



**Karolinska
Institutet**

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

**Barnmorskors handläggning och rådgivning kring intrauterint
inlägg som preventivmetod**

**Midwives management and counselling about intrauterine device
as contraception**

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

Författare:
Julia Wenneberg
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Catrin Skoogh
Leg. Sjuksköterska,
Barnmorskestuderande

Handledare:
Malin Söderberg
Leg. Barnmorska,
Med Dr.

Mia Barimani
Leg Barnmorska,
Med Dr.

Examinator:
Helena Lindgren,
Leg Barnmorska,
Docent

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Spiralanvändning är på uppgång i Sverige och andelen kvinnor som efterfrågar spiral ökar. Riktlinjerna kring spiral har ändrats och numera kan man även rekommendera spiral till kvinnor som inte fött barn, vilket har stora fördelar då spiral är en av de effektivaste preventivmedelsmetoderna. Svenska gynekologer och barnmorskor håller sig dock inte alltid till vetenskapliga rön och följer inte gällande riktlinjer när det gäller spiral.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors handläggning och rådgivning kring spiral inom Stockholms läns landsting.

Metod

Datainsamling skedde via en webbenkät och för att svara på syftet med studien genomfördes en deskriptiv tvärsnittsstudie med en kvantitativ ansats.

Resultat

Totalt deltog 121 barnmorskor verksamma inom Stockholms läns landsting. Majoriteten av barnmorskorna satte spiral men det förekom skillnader i handläggning och rådgivning kring spiral. Skillnaderna gällde bland annat arbetsmiljö där majoriteten barnmorskor satte spiral ensamma och det tekniska tillvägagångssättet varierade. Dessutom gav barnmorskorna olika rekommendationer gällande smärtlindring. Resultatet visade även att informationen barnmorskorna gav kvinnorna var olika.

Slutsats

Nya riktlinjer gällande arbetsmiljö samt nyare riktlinjer gällande smärtlindring bör tas fram. Det behövs även insatser i form av fortbildning till de verksamma barnmorskorna för att öka följsamheten till de riktlinjer och den forskning som finns.

Nyckelord: spiral, barnmorskor, handläggning, rådgivning

ABSTRACT

Background

The use of intrauterine devices (IUD) is on the rise in Sweden and the share of women who request IUD increases. The guidelines surrounding IUD has changed and now you can even recommend IUD to women who have not given birth, which has great advantages since the IUD is one of the most effective contraceptive methods. Swedish gynaecologists and midwives are, however, not always following the scientific evidence and the current guidelines regarding IUD.

Aim

The aim of the study was to investigate midwives management and counselling about IUD within the Stockholm County Council.

Method

Data collection was made by an online survey and to answer the purpose of the study a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach was used.

Results

A total of 121 midwives working in the Stockholm County Council participated. The majority of the midwives provided IUD insertions but there were differences in the management and counselling regarding IUD. The differences concerned, for instance the working environment where the majority of midwives inserted the IUD alone and the technical approach varied. In addition, the midwives recommendations regarding pain relief varied. The results also showed that the information midwives gave the women was different.

Conclusion

New guidelines regarding work environment and newer guidelines on pain management should be developed. Efforts like further education for the active midwives to increase adherence to the guidelines and the research available.

Keywords: IUD, midwives, management, consultancy

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Barnmorskan som preventivmedelsrådgivare.....	1
Prevalens och verkningsmekanismer för spiral	2
Handläggning av spiral.....	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Frågeställningar	7
METOD	8
Urval	8
Enkäten	8
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	11
Orsaker till avrådan från spiral	13
Provtagning/undersökning inför spiralinsättning	14
Tillvägagångssätt vid spiralinsättning	15
Information efter spiralinsättning	17
Förbättringsförslag gällande handläggning och rådgivning kring spiral.....	18
DISKUSSION.....	19
Metoddiskussion.....	19
Urval	19
Enkät	20
Bortfall.....	21
Dataanalys	22
Resultatdiskussion.....	22
SLUTSATS	25
Konklusion.....	25
Implikation	26
Förslag på framtida forskning.....	26
REFERENSLISTA.....	28
BILAGOR.....	32

INLEDNING

Spiralanvändning hos kvinnor i Sverige är på uppgång (Lindh, 2014). Andelen kvinnor som efterfrågar spiral som preventivmetod ökar. Rekommendationerna kring spiralanvändning har ändrats, numera får spiral även rekommenderas till kvinnor som ej fött barn (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014). Enligt Lindh (2014) efterfrågar fler kvinnor hormonfria alternativ då de känner oro inför hormonernas påverkan på kropp och psykiskt mående. För dessa kan kopparspiral vara ett alternativ. En del kvinnor kan eventuellt acceptera hormonspiral, då det är den gestagenmetod som har den lägsta koncentrationen av det tillförda hormonet (Marions, 2014). Dessutom är spiral en av de effektivaste preventivmetoderna (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014; Läke-medelsverket, 2014; Winner et al., 2012). Idén till denna studie uppkom under den verksamhetsförlagda utbildningen på barnmorskemottagning, då det framkom att barnmorskornas handläggning och rådgivning kring spiralanvändning och insättning skiljer sig åt.

Enligt en studie av Ekelund, Melander och Gemzell-Danielsson (2014) håller sig svenska gynekologer och barnmorskor inte alltid till vetenskapliga rön och följer inte gällande riktlinjer när det gäller spiral. Enligt Patientlagen (SFS, 2014:821) har alla har rätt till säker och jämlik vård som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I studien används det vedertagna begreppet spiral istället för det medicinska begreppet intrauterint inlägg (Mirena®, 2016).

BAKGRUND

Barnmorskan som preventivmedelsrådgivare

I Sverige kom det stora genombrottet för hormonell antikonception i början på 1960-talet. De första metoderna som registrerades och etablerades på marknaden var spiral och p-piller och efterfrågan var stor (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009). I Sverige infördes abortlagen år 1975 och i samband med det byggdes preventivmedelsrådgivningen ut för att förebygga oönskade graviditeter. Därmed fick barnmorskor utbildning inom preventivmedelsrådgivning. De fick forskrivningsrätt av p-piller samt fick genomföra spiralinsättningar (Kaplan et al., 2009; Lindh, 2014). Barnmorskorna i Sverige fick i denna tidsperiod en central roll inom preventivmedelsrådgivning och inom det förebyggande arbetet på dåvarande mödravårdscentraler och på de ungdomsmottagningar som då började etableras runt om i landet (Kaplan et al., 2009). Den formella forskrivningsrätten för barnmorskor infördes 1996 (SOSFS, 1996:21). I Sverige står barnmorskor för cirka 80 procent av den sammanlagda preventivmedelsrådgivning som

sker i landet (Lindh, 2014). I nuläget ingår barnmorskans förskrivningsrätt i barnmorskeutbildningen och regleras utifrån SOSFS 1996:21. Barnmorskor får därmed förskriva preventivmedel i födelsekontrollerande syfte (SOSFS, 1996:21). God tillgång till preventivmedel är kopplad till lågt antal oplanerade graviditeter samt aborter. I Sverige är tillgången på preventivmedelsrådgivning stor och många effektiva preventivmedel finns tillgängliga, vissa är även subventionerade. Trots detta har Sverige högst andel aborter i Västeuropa (Kopp Kallner, Thunell, Brynhildsen, Lindeberg & Gemzell Danielsson, 2015).

Arbetet på en barnmorskemottagning innefattar dels förebyggande arbete samt behandling mot sexuellt överförbara infektioner [STI], insatser för familjeplanering samt gynekologisk cellprovtagning, graviditetsövervakning och eftervård (Qwist, 2016). Barnmorskans roll i samband med preventivmedelsrådgivning innefattar sexuell och reproduktiv hälsa, vilket för den enskilda kvinnan bland annat handlar om att undvika oönskade graviditeter samt ha kontroll över sin egen fertilitet. Barnmorskans rådgivning innebär även information angående skydd mot STI (Kaplan et al., 2009; Läke-medelsverket, 2014). I samband med rådgivningsbesöket är det viktigt att barnmorskan erbjuder samt informerar kvinnan om olika preventivmedel samt dess effektivitet. Kvinnans följsamhet till vald preventivmetod ökar om hon känner sig delaktig i beslutet (Dehlendorf, Krajewski & Borrero, 2014). Korta väntetider samt mottagningens tillgänglighet är av stor vikt och kan vara en avgörande faktor för ett lyckat resultat i samband med preventivmedelsrådgivningen (Kaplan et al., 2009; Sköld & Larsson, 2012). Målet med preventivmedelsrådgivningen är att den ska vara av hög kvalitet samt tillgodose kvinnans enskilda behov. Detta för att hon ska bli nöjd med sin metod och kunna använda den korrekt och konsekvent (Kaplan et al., 2009; Läke-medelsverket, 2014). Enligt Sköld och Larsson (2012) är preventivmedelsrådgivning från barnmorskorna en viktig faktor då kvinnorna valde preventivmetod.

Prevalens och verkningsmekanismer för spiral

Globalt använder 14,3 procent av kvinnor i fertil ålder spiral. Variationen mellan olika länder är dock stor, från mindre än 2 till över 40 procent. I Sverige ligger siffran på 19 procent. Användningen av spiral påverkas främst av geografiska skillnader, regeringens politik och vårdpersonalens utbildningsnivå medan medicinska indikationer verkar ha mindre betydelse (Buhling, Zite, Lotke & Black, 2014). Av den hormonella antikonceptionen som skedde i Sverige mellan åren 2010-2013 utgick hormonspiralerna till 31 procent av den totala hormonella antikonceptionsmetoden. Dessutom har hormonspiralen successivt ökat i försäljning. Kopparspiralen Nova T 380 har minskat något i försäljningen, utgick till 18 procent

(2010) samt 14 procent (2013) av försäljningen (Lindh, 2014). I en aktuell TNS-Sifo undersökning var det 24,3 procent av 1001 tillfrågade kvinnor som använde långtidsverkande reversibla preventivmedel (Kopp Kallner et al., 2015).

Till kvinnor som önskar ett långverkande preventivmedel kan både koppar- och hormonspiral rekommenderas (Läkemedelsverket, 2014). Spiraler kan gärna rekommenderas som förstahandsalternativ, då dessa tillhör de mest effektiva preventivmedlen (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014; Läkemedelsverket, 2014; Winner et al., 2012). Spiral kan rekommenderas till de flesta kvinnor, även till kvinnor som ej fött barn, tonåringar och unga kvinnor (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014; Winner et al., 2012). Preventivmetodernas effektivitet är till viss del beroende på användaren (Trussel, 2011; Thunell & Kopp Kallner, 2014). De preventivmedel som skyddar bäst mot oönskade graviditeter är långverkande reversibla preventivmedel, till exempel spiral (Rose & Lawton, 2012; Thunell & Kopp Kallner, 2014; Trussel, 2011; Winner et al., 2012;). Enligt Kopp Kallner et al. (2015) uppgav deltagarna i studien att den viktigaste egenskapen hos en preventivmetod är dess effektivitet. Detta styrks av deltagarna i studien av Sköld och Larsson (2012) där en preventivmetods effektivitet är den viktigaste anledningen då kvinnorna valde metod.

