Institutet i Solna som under våren skriver våra examensarbeten på 15 högskolepoäng.

Våra examensarbeten har ett gemensamt syfte, att beskriva barnmorskans handläggning och erfarenheter av preventivrådgivning, STI-prevention, spiralinsättning, eftervårdsbesök samt cellprovtagning. Vi planerar fyra delarbeten inom ramen för syftet.

Vi har konstruerat en webbenkät som skickas till samtliga barnmorskor inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Svaren kommer att ligga till grund för fyra olika magisteruppsatser. Vi hoppas på att resultaten kommer kunna bidra med ny kunskap om barnmorskans arbete på barnmorskemottagningen samt förslag till förbättringsområden. Förhoppningen är att resultaten ska gynna barnmorskans arbete på barnmorskemottagningarna.

Vi anser att det behövs svensk forskning inom dessa ämnen då de flesta studier vi tagit del av är internationella. Enkäten finns i länken under tar ca 15 minuter att besvara. Deltagande i studien innebär att svara på denna enkät vid ett tillfälle. Påminnelse kommer att skickas ut efter en vecka. Enkäten besvaras anonymt och kommer inte att kunna härledas till dig.

Deltagande i studien är frivilligt, besvarad enkät räknas som informerat samtycke i studien.

Klicka på följande länk för att komma till enkäten;

<https://docs.google.com/forms/d/1Vvl3wh3HnmRMQ0W9H3eXbXroX61gSum1R2mgEsOKbsU/formResponse>

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning,

Amelia Almlöf, barnmorskestuderande, e-mail: amelia.almlof@stud.ki.se

Johanna Andersson, barnmorskestuderande, e-mail: johanna.andersson@stud.ki.se

Ann-Elise Tammar, barnmorskestuderande, e-mail: ann-elise.tammar@stud.ki.se

Helena Paul, barnmorskestuderande, e-mail: helena.paul@stud.ki.se

Catrin Skoogh, barnmorskestuderande, e-mail: catrin.skoogh@stud.ki.se

Linda Svensson, barnmorskestuderande, e-mail: linda.svensson.1@stud.ki.se

Julia Wenneberg, barnmorskestuderande, e-mail: julia.wenneberg@stud.ki.se

Lovisa Wiklund, barnmorskestuderande, e-mail: lovisa.viklund@stud.ki.se

Handledare:

Malin Söderberg, Leg. barnmorska, Med dr

Mia Barimani, Leg. barnmorska, Med dr



**Karolinska
Institutet**

13. 4. Påminnelsemail

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VT 16

Påminnelsemail Enkätstudie

Hej!

Med detta mail vill vi bjuda in dig att delta i vår enkätstudie. Vi är åtta barnmorskestudenter vid Karolinska Institutet i Solna som under våren skriver våra examensarbeten på 15 högskolepoäng.

Har Du redan besvarat enkäten så var god bortse från detta mail.

Våra examensarbeten har ett gemensamt syfte, att beskriva barnmorskans handläggning och erfarenheter av preventivrådgivning, STI-prevention, spiralinsättning, eftervårdsbesök samt cellprovtagning. Vi planerar fyra delarbeten inom ramen för syftet.

Vi har konstruerat en webbenkät som skickas till samtliga barnmorskor inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Svaren kommer att ligga till grund för fyra olika magisteruppsatser. Vi hoppas på att resultaten kommer kunna bidra med ny kunskap om barnmorskans arbete på barnmorskemottagningen samt förslag till förbättringsområden. Förhoppningen är att resultaten ska gynna barnmorskans arbete på barnmorskemottagningarna.

Vi anser att det behövs svensk forskning inom dessa ämnen då de flesta studier vi tagit del av är internationella.

Enkäten tar ca 15 minuter att besvara och du kan delta t.o.m. 19/2. Deltagande i studien innebär att svara på denna enkät vid ett tillfälle. Påminnelse kommer att skickas ut efter en vecka. Enkäten besvaras anonymt och kommer inte att kunna härledas till dig.

Deltagande i studien är frivilligt, besvarad enkät räknas som informerat samtycke i studien.

Klicka på följande länk för att komma till enkäten;

<https://docs.google.com/forms/d/1Vvl3wh3HnmRMQ0W9H3eXbXroX61gSum1R2mgEsOKbsU/viewform>

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning,

Amelia Almlöf, barnmorskestuderande, e-mail: amelia.almlof@stud.ki.se

Johanna Andersson, barnmorskestuderande, e-mail: johanna.andersson@stud.ki.se

Ann-Elise Tammar, barnmorskestuderande, e-mail: ann-elise.tammar@stud.ki.se

Helena Paul, barnmorskestuderande, e-mail: helena.paul@stud.ki.se

Catrin Skoogh, barnmorskestuderande, e-mail: catrin.skoogh@stud.ki.se

Linda Svensson, barnmorskestuderande, e-mail: linda.svensson.1@stud.ki.se

Julia Wenneberg, barnmorskestuderande, e-mail: julia.wenneberg@stud.ki.se

Lovisa Wiklund, barnmorskestuderande, e-mail: lovisa.viklund@stud.ki.se

Handledare:

Malin Söderberg, Leg. barnmorska, Med dr
Mia Barimani, Leg. barnmorska, Med dr