



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **KVINNORS UPPLEVELSER AV PREVENTIVMEDELSRÅDGIVNING**

En kvalitativ intervjustudie

**Karin Ljunggren  
Ylva Bergström**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2018
Handledare:	Herborg Hollter
Examinator:	Marie Berg

Titel svensk:	Kvinnors upplevelser av preventivmedelsrådgivning - En kvalitativ intervjustudie
Titel engelsk:	Women's experiences of contraceptive counseling -A qualitative interview study
Examensarbete:	15 hp
Program:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Herborg Hollter
Examinator:	Marie Berg
Nyckelord:	Barnmorska, bemötande, personcentrerad vård, preventivmedel, preventivmedelsrådgivning, upplevelser

---

## Sammanfattning

Bakgrund: Preventivmedelsrådgivning och tillgång till preventivmedel har betydelse för jämlikhet och kvinnors hälsa. Tidigare forskning visar att individualiserad preventivmedelsrådgivning där kvinnan och vårdgivaren i samråd kommer fram till kvinnans val av preventivmedel är den mest effektiva rådgivningen. Det är också den formen av rådgivning som kvinnorna är mest tillfredsställda med. Men det är inte den typen av rådgivning som används mest. Forskning kring preventivmedelsrådgivning är begränsad. Den kommer främst från USA och är inte helt överförbar på svenska förhållanden. Svenska barnmorskor har en unik ställning när det gäller preventivmedelsrådgivning, 80 procent av alla preventivmedelsrecept i Sverige förskrivs av barnmorskor. Preventivmedelsrådgivning av barnmorskor i Sverige är ett område som behöver studeras ytterligare.

Syfte: Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av preventivmedelsrådgivning med barnmorska i relation till att göra ett val av preventivmedel.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys, med deduktiv ansats användes. Teoretisk referensram var personcentrerad vård. Semistrukturerade individuella intervjuer med sju kvinnor genomfördes under mars 2018.

Resultat: I resultatet framkom tre huvudkategorier; *upplevelse av bemötande*, *upplevelse av information* och *upplevelse av beslutstagande*. En önskan om mer individualiserad rådgivning, i alla tre kategorier framkom, vilket gav upphov till temat; *att få göra ett val som en unik människa i ett samarbete*.

Slutsats: Barnmorskor bör i större utsträckning individualisera preventivmedelsrådgivning och beslutet om val av preventivmedel bör tas i samråd mellan barnmorskan och kvinnan. Det kan med fördel göras med utgångspunkt i personcentrerad vård.

Nyckelord: Barnmorska, bemötande, personcentrerad vård, preventivmedel, preventivmedelsrådgivning, upplevelser

## Abstract

**Background:** Contraceptive counseling and access to contraceptives is of great importance for equality and women's health. Previous research shows that individualized counseling, when the woman and the healthcare provider together makes the decision regarding contraception, is the most effective counseling. It is also the form of counseling that women are most satisfied with. But this is not the type of counseling that is the most common. Research regarding contraceptive counseling is limited. The research mainly originates from the United States and is not completely transferable to Swedish conditions. Midwives in Sweden have a unique position regarding contraceptive counseling, 80 percent of all contraceptives are prescribed by midwives. Contraceptive counseling by midwives in Sweden is an area that needs further research.

**Aim:** The aim is to describe women's experiences of contraceptive counseling with a midwife in relation to make a choice of contraception.

**Method:** Qualitative content analysis with deductive approach was used. Theoretical frame of reference was person-centered care. Semi-structured individual interviews with seven women were performed during March 2018.

**Result:** The result revealed three main categories; *experience of personal treatment*, *experience of information* and *experience of decision-making*. A desire for more individualized counseling emerged, which gave rise to the theme; *to make a choice as a unique person in a collaboration*.

**Conclusions:** Midwives should in greater occurrence individualize contraceptive counseling and the decision regarding contraceptive should be taken by the midwife and the woman together. This can be done advantageously based on person-centered care.

**Key words:** Contraceptive counseling, contraceptives, experiences, midwife, person-centered care, treatment

## **Förord**

Ett stort tack till de sju kvinnor som gav oss sin tid och delade med sig av sina erfarenheter.  
Vi vill även rikta ett tack till vår handledare Herborg Hollter för vägledning och stöd.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Bakgrund .....	3
Preventivmedel .....	4
Faktorer som påverkar val av preventivmedel .....	4
Kommunikation i relation till val av preventivmedel.....	5
Preventivmedelsrådgivning av barnmorska i Sverige .....	6
Teoretisk referensram .....	8
Personcentrerad vård.....	8
Problemformulering.....	8
Syfte .....	9
Metod .....	9
Design.....	9
Urval .....	10
Datainsamling.....	10
Analys.....	11
Etiska överväganden.....	11
Resultat.....	13
Upplevelse av bemötande.....	13
Betydelsen av att bli sedd .....	13
Betydelsen av att inte bli sedd .....	14
Tidens betydelse.....	14
Upplevelse av information.....	15
Att få fullständig information .....	15
Att få bristfällig information.....	16
Informationskällor.....	17
Upplevelse av beslutstagande.....	18
Hänsyn till personliga förutsättningar.....	18
Samspel .....	19
Autonomi .....	20
Metoddiskussion.....	21

Resultatdiskussion.....	23
Slutsats .....	27
Klinisk tillämpning.....	27
Vidare forskning.....	27
Referenslista.....	28
Bilaga 1 .....	32
Bilaga 2 .....	34
Bilaga 3 .....	35

## Inledning

Vi upplever många missförstånd kring preventivmedel i samhället. Som barnmorskestudenter har vi även noterat att bemötande och information som ges under ett rådgivningssamtal på barnmorskemottagning skiljer sig mycket åt mellan olika barnmorskor. Vi har funderat på vad det är som påverkar att kvinnor blir nöjda med rådgivningen och med sitt val av preventivmedel.

Samtlig information vi har hittat om preventivmedelsrådgivning till bakgrunden har varit cisnormativ. När vi sökte efter deltagare valde vi att uttrycka oss könsneutralt för att alla som varit på preventivmedelsrådgivning skulle kunna delta, oavsett könsidentitet. Samtliga deltagare definierade sig som kvinnor. Vi har således valt att fokusera på kvinnors upplevelser i studien.

## Bakgrund

Syftet med preventivmedelsrådgivning är att förhindra oönskad graviditet, bevara fertiliteten tills graviditet är aktuell samt att främja sexuell och reproduktiv hälsa (Läkemedelsverket, 2014a). Effektiva preventivmedel är av betydelse för kvinnors hälsa, jämlikhet samt ekonomisk och hållbar utveckling. Det är en mänsklig rättighet att själv bestämma över sitt liv, att välja om och när en person vill ha barn ingår i rättigheten. En kvinnas val att själv få välja om och när hon ska bli gravid har direkt inverkan på hennes hälsa, välbefinnande och autonomi. Familjeplanering är även en nyckelfaktor till att minska ohållbar befolkningstillväxt och därmed negativa effekter på en hållbar global utveckling. Det är därför av vikt att familjeplanering finns tillgängligt och lättåtkomligt för personer som är sexuellt aktiva. Användandet av moderna preventivmedel har globalt ökat något, från 54 procent år 1990 till 57,4 procent år 2015. Men tillgången till preventivmedel i många länder är fortfarande bristande (World Health Organization [WHO], 2018a). WHO uppskattar att det finns 214 miljoner fertila kvinnor som vill undvika graviditet och inte har tillgång till preventivmedel (WHO, 2018a).

Preventivmedel minskar mödradödlighet samt behovet av aborter globalt (WHO, 2018a). I Sverige utförs årligen mellan 35 000 och 38 000 aborter (Socialstyrelsen, 2017). I en review-artikel från USA framgår det att effektiv preventivmedelsrådgivning resulterar i patienter som är tillfredsställda med vald preventivmetod och har fått lära sig att använda metoden korrekt. Det leder till högre sannolikhet att patienten kommer fortsätta att använda preventivmedlet och en potentiell reduktion av oavsiktliga graviditeter (Schivone & Glish, 2017).