Hur väl ett preventivmedel skyddar mot graviditet benämns med en preventivmetods effektivitet. I Tabell 1 beskrivs olika preventivmetoders effektivitet med Pearl Index det vill säga antal graviditeter per 100 kvinnor/år med olika preventivmetoder vid perfekt användning. Perfekt användning kan förklaras genom att vald preventivmetod används konsekvent och korrekt. Perfekt användning kan jämföras med typisk användning, vilket ger en mer verklighetstrogen bild av effektiviteten. Hur väl ett preventivmedel används är individuellt betingat. Minst skillnad mellan perfekt och typisk användning är det vid användning av de långtidsverkande metoderna då glömskefaktorn är eliminerad. Därmed kan man konstatera att långtidsverkande reversibla preventivmedel såsom koppar- och hormonspiral samt p-stav har bland den högsta effektiviteten bland olika preventivmetoder (Läkemedelsverket; 2014; Trussel, 2011)

Tabell 1 - Jämför skillnaden mellan perfekt användning och "typisk" användning av olika preventivmetoder. Siffrorna från "typisk" användning är hämtade från National Surveillance of Family Growth i USA (Trussel, 2011).

Metod	Pearl Index vid perfekt användning	Andel (%) kvinnor med oplanerad graviditet under första årets användning vid "typisk" användning
Ingen metod	85	85
Manlig sterilisering	0,10	0,15
Kvinnlig sterilisering	0,5	0,5
Hormonspiral (den större)	0,2	0,2
Kopparspiral (≥ 300 mm ²)	0,6	0,8
Kombinerade p-piller	0,3	9
P-plåster	0,3	9
P-ring	0,3	9
P-spruta	0,2	6
P-stav	0,05	0,05
Mellanpiller (gestagen)	0,3	9
Minipiller (gestagen)	1,1	>9
Pessar och spermiedödande gel	6	12
Spermicider	18	40
Manlig kondom	2	18
Avbrutet samlag	4	22
Naturlig familjeplanering	3-5	24

Verkningsmekanismen skiljer sig mellan koppar- och hormonspiral men gemensamt är att de ska motverka en eventuell befruktning. Kortfattat verkar kopparspiralen genom kopparjonernas spermiedödande effekt, vilket försvårar spermiernas transport genom uterus. Dessutom påverkar kopparjonerna en befruktning genom att en implantation försvåras (Läkemedelsverket; 2014; Ortiz & Croxatto, 2007). En hormonspiral förhindrar en befruktning genom en lokal gestageneffekt på endometriet som blir tunt. Dessutom påverkas cervixsekretet så att det blir segt och försvårar spermietransporten (Benagiano, Gabelnick & Brosens, 2015; Läkemedelsverket, 2014). I nuläget finns två olika hormonspiraler, en lite mindre för tre års användning samt en större för fem års användning (Läkemedelsverket, 2014). Hormonspiral kan vara ett alternativ till kvinnor som inte önskar en stor mängd hormoner eftersom det är den gestagena preventivmetod som medför den absolut minsta serumkoncentrationsnivån av det tillförda hormonet (Marions, 2014). Efter uttag av hormon- eller kopparspiral återfår kvinnor sin fertilitet i samma omfattning och lika snabbt som efter andra preventivmetoder (Doll, Vessey & Painter, 2001).

Viktiga hälsofördelar med hormonspiral förutom att förhindra graviditet är framförallt minskning av menstruation, vilket kan vara önskvärt för kvinnor med kraftiga eller långvariga blödningar (Benagiano et al., 2015; Läkemedelsverket, 2014). Ytterligare fördelar med hormonspiral är att den minskar menstruationssmärtan. Dessutom har hormonspiral positiva hälsofördelar i slutet av den fertila perioden, då endometrieskydd är positivt vid östrogenbrist. En ytterligare hälsoeffekt är att hormonspiralens påverkan på endometriet och cervixsekretet skyddar mot infektion och endometriehyperplasi (Andersson, Odling & Rybo, 1994; Läkemedelsverket, 2014). Kopparspiral passar kvinnor som önskar en hormonfri preventivmetod eller har en kontraindikation mot gestagen metod (Läkemedelsverket, 2014).

De vanligaste biverkningarna hos kvinnor som använder kopparspiral är kraftig menstruationssmärtan samt blödning. Dessutom får en del kvinnor även en liten mellanblödning mitt i menstruationscykeln (Läkemedelsverket, 2014). Med hormonspiral blir blödningsmönstret oförutsägbart och innebär vanligen frekventa småblödningar initialt under cirka tre till sex månader, därefter amenorré eller sparsamma menstruationer (Heikinheimo, Inki, Kunz & Gemzell-Danielsson, 2010; Läkemedelsverket, 2014). Amenorré är vanligare hos den större hormonspiralen, men annars ger de båda hormonspiralerna liknande blödningsmönster. Hos kvinnor med hormonspiral förekommer övergående ovarialcystor något oftare än kvinnor utan spiral, dock är risken dosberoende (Läkemedelsverket, 2014). Trots den låga dosen av hormoner i hormonspiral kan den ge vissa hormonella biverkningar som exempelvis acne, oregelbunden menstruation, viktuppgång, minskad libido, bröstspänningar samt humörpåverkan (Backman et al., 2000).

Handläggning av spiral

I Stockholms läns landsting [SLL] finns riktlinjer inför en spiralinsättning. Man ska som barnmorska ta en medicinsk/sexualanamnes, utesluta graviditet och gynekologisk infektion, erbjuda STI-prov till alla (om inga kliniska tecken till infektion får man sätta in spiralen i väntan på provsvar) samt göra en gynekologisk undersökning. Rekommendationer finns att en infektionsscreening bör utföras innan insättning av spiral, men det finns inga riktlinjer att det måste göras. Spiralen kan sättas in när som helst i menstruationscykeln, men om en hormonspiral sätts in senare än sju dagar efter första menstruationsdagen ska ytterligare graviditetsskydd användas under en vecka. Kvinnan ska erbjudas återbesök för kontroll av graviditet efter tre till fyra veckor om så är fallet (Läkemedelsverket, 2014). En spiral får enligt riktlinjerna tidigast sättas in sex veckor postpartum och då ska man även informera kvinnan om en ökad perforationsrisk (Kaislasuo, Suhonen, Gissler, Lähteenmäki & Heikinheimo, 2012; Thunell & Kopp Kallner, 2014). Om sondmättet är oväntat stort eller litet ska kvinnan remitteras till en gynekolog (Thunell & Kopp

Kallner, 2014). Information och rådgivning efter en spiralinsättning bör ges och kvinnorna ska informeras om en liten ökad infektionsrisk de närmaste 20 dagarna efter insättning (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014). Det finns ingen evidens för att ge kvinnan särskilda förhållningsregler efter spiralinsättning (Riktlinjer Antikonception, 2014). Återbesök rekommenderas cirka 6-12 veckor efter insättning (Thunell & Kopp Kallner, 2014). Innan insättning kan kvinnan rekommenderas att ta ibuprofen (Riktlinjer Antikonception, 2014).

Enligt en studie av Gemzell-Danielsson, Mansour, Fiala, Kaunitz och Bahamondes (2013) finns ingen evidens att rekommendera rutinmässigt profylaktiskt Non Steroidal Anti-inflammatory Drugs [NSAID] innan insättning av spiral eftersom det saknas en tydlig evidens på att det har någon effekt. Däremot har NSAID effekt om kvinnan utvecklar smärta efter insättning av spiral. NSAID kan också minska ångest genom en eventuell placeboeffekt. En trygg omgivning och att patienten är lugn och väl förberedd visade sig vara effektivt i syfte att minska smärtupplevelsen i samband med spiralinsättning. En studie av Lopez et al. (2015) bekräftar denna brist på tydlig evidens för effekt av de flesta NSAID-preparat. Även effekten av opioider, misoprostol samt flera olika lidocainberedningar studerades och de flesta av dessa visade inte heller signifikant skillnad för smärtupplevelsen. En studie av Karabayirli, Ayrim och Muslu (2012) visar dock på en signifikant lägre smärtupplevelse vid profylaktisk behandling med Naproxen och ännu lägre vid behandling med Tramadol. Andra studier har även visat att lidocain har haft effekt (Aksoy, Aksoy, Ozyurt, Açmaz & Babayigit, 2015; Tornblom-Paulander et al., 2015). Enligt Sääv, Aronsson, Marions, Stephansson och Gemzell-Danielsson (2007) visades ingen skillnad på smärtupplevelse hos kvinnorna gällande om de hade förbehandlats med misoprostol eller inte.

Ibland misslyckas insättning av spiral. En studie visar att vaginal förbehandling med misoprostol kan underlätta insättning om ett tidigare insättningsförsök misslyckats (Bahamondes, Espejo-Arce & Bahamondes, 2015). En studie av Sääv et al. (2007) bekräftar detta då förbehandling med misoprostol medförde att spiralinsättning blev enklare vid exempelvis cervixstenos eller till kvinnor som ej fött några barn tidigare.

I samband med spiralinsättning finns det en låg risk för uterusperforation men det skiljer sig inte något mellan koppar- eller hormonspiraler. Risken för uterusperforation är cirka 1/1000 och smärta i nedre buken är det vanligaste symtomet vid tidig diagnos. I enstaka fall kan även kraftiga blödningar vara det tidigaste tecknet på uterusperforation (Andersson, Ryde-Blomqvist, Lindell, Odling & Milson, 1998). Risken för perforation ökar då spiralinsättning sker under amning eller då kvinnan fött barn de senaste sex månaderna (Andersson et al., 1998; Caliskan, Oztürk, Dilbaz &

Dilbaz, 2003; Kaislasuo et al., 2012; Läkemedelsverket, 2014). Enligt Caliskan et al. (2003) är risken störst för perforation om spiralinsättning sker tre till sex månader efter förlossning. Enligt Heinemann, Reed, Moehner och Minh (2015a) är ökningen för uterusperforation sexfaldig om spiralinsättning sker under amning. Samma studie visar även att perforationsrisken vid spiralinsättning minskar om en erfaren barnmorska eller gynekolog sätter in spiralen, detta oavsett spiral.

Om graviditet inträffar trots inneliggande kopparspiral ökar risken för graviditetskomplikationer samt missfall (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014; Whaley & Burke, 2015). Spiral, oavsett koppar eller hormon, ska avlägsnas direkt om graviditet uppstår, oavsett om kvinnan önskar fullfölja graviditeten eller avsluta den (Gemzell-Danielsson & Odling, 2014; Läkemedelsverket, 2014; Whaley & Burke, 2015). Risken finns att kvinnan råkar stöta ut spiralen, detta vanligen under det första året och förekommer hos cirka fem procent av fallen (Läkemedelsverket, 2014). Risken för ektopisk graviditet är mycket låg både med koppar- och hormonspiral eftersom de skyddar så väl mot graviditet. Om graviditet skulle inträffa trots spiral är dock sannolikheten högre att graviditeten är ektopisk, än vid en vanlig graviditet (Heinemann, Reed, Moehner & Minh, 2015b).

Problemformulering

Spiral som preventivmetod är på uppgång i Sverige. Andelen kvinnor som efterfrågar spiral ökar. Rekommendationerna kring spiralanvändning har ändrats, numera får spiral även rekommenderas till kvinnor som ej fött barn. Dessutom är spiral en av de effektivaste preventivmetoderna. Svenska gynekologer och barnmorskor håller sig inte alltid till vetenskapliga rön och följer inte aktuella riktlinjer gällande spiral. Eftersom kvinnor oftare efterfrågar spiral samt att handläggningen skiljer sig barnmorskor emellan angående rekommendationer och information till kvinnan behövs insatser för att beskriva barnmorskors handläggning kring spiral inom SLL.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors handläggning och rådgivning kring spiral inom Stockholms läns landsting.

Frågeställningar

Avråder barnmorskor kvinnor från spiral, vilka kan i så fall vara orsakerna?

Erbjuder barnmorskorna provtagning/undersökning innan insättning av spiral?

Hur ser tillvägagångssättet ut för barnmorskor vid en spiralinsättning?

Vilken information ger barnmorskan till kvinnorna efter en spiralinsättning?

METOD

För att svara på syftet med studien genomfördes en deskriptiv tvärsnittsstudie (Dahmström, 2011). Studien hade en kvantitativ ansats.

Urval

Barnmorskor verksamma på barnmorskemottagningar i SLL tillfrågades om att delta. Webbenkäten skickades ut till samtliga barnmorskor verksamma på barnmorskemottagningar i SLL, totalt 68 mottagningar med cirka 340 barnmorskor. Detta inkluderar både den privata och offentliga sektorn.

Enkäten

För att kunna besvara syftet med studien utformades en enkät (se bilaga 1) med hjälp av de frågeställningar studien grundades på. En författargrupp om åtta personer konstruerade tillsammans en webbenkät med syfte att resultera i fyra olika magisteruppsatser inom området preventivmedelsrådgivning. Denna grupp om åtta personer kallas härnäst författargruppen. De två författarna till denna magisteruppsats om spiraler kallas härnäst författarna. Frågorna i enkäten bestod av både öppna och slutna frågor. Enkäten inleddes med bakgrundsfrågor. De flesta frågorna var slutna och utformade med fasta svarsalternativ. Alla frågor utformades för att deltagarna i så stor mån som möjligt kunde besvara frågorna ärligt, utan att de ska tycka att det finns rätt eller fel svarsalternativ. Enkäten innehöll även öppna frågor på grund av att barnmorskorna då fick chansen att utveckla sina svar. För att underlätta för deltagarna samt förhoppningsvis öka svarsfrekvensen utformades en elektronisk webbaserad enkät i Google Docs.

Innan utskick till barnmorskorna i SLL, testades enkäten vid två tillfällen. Vid båda testomgångarna utfördes kognitiva intervjuer enligt Drennan (2003) med metoden "read aloud/think aloud". Detta tillvägagångssätt valdes för att förstå testpersonernas perspektiv på frågorna. Genom att vara närvarande då testpersonerna fyllde i enkäten fick författarna ut mest information om eventuella förändringar (Ejlertsson, 2005). Vid första testomgången deltog tre personer. Två av dessa var barnmorskor varav en är lärare på skolan och den andra arbetar inom preventivmedelsrådgivning. Den tredje personen var barnmorskestudent. Intervjun med läraren på skolan skedde i närvaro av författarna och intervjun med barnmorskan verksam inom preventivmedelsrådgivning skedde via telefon av författarna. Intervjun med barnmorskestudenten skedde i närvaro av en person från författargruppen. Andra testomgången utfördes på åtta barnmorskestudenter. Författarna utförde

fyra intervjuer, resterande utfördes av de andra i författargruppen. I enlighet med metoden “read aloud/think aloud” informerades författargruppen testpersonerna vid upprepande tillfällen under intervjun att läsa varje fråga högt och berätta varje tanke som uppkom efter att ha läst frågan. Sex intervjuer utfördes på universitetsbiblioteket samt två intervjuer utfördes via telefon. Samtliga kognitiva intervjuer transkriberades och därefter diskuterades testpersonernas kommentarer av författargruppen. Frågorna justerades innan utskick till barnmorskorna i SLL.

Efter första testomgången korrigerades vissa frågor. De flesta kommentarerna från testpersonerna gällde språket i frågorna då de kunde uppfattas som ledande, innehöll syftningsfel eller var otydliga. Önskemål om mer neutrala frågor påtalades. Exempelvis ändrades frågan *Vilka kontroller erbjuder du kvinnan innan insättning av spiral?* till *Erbjuder du provtagning/undersökning till kvinnan innan insättning av spiral?* En del frågor lades till då de ansågs relevanta i förhållande till syftet. En fråga som lades till var *Hur många spiraler sätter du uppskattningsvis i månaden?* En fråga togs bort eftersom den inte svarade på syftet. Efter första testomgången justerades frågorna innan enkäten provtestades igen enligt metoden “read aloud/think aloud” (Drennan, 2003).

Efter den andra testomgången hade testgruppen ytterligare synpunkter gällande språket, vilket kunde innebära missförstånd av frågor och formuleringar. Testgruppen ansåg även att författarna hade blandat ordet kvinnor/kvinna i formuläret och efterfrågade mer enhetlighet i enkäten. Då ordet i många fall var överflödigt togs det bort helt i de flesta frågor, vilket även gjorde enkäten mer könsneutral. En fråga som ändrades var *Händer det ibland att du avråder kvinnor från spiral?* till *Avråder du ibland från spiral?* Dessutom ändrades alternativen i samma frågor då testpersonerna upplevde vissa alternativ som svårtolkade. Exempel på alternativ som ändrades var *Infektion hos kvinnan*, vilket ändrades till *Pågående infektion*. Frågorna justerades innan utskick till barnmorskorna i SLL.

Datainsamling

Två dagar innan utskick av enkäten skickades ett informationsmail (se bilaga 2) angående enkäten ut till samtliga verksamhetschefer på mottagningarna. I samband med utskick av enkäten följde ett informationsbrev (se bilaga 3) angående studien med, detta mailades ut till samtliga barnmorskor på barnmorskemottagningarna i SLL. Författargruppen skickade ett påminnelsemail (se bilaga 4) till barnmorskorna när enkäten hade varit ute under en veckas tid, detta för att få upp svarsfrekvensen. För att få upp svarsfrekvensen ytterligare kontaktades samtliga mottagningar per telefon, majoriteten av mottagningarna en dag innan och resterande samma dag som en påminnelse mailades ut. Två dagar innan den planerade sista svarsdagen lades ett inlägg upp i Facebook-

gruppen Barnmorska - Aktuellt och intressant, där det informerades om studien, detta för att ytterligare påminna eventuella deltagare. Författargruppen förlängde sedan tiden för att svara på enkäten i ytterligare fem arbetsdagar för att få upp svarsfrekvensen och ytterligare ett påminnelsemail skickades ut till barnmorskorna fyra dagar innan den slutgiltiga sista svarsdagen.

Dataanalys

Svaren från enkäten inkom i ett kalkylblad i Google Docs. En automatisk överföring gjordes från kalkylbladet i Google Docs till ett Exceldokument. Detta medförde en säkerhet att fel data inte matades in i Excel samt underlättade analysarbetet. De slutna frågorna kom direkt in i Excel i form av datamatriser, med rader och kolumner som representerade de olika svarsalternativen (Dahmström, 2011). De slutna frågorna kodades och formler lades in i Excel varefter tabeller utformades till respektive fråga. Diagram skapades utifrån tabellerna. Därefter gjordes manuell kontroll av samtliga tabeller.

På flertalet frågor förekom internt bortfall. Dessa ersattes ej med något genomsnittligt svar utan presenteras som "saknas" i resultatet. I två bakgrundsfrågor samt frågor i enkäten som hade svarsalternativ med siffror svarade en del deltagare med ett intervall. För att hantera dessa svar beslutade författarna att ta medelvärdet på de två värdena i svaret. Detta användes konsekvent under analysprocessen. Till exempel svarade 34 deltagare med ett intervall på frågan *Hur många spiraler sätter du uppskattningsvis i månaden?* Svar som uppkom kunde vara 10-20, det presenterades då som 15. Om deltagarna hade klickat i övrigt och sedan skrivit likartat de fasta svarsalternativen valde författarna att ta med det i de fasta alternativen istället, detta gjordes under hela analysprocessen. I vissa fall hade några deltagare både klickat i de fasta svarsalternativen samt även skrivit i löpande text. Detta skedde i tre frågor i enkäten. Ett exempel på en korrigering som gjordes var på frågan *Föreslår du smärtlindring i samband med spiralinsättning? Om JA, vilken/vilka?* Av de deltagare som svarade övrigt var det åtta som skrivit i textrutan Ipre, ibuprofen eller diclofenac samt Alvedon. I analysprocessen räknades dessa in i de redan befintliga svarsalternativen *NSAID* samt *Paracetamol*. I de fall där deltagare svarat på en följdfråga, till exempel angett alternativ på smärtlindring, trots att de svarat nej eller ingenting på huvudfrågan, valde författarna att bortse från svaren på följdfrågan. I enlighet med Ejlerthsson (2014) valdes detta tillvägagångssätt då uppenbara motsägelser rekommenderades att lösas med hjälp av att låta det första angivna svaret gälla.

Efter att svaren på de öppna frågorna lästs igenom, framgick att dessa gick att kvantifiera då flera tydliga kategorier kunde identifieras. De erhållna svaren lades in i ett Exceldokument och varje svar granskades och kategoriserades. I svaren på de tre öppna frågorna kunde mellan fem till tio

kategorier per fråga identifieras. Visst tolkningsutrymme fanns i vissa svar och författarna diskuterade igenom hur dessa svar skulle kategoriseras. Till exempel på frågan *Vad gör du om du inte lyckas sätta in spiral?* fanns det många som svarat att de hänvisar till gynekolog, en del till gynmottagning, och ett fåtal till sjukhus eller Sesammottagning. Alla dessa fick en gemensam kategori; hänvisar till gynekolog/sjukhus. Majoriteten av svaren på de tre öppna frågorna innehöll flera olika exempel på tillvägagångssätt, information och förslag och författarna beslutade att räkna med alla alternativ i alla svar. Antalet svar under varje kategori räknades och lades in i en tabell i Excel för att kunna presenteras kvantitativt i resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Då denna studie är en magisteruppsats, det vill säga utbildning på avancerad nivå, faller den inte in under lagen SFS 2003:460 angående etiskt godkännande (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003). Enligt Hansagi (1994) är det etiskt viktigt att nyttan av studien överväger eventuella risker och obehag som deltagarna kan uppleva genom att delta. Nyttan med studien var att den kan bidra med förståelse och kartläggning av barnmorskans handläggning kring spiral och hitta förbättringsmöjligheter inom denna typ av vård. Deltagandet i studien var anonymt och frivilligt. Besvarad enkät räknades som informerat samtycke i studien. Information om studiens syfte och metod skickades ut tillsammans med enkäten. Författarna har försökt utforma enkätfrågorna på ett sätt som inte skulle upplevas som ett ifrågasättande av den enskilda barnmorskans kompetens, för att undvika obehag.

RESULTAT

Totalt deltog 121 av 340 barnmorskor, det vill säga en svarsfrekvens på cirka 36 procent. Samtliga barnmorskor yrkesverksamma på barnmorskemottagning i SLL, både landstingsstyrda och privatägda mottagningar ingick. Resultatet presenteras i form av tabeller och löpande text. En del tabeller som inte visas i resultatet finns med som bilagor, dessutom finns även figurer på flertalet frågor.

Åldersmässigt var spridningen mellan deltagarna stor och den största gruppen var mellan 50-59 år och representerades av (n=35) av deltagarna (Tabell 2). Erfarenhetsmässigt var spridningen också stor, den största gruppen hade dock arbetat över 30 år som verksam barnmorska och representerades av (n=38) av deltagarna (Tabell 3). Majoriteten av deltagarna (n=57) hade arbetat mellan 0-9 år inom preventivmedelsrådgivning (Tabell 4). De flesta (n=86) arbetade mellan 80 – 100 procent på barnmorskemottagning (Tabell 5). Största delen deltagare (n=52) hade mellan 30-59 gravida

kvinnor inskrivna hos sig (se bilaga 5). Nästan samtliga deltagare (n=119) arbetade med preventivmedelsrådgivning (se bilaga 5).

Majoriteten (n=116) det vill säga 96 procent av deltagarna uppgav att de sätter spiral och endast ett fåtal (n=5) uppgav att de inte sätter spiral (Tabell 6). Anledningar som framkom om varför de inte satte spiral var olika. Två deltagare uppgav att de hade för lite kliniskt arbete för att kunna upprätthålla en god kompetens. En uppgav sig ha ett för litet rum samt en hade precis börjat på mottagningen och var på upplärning. En svarade nej utan att ange varför.