## Preventivmedel

Preventivmedel syftar till att förhindra graviditet genom att hormonellt påverka i menstruationscykeln (hämma ägglossning, påverka endometriet och/eller cervixsekretet), att förhindra att spermie och ägg möts eller genom att undvika samlag under de dagar i menstruationscykeln som kvinnan är fertil (WHO, 2018a). Med ett preventivmedels effektivitet avses hur väl den skyddar mot graviditet, och med dess säkerhet avses vilka risker och biverkningar preventivmedlet har (Läkemedelsverket, 2014a). De preventivmedel som finns tillgängliga idag är hormonella orala preventivmedel (p-piller), hormonellt plåster och vaginalring, hormonella implantat, hormonella injektioner, intrauterina implantat (hormonspiral eller kopparspiral), barriärmetoder (manlig och kvinnlig kondom samt pessar), manlig och kvinnlig sterilisering, laktationsamenorré samt akuta hormonella orala preventivmedel (WHO, 2018a). Naturlig familjeplanering är samlingsnamnet på födelsekontrollerande metoder som inte involverar hormoner. Metoderna innebär att kvinnan istället är uppmärksam på sin menstruationscykel för att avgöra vilka dagar i cykeln hon är fertil (Tydén, 2016). De evidensbaserade naturliga metoderna som kan användas är enligt WHO kalendermetoden, temperaturmetoden, cervixsekretmetoden samt symtotermetoden (WHO, 2018a). Särskilt hormonella preventivmetoder har haft stor betydelse för födelsekontroll. I början av 1960-talet registrerades det första p-pillret i Sverige och innebar en revolution för kvinnor beträffande barnbegränsning (Tydén, 2016). För första gången i människans historia fanns det ett effektivt preventivmedel som kvinnor själva kunde kontrollera. Kvinnor befriades från oron över att bli med barn och möjligheter för en friare sexualitet öppnades upp (Riksförbundet För Sexuell Upplysning, 2003).

## Faktorer som påverkar val av preventivmedel

I en studie från USA har 38 kvinnor i åldrarna 25 till 29 år intervjuats om vilka faktorer som ligger bakom deras val av preventivmedel (Downey, Arteaga, Villaseñor & Gomez, 2017). Studien beskriver val av preventivmedel som en resa genom livet där valet förändras beroende på olika livshändelser. Faktorer som ofta påverkar kvinnors val av preventivmedel är tidigare erfarenheter av preventivmedel, relationsstatus, graviditeter samt ekonomiska faktorer. Det finns en spänning mellan levda erfarenheter och kliniska normer, vårdgivare tenderar att enbart ta hänsyn till medicinsk fakta vid rådgivning och borste från kvinnans erfarenheter och preferenser. I fallen där vårdgivaren starkt förespråkar ett visst preventivmedel, utan att ta hänsyn till kvinnans erfarenheter och önskemål kan detta riskera att kvinnan känner sig överkörd, stigmatiserad och i framtiden undviker att söka vård (Downey et al., 2017).

En kvantitativ enkätstudie, även den från USA, undersökte vilken information vårdgivare värderar som viktigt att ge, samt vilken information kvinnor värderar som viktig att få (Donnelly, Foster & Thompson, 2014). I studien deltog 188 vårdgivare samt 417 kvinnor.

Studien fann att information på många sätt värderas samstämmigt mellan kvinnor och vårdgivare, men att det även skiljer sig åt. Exempelvis skattade kvinnor information om säkerhet väldigt högt jämfört med hur vårdgivare skattade denna information. Skillnaden kan bero på att det för vårdgivare är självklart att alla preventivmedel är säkrare, relativt sett, än graviditeten de är till för att förebygga. Vårdgivarna tog inte hänsyn till att denna kunskap saknas hos många kvinnor. Information om biverkningar skattades lägre av vårdgivare än av kvinnorna. Anledningen till det framgår inte, men det framhålls att biverkningar är en vanlig anledning till att kvinnor slutar använda preventivmedel, och menar att det borde diskuteras under rådgivning (Donnelly et al., 2014).

## Kommunikation i relation till val av preventivmedel

Flera studier från USA belyser kommunikationens betydelse vid val av preventivmedel.

En prospektiv kohortstudie med 348 deltagare fann att kvinnor som upplevde hög kvalitet av medmänsklig kommunikation med vårdgivaren vid preventivmedelsrådgivning, var mer benägna att använda den valda preventivmetoden. Det tyder på att om vårdgivaren utövar individualiserad kommunikation ger detta kvinnor bättre förutsättningar att hitta en preventivmetod som stämmer överens med deras preferenser (Dehlendorf et al., 2016).

Tre olika förhållningssätt hos vårdgivare kunde urskiljas i en kvalitativ studie med 342 inspelade tillfällen av preventivmedelsrådgivning. "Foreclosed approach", "informed choice approach" och "shared decision-making approach". "Foreclosed approach" förekom oftast och innebar att kvinnan nämnde ett preventivmedel och att vårdgivaren endast gav information om just det preventivmedlet och inga andra. Det innebar även att vårdgivaren inte tog hänsyn till kvinnans tidigare erfarenheter eller andra faktorer som kunde ligga till grund för ett val, exempelvis personliga preferenser eller information om biverkningar. "Informed choice approach", det näst vanligaste förhållningssättet, innebar att vårdgivaren gav information om många olika typer av preventivmedel och sedan lämnade beslutet helt till kvinnan. Informationen gavs till kvinnan utan att individanpassa den. Således togs inte heller med denna metod hänsyn till kvinnans tidigare erfarenheter eller andra individuella faktorer. "Shared decision-making approach" var det förhållningssätt som användes minst. Det innebar att vårdgivaren gav information om olika typer av preventivmedel och anpassade informationen till kvinnan beroende på hennes förutsättningar, tidigare erfarenheter och frågor. Kvinnan kom sedan fram till vilket preventivmedel hon ville ha i en diskussion tillsammans med vårdgivaren (Dehlendorf, Kimport, Levy & Steinauer, 2014).

I en kvantitativ enkätstudie med 345 deltagare rapporterade kvinnor att de som tagit sitt beslut genom shared decision-making var mer nöjda med beslutsprocessen än de som rapporterade att de själva tagit beslutet eller att vårdgivaren tagit det åt dem. De som tagit beslutet med shared decision-making var även nöjdare med vald preventivmetod (Dehlendorf, Grumbach,

Schmittziel & Steinauer, 2017). Även Donnelly et al. (2014) belyser vikten av att vårdgivare ska ge individualiserad preventivmedelsrådgivning och att val av preventivmedel bäst sker med hjälp av shared decision-making.

Om vårdgivaren hade en preferens för vilken preventivmetod som skulle användas var det ingen skillnad på nöjdhet angående beslutsprocessen, men kvinnorna var inte lika nöjda med vald metod (Dehlendorf et al. 2017). Ytterligare en studie utförd några år tidigare visade att kvinnor upplevde det som positivt eller neutralt om vårdgivaren hade en specifik preferens, men att de starkt ogillade när de kände sig tvingade av en vårdgivare att välja en specifik metod (Dehlendorf, Levy, Kelley, Grumbach & Steinauer, 2013).

Förhållningssätten att se på vem det är som tar beslut om preventivmedel återkommer i litteraturen. Schivone & Glish (2017) nämner "autonomous approach" som beskrivs på samma sätt som Dehlendorf et al. (2014) beskriver "informed choice approach". Enligt Schivone och Glish (2017) finns bäst förutsättningar att uppnå effektiv preventivmedelsrådgivning vid användning av "shared decision-making approach". Ytterligare ett förhållningssätt som benämns "directive counseling" innebär att vårdgivaren lyfter fram en specifik preventivmedelsmetod som de själva föredrar. Många samtal om preventivmedel börjar med att rådgivaren rekommenderar det mest effektiva preventivmedlet och att det kan leda till att kvinnans egna preferenser eller tidigare erfarenheter inte beaktas. En person som avbryter sin preventivmedelsanvändning relaterat till missnöje med rådgivningen riskerar en oönskad graviditet. Vidare kan konsekvenserna leda till en negativ uppfattning om preventivmetoden hos allmänheten (Schivone & Glish, 2017). En review-artikel som sammanfattat internationell forskning beskriver anledningar till att kvinnor upphör att använda preventivmedel. Många kvinnor värderar information från vänner högre än information från vårdgivare. Kvinnor som slutar använda preventivmedel relaterat till missnöje med metoden sprider det vidare till sina väninnor. Informationen som sprids ligger sedan till grund för väninnornas val. En misslyckad preventivmedelsrådgivning kan således ha negativa konsekvenser inte enbart för kvinnan som deltog i rådgivningen, utan även för andra kvinnor i hennes närhet (Castle och Askew, 2015).

## Preventivmedelsrådgivning av barnmorska i Sverige

I samband med att abortlagen infördes i Sverige år 1975 fick barnmorskor rätt att förskriva p-piller samt genomföra spiralinsättningar, som en del av ett långsiktigt program för att förebygga oönskade graviditeter (Lindh, 2014). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (1996) får barnmorskor med svensk legitimation självständigt ansvara för förskrivning av preventivmedel i födelsekontrollerande syfte till friska kvinnor.

Enligt generella riktlinjer för preventivmedelsrådgivning från WHO (2018b) bör vårdgivaren ha ett gott bemötande och inkludera vad som är av vikt för patienten. Vårdgivaren bör ha

uppdaterad kunskap om preventivmedel och goda kommunikationsfärdigheter. Preventivmedelsrådgivningen bör individualiseras och tydlig information bör ges om olika preventivmedel, hur de används, dess effektivitet och eventuella biverkningar samt verkningsmekanism (WHO, 2018b). En noggrann medicinsk anamnes bör även inkluderas. Samtalet ska vara hälsofrämjande och personen som rådges ska även erhålla kunskap om främjande av sexuell och reproduktiv hälsa och om menstruationscykelns funktion. Återbesök bör även inplaneras eftersom det medför bättre följsamhet (Tydén, 2016).

Vid flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, som vid preventivmedelsrådgivning, ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som den föredrar (Patientlagen, SFS 2014:821). Enligt Socialstyrelsens handbok "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig" har varje person bäst kännedomen om sin egen kropp och situation. I ett vårdmöte är varje person beroende av vårdgivares kompetens och resurser för att kunna utöva självbestämmande. Ett vårdmöte är en asymmetrisk situation, där vårdgivaren har kunskap som patienten saknar (Socialstyrelsen, 2015). Information ska enligt patientlagen anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Personen som ger information ska försäkra sig om att mottagaren har förstått betydelsen av informationen (Patientlagen, SFS 2014:821).

Beträffande preventivmedelsrådgivning i Sverige finns det enligt vår vetenskap inte många studier utförda. En kvalitativ intervjustudie från Sverige handlar om barnmorskors strategier vid preventivmedelsrådgivning. Arton kliniskt verksamma barnmorskor som arbetar med preventivmedelsrådgivning intervjuades. Det framgick att barnmorskorna hade olika egentillverkade strategier som varierade (Wätterbjörk, Häggström-Nordin, & Hägglund, 2011). Socialstyrelsen uppger att för att vård ska kunna baseras på delaktighet och informerade val behöver hela informationsprocessen och dess delar identifieras, analyseras och beskrivas (Socialstyrelsen, 2015). En central del av en informationsprocess är hur informationen tas emot och uppfattas av personer som erhåller information. Således är det också av vikt att ta reda på hur kvinnorna själva upplever preventivmedelsrådgivning. Den forskning vi har hittat inom området kommer främst från USA. Författarna till flera av studierna anser att deras studier inte är överförbara till andra kontexter på grund av sociala och kulturella skillnader. De menar att studierna kan ses som hypotesskapande i länder/platser med andra sociala och kulturella omständigheter (Dehlendorf et al., 2013, 2017; Donnelly et al., 2014). Ingen av studierna framhåller vilken eller vilka professioner som genomfört rådgivningarna, de benämns som "family planning provider", "healthcare provider" eller "provider". I Sverige förskrivs upp till 80 procent av alla preventivmedelsrecept av barnmorskor (Lindh, 2014). Barnmorskor i Sverige är unika avseende preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel (Tydén, 2016).

## Teoretisk referensram

### **Personcentrerad vård**

Personcentrerad vård innebär att se personen bakom patienten och att utgå från personens resurser, förutsättningar samt hinder (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Enligt Slater (2006) som beskriver personcentrerad vård utifrån en begreppsanalys innebär personcentrerad vård att bekräfta personligheten och personens livsvärld, respektera individen samt att identifiera och stödja personens styrkor och behov. Vårdgivaren bör även ge förutsättningar för och understödja personen att ta egna beslut i relation till hälsa. Personens val bör stödjas och respekteras (Slater, 2006). Personcentrerad vård utgår från patientens upplevelse och att vårdgivaren lyssnar på personens berättelse är därmed en förutsättning. Vårdgivaren bör lyssna lyhört och visa intresse för personens berättelse och förståelse av sin situation (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Vidare bör vårdgivaren ge personen möjlighet att vara fullt insatt i och medverka vid planering av vården. Centralt inom personcentrerad vård är att ett partnerskap bildas där ömsesidig respekt för varandras kunskap finns; personens kunskap om sig själv och vårdgivarens professionella kunskap (Ekman et al., 2012; Slater, 2006). Partnerskap säkerställer att personens egna beslut värdesätts (Slater, 2006), och främjar ett delat beslutsfattande mellan vårdgivare och patient (Ekman et al., 2012). Partnerskapet mynnar ut i en överenskommelse, en personlig hälsoplan som utformats av vårdgivare och personen tillsammans. För hälsoplanen ska säkerställas måste den dokumenteras och vara tillgänglig för personen och relevant vårdpersonal (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014).

Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor ska barnmorskor stödja kvinnors rätt att delta aktivt i beslutsfattande om sin vård, och uppmuntra kvinnor att föra sin egen talan om ämnen rörande sin egen hälsa (Barnmorskeförbundet, 1999). Att främja hälsa är centralt för barnmorskans profession och förhållningssättet och mötet med kvinnan har stor betydelse. Att arbeta professionellt med en kvinna som barnmorska innebär att vara öppen för, och ta del av hennes situation och hennes berättelse. Det ger barnmorskan möjlighet att identifiera och förstå behov och önsknings hos kvinnan (Lundgren & Berg, 2016).

### **Problemformulering**

Tillgång till preventivmedel och preventivmedelsrådgivning är av vikt för kvinnors hälsa och jämlikhet. Det är en mänsklig rättighet att själv bestämma om eller när en person vill bli gravid. Preventivmedelsrådgivning är en del av barnmorskans arbete i Sverige. Kvinnor som fått effektiv preventivmedelsrådgivning är i större utsträckning tillfredsställda med vald preventivmetod och det leder till högre sannolikhet att de kommer att fortsätta använda preventivmedlet. Det minskar risken för oavsiktliga graviditeter och aborter. Shared decision-making beskrivs i litteraturen som den bästa modellen för effektiv preventivmedelsrådgivning, men studier visar att det inte är den modell som förekommer mest vid preventivmedelsrådgivning.

Studier kring preventivmedelsrådgivning i Sverige är få. De som finns är ur barnmorskans perspektiv. Det saknas studier kring hur kvinnor, i en svensk kontext, upplever vad som är av vikt vid preventivmedelsrådgivning med barnmorska för att göra ett tillfredsställande val av preventivmedel.

## Syfte

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av preventivmedelsrådgivning med barnmorska i relation till att göra ett val av preventivmedel.

## Metod

### Design

För att beskriva kvinnors upplevelser av preventivmedelsrådgivning genomfördes kvalitativa intervjuer med deduktiv ansats som analyserades med innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim. Intervjuer ansågs vara en lämplig metod för att inhämta relevant data eftersom det ger en direkt insyn av människors erfarenheter (Malterud, 2014). Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2017) är kvalitativ innehållsanalys en relevant metod att använda när texter ska tolkas och granskas, så som transkriberade kvalitativa intervjuer. Metoden ansågs ge goda förutsättningar för att uppnå studiens syfte. Analysen av texterna bör utföras med medvetenhet om att den kan påverkas av rådande kultur, kvinnornas personliga historia och livsvillkor. Vid sammanställning av bakgrundsinformation framkom tre områden som ansågs vara av vikt vid preventivmedelsrådgivning; bemötande, information och beslutstagande. Därför valdes deduktiv ansats. Deduktiv ansats innebär att transkriberade texter analyseras utifrån en i förväg utarbetad mall. Mallen som användes under intervjuer och i analys utgjordes av de tre identifierade områdena (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

Centralt för innehållsanalys är att beskriva variationer i textinnehåll och identifiera mönster. Det innebär att materialet först läses igenom ett flertal gånger tills det upplevs bekant. Materialet delas upp i mindre delar genom att avgränsa meningsenheter i relation till syftet. Meningsenheterna kodas sedan. En kod är en etikett på en meningsenhet. När koderna färdigställts analyseras de och jämförs med avseende på likheter och skillnader. Koderna delas in i subkategorier och kategorier. En kategori kan ses som ett uttryck av det tydliga innehållet i texten och utgörs av flera koder med liknande innehåll. Den bör konstrueras så att innehållet skiljer sig från innehållet i andra kategorier. Kategorin kan vara uppdelad i subkategorier vid olika abstraktionsnivåer. Resultatet kan bli teman som innebär en tråd av underliggande mening genom meningsenheter, koder och kategorier. Ett tema kan ses som det latent innehåll i texten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

Medvetenhet förelåg om att förförståelse fanns inom ämnet preventivmedelsrådgivning. Förförståelse utgjordes av teoretisk kunskap och tidigare erfarenheter inom preventivmedelsrådgivning, både i egenskap som vårdgivare och som kvinnor. Tolkningar till följd av förförståelse sker omedvetet och kan inte bortses ifrån. Men förförståelsen kan även öppna för möjligheten att upptäcka ny kunskap och få en djupare förståelse för ämnet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

## Urval

Urvalsstrategier ska försäkra att materialet innehåller relevant data om det som ska beskrivas. Urvalet ska vara på ett sådant sätt att det innehåller ett tillräckligt rikt och varierat material om det som syftet ska uppnå så att problemställningen kan belysas från olika sidor. Målpopulationen för urvalet var personer som fått preventivmedelsrådgivning på barnmorskemottagning av barnmorska i antikonceptivt syfte. Urvalet var således strategiskt eftersom det var sammansatt utifrån målsättningen att materialet skulle ha bästa möjliga potential att belysa problemet (Malterud, 2014).