Av de deltagare som satte spiral låg intervallet mellan 0,5-40 spiraler i månaden. Den största gruppen (n=49) satte uppskattningsvis mellan 5-9 spiraler i månaden (Tabell 7). En person feltolkade frågan, denna svarade "många" och hamnade därmed i gruppen saknas.

Tabell 2 - Ålder på deltagarna (n=121)

Ålder	Antal	%
30-39 år	25	21%
40-49 år	30	25%
50-59 år	35	29%
≥ 60 år	31	26%
Saknas	0	0%
Totalt	121	100%

Tabell 3 - Antal verksamma år som barnmorska (n=121)

Antal verksamma år som barnmorska	Antal	%
0-9 år	35	29%
10-19 år	33	27%
20-29 år	15	12%
≥ 30 år	38	31%
Saknas	0	0%
Totalt	121	100%

Tabell 4 - Antal år med preventivmedelsrådgivning (n=121)

Antal år med preventivmedelsrådgivning	Antal	%
0-9	57	47%
10-19 år	34	28%
20-29 år	15	12%
≥ 30 år	14	12%
Saknas	1	1%
Totalt	121	100%

Tabell 5 - Antal procent på barnmorskemottagning (n=121)

Procent på barnmorskemottagning	Antal	%
0-19%	2	2%
20-39%	0	0%
40-59%	10	8%
60-79%	22	18%
80-100%	86	71%
Saknas	1	1%

Tabell 6 - Antal deltagare som sätter spiral (n=121)

Sätter du spiral?	Antal	%
Ja	116	96%
Nej	5	4%
Totalt	121	100%

Tabell 7 - Antal spiraler som sätts per deltagare i månaden (n=116)

Hur många spiraler sätter du uppskattningsvis i månaden?	Antal	%
0-4	24	21%
5-9	49	42%
10-14	26	22%
15-19	12	10%
≥ 20	3	3%
Saknas	2	2%
Totalt	116	100%

Orsaker till avrådan från spiral

Majoriteten av deltagarna (n=92) uppgav att de ibland avråder från spiral. Enstaka svar saknas, de har inte svarat men sätter inte heller spiral. Resterande (n=27) har uppgett att de inte avråder från spiral (Tabell 8).

Av de deltagare som uppgav att de ibland avråder från spiral var den främsta anledningen på grund av pågående infektion (n=67). Den minst förekommande anledningen till avrådan från spiral uppgav deltagarna var ammande kvinna, vilket endast två av deltagarna svarade. De svarsalternativ som även förekom hos flera deltagare var biverkningar samt nyförlöst kvinna. Av de deltagarna (n=8) som svarat övrigt uppgav (n=4) att de avråder på patientindikation, om kvinnan var negativt inställd eller inte har fått tillräcklig information för att kunna göra ett informerat val. Två deltagare nämner olika gynekologiska åkommor, till exempel myom och hänvisar då till gynekolog. Ytterligare två deltagare skriver att de avråder vid misstanke om graviditet (Tabell 9).

Tabell 8 - Antal deltagare som avråder från spiral (n=121)

Avråder du ibland från spiral?	Antal	%
Ja	92	76%
Nej	27	22%
Saknas	2	2%
Totalt	121	100%

Tabell 9 - Anledningar till avrådan från spiral (n=92)

Om JA, varför avråder du från spiral? (Fler svar möjliga)	Antal	%
Oro för kvinnans smärteaktion	4	4%
Förmodade insättningsvärigheter	8	9%
Biverkningar	29	32%
Påverkan på den normala menstruationscykeln	18	20%
Kvinnan har inte fått barn	4	4%
Pågående infektion	67	73%
Ammande kvinna	2	2%
Nyförlost kvinna	28	30%
Övrigt	8	9%
Totalt	92	-

Provtagning/undersökning inför spiralinsättning

Majoriteten (n=107) erbjuder provtagning/undersökning innan insättning av spiral, endast ett fåtal (n=12) som sätter spiral tar inga prover eller undersökningar innan. Två deltagare saknas, de har inte svarat men sätter inte heller spiral (Tabell 10).

Av deltagarna som erbjuder provtagning/undersökning innan spiralinsättning var graviditetstest den vanligast förekommande provtagningen och uppgavs av (n=95) av deltagarna. Dessutom erbjöd majoriteten av deltagarna även STI-prov, gynundersökning och cellprov innan insättning. Fåtal deltagare (n=4) valde övrigt, varav (n=3) beskrev att de erbjuder provtagning/undersökning efter kvinnans önskemål. En deltagare erbjuder hemoglobin provtagning innan spiralinsättning (Tabell 11).

Tabell 10 - Antal deltagare som erbjuder provtagning/undersökning inför spiralinsättning (n=121)

Erbjuder du vanligtvis provtagning/undersökning innan insättning av spiral?	Antal	%
Ja	107	88%
Nej	12	10%
Saknas	2	2%
Totalt	121	100%

Tabell 11 - Provtagning/undersökningar som erbjuds innan spiralinsättning (n=107)

Om JA, vilken/vilka? (Fler svar möjliga)	Antal	%
STI	86	80%
Graviditetstest	95	89%
Gynekologiskundersökning	67	63%
Cellprov	61	57%
Övrigt	4	4%
Totalt	107	-

Tillvägagångssätt vid spiralinsättning

De flesta deltagarna (n=87) är ensamma under spiralinsättning. En del (n=16) sätter tillsammans med kollega. Resterande (n=13) uppgav svarsalternativ övrigt varav (n=5) beskriver att de sätter spiral ensamma på rummet men ser till att någon kollega alltid finns på mottagningen. En deltagare uppgav att spiralinsättning sker tillsammans med en undersköterska. Resterande (n=7) uppger att det varierar, ibland är de ensamma och ibland med kollega (Tabell 12).

Tabell 12 - Arbetsmiljö vid spiralinsättning (n=116)

När du sätter in spiral, är du då:	Antal	%
Ensam	87	75%
Tillsammans med kollega	16	14%
Övrigt	13	11%
Totalt	116	100%

De flesta (n=112), det vill säga 97 procent av deltagarna uppgav att de använde sond i samband med spiralinsättning. Även sax (n=109), självhållande spekulum (n=97) samt klotång (n=95) uppgavs av de flesta. Ett fåtal (n=14) uppgav peang. Dessutom uppgav enstaka alternativet övrigt, varav en deltagare uppgav att sterila handskar används vid spiralinsättning. Resterande två personer klickade i övrigt utan att uppge eget alternativ (Tabell 13).

Tabell 13 - Instrument vid spiralinsättning (n=116)

Vilka instrument använder du vanligtvis i samband med spiralinsättning? (Fler svar möjliga)	Antal	%
Tork	27	23%
Spekulum/depressor	40	34%
Självhållandespekulum	97	84%
Klotång	95	82%
Sond	112	97%
Peang	14	12%
Sax	109	94%
Övrigt	3	3%
Totalt	116	-

De flesta deltagarna (n=113) föreslår smärtlindring i samband med spiralinsättning. Ett fåtal (n=4) föreslår ingen smärtlindring innan spiralinsättning, av dessa sätter samtliga spiral. Resterande (n=4) svar saknas, varav tre av dessa sätter inte spiral (Tabell 14).

Tabell 14 - Antal deltagare som föreslår smärtlindring vid spiralinsättning (n=121)

Föreslår du smärtlindring i samband med spiralinsättning?	Antal	%
Ja	113	93%
Nej	4	3%
Saknas	4	3%
Totalt	121	100%

Den mest förekommande smärtlindringen var paracetamol som (n=99) av deltagarna föreslog. Dessutom föreslog (n=85) NSAID i samband med spiralinsättning. Några (n=17) rekommenderade värmekudde. Ingen föreslog akupunktur. Alternativet övrigt representeras av (n=5) deltagare, av dessa uppgav (n=4) att de ger xylocaingel inför en spiralinsättning. En deltagare klickade övrigt utan att uppge varför (Tabell 15).

Tabell 15 - Föreslagen smärtlindring vid spiralinsättning (n=113)

Om JA, vilken/vilka? (Du kan välja flera alternativ)	Antal	%
Xylocainspray	3	3%
TENS	3	3%
Akupunktur	0	0%
NSAID	85	75%
Paracetamol	99	88%
Värmekudde	17	15%
Övrigt	5	4%
Totalt	113	-

De flesta deltagare gav flera olika alternativ på tillvägagångssätt gällande om man misslyckas med spiralinsättning. Majoriteten (n=75) nämnde att de hänvisar till gynekolog eller sjukhus. Flera (n=68) uppgav att de ber en kollega om hjälp. Ytterligare (n=46) hade som alternativ att boka ett nytt besök senare, (n=6) av dessa uppgav att de ville lägga det nya besöket i samband med menstruation. En deltagare nämnde att behandling med Cytotec kan göras inför det nya besöket. En del (n=7) nämnde vikten av smärtlindring vid nästa besök samt möjlighet till bättre smärtlindring hos gynekolog. Några deltagare (n=5) beskrev att de ibland ger rådgivning om annan preventivmetod (Tabell 16).

Tabell 16 - Insättningssvårigheter vid spiralinsättning (n=114)

Vad gör du om du ej lyckas sätta in en spiral? (Fler svar möjliga)	Antal	%
Hänvisar till gynekolog/sjukhus	75	66%
Ber om hjälp av en kollega	68	60%
Bokar ett nytt besök	46	40%
Ökad smärtlindring vid nytt besök hos oss eller gynekolog	7	6%
Rådgivning om annan preventivmetod	5	4%
Totalt	114	

Information efter spiralinsättning

På frågan om vilken information deltagarna gav efter spiralinsättning nämnde de allra flesta flera olika alternativ. Ungefär hälften (n=58) beskrev att de informerar om infektionstecken. Dessutom uppgav många (n=56) att de ger råd och förhållningsregler angående hygien. Vissa har då bara skrivit "hygienråd", andra har specificerat råden, vilka då till exempel har varit att inte bada på en till sju dagar eller att ej ha samlag första dagarna. Två av dessa har angett att de ger hygienråd men även informerar om att det inte finns evidens för detta. Flera deltagare (n=41) uppgav att de ger råd om att söka vård på gynakuten vid infektionstecken eller stor blödning. Flera (n=30) beskrev att de informerar om en ökad infektionsrisk de första 20 dagarna efter insättning. Dessutom uppgav en del (n=28) att de berättar om normal smärta efter insättning och på vilka sätt den kan lindras. Flera (n=27) uppgav att de erbjuder återbesök, de flesta efter tre månader eller vid behov. En del (n=22) uppgav att de informerar om förväntat blödningsmönster och biverkningar. Vissa (n=20) nämnde perforationsrisk och (n=17) uppgav att de rekommenderar att kvinnan kontrollerar att hon känner spiraltrådarna eller att hon kommer till mottagningen för trådkontroll. Enstaka (n=5) nämnde att de rekommenderar kvinnan att använda kondom första veckan efter insättning av hormonspiral (Tabell 17).

Tabell 17 - Information efter spiralinsättning (n=114)

Vilken information ger du till kvinnor efter spiralinsättning? (Fler svar möjliga)	Antal	%
Infektionstecken	58	51%
Råd och förhållningsregler angående hygien	56	49%
Söka gynakut vid infektionstecken/stor blödning	41	36%
Infektionsrisk	30	26%
Information om smärta och smärtbehandling	28	25%
Erbjuder återbesök	27	24%
Biverkningar och blödningsmönster	22	19%
Perforationsrisk	20	18%
Trådkontroll	17	15%
Kondomanvändning första veckan vid hormonspiral	5	4%
Totalt	114	

Förbättringsförslag gällande handläggning och rådgivning kring spiral

Drygt hälften av deltagarna svarade på frågan om förbättringsförslag. Av dessa ansåg (n=26) att rutinerna fungerar bra eller hade inga förslag på förbättringar.