Information om studien samt det strategiska urval som söktes, lades upp i ett publikt inlägg på Facebook med förhoppning om att nå personer med varierad erfarenhet från olika delar av Sverige. Inklusionskriterier för deltagarna var personer som pratar och förstår svenska och som fått preventivmedelsrådgivning på barnmorskemottagning av barnmorska i antikonceptivt syfte under de senaste två åren. Avgränsningar för en viss ålder för deltagarna angavs ej eftersom enbart kvinnor som gått till barnmorska på barnmorskemottagning inkluderades. Därmed inkluderades inte kvinnor yngre än 20 år gamla, eftersom det är tidigast vid 20 års ålder som kvinnor börjar gå till barnmorskemottagning för preventivmedelsrådgivning (Ungdomsmottagningen på nätet, 2018). Deltagarna rekryterades enbart via Facebook. Deltagarna ombads uppge var de bodde, ålder och utbildningsnivå vid intervjuerna eftersom det ansågs vara relevant för syftet. Sju deltagare rekryterades. Samtliga var vita kvinnor med högskoleutbildning, bosatta i storstäder. Kvinnornas ålder varierade mellan 24-41 år (medelvärde 29,6 år, median 32,5 år).

## Datainsamling

Data insamlades genom enskilda intervjuer med sju kvinnor. Enligt Malterud (2014) är förutsättningen för att få ett bra material att deltagarna känner sig trygga. Intervjuerna genomfördes därför på platser som deltagarna själva valde. Två av intervjuerna genomfördes i grupprum på universitetet, en på ett bibliotek samt två i deltagarnas hem. Två av intervjuerna genomfördes via videosamtal på dator eftersom deltagarna bodde på annan plats i landet och inte hade möjlighet att ta sig till Göteborg. Innan intervjuerna påbörjades fick deltagarna skriftlig och muntlig information om studien, de hade även möjlighet att ställa frågor. I informationen framgick att de när som helst under intervjun kunde välja att avbryta sin

medverkan utan att ange orsak (bilaga 1). Deltagarna gav därefter skriftligt samtycke (bilaga 2). En semistrukturerad intervjuguide användes under intervjuerna med huvudfrågor som skulle täcka de tre områden som användes som mall. En semistrukturerad intervjuguide ska påminna om de teman studien ska handla om men inte vara allt för detaljerad eftersom intervjun ska möjliggöra nya frågor beträffande problemformuleringen (Malterud, 2014). Följdfrågor ställdes löpande under intervjuerna (bilaga 3). Intervjuerna spelades in med diktafon. Tiden för intervjuerna varierade mellan 25 till 35 minuter. Omedelbart efter att intervjuerna avslutats genomlyssnades de, och transkriberades ordagrant.

## Analys

De transkriberade intervjuerna lästes sedan igenom flertalet gånger för att få en ökad förståelse för innehållet. Därefter identifierades meningsenheter som ansågs vara relevanta för syftet. Meningsenheterna kodades utifrån innehåll. Totalt 27 koder identifierades. Koderna analyserades sedan och likheter och skillnader identifierades. Koderna delades upp i subkategorier och sorterades in under de tre områdena bemötande, information och beslutstagande, som utgjorde mallen. Områdena utgjorde således kategorier. Ett övergripande tema kunde urskiljas från det latenta innehållet. Exempel på analysprocessen visas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
<i>Nä men de, accepterade min, alltså mitt val och stöttade mig i det.</i>	Bekräftelse	Att bli sedd	Upplevelse av bemötande
<i>Det skulle kunna vara mer (information om menscykeln), hade varit mycket roligare tycker jag.</i>	Brist på information om menstruationscykeln	Att få bristfällig information	Upplevelse av information

## Etiska överväganden

Tillstånd har inte ansökts hos etikprövningsnämnden. Eftersom studien är genomförd enligt riktlinjerna för uppsats på avancerad nivå inom högskola är det inte nödvändigt enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Etiska överväganden har gjorts. Begrepp av vikt enligt Vetenskapsrådet (2002) vid forskning och etik är forskningskravet samt individskyddskravet. Forskningskravet innebär att samhället och dess medlemmar har ett berättigat krav på att forskning bedrivs, att den inriktas på väsentliga frågor samt att den håller hög kvalitet. Individskyddskravet innebär att individer



inte får utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Utgångspunkten för forskningsetiska överväganden är individskyddskravet, detta kan konkretiseras i fyra huvudkrav på forskning; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002).

Informationskravet är uppfyllt genom att deltagarna informerades både muntligt och skriftligt. I informationen ingick uppgifter om studiens syfte och vilka villkor som gällde för deltagarna, samt att deltagandet var frivilligt och att deltagarna när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att uppge något skäl för detta (bilaga 1). Deltagarna har även haft möjlighet att ställa frågor om studien innan de påbörjade sin medverkan. Samtycke har inhämtats av deltagarna (bilaga 2). Genom att inte uppta personuppgifter, samt aidentifiera material inför analys har konfidentialitetskravet uppfyllts. Insamlade uppgifter har enbart använts för studien, ingen risk förelåg för att uppgifterna skulle komma att utlånas för kommersiellt bruk eller användas för att påverka beslut gällande den enskilde individen. Det har beaktats i enlighet med nyttjandekravet.

Nyttan med studien ansågs överväga riskerna. Tänkbar nytta med studien var att erhålla ny information om hur kvinnor upplever preventivmedelsrådgivning som på sikt skulle kunna leda till en förbättrad preventivmedelsrådgivning. En risk för deltagarna skulle kunna ha varit att det under intervjuerna samtalats om känsliga situationer och att det skulle kunna upplevas som känslomässigt jobbigt. Risken ansågs dock vara mycket liten. Intervjuerna ansågs inte vara integritetskränkande.

## Resultat

Efter analys framkom tre kategorier och nio subkategorier (Tabell 2). Kategorierna beskriver kvinnornas upplevelser av preventivmedelsrådgivning med barnmorska i relation till att göra ett val av preventivmedel. Ett övergripande tema identifierades, *Att få göra ett val som en unik människa i ett samarbete*. Det genomgående latenta innehållet i kategorierna var en önskan om individualisering, att barnmorskan skulle se den unika människan och att ett samspel skulle ske mellan kvinnan och barnmorskan för att komma fram till ett tillfredsställande beslut av preventivmedel.

Tabell 2. Resultat.

<b>Tema</b>	Att få göra ett val som en unik människa i ett samarbete		
<b>Kategori</b>	Upplevelse av bemötande	Upplevelse av information	Upplevelse av beslutstagande
<b>Subkategori</b>	Betydelsen av att bli sedd Betydelsen av att inte bli sedd Tidens betydelse	Att få fullständig information Att få bristfällig information Informationskällor	Hänsyn till personliga förutsättningar Samspel Autonomi

### Upplevelse av bemötande

Samtliga kvinnor värderade ett gott bemötande från barnmorskan vid preventivmedelsrådgivning högt. Ett gott bemötande innebar känslan av att bli sedd, att känna trygghet under rådgivningen och att bli bekräftad av barnmorskan. Flera av kvinnorna beskrev tidens betydelse för preventivmedelsrådgivning och att det påverkade upplevelsen av barnmorskans bemötande.

### Betydelsen av att bli sedd

När kvinnorna upplevde att de blev sedda av barnmorskan, beskrev de att barnmorskan var förtroendeingivande, inlyssnande och att visade intresse för kvinnan.

*...jag kände också att hon, hon kunde möta mig på ett, på ett bra sätt med och det måste ha handlat om att hon... ja men dels så var, kändes som att hon så här, hon var genuint nyfiken på vad hon skulle kunna göra för mig, och så nyfiken på varför jag var där, över vad jag, och vad jag hade för önskemål och tankar. Så en... att det kändes som att jag fick förtroende för henne och att hon var nyfiken på mig, hon var intresserad av mig. Och det tror jag är viktigt. (Deltagare 4)*

Upplevelse av trygghet innebar att våga ställa frågor och att barnmorskan ingav trygghet och vänlighet vid eventuella gynundersökningar eller spiralinsättningar. Bekräftelse innebar upplevelsen av att barnmorskan stöttade kvinnan i önskemål och val av preventivmedel.

*...om inte jag hade känt mig trygg med barnmorskan så hade jag nog kunnat tänka mig backa ur. Eller jag tycker det är väldigt obehagligt, ligga i gynstol. Och innan just att man får den här känslan av att inga frågor är dumma. Så. Tänker jag. Så att jo det är nog väldigt viktigt med bemötande faktiskt. (3)*

### **Betydelsen av att inte bli sedd**

Upplevelser av att inte bli sedd innebar hos många av kvinnorna att barnmorskan upplevdes kort i sitt bemötande och inte lyssnade på kvinnans önskemål. Det kunde leda till att en del kvinnor inte ville gå tillbaka till barnmorskemottagningen.