Flera deltagare (n=16) önskade att det fanns bättre möjlighet att ge god smärtlindring vid spiralinsättning. Förslag på smärtlindring var till exempel värmekudde och xylocainspray. Ett par deltagare kände sig begränsade av överläkaren på mottagningen som inte lät dem använda xylocainspray.

En del deltagare (n=10) tog upp vikten av att kvinnan är lugn och väl förberedd. En ville ha möjlighet att ge lugnande läkemedel till dem som var som mest oroliga. En annan lyfte vikten av tolk och att kvinnan skall ha fått tillräcklig information innan spiralinsättningen. Att ha träffat kvinnan minst en gång innan insättningstillfället lyftes också som viktigt, samt att ha en lugn, harmonisk miljö.

Fåtal deltagare (n=4) önskade att de alltid skulle kunna vara två närvarande vid insättning. Några (n=3) lyfte arbetsmiljöfrågan, att de önskade mer tid, utrymme och bättre instrument. Två deltagare önskade att det fanns bättre möjlighet att redan på mottagningen kontrollera spiralens läge med ultraljud. Ytterligare två deltagare uppgav att klotång oftast inte behövs. Två lyfte vikten av att informationen som ges skulle bli mer samstämmig, de upplevde att olika barnmorskor ofta säger olika saker (Tabell 18).

Tabell 18 - Förbättringsförslag gällande handläggning och rådgivning kring spiral (n=65)

Anser du att rutinerna kring spiralinsättning kan förbättras, i så fall hur? (Fler svar möjliga)	Antal	%
Det fungerar bra/inga förbättringsförslag	26	40%
Bättre möjligheter till smärtlindring	16	25%
Bättre möjlighet till lugn och väl förberedd patient	10	15%
Alltid vara två vid insättning	4	6%
Bättre tillgång till ultraljudskontroll	2	3%
Klotång behövs ej	2	3%
Samstämmighet gällande information	2	3%
Arbetsmiljöförbättring (Instrument, tid, utrymme)	3	5%
Totalt	65	

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiedesignen som valdes för denna studie var deskriptiv tvärsnittsstudie. Denna design valdes då syftet med deskriptiva studier är att observera och beskriva vissa företeelser (Polit, 2008). Målet var att göra en undersökning på samtliga barnmorskor som arbetar med preventivmedelsrådgivning på barnmorskemottagning inom SLL. Med en kvantitativ ansats har man möjlighet att dra större slutsatser av resultatet och generaliserbarheten blir också högre (Dahmström, 2011). De slutna frågorna analyserades deskriptivt (Dahmström, 2011). Den del i resultatet som bestod av öppna frågor kategoriserades och kvantifierades för att också analyseras deskriptivt.

Urval

I studien valdes att skicka ut enkäten till samtliga barnmorskor verksamma på barnmorskemottagning inom SLL. Populationen valdes då syftet med studien var att undersöka barnmorskors handläggning och rådgivning kring spiral och inte dra några generella slutsatser.

En faktor som kan ha påverkat resultatet är att författarna inte vet vilka mottagningar som svarat på enkäten. Det kan ha varit en dålig geografisk spridning på svarsfrekvensen i olika stadsdelar och kommuner, vilket i så fall kan ha resulterat i begränsad spridning i representationen. Dessutom kan resultatet ha påverkats då ett fåtal deltagare i studien arbetade mycket lite kliniskt. Detta kan ha påverkat resultatet då de inte satte spiraler eller endast ett begränsat antal, därmed kanske de ej hade uppdaterad kunskap om aktuell forskning och handläggning av spiraler.

Enkät

Den egna förståelsen inom ett ämne kan påverka utformningen av enkäten, vilket kan resultera i att resultatet påverkas. För att minimera risken för vägledande frågor utformades enkäten noga för att få så neutrala frågor som möjligt (Dahmström, 2011; Ejlerthsson, 2014). För att få ut mest information om eventuella ändringar alternativt synpunkter från testpersonerna vid de båda testomgångarna var författarna närvarande då dessa fyllde i enkäten. Detta överensstämmer hur man bör utföra testomgångarna (Ejlerthsson, 2014). Enkäten korrigerades efter båda testomgångarna, detta för att säkerställa att frågorna inte skulle missförstås samt att de inte skulle vara vägledande. Dessutom lämnades en del frågor öppna för att inte leda deltagaren i någon riktning utan att barnmorskorna istället fick svara fritt (Ejlerthsson, 2014). En nackdel som förekom med öppna frågor var att flera deltagare inte svarade på dessa, vilket resulterade i ökat internt bortfall. Det finns även en svaghet med att genom öppna frågor låta deltagarna själva avgöra vad som är värt att benämna. Kanske hade en del deltagare sympatiserat med fler av de erhållna kategorierna om de funnits som fasta svarsalternativ. Därför bör svaren på de öppna frågorna inte behandlas med samma säkerhet som svaren på de övriga frågorna (Ejlerthsson, 2014).

Författarna testade inte studien på den verkliga gruppen eftersom det skulle leda till bortfall i den verkliga studien. Detta eftersom författargruppen inte skulle kunna använda samma deltagare som testat studien i den verkliga studien. Dock var testpersonerna relevanta för denna studie eftersom de som inte redan var barnmorskor var barnmorskestudenter. De barnmorskestudenter som valdes var lättillgängliga för författarna samt hade dessutom nyligen praktiserat på barnmorskemottagningar i SLL. Detta överensstämmer med litteraturen som beskriver att det är brukligt att personer liknande dem som senare ska besvara enkäten testat den (Ejlerthsson, 2014).

Denna studie om spiraler låg först i enkäten efter bakgrundsfrågorna, varvid författargruppen valde att de flesta frågorna om spiraler inte skulle vara obligatoriska. Detta då författargruppen önskade att deltagarna skulle svara på hela webbenkäten samt med förhoppningar att deltagare inte skulle hoppa av. Deltagarna kanske hade övervägt att hoppa av om de till exempel inte satte spiral och trots det var tvungna att svara på de obligatoriska frågorna. Att inte haft vissa frågor obligatoriska kan till exempel ha resulterat i en stor andel bortfall i den sista frågan om förbättringsförslag. Enligt Dahmström (2011) finns vissa fördelar med obligatoriska frågor då deltagarna inte kan gå vidare till nästa fråga innan man svarat på frågan. Detta resulterar i minskat bortfall på enstaka frågor eftersom man inte ges möjlighet att glömma eller välja att inte svara på frågan. Då hela enkäten

med frågor gällande alla de fyra uppsatsämnena var ganska lång kan det förekommit bortfall på enstaka frågor iallafall, då deltagarna kan ha haft ont om tid eller inte orkat svara på alla frågor.

Bortfall

Sammanlagt skickades enkäten ut till cirka 340 barnmorskor, varav 121 barnmorskor svarade på enkäten, detta medförde en svarsfrekvens på cirka 36 procent. I studien mailade de fyra samordningsbarnmorskorna först ut till verksamhetscheferna på respektive mottagning angående studien, dessa skulle därefter informera sina kollegor angående enkäten. Det finns en risk att verksamhetscheferna inte meddelade sina kollegor om studien. Efter ytterligare två arbetsdagar mailade samordningsbarnmorskorna ut enkäten till samtliga barnmorskor på respektive mottagning. Det finns här även en risk att de mailadresser samordningsbarnmorskorna hade tillgång till inte var helt uppdaterade, vilket skulle kunna innebära att inte samtliga barnmorskor fått enkäten. Enligt Dahmström (2011) förekommer vissa nackdelar med användningen av webbenkät och man måste ha i åtanke att bortfall kan bero på tekniska problem, såsom att enkäten kanske inte nått deltagarna som planerat samt att mailadresserna kan vara felaktiga. Det går inte heller att veta hur läget ser ut med sjukskrivningar, neddragningar och liknande, därför går det inte att säga exakt hur många barnmorskor som nåddes av enkäten. För att minska antal led skulle det kunna ha varit en fördel att författargruppen själva skulle ha skickat enkäten till barnmorskorna. Detta för att ha mer kontroll över utskicket, veta att enkäten nådde fram till samtliga samt att mailadresserna varit korrekta. Dock kunde författarna se stora likheter i hur deltagarna svarade, därmed antas resultatet ha blivit relativt likadant även om bortfallet varit mindre.

Det kan diskuteras kring anledningar varför många barnmorskor valt att inte svara på enkäten. Enligt Ejrlertsson (2014) är en inre motivation den starkaste drivkraften till att svara på en enkätstudie. Den inre motivationen består ofta av intresse för ämnet som enkäten berör, samt en egen vilja till att vara med och bidra till resultatet. Om deltagarna som svarat gjort det på grund av att de är mer intresserade än övriga av forskning och studier så kan det ha påverkat resultatet. Författarna har även diskuterat huruvida de som är mycket intresserade och därmed mer benägna att svara, också kan antas ha mer uppdaterade kunskaper om vetenskap och nya riktlinjer. Om detta stämmer verkar intresset för förbättringsarbete och att utveckla vården vara ganska lågt i denna population.

Två påminnelsemail skickades ut till barnmorskorna med förhoppning om att öka svarsfrekvensen. Diskussion fördes om huruvida fler skulle skickas för att få upp svarsfrekvensen ytterligare, men det beslutades att detta inte skulle göras. Detta på grund av att enligt Ejrlertsson (2014) är effekten

vanligen minimal, samtidigt som det ur en etisk synvinkel kan upplevas ifrågasättande. Eftersom svarsfrekvensen var låg ringde författargruppen runt till samtliga barnmorskemottagningar som enkäten skickats ut till för en extra påminnelse. Även detta stämmer överens med hur man enligt Ejlertsson (2014) kan gå tillväga för att ytterligare höja svarsfrekvensen. Vissa deltagare satte inte spiral, vilket gjorde att ett visst intern bortfall förekom då en del frågor inte var riktade till dem.

Dataanalys

Resultaten från de slutna frågorna fördes automatiskt in i ett Exceldokument. Genom att man kunde exportera från Google Docs till ett Exceldokument förhindrades att fel siffra skulle matas in om detta var tvunget att ske manuellt. Detta i sin tur förhindrade missvisande resultat. Genom att författarna skapade matematiska formler i Excel samt även kontrollerade siffrorna manuellt minimerades dessutom risken för missvisande resultat. Då författarna tog ett medelvärde på ett flertal siffror både i bakgrundsvariablerna samt vid en fråga i enkäten finns dock risken för missvisande resultat, i det fall att medelvärdet ej stämt överens med vad deltagarna avsett.

Författarna valde att presentera de öppna frågorna kvantitativt i resultatet eftersom deltagarna svarat på ett sådant sätt att författarna ansåg att meningen med innehållet inte skulle försvinna i resultatet om det presenterades kvantitativt. Resultatet från de öppna frågorna fördes automatiskt in i ett Exceldokumentet där sedan kategorisering gjordes manuellt. Kategorierna fördes in i tabeller för att redovisas kvantitativt. För att detta tillvägagångssätt ska ge rättvisande resultat krävs att författarna tolkat deltagarnas svar korrekt samt räknat rätt när antalet svar inom samma kategori skulle avgöras. Den manuella överföringen från kategoriseringen till tabellen i Exceldokumentet skulle kunnat vara en felkälla. För att minimera risken för detta har författarna kontrollerat och diskuterat igenom alla svar för att se att de tolkat dem på samma sätt. Antalet svar under varje kategori har kontrollräknats vid flera tillfällen.