*...det kändes inte som att de ens lyssnade på mig, och vad jag ville, utan de var bara, de ville bara få de överstökta det enklaste så som de gör till alla liksom. (2)*

En del kvinnor beskrev upplevelsen av att inte få stöd av barnmorskan för att göra ett tillfredsställande val utan att barnmorskan istället ingav känslan av att bli förminskad och utelämnad i sitt beslut om preventivmedel.

*...det är så lätt att känna sig utsatt och liten liksom om man blir dåligt bemött. Det var hos en barnmorska som liksom klappade mig på benet och tyckte att jag verkade så orolig av mig och bara förminskade mig och var så här "åh, lilla gumman, är det lite jobbigt för dig". (2)*

Känslan av att inte bli sedd beskrevs även som att barnmorskan förutsatte saker om kvinnan utifrån könsnormer i samhället, levnadssätt eller val av preventivmedel.

### **Tidens betydelse**

En barnmorska som upplevdes lugn och gav intryck för att ha tid för att samtala med kvinnan beskrevs som positivt.

*...ett varmt välkomnande, hon var glad, jag var lite sen, hon verkade ha all tid i världen ändå (4)*

*Vara mer, mer inlyssnande och mer... nä men ett lugn i att man faktiskt kan sitta ner en liten stund tror jag. (7)*

En barnmorska som upplevdes stressad beskrevs som negativt. En stressad barnmorska kunde beskrivas som att barnmorskan tittade på klockan under rådgivningen eller känslan av att barnmorskan hade patienter på "löpande band". Ofta upplevde kvinnorna att rådgivningssamtalen var för korta för att kunna göra ett tillfredsställande val av preventivmedel. De flesta av kvinnorna ville ha upplevelsen av att det fanns tid till att samtala under rådgivningen för att både kvinnan och barnmorskan skulle hinna ställa frågor om val av preventivmedel.

*Någon som inte verkar stressad, som tar sig tid fastän det inte alltid finns tid kanske.* (6)

*...man får så kort tid på sig också, så det blir som ett stressat möte man får inte ut det man ville för att det är så stressigt, och har man mycket frågor, ja så är det annat som, det tar tid från något annat som man ville ha reda på kanske och så får man boka flera besök.* (2)

## Upplevelse av information

För att göra ett val av preventivmedel behövs tillgång till information om preventivmedel. Flera av kvinnorna uttryckte en önskan om att få fullständig information om preventivmedel. Men samtliga kvinnor upplevde att de på något sätt fått för lite information för att kunna göra ett tillfredsställande val. Samtliga intervjuade kvinnor vände sig av olika anledningar till andra kunskapskällor utöver barnmorskemottagningar.

### **Att få fullständig information**

Fullständig information beskrevs som information om samtliga tillgängliga alternativ, samt praktisk och teoretisk information om preventivmedel. Ett exempel på en bra upplevelse av att få bred information av barnmorska delades av en kvinna:

*Men hon gjorde det här klassiska, liksom du vet när man typ nästan lägger ut allt man har på bordet, det pedagogiska greppet som är super, så här då har vi minipiller, p-piller, p-stav, hormonspiral, kopparspiral, liksom allting utlagt på ett bord. Och så körde vi uteslutningsmetoden, och jag älskar uteslutningsmetoden.* (4)

För några av kvinnorna var återbesök en del i att få fullständig information. De menade att fler funderingar uppstår efter en tids användning av ett preventivmedel och att det då uppstår ett behov av att få ställa frågor till någon professionell, och då få ytterligare information

*Jag fick ett sånt patientkort där det stod besök ett, två, tre och då fick jag så här jaha man kanske ska ha ett återbesök men sedan så hade hon inte bokat in. Så jag släppte det bara, men jag tror att ett återbesök hade varit väldigt, väldigt bra.* (3)

### **Att få bristfällig information**

Bristfällig information handlade om att kvinnorna inte fått information om alla möjliga preventivmedel som fanns tillgängliga just för dem, samt brist på information om verkningsmekanismer, biverkningar, menstruationscykeln och hormonfria preventivmedel.

*...det känns tråkigt att man ska gå som liksom kvinna och aldrig få information om vad det egentligen är man väljer liksom. (6)*

Känslan av att barnmorskan inte hade tillräcklig kunskap ingav bristande förtroende hos en del kvinnor och upplevdes som negativt.

*...alltså man tror inte riktigt på vad de säger när man själv har läst på lite. (2)*

Information om preventivmedels biverkningar värderades högt av flertalet av kvinnorna, men upplevdes av många som att barnmorskan inte talade tillräckligt mycket om under rådgivning. En del kvinnor uttryckte att mer information om biverkningar hade kunnat påverka deras val, samt fortsatt användning av preventivmedel. En känsla av att information undanhölls av barnmorskan kunde leda till minskat förtroende för denne.

*...att man inte undanhåller information även om det skulle vara något som avskräcker, att man ändå vet vad risken är för någonting. Och sedan kanske då hur pass vanliga de riskerna är. Om det är något som är ovanligt så kan det vara bra att säga det, men just ändå att det kommer ut. Både för- och nackdelar med, det tror jag är bra. (3)*

*Och när det gäller p-piller så fick jag ingen som helst information om att det kunde ha någon slags psykologiska biverkningar, vilket det hade för mig. (5)*

*...hon var pigg på att sätta in den (spiralen) hon tyckte att det var ett bra alternativ liksom. Så inga nackdelar så, bara fördelar mer, men hon var väldigt snäll när det gäller smärta när vi skulle sätta in den och så, att det var, ja, förklarade hur det skulle gå till och så. Men inga nackdelar rent, alltså biverkningsmässigt över huvud taget, och det saknade jag. (6)*

Kunskap om preventivmedlens verkningsmekanismer efterfrågades av många av kvinnorna, information om det upplevdes som bristfällig. För att kunna förstå verkningsmekanismerna krävdes också information om menstruationscykeln. Även denna information upplevdes som bristfällig. En del upplevde att barnmorskan förutsatte att kvinnorna redan hade kunskap om menstruationscykeln, utan att ställa frågor för att ta reda på om tillräckliga kunskaper verkligen fanns hos kvinnorna.

*Det är som att vi ska kunna veta om den, men vi... man vet inte om den om man inte vet, om man inte får någon kunskap om den (angående menstruationscykeln). (1)*

*Alltså om menstruationscykeln ingenting. Och om preventivmedel och hur de fungerar egentligen ingenting heller. (2)*

*Jag tycker kanske lite kort att man skulle kunna säga hur p-piller fungerar till exempel. På ett sätt som alla kan förstå. (6)*

Cirka hälften av kvinnorna hade specifikt önskat information om hormonfria preventivmetoder vid preventivmedelsrådgivning. Ingen av kvinnorna hade fått det av sin barnmorska under rådgivning och det gav upphov till missnöje.

*Just i mitt fall då så hade jag önskat att de var mer pålästa om det här nya, Natural Cycles ©. Och ja men kanske också det här med vad det nu heter det här Billingsmetoden © och Justissemetoden ©. (2)*

*Min stora fråga var ju mycket om pessar och där hade hon i princip ingenting att ge. (1)*

En deltagare gav även uttryck för att hon var osäker på om barnmorskor får ge information om hormonfria preventivmetoder.

*...hormonfria metoder för jag tänker att det är det som, det enda egentligen som passar mig, och det vet jag inte om man får ha i rådgivning överhuvudtaget. (7)*

Bristfällig information gav i vissa fall upphov till en känsla av uppgivenhet. En del kvinnor upplevde besvikelse av att inte ha fått tillräcklig information för att kunna göra ett tillfredsställande val av preventivmedel.

*...det är ju jag som har tagit valet, men jag känner att jag inte haft så mycket till val. Jag har inte fått tillräckligt mycket information för att kunna välja någonting annat. (1)*

*...när man väl sitter där så var jag väl ganska, så här uppgivet i att, jag ändå hade haft ganska mycket problem länge och ganska jobbig process. (7)*

### **Informationskällor**

Utöver barnmorskemottagningarna var andra informationskällor som kvinnorna vände sig till främst olika diskussionsforum på internet, appar, poddar och vänner. Anledningen till att de

sökte sig till andra källor var att de ville läsa på mer om preventivmedel inför eller mellan preventivmedelsrådgivning och/eller att de upplevde att barnmorskan hade gett bristfällig information. En del kvinnor gav uttryck för att de gärna ville diskutera informationen de hittade via andra källor med en person som var utbildad inom området för att få en professionell vinkel.

*...det är ju faktiskt hos barnmorskan som, som vi kvinnor har chansen att få fram svar på våra frågor på ett sakligt och på ett, alltså på ett faktabaserat sätt, för att väga upp allt det som sägs av kompisar, släktingar och på nätet. (4)*

*...men det är ännu bättre om det är någon som sitter och faktiskt förklarar. (7)*

Två av kvinnorna uppgav att de inte visste vart de skulle vända sig för att få preventivmedelsrådgivning. De hade inte kunskap om att preventivmedelsrådgivning ges på barnmorskemottagningar.