Resultatdiskussion

En majoritet av barnmorskorna i studien satte spiral, men i resultatet framgår stora skillnader gällande handläggningen och rådgivningen kring spiral i SLL. Det är tydligt att de flesta barnmorskor erbjuder provtagning eller undersökning innan spiralinsättning. Dock visar resultatet på att alla inte erbjuder provtagning innan spiralinsättning trots att det enligt SLL:s Riktlinjer Antikonception (2014) framgår att pågående genital infektion samt graviditet är kontraindicerat i samband med spiralinsättning. Därmed borde man ändå erbjuda viss provtagning eller alternativt fråga kvinnan om det är aktuellt, detta för att försäkra sig innan spiralinsättning.

Deltagarna i studien beskrev olika tillvägagångssätt vid spiralinsättning, vilket stämmer överens med Kaplan et al. (2009) där det visats att rutinerna samt tillvägagångssätt kring hur spiralinsättning ska gå till varierar mellan olika mottagningar och olika barnmorskor. Till exempel använde många deltagare klotång och andra inte, dock finns det ingen evidens för den ena eller andra metoden (Kaplan et al., 2009). Däremot nämner en deltagare att hon använder sig av sterila handskar i samband med spiralinsättning. Det finns inte heller någon forskning om det är nödvändigt i samband med spiralinsättning eller vilka instrument som borde rekommenderas i samband med insättningen.

Ett huvudfynd i studien var handläggningen och rekommendationerna kring smärtlindring. Majoriteten av deltagarna rekommenderade smärtlindring i form av paracetamol samt NSAID-preparat (ofta ibuprofen) innan spiralinsättning, trots att ingen tydlig evidens finns för att det ger effekt inför insättningen (Gemzell-Danielsson et al., 2013). En studie av Karabayirli et al. (2012) visade dock att genom att ge profylaktisk behandling med NSAID-preparatet Naproxen minskade smärtupplevelsen signifikant. Ett fåtal deltagare (n=3) gav xylocainspray samt (n=4) gav xylocaingel i samband med spiralinsättning. I en studie av Aksoy et al. (2015) visas att smärtan minskar om kvinnan får 10 % xylocainspray innan insättning. Ytterligare studier bekräftar detta genom att visa på minskning av smärta genom applikation av lidocain i cervix och uterus innan spiralinsättning. Detta konstaterades ge effekt för både kvinnor som fött barn samt till de som inte fött barn (Tornblom-Paulander et al., 2015). Några deltagare (n=10) lyfte vikten av en lugn och harmonisk miljö i samband med spiralinsättning samt att kvinnan ska vara väl förberedd. Det kan även tyckas anmärkningsvärt att enbart några få deltagare lyfte upp detta, då det enligt Gemzell-Danielsson et al. (2013) är bland det viktigaste verktyget för att minska kvinnans smärtupplevelse. En lugn, harmonisk miljö och att kvinnan är väl förberedd har visats minska kvinnans oro inför ingreppet och därmed även minskat smärtupplevelsen i samband med en spiralinsättning (Gemzell-Danielsson et al., 2013). Dessutom uppgav majoriteten av deltagarna (n=87) att de sätter spiral ensam, men däremot beskrev några deltagare i förbättringsförslagen att de önskade bättre arbetsmiljö i samband med spiralinsättning. Detta kunde innebära mer tid samt att alltid vara två i samband med insättningen, vilket skulle vara önskvärt då det kunde resultera i en tryggare miljö. Insättningen sker oftast ensam och man kan ifrågasätta vad detta beror på. Är det tidsbrist, stress eller föredrar barnmorskorna att arbeta ensam? Ytterligare angav även flera deltagare en önskan om bättre smärtlindring i samband med spiralinsättning och att tillgången till detta var en anledning till att de hänvisade till läkare vid smärtrelaterade insättningssvårigheter.

Författarna anser att barnmorskor bör ha möjlighet att erbjuda mer smärtlindring till kvinnan om spiralinsättning inte lyckas vid det första besöket på grund av kraftig smärta. Då skulle det kunna vara en fördel att på mottagningen kunna ge mer smärtlindring istället för att hänvisa patienten vidare. Det kan eventuellt kännas tryggare för kvinnan att slippa besöka ytterligare en vårdgivare, när hon redan etablerat en förhoppningsvis god kontakt med sin barnmorska. Gällande medicinsk smärtlindring skulle det till exempel kunna handla om bättre tillgång till effektiva lidocainberedningar eller Tramadol som har bevisad effekt (Karabayirli et al., 2012; Tornblom-Paulander, 2015). Om det finns på mottagningen skulle det kunna ges innan insättning. Dock krävs läkarordination för Tramadol, vilket i sådana fall behöver lösas. Sammantaget skulle alltsammans förhoppningsvis skapa harmoni, vilket eventuellt i sin tur skulle kunna minska smärtupplevelsen samt ytterligare eventuell oro.

Vid insättningsvårigheter beskrev en deltagare att ett nytt besök bokas och inför detta kan kvinnan behandlas med Cytotec. Detta överensstämmer med en studie av Sääv et al. (2007) där insättningen blivit enklare vid exempelvis cervixstenos eller till kvinnor som ej fött barn om dessa förbehandlats med Cytotec. Det kan diskuteras att det bara är en barnmorska som nämner detta vid insättningsvårigheter, de flesta deltagare beskriver att de ber en kollega om hjälp alternativt hänvisar vidare till gynekolog eller sjukhus.

Majoriteten deltagare (n=92) uppgav att de ibland avråder från spiral. Den främsta anledningen till varför barnmorskorna avrådde från spiral var på grund av en pågående infektion, vilket överensstämmer med riktlinjerna inom SLL (Riktlinjer Antikonception, 2014). Ytterligare avrådde omkring 30 procent av deltagarna från spiral om kvinnan var nyförlöst eller på grund av biverkningar. Den minst förekommande anledningen till avrådan från spiral uppgav deltagarna var ammande kvinna, vilket endast två svarade. De två största riskfaktorerna för att drabbas av en perforation i samband med spiralinsättning var amning samt nyligen fött barn det vill säga inom sex månader. Dessa två riskfaktorer var associerade med samma ökning att drabbas av perforation (Heinemann et al., 2015a). Det kan tyckas intressant att det var den minst förekommande anledningen då deltagarna avrådde från spiral då det ger en sexfaldig ökning av uterusperforation (Heinemann et al., 2015a). Ytterligare en studie av Caliskan et al. (2003) bekräftar denna ökning av uterusperforation inom sex månader efter förlossningen. Dessutom visar det att om spiralen sattes in upp till tre månader efter förlossningen ökade risken för uterusperforation, en ytterligare ökning om spiralen sattes in tre till sex månader efter förlossningen. Enligt Heinemann et al. (2015a) minskar perforationsrisken om en erfaren barnmorska eller gynekolog sätter in spiralen, detta oavsett spiral. Den studiens resultat baserades på huruvida varje barnmorska eller gynekolog satte in mindre än 50

spiraler per år jämfört med dem som satte in 50 eller mer spiraler per år. Denna studie visar att den största gruppen barnmorskor sätter i genomsnitt fem till nio spiraler per månad, vilket resulterar i minst 60 spiraler per år. Då kan slutsatsen dras att många barnmorskor i SLL kan räknas som erfarna kring spiralinsättning.

Olika anledningar konstaterades varför deltagarna avrådde från spiral. Dessa kan jämföras med resultatet i en studie av Buhling, Hauck, Dermout, Ardaens och Marions (2014) där det framgick olika anledningar till varför barnmorskor i Sverige avrådde kvinnor från spiral. De främsta orsakerna var grund av insättningsrelaterad smärta, att spiralen påverkade den normala menstruationscykeln, att kvinnorna ej hade fött barn samt att kvinnorna inte gillade spiral. En del barnmorskor rekommenderade inte spiral på grund av förmodade insättningssvårigheter, vilket överensstämmer med denna studie.

I riktlinjerna i SLL rekommenderas återbesök cirka 6-12 veckor efter spiralinsättning, trots detta var det endast några deltagare (n=27) som uppgav att de erbjuder återbesök. Enligt en studie av Heinemann et al. (2015a) identifierades de flesta uterusperforationer i samband med återbesöket. Yngre kvinnor kan enligt Läkemedelsverket (2014) behöva täta återbesök för att diskutera sin preventivmetod och eventuella förändringar i sin livssituation.

Flera deltagare (n=30) beskrev att de informerar om en ökad infektionsrisk de första tre veckorna efter insättning. Detta stämmer överens med en studie av Caddy, Yudin, Hakim och Money (2014) som konstaterar att risken för infektion är större de första 20 dagarna efter insättning och att kvinnan bör informeras om detta. I denna studie konstateras också att den ökade infektionsrisken verkar ha att göra med själva insättningsstillfället och hygien vid denna procedur. Ingenting om hygienråd eller restriktioner efter insättning nämns som något som skulle minska risken för infektion. Det kan tyckas vara anmärkningsvärt att hela 49 procent av de deltagare som svarat på frågan om information efter spiralinsättning anger att de ger hygienråd och förhållningsregler trots att det även i SLL:s Riktlinjer Antikonception (2014) framgår att det inte finns evidens för detta.

SLUTSATS

Konklusion

Sammanfattningsvis visade resultatet i studien att nästan samtliga barnmorskor på barnmorskemottagningarna i SLL sätter spiral. Dock konstaterades olikheter angående handläggning och rådgivning gällande spiral. Olikheterna gäller bland annat arbetsmiljö där

majoriteten barnmorskor satte spiral ensamma och det tekniska tillvägagångssättet varierade. Dessutom gav barnmorskorna olika rekommendationer gällande smärtlindring. Resultatet visade även att informationen barnmorskorna gav kvinnorna efter spiralinsättning var olika, och stämde i många fall inte överens med SLL:s Riktlinjer Antikonception (2014). Därmed kan man konstatera att handläggningen angående spiral skiljer sig barnmorskor emellan samt att riktlinjerna inte alltid följs inom SLL. Detta kan diskuteras ur ett vårdetiskt perspektiv där alla kvinnor har rätt till lika vård samt rätt att få uppdaterad och vetenskaplig information. Om detta inte följs kan det resultera i att kvinnorna blir förvirrade och oroliga då barnmorskorna inte arbetar samstämmigt och efter vetenskaplig grund. Detta kan leda till ett minskat förtroende för barnmorskornas kompetens. De flesta deltagarna anger inga förbättringsförslag eller är nöjda med handläggningen kring spiral. Bland de förbättringsförslag som kom fram var det mest förekommande en önskan om bättre smärtlindringsmöjligheter.

Implikation

Genom undersökningen kan författarna konstatera att både nya riktlinjer gällande arbetsmiljö samt nyare riktlinjer gällande smärtlindring bör tas fram. Det behövs även insatser i form av fortbildning till de verksamma barnmorskorna för att öka följsamheten till de riktlinjer och den forskning som finns.

Genomgående fynd i resultatet var att de flesta barnmorskor satte spiral ensamma. Barnmorskor bör alltid vara två vid spiralinsättning samt även ha träffat kvinnan innan. Detta för att kunna skapa en trygg och lugn miljö för kvinnan, vilket kan resultera i minskad smärtupplevelse och oro. Dessutom ökar det säkerheten i de fall där komplikation uppstår.

Förslag på framtida forskning

Genom resultatet kan man konstatera att det behövs vidare forskning samt tydligare riktlinjer angående handläggning och rådgivning kring spiral. Det behövs studier om huruvida barnmorskor i Sverige ska erbjuda återbesök efter en spiralinsättning. Intressant vore att studera vilka instrument som bör användas vid spiralinsättning. Till exempel forskning om huruvida smärtreaktionen skiljer sig hos kvinnan om barnmorskorna använder sig av klotång eller inte. Ytterligare huruvida det har någon påverkan på perforationsrisk samt eventuella insättningssvårigheter som till exempel vid cervixstenos. Vidare behövs större studie om vilka förhållningsregler barnmorskorna ger till kvinnor efter en spiralinsättning. En sådan skulle med fördel göras som observationsstudie, för att få ett mer tillförlitligt resultat. Ytterligare behövs forskning för att ta fram riktlinjer angående vilken smärtlindring som ska erbjudas till kvinnorna inför en spiralinsättning. Det vore även intressant att

studera huruvida kvinnans smärtreaktion påverkas av om barnmorskorna är ensamma eller tillsammans med kollega under spiralinsättning.

REFERENSLISTA

- Aksoy, H., Aksoy, Ü. Ozyurt, S., Açmaz, G. & Babayigit, M. (2015). Lidocaine 10% spray to the cervix reduces pain during intrauterine device insertion: a double-blind randomised controlled trial. *Journal of family planning and reproductive health care*. doi:10.1136/jfprhc-2014-100917
- Andersson, I., Ryde-Blomqvist, E., Lindell, K., Odland, V. & Milson, I. (1998). Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. *Contraception*, 57(4), 251-255. doi:10.1016/S0010-7824(98)00029-8
- Andersson, K., Odland, V. & Rybo, G. (1994). Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception*, 49(1), 56-72. doi:10.1016/0010-7824(94)90109-0
- Backman, T., Huhtala, S., Blom, T., Luoto, R., Rauramo, I. & Koskenvuo, M. (2000). Length of use and symptoms associated with premature removal of the levonorgestrel intrauterine system: a nation-wide study of 17,360 users. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(3), 335-339. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb13228.x
- Bahamondes, M.V., Espejo-Arce, X. & Bahamondes, L. (2015). Effect of vaginal administration of misoprostol before intrauterine contraceptive insertion following previous insertion failure: a double blind RCT. *Human Reproduction*, 30(8), 1861-1866. doi:10.1093/humrep/dev137
- Benagiano, G., Gabelnick, H. & Brosens, I. (2015). Long-acting hormonal contraception. *Womens Health*, 11(6), 749-757. doi:10.2217/whe.15.68
- Buhling, K. J., Hauck, B., Dermout, S., Ardaens, K. & Marions, L. (2014). Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 183, 146-154. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.10.020
- Buhling, K. J., Zite, N. B., Lotke, P. & Black, K. (2014). Worldwide use of intrauterine contraception: a review. *Contraception*, 89(3), 162-173. doi:10.1016/j.contraception.2013.11.011.
- Caddy, S., Yudin, M. H., Hakim, J. & Money, D. M. (2014). Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 36(3), 266-276.
- Caliskan, E., Oztürk, N., Dilbaz, B. O. & Dilbaz, S. (2003). Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8(3), 150-155. doi:10.1080/ejc.8.3.150.155
- 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
- Doll, H., Vessey, M. & Painter, R. (2001). Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of

contraception. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(3), 304-314. doi: 10.1111/j.1471-0528.2001.00075.x

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

Ekelund, M., Melander, M. & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Intrauterine contraception: attitudes, practice, and knowledge among Swedish health care providers. *Contraception*, 89(5), 407-412. doi: 10.1016/j.contraception.2013.12.014

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

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

Gemzell-Danielsson, K. & Odlin, V. (2014). Intrauterin antikonception. I *Antikonception-bakgrundsdokumentation. Information från Läkemedelsverket, 2014*, 25(2), 67-70. Uppsala: Läkemedelsverket.

Gemzell-Danielsson, K., Mansour, D., Fiala, C., Kaunitz, A. M. & Bahamondes, L. (2013). Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Human Reproduction Update*, 19(4), 419-427. doi:10.1093/humupd/dmt022

Hansagi, H. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård : handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Heikinheimo, O., Inki, P., Kunz, M. & Gemzell-Danielsson, K. (2010). Predictors of bleeding and user satisfaction during consecutive use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Human Reproduction*, 25(6), 1423-1427. doi:10.1093/humrep/deq079

Heinemann, K., Reed, S., Moehner, S. & Minh, T. D. (2015a). Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception*, 91(4), 274-279. doi:10.1016/j.contraception.2015.01.007

Heinemann, K., Reed, S., Moehner, S. & Minh, T. D. (2015b). Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception*, 91(4), 280-283. doi:10.1016/j.contraception.2015.01.011

Kaislasuo, J., Suhonen, S., Gissler, M., Lähteenmäki, P. & Heikinheimo, O. (2012). Intrauterine contraception: incidence and factors associated with uterine perforation: a population-based study. *Human Reproduction*, 27(9), 2658-2663. doi:10.1093/humrep/des246

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (Red.). (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Karabayirli, S., Ayrim, A. A. & Muslu, B. (2012). Comparison of the analgesic effects of oral tramadol and naproxen sodium on pain relief during IUD insertion. *Journal of minimally invasive gynecology*, 19(5), 581-584. doi:10.1016/j.jmig.2012.04.004

- 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). doi:10.1371/journal.pone.0125990
- Lindh, I. (2014). Preventivmedelsanvändning i Sverige. I *Antikonception- bakgrundsdokumentation. Information från Läke-medelsverket, 2014, 25(2)*, 32-36. Uppsala: Läke-medelsverket.
- Lopez, L. M., Bernholc, A., Zeng, Y., Allen, R. H., Bartz, D., O'Brien, P. A. & Hubacher, D. (2015). Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (29). doi:10.1002/14651858.CD007373.pub3
- Läke-medelsverket. (2014). *Antikonception - behandlingsrekommendation. Information från Läke-medelsverket, 2014, 25(2)*, 14-28. Uppsala: Läke-medelsverket.
- Marions, L. (2014). Gestagena metoder. I *Antikonception- bakgrundsdokumentation. Information från Läke-medelsverket, 2014, 25(2)*, 51-54. Uppsala: Läke-medelsverket.
- Mirena® (2016). I *FASS.se*. Hämtad 23 mars, 2016, från <http://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19921023000069>
- Polit, D. F. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8.ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Qwist, H. (Red.). (2016). *Barnmorskemottagning/Mödravårdscentral i SLL*. Stockholms läns landsting. Hämtad 8 februari, 2016, från <http://www.vardgivarguiden.se/avtallupdrag/avtalsinformation/vardval-stockholm/modravardscentral-barnmorskemottagning/>
- Riktlinjer Antikonception: Barnmorskemottagning/ Ungdomsmottagning i SLL* (2014). Stockholm: Stockholms läns landsting. Hämtad 18 januari, 2016, från <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/barnmorskemottagning/riktlinjer/dokument/antikonception/>
- Rose, S. B. & Lawton, B. A. (2012). Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(1), 37. doi:10.1016/j.ajog.2011.06.102
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 18 januari, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 28 januari, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/
- Sköld, A. & Larsson, M. (2012). Contraceptive use during the reproductive lifecycle as reported by 46-year-old women in Sweden. *Sexual & Reproduction Healthcare*, 2012(1), 43-47. doi:10.1016/j.srhc.2011.11.004

SOSFS 1996:21. *Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 5 februari, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1996/1996-10-21>

Sääv, I., Aronsson, A., Marions, L., Stephansson, O. & Gemzell-Danielsson, K. (2007). Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of an intrauterine device in nulliparous women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 22(10), 2647-2652. doi:10.1093/humrep/dem244

Thunell, L. & Kopp Kallner, H. (2014). Preventivmetoders effektivitet: sterilisering samt preventivmedel efter abort, förlossning och under amning. I *Antikonception-bakgrundsdokumentation. Information från Läke-medelsverket, 2014*, 25(2), 37-41. Uppsala: Läke-medelsverket.

Tornblom-Paulander, S., Tingåker, B. K., Werner, A., Liliecreutz, C., Conner, P., Wessel, H. & Ekman-Ordeberg, G. (2015). Novel topical formulation of lidocaine provides significant pain relief for intrauterine device insertion: pharmacokinetic evaluation and randomized placebo-controlled trial. *Fertility and sterility*, 103(2), 422-427. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.10.026

Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 83(5), 397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021

Whaley, N. S. & Burke, A. E. (2015). Intrauterine contraception. *Womens Health*, 11(6), 759-767. doi:10.2217/whe.15.77

Winner, B., Peipert, J. F., Zhao, Q., Buckel, C., Madden, T., Allsworth, J. E. & Secura, G. M. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *The New England journal of medicine*, 366(21), 1998-2007. doi:10.1056/NEJMoa1110855

BILAGOR

Bilaga 1. Webbenkät

Webbenkät

om preventivmetod, säkrare sex, eftervårdsbesök och cellprov

*Obligatorisk

Bakgrundsfrågor



1. Alder? *

.....

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 smärtreaktion
- ☐ 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!

Bilaga 2. Informationsbrev verksamhetsbarnmorskor

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

Bilaga 3. Informationsbrev



**Karolinska
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/1Vv13wh3HnmRMQ0W9H3eXbXroX61gSum1R2mgEsOKbsU/f
ormResponse](https://docs.google.com/forms/d/1Vv13wh3HnmRMQ0W9H3eXbXroX61gSum1R2mgEsOKbsU/f ormResponse)

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

Bilaga 4. Påminnelsebrev



**Karolinska
Institutet**

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/1Vv13wh3HnmRMQ0W9H3eXbXroX61gSum1R2mgEsOKbsU/viwwform>

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

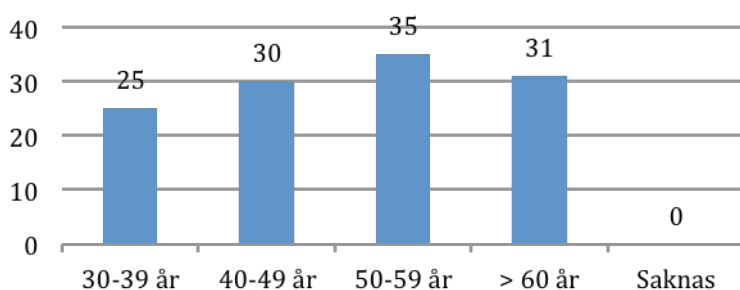
Bilaga 5. Tabeller/Diagram

Tabell 19 - Antal inskrivna gravida (n=121)

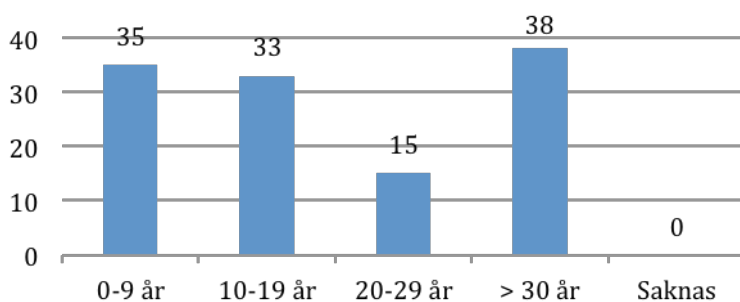
Ungefär hur många gravida kvinnor har du i nuläget inskrivna hos dig?	Antal	% av total
0-29	10	8%
30-59	52	43%
60-89	42	35%
>90	15	12%
Saknas	2	2%
Totalt	121	100%

Tabell 20 - Nuvarande arbetsuppgifter (n=121)