*...men det är ju också så här var kan man vända sig? Det finns ju inte jättemånga mottagningar och vända sig till heller och prata om just preventivmedel. (1)*

*Det är väl ett generellt problem för vården tycker jag, att det är svårt att veta ibland, vart man ska vända sig med olika saker. Det hade varit väldigt bra om det var tydligare. Att liksom, vart ska man vända sig om man vill ha mer information eller liksom, är det här en mödravårdsfråga eller om jag vill ha en gynekolog, vart ska jag vända mig då? (5)*

## Upplevelse av beslutstagande

Flera av kvinnorna beskrev att de önskade att barnmorskan i högre grad skulle sätta sig in i hur kvinnan var som person under preventivmedelsrådgivning i relation till val av preventivmedel. Kvinnor som var nöjda med sitt val av preventivmedel kände att de tagit beslutet själva men upplevde att de hade diskuterat sig fram till beslutet i samråd med barnmorskan.

### **Hänsyn till personliga förutsättningar**

De flesta av kvinnorna beskrev att de önskade att barnmorskan i relation till val av preventivmedel skulle fråga mer om och ta hänsyn till livsstil, önskemål samt tidigare personliga upplevelser och erfarenheter.

*...sedan också någon som kan komma med exempel på, blir i och för sig kanske mer åt person än preventivmedelsrådgivning men ändå, att det passar ens livsstil. Lite så,*

*att man hittar rätt exempel på preventivmedel som kan vara aktuellt för personen i fråga. (3)*

*Att man, alla kort är på borden och för- och nackdelar och att man försöker skraddarsy någonting för en själv. Sedan är det ju nackdelar med alla grejer. Och fördelen är ju att man inte blir gravid. Men att man ändå kan välja då det som man tycker är mest viktigt för en själv. (6)*

En del kvinnor beskrev att effektiviteten hos ett preventivmedel upplevdes vara av största vikt för barnmorskan under rådgivning, men att effektiviteten inte alltid var viktigast för varje kvinna. De ville därför att barnmorskan skulle ställa fler frågor om kvinnans personliga behov och förutsättningar även relaterat till preventivmedlets effektivitet och inte förutsätta att effektivitet var av största vikt för alla kvinnor vid val av preventivmedel.

*...effektivitet var viktigt men kanske ännu viktigare att inte behöva väga mot smärtor eller må dåligt på andra sätt. (7)*

De flesta av kvinnorna uttryckte att de ville bli sedda som individer av barnmorskan för att kunna göra ett tillfredsställande val av preventivmedel. De ville att barnmorskan skulle se och bemöta deras individuella behov och erfarenheter och anpassa rådgivningen därefter. Det beskrevs som positivt om barnmorskan ställde frågor om individen vid preventivmedelsrådgivning och utgick från att alla kvinnor är olika.

*...att märka att här finns en ambition att göra, göra det bra för mig, och att det inte är en slentrianrådgivningen att det är det här jag förskriver för det är det här jag tycker är bra, alltså att se individens behov (4)*

*Och som är, alltså ja, men som försöker se en som en individ, inte som en av alla som kommer till den här barnmorskemottagningen. (6)*

### **Samspel**

Kvinnor som upplevde sin rådgivning som positiv gav uttryck för att det fanns ett samspel mellan barnmorskan och kvinnan. De beskrev att det fanns utrymme för diskussion och att de tillsammans med barnmorskan "bollade sig" fram till ett beslut.

*Så vi knådade oss fram till något bra alternativ till mig faktiskt... ...den biten till att komma fram till något som passade mig tyckte jag var bra. Det var jag nöjd med. (3)*

*...jag tror aldrig liksom att vi kom till ett läge där jag kände att, att jag behövde information från henne utan det kändes bara mer som att jag behövde ett bollplank. (4)*



På samma sätt tyckte de kvinnor som inte var nöjda med sin rådgivning att det var för lite diskussion, och att de hade behövt diskutera mer med barnmorskan för att kunna göra ett tillfredsställande val av preventivmedel.

*Jag fick inte så mycket, jag känner att det inte var så mycket diskussion om det. (1)*

*...det är ju alltid skönt om det finns någon att diskutera med så att man inte känner att det bara är jag själv som experimenterar. (6)*

*...jag tror att vi hade kunnat bolla lite mer, att det hade kunnat vara hjälpsamt för mig att göra det. (7)*

### **Autonomi**

Att självständigt bestämma över sin egen kropp och val av preventivmedel upplevdes vara av vikt för flera av kvinnorna. Vid de rådgivningstillfällen som barnmorskan tagit ett beslut över huvudet på någon upplevdes det som mycket negativt, exempelvis om barnmorskan skrev ut ett preventivmedel som kvinnan egentligen inte ville ha.

*Att jag tycker inte riktigt att jag blev hjälpt att... att kunna göra ett bra val själv. (1)*

*...då sa hon att hon tyckte att den här var bättre för att då kunde man ha en i fem år istället för bara tre, och det tyckte jag också var väldigt konstigt att det är väl upp till mig att avgöra vad jag tycker är viktigast att prioritera liksom. (5)*

## Metoddiskussion

För att uppnå syftet ansågs kvalitativa intervjuer vara en relevant metod. Det finns begränsat med tidigare studier på området, således ansågs kvalitativa intervjuer som mer lämpade än exempelvis enkäter, eftersom intervjuer ger en direkt inblick i människors erfarenheter (Malterud, 2014). Innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2017) användes för att analysera datamaterialet. Metoden är relevant när transkriberade texter ska analyseras och tolkas (Lundman och Hällgren-Graneheim, 2017). I likhet med vad Graneheim, Lindgren & Lundman (2017) framhåller var det en utmaning att vara konsekvent genom hela analysprocessen när datamaterialet tolkades. Det var även svårt att vara konsekvent med abstraktionsnivån och att hålla isär vad som var kategori och vad som var tema i analysen, som även Graneheim et al. (2017) beskriver. Under analysprocessen uppfattades ett latent innehåll om vikten av individualisering, och partnerskap mellan kvinna och barnmorska, i samtliga underkategorier. Det latent innehåll utgjorde temat. Analysprocessen har genomförts av oss tillsammans. Det påverkar tillförlitligheten positivt eftersom reflektion och diskussion har förts genom varje steg i analysarbetet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

Kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer (Lundman & Graneheim-Hällgren, 2017). Preventivmedelsrådgivning skulle belysas utifrån olika upplevelser för att öka överförbarheten för studien. Deltagarna rekryterades via Facebook. Nästan tre av fyra internetanvändare i Sverige använde Facebook under år 2017, 74 procent (Internetstiftelsen i Sverige, 2017). Det ansågs öka möjligheten till variation eftersom deltagare från många olika geografiska platser kunde nås. Deltagarnas ålder varierade mellan 24 och 41 år och ansågs ge goda variationer i datamaterialet. En farhåga vid studiens början var att enbart personer med negativa upplevelser skulle vilja delta och att det skulle påverka studiens resultat genom minskad variation i datamaterialet. Men kvinnor med både negativa och positiva upplevelser av preventivmedelsrådgivning deltog vilket ansågs positivt för variationen i datamaterialet.

Den förtroliga och lugna intervjusituationen samt att deltagarna upplever trygghet kan ge bra förutsättningar för berättelser (Malterud, 2014). Intervjudeltagarna fick därför själva välja plats för intervjuerna. En fördel med enbart sju deltagare var att längre individuella intervjuer kunde hållas och då gå djupare. Intervjuaren bör lyssna med ett öppet sinne för att höra det nya eller oväntade och är en kompetens som måste utvecklas över tid (Malterud, 2014). En begränsning för studien var att intervjuerna i studien genomfördes av författare som inte hade tidigare erfarenhet av intervjuteknik. Någon testintervju genomfördes inte på grund av begränsad tid, det ansågs vara en nackdel. Därför genomfördes samtliga intervjuer av oss tillsammans för att säkra bättre intervjuer och ge mer omfattande datamaterial. Å andra sidan kunde större variation ha uppnåtts om intervjuerna hade genomförts av olika personer (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). En semistrukturerad intervjuguide användes under intervjuerna. Semistrukturerad intervjuguide ansågs relevant för syftet eftersom intervjuerna inte helt ska genomföras utan mål och mening (Malterud, 2014). Vi anser att det stärker

studiens överförbarhet eftersom samma intervjuguide kan användas med andra grupper av kvinnor. De intervjuade kvinnorna fick samma frågor och ungefär samma följdfrågor utifrån intervjuguiden.

Vid kvalitativ innehållsanalys är det avgörande för studiens giltighet att intervjua tillräckligt många deltagare som har erfarenhet av preventivmedelsrådgivning och kan berätta om det. Antalet intervjudeltagare är av vikt eftersom tillräcklig mängd data måste finnas för att täcka variationer. Det är inte möjligt att fastslå ett visst antal intervjuer för en studie, den optimala mängden data beror på studien och det är inte säkert att datans innehållsmängd blir rikare med fler deltagare (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Sju deltagare intervjuades för att inhämta data om upplevelser av preventivmedelsrådgivning. Samtliga deltagare ansågs ha relevanta erfarenheter att berätta om för att uppnå studiens syfte. Att enbart sju deltagare rekryterades till studien ansågs vara rimligt för studiens storlek och tidsram, men kan ses som en brist eftersom ett större underlag möjligtvis hade gett större variationer i datamaterialet.

Deltagarna representerade en homogen grupp genom att samtliga var vita och högskoleutbildade. En systematisk litteraturstudie av Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & De Maeseneer (2005) undersökte om patienters socioekonomiska status påverkade kommunikationen mellan läkare och patient. De kom fram till att patienter av lägre socioekonomisk status erhöll en mer direktiv konsultation och inte var lika deltagande i konsultationen jämfört med patienter av högre socioekonomisk status. Det kännetecknades exempelvis av att patienter med lägre socioekonomisk status hade mindre engagemang i behandlingsbeslut, mindre kontroll över kommunikationen med läkare samt fick mindre information om diagnostik och behandling och fler fysiska undersökningar. Läkarna använde även medicinsk terminologi i högre utsträckning i kommunikation med patienter med lägre socioekonomisk status. Enligt Willems et al. kommunicerar patienter med högre utbildning mer aktivt och får därför mer information av sina läkare (Willems et al., 2005). Eftersom samtal i vården påverkas av patientens sociala villkor kan det antas att de intervjuade kvinnorna fick mer effektiv preventivmedelsrådgivning eftersom samtliga var högutbildade. Om kvinnor med lägre utbildning hade deltagit i studien hade det kunnat påverka studiens resultat annorlunda.

Vi har genomgående genom intervjuer och analys varit medvetna om vår förförståelse och därför strävat efter ett neutralt förhållningssätt. Tolkningar till följd av förförståelse sker omedvetet och går inte att bortse ifrån. Förförståelsen har troligtvis påverkat intervjuerna. Samspelet under intervjuer med berättande karaktär innebär att delaktighet förelåg eftersom vi på så sätt var medskapare av intervjuerna. Resultatet av intervjuerna kan därför inte ses som oberoende av oss (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

Innan studien påbörjades övervägdes risker och nytta med studien. En risk som identifierades var att intervjuerna skulle kunna komma att handla om känsliga saker och således upplevas som känslomässigt jobbiga för deltagarna. Vi upplevde inte att den typen av situation uppkom.

## Resultatdiskussion

Tre kategorier framkom i resultatet: *upplevelse av bemötande*, *upplevelse av information* samt *upplevelse av beslutstagande*. De var särskiljda från varandra men svarade alla på syftet. För att kunna ta ett beslut behövs information och mottagligheten för information är beroende av bemötande. Det övergripande temat för samtliga kategorier var: *Att få göra ett val som en unik människa i ett samarbete*.

Eftersom det fanns lite forskning inom området har det varit svårt att hitta nya studier att jämföra resultatet med. Vi har därför främst jämfört resultatet med tidigare redan använda källor.

Det framkom tydligt att ett gott bemötande la grunden för en effektiv preventivmedelsrådgivning. Det är samstämmigt med vad WHO (2018b) framhåller. Vid negativt bemötande, var det troligt att rådgivningen upplevdes som mindre bra och inte gav upphov till ett tillfredsställande val. Negativt bemötande innebar frånvaro av individualisering och samspel mellan barnmorskan och kvinnan. Av kvinnorna som upplevde ett negativt bemötande var tidens betydelse ett återkommande tema. En stressad barnmorska har inte förutsättningar att skapa en trygg miljö eller förtroende. Enligt Sveriges Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG, 2016) rekommenderas 30 minuter för ett preventivmedelsrådgivningsbesök på barnmorskemottagning. Besöket ska rymma information om olika preventivmedel, hur de används, dess effektivitet, verkningsmekanismer, eventuella biverkningar samt menstruationscykelns funktion (WHO, 2018b; Tydén, 2016). Vidare ska besöket individualiseras, informationen ska anpassas till ålder, mognad och erfarenhet (Socialstyrelsen, 2015). Barnmorskan är dessutom skyldig att försäkra sig om att kvinnan har förstått informationen (Patientlagen, SFS 2014:821). Valt preventivmedel ska förskrivas/administreras och besöket ska dokumenteras. Att rådgivningen enbart ska ta 30 minuter anser vi vara ett mål som är svårt att uppfylla för barnmorskan. Rådgivning ska individualiseras och detta torde innebära att tiden som behövs för rådgivning är olika lång, beroende på vilken kvinna som ska rådges. Under förutsättningarna som ges är det inte förvånande att många av kvinnorna upplevde ett stressat bemötande av barnmorskan. Vi tror att det troligtvis inte handlar om den enskilda barnmorskans personliga egenskaper, utan om organisatoriska förutsättningar. Barnmorskor som trots bristande förutsättningar lyckades inge en känsla hos kvinnorna om att det fanns tid, upplevdes som intresserade av kvinnornas personliga förutsättningar. De kvinnorna uppgav att de upplevt ett gott bemötande.

Samtliga deltagare upplevde att det fanns brister i informationen. Även de som först uppgav att de var generellt nöjda med rådgivningen och hade gjort ett tillfredsställande val kunde i efterhand identifiera information som de saknat under rådgivningen. Bristande information om verkningsmekanism, biverkningar och menstruationscykeln skulle kunna bero på ovanstående faktor, stress och tidsbrist. Det skulle även kunna bero på att rådgivningen inte

individualiserats tillräckligt mycket och att barnmorskorna således inte tagit reda på vilken information kvinnorna behövt.

Vid brist på information om hormonfria preventivmedel fick kvinnorna ingen information alls, eller mycket bristande information. Upplevelsen hos kvinnorna var att barnmorskorna inte hade kunskap om hormonfria preventivmedel. Det anser vi anmärkningsvärt, eftersom preventivmedelsrådgivning ska innehålla information om olika typer av preventivmedel bör barnmorskorna också ha kunskaper om hormonfria metoder och informera om dem. Enligt RFSU:s enkät till barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar ses ett ökat intresse för hormonfria preventivmedel (RFSU, 2015). Kvinnorna upplevde att de inte fick diskutera hormonfria metoder för att barnmorskorna inte har kunskapen. Ytterligare en orsak till att hormonfria metoder inte diskuteras tror vi skulle kunna vara att barnmorskorna är fokuserade på preventivmedel med hög effektivitet och således utelämnar hormonfria metoder, eftersom de har en lägre effektivitet än exempelvis långtidsverkande preventivmedel, long-acting reversible contraception (LARC). Läkemedelsverket (2014b) lyfter i bakgrundsdokumentationen till antikonception flera positiva studier kring LARC. I Sverige har förskrivningen av LARC bland 15- till 19-åringar ökat (Läkemedelsverket, 2014b). Schivone och Glish (2017) framhåller i sin review-artikel att där LARC är tillgängligt rekommenderas detta ofta som förstahandsval på grund av den höga effektiviteten. Många av de intervjuade kvinnorna uppgav dock att effektivitet inte behöver vara det de värderar högst vid val av preventivmedel, andra faktorer som till exempel biverkningar eller administrationssätt kan värderas högre. För en del kvinnor kan en graviditet vara en katastrof, för andra något hanterbart. Att undersöka kvinnornas inställning till effektivitet är något som vi anser att barnmorskor kan göra mer vid preventivmedelsrådgivning.

När kvinnorna upplevde att de inte fick tillräcklig information sökte de sig till andra informationskällor, till exempel diskussionsforum på internet, poddar samt vänner. Kvinnors utbyte av erfarenheter påverkar deras val av preventivmedel. Det finns många myter och föreställningar om preventivmedel som inte stämmer, och det förekommer i alla länder och kulturer. Myterna kring preventivmedel skapas och förstärks på kvinnors informella mötesplatser, som exempel på mötesplatser ges marknadsplatser och brunnar i Kenya och Mali (Castle & Askew, 2015). Marknadsplatser och brunnar är inte mötesplatser i vårt kulturella sammanhang. Samtliga intervjuade kvinnor uppgav diskussionsforum på internet samt vänner som andra källor till information än barnmorskan på barnmorskemottagning. Det är de informationskällorna som är informella sammanhang i Sverige, som har påverkat valet kvinnorna har gjort. Enligt en review-artikel har användandet av sociala medier för att diskutera och söka information om hälsa och behandlingar ökat kraftigt under de senaste åren. Det finns många fördelar med hälsorelaterad kommunikation på sociala medier. Patienter kan få information om olika behandlingar och utbyta erfarenheter med andra personer i liknande situation som de själva. Det kan öka delaktighet, autonomi och motivation hos patienter och kan underlätta i mötet mellan vårdgivare och patient. Det finns även utmaningar vid information och utbyte av erfarenheter via sociala medier. Felaktig information kan cirkulera,

med risk att påverka patientsäkerheten. Det kan istället försvåra mötet mellan vårdgivare och patient, eftersom felaktig information kan ha skapat misstro mot vården och ett minskat förtroende (Househ, Borycki & Kushniruk, 2014).