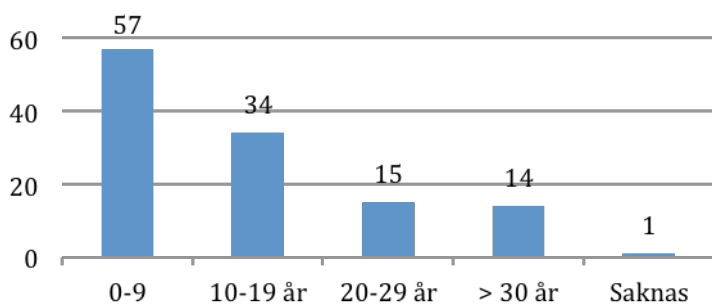
Nuvarande arbetsuppgifter	Antal	% av total
Graviditetsövervakning	118	98%
Preventivmedelsrådgivning	119	98%
Cellprovtagning	117	97%
Föräldrautbildning	96	79%
STI-provtagning	117	97%
Telefontid	113	93%
Övrigt (även andra arbetsuppgifter)	42	35%
Totalt	121	-



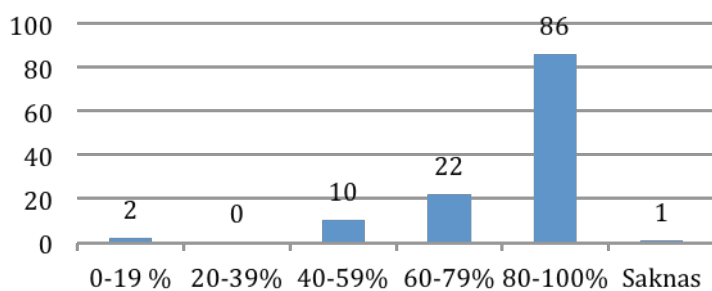
Figur 1 - Ålder på deltagarna (n=121)



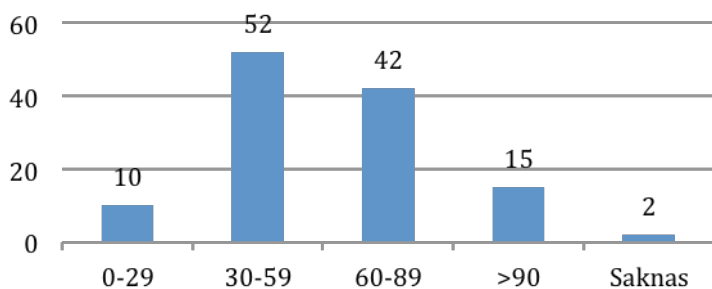
Figur 2 - Antal verksamma år som barnmorska (n=121)



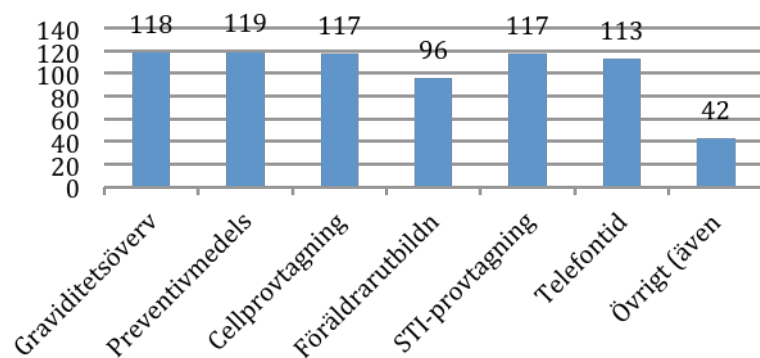
Figur 3 - Antal år med preventivmedelsrådgivning (n=121)



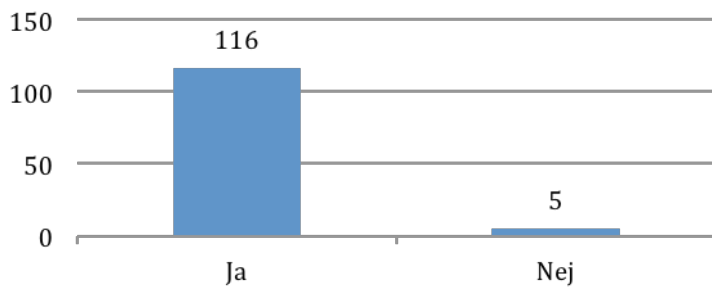
Figur 4 - Antal procent på barnmorskemottagning (n=121)



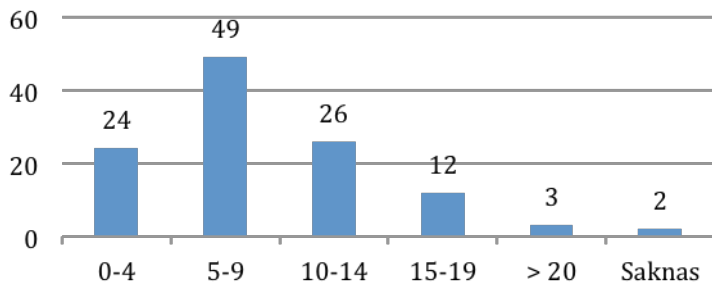
Figur 5 - Antal inskrivna gravida (n=121)



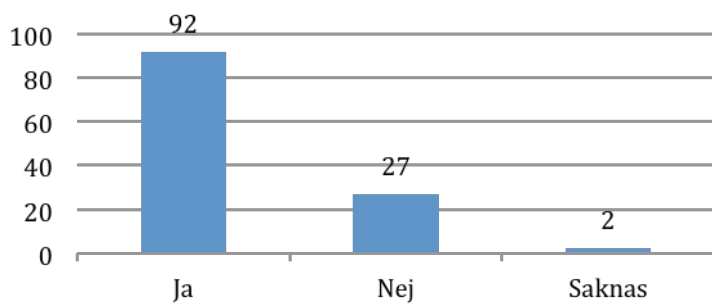
Figur 6 - Nuvarande arbetsuppgifter (n=121)



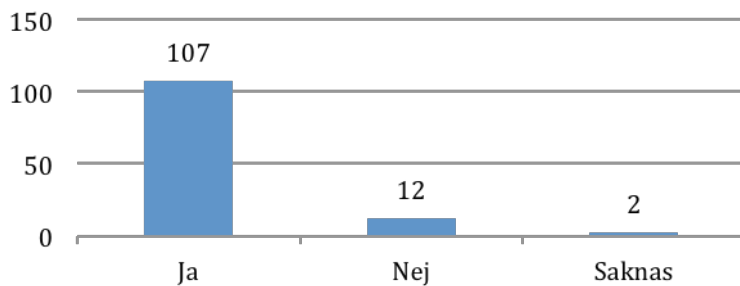
Figur 7 - Antal deltagare som sätter spiral (n=121)



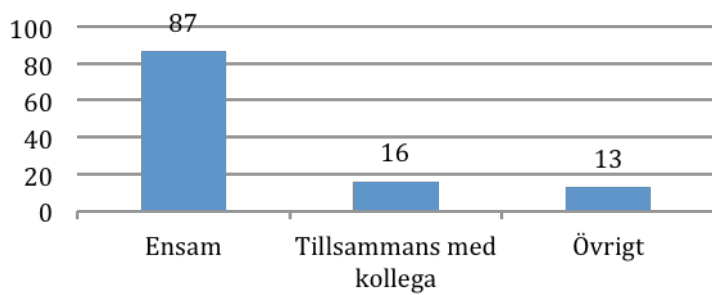
Figur 8 - Antal spiraler som sätts per deltagare i månaden (n=116)



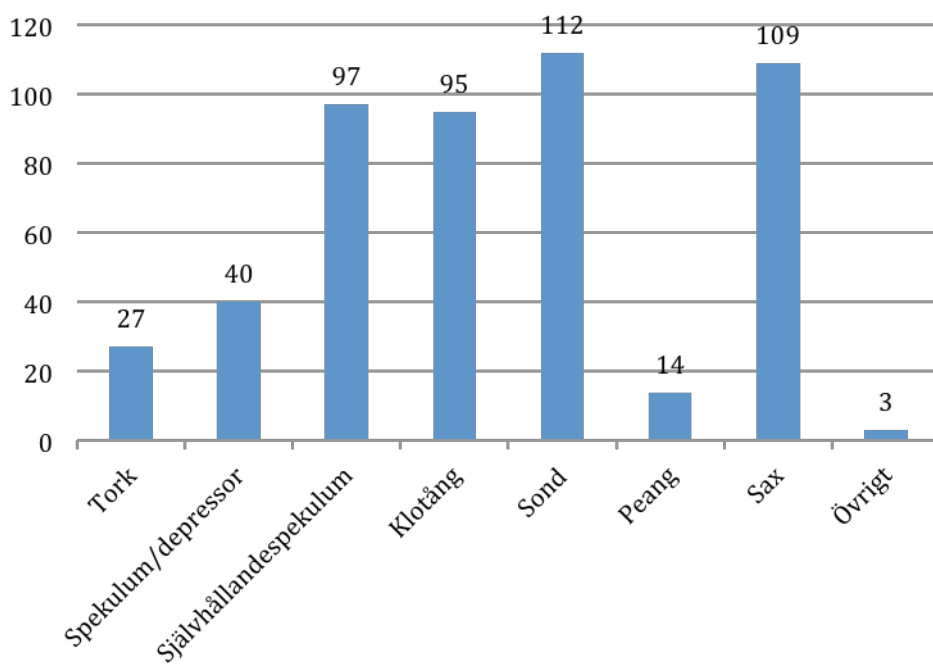
Figur 9 - Antal deltagare som avråder från spiral (n=121)



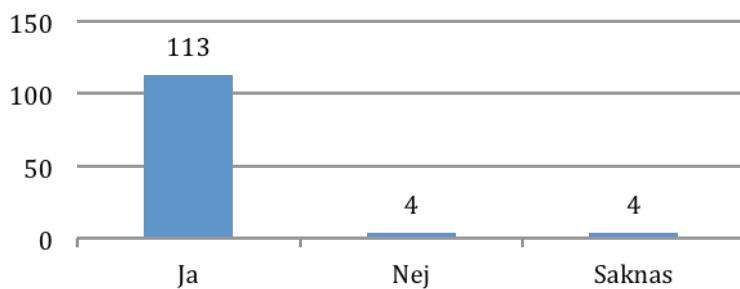
Figur 10 - Antal deltagare som erbjuder provtagning/undersökning inför spiralinsättning (n=121)



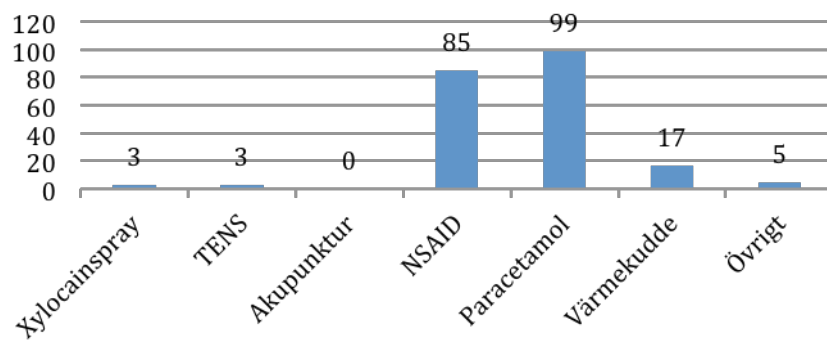
Figur 11 - Arbetsmiljö vid spiralinsättning (n= 116)



Figur 12 - Instrument vid spiralinsättning (n=116)



Figur 13 - Antal deltagare som föreslår smärtlindring vid spiralinsättning (n=121)



Figur 14 - Föreslagen smärtlindring vid spiralinsättning (n=113)