I likhet med studien av Dehlendorf et al. (2013) upplevde kvinnorna starkt ogillande och kände sig överkörda om barnmorskorna tog beslut angående preventivmedel åt dem. Det kunde handla om att barnmorskan tog hela beslutet åt kvinnan, eller att kvinnan valde preventivmetod medan barnmorskan valde sort. Enligt den Internationella Etiska Koden för Barnmorskor ska barnmorskan respektera kvinnans rätt till informerade val (Barnmorskeförbundet, 1999), men vad ett informerat val innebär definieras inte. Även Socialstyrelsen menar att vård ska baseras på delaktighet och informerade val (Socialstyrelsen, 2015), men inte heller de definierar vad ett informerat val är. Enligt Dehlendorf et al. (2014) innebär ett informerat val att vårdgivaren ger information om alla preventivmedel och sedan lämnar beslutet helt till kvinnan. Enligt Dehlendorf et al. (2014) innebär inte ett informerat val en individualiserad, personcentrerad rådgivning. Därför anser vi det anmärkningsvärt att informerat val lyfts fram av både Socialstyrelsen och den Internationella Koden för Barnmorskor. De intervjuade kvinnorna i vår studie upplevde att det var av vikt att de själva tog beslutet, men upplevde beslutsfattandet som bäst när de fick "diskutera sig fram", "bolla sig fram" eller "knåda sig fram" till ett beslut i samråd med sin barnmorska. Att ta beslutet i samråd med vårdgivaren har beskrivits i litteraturen som shared decision-making (Dehlendorf et al., 2014, 2017; Donnelly et al. 2014; Schivone & Glish, 2017).

Individualisering är en förutsättning för en effektiv preventivmedelsrådgivning (WHO, 2018b; Socialstyrelsen, 2015). För att individualisera preventivmedelsrådgivning kan barnmorskan med fördel arbeta efter personcentrerad vård. De intervjuade kvinnorna som inte fått individualiserad preventivmedelsrådgivning var missnöjda. Anledningarna till det involverade barnmorskans bemötande, informationen som gavs och/eller att beslutsfattandet inte var individualiserat. Kvinnorna som var nöjda med preventivmedelsrådgivningen uppgav alla att den var individualiserad; de kände sig sedda som individer. Barnmorskan tog hänsyn till deras personliga behov och förutsättningar och de fick stöd i att komma fram till ett beslut om val av preventivmedel. Att arbeta efter personcentrerad vård innebär att lyssna på patientens berättelse, upprätta ett partnerskap mellan vårdgivare och patient och säkerställa att den gemensamt planerade vården genomförs enligt överenskommelse (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). En svensk studie om personcentrerad vård i relation till långvariga sjukdomar föreslog rutiner om hur personcentrerad vård kan appliceras på hälso- och sjukvård. Även om studien fokuserade på långvarig sjukdom kan det antas att rutinerna kan appliceras även på preventivmedelsrådgivning. Enligt studien förbättrar personcentrerad vård samordningen mellan vårdgivare och person beträffande behandlingsplaner. Hälsoresultat förbättras och patienter blir mer nöjda (Ekman et al., 2011). Även vid preventivmedelsrådgivning handlar det om samordning mellan vårdgivare och person och vilken behandlingsplan det resulterar i. För att eftersträva personcentrerad vård enligt studien är det av vikt att lyssna på personens berättelse, känslor, övertygelser och preferenser.

Berättande kommunikation involverar att dela erfarenheter och att vårdgivare och patient kan lära av varandra. Det är därför avgörande att vårdgivare upprättar ett partnerskap med patienten för att uppnå gemensamt överenskomna mål. Behandlingsalternativ ska vara anpassade efter patientens livsstil, preferenser, övertygelser, värderingar och eventuella hälsoproblem. Noggrann dokumentation ska föras över behandlingsplan och patientens involvering i behandlingsalternativ, det ger patienten legitimitet samt underlättar kontinuitet (Ekman et al., 2011).

Kvinnornas upplevelser av preventivmedelsrådgivning med barnmorska i relation till att göra ett tillfredsställande val av preventivmedel var starkt kopplad till om rådgivningen var individualiserad eller inte, samt om beslutsfattandet skedde i samråd med barnmorskan eller inte. Att arbeta mer efter personcentrerad vård vid rådgivning och beslutstagande, tror vi skulle leda till fler tillfredsställande val av preventivmedel.

## Slutsats

Preventivmedelsrådgivning och tillgång till preventivmedel har stor betydelse för kvinnors hälsa och jämlikhet. De intervjuade kvinnorna har både negativa och positiva erfarenheter av preventivmedelsrådgivning med barnmorskor. Ett gott bemötande, utförlig information och stöd i beslutsprocessen är viktiga delar för att kvinnor ska ha möjlighet att kunna göra ett tillfredsställande val av preventivmedel. Enligt vår slutsats bör barnmorskor i större utsträckning använda sig av individualiserad rådgivning. Det kan med fördel göras genom att arbeta mer utifrån personcentrerad vård.

## Klinisk tillämpning

Utöver att arbeta mer efter personcentrerad vård, har de intervjuade kvinnornas olika upplevelser gett oss uppslag för hur preventivmedelsrådgivning skulle kunna utvecklas. Beräknad tidsmängd för ett rådgivningsbesök bör individualiseras. Flera kvinnor uppger att de får för lite information. För att förbättra kunskaperna hos kvinnor är en idé att hålla fertilitetsskolor; grupputbildning om menstruationscykeln och olika preventivmedel och dess verkningsmekanismer i barnmorskemottagningarnas regi.

## Vidare forskning

Sammanfattningsvis kommer de flesta studier kring preventivmedelsrådgivning från USA. Forskning om ämnet i Sverige är begränsad. Det behövs mer forskning generellt kring preventivmedelsrådgivning, både ur ett kvinno- och ett barnmorskeperspektiv. Ytterligare kvalitativa intervjustudier, men med bredare urval kan ge värdefull kunskap. Det behövs även forskning kring media och sociala medias påverkan på kvinnors val av preventivmedel och hur barnmorskor förhåller sig till detta.



## Referenslista

- Barnmorskeförbundet. (1999). Den internationella etiska koden för barnmorskor (svensk översättning). Hämtad 2018-03-19, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/forbundet/vara-radgivande-organ/etiska-radet/>
- Castle, S. & Askew, I. Population Council. (2015). Contraceptive discontinuation: reasons, challenges and solutions. Hämtad 2018-04-09, från [http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2016/02/FP2020\\_ContraceptiveDiscontinuation\\_SinglePage\\_Revise\\_02.15.16.pdf](http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2016/02/FP2020_ContraceptiveDiscontinuation_SinglePage_Revise_02.15.16.pdf)
- Danielson, E. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I M Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Dehlendorf, C., Grumbach, K., Schmittiel, J. A., & Steinauer, J. (2017). Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*, 95(5), 452-455. doi:10.1016/j.contraception.2016.12.010
- Dehlendorf, C., Henderson, J. T., Vittinghoff, E., Grumbach, K., Levy, K., Schmittiel, J., Lee, J., Schillinger, D. & Steinauer, J. (2016). Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(1), 78.e1-78.e9. doi:10.1016/j.ajog.2016.01.173
- Dehlendorf, C., Kimport, K., Levy, K., & Steinauer, J. (2014). A Qualitative Analysis of Approaches To Contraceptive Counseling. *Perspectives On Sexual & Reproductive Health*, 46(4), 233-240. doi:10.1363/46e2114
- Dehlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K., & Steinauer, J. (2013). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*, 88(2), 250-256. doi:10.1016/j.contraception.2012.10.012
- Donnelly, K. Z., Foster, T. C., & Thompson, R. (2014). What matters most? The content and concordance of patients' and providers' information priorities for contraceptive decision making. *Contraception*, 90(3), 280-287. doi:10.1016/j.contraception.2014.04.012
- Downey, M. M., Arteaga, S., Villaseñor, E., & Gomez, A. M. (2017). More Than a Destination: Contraceptive Decision Making as a Journey. *Women's Health Issues*, 27(5), 539-545. doi:10.1016/j.whi.2017.03.004

- Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I.Ekman. (red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care - ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: The PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112-9. doi:10.1093/eurheartj/ehr306
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. -, & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Househ, M., Borycki, E., & Kushniruk, A. (2014). Empowering patients through social media: The benefits and challenges. *Health Informatics Journal*, 20(1), 50-58. doi:10.1177/1460458213476969
- Internetstiftelsen i Sverige. (2017). *Svenskarna och internet 2017*. Hämtad 2018-05-07, från <http://www soi2017.se/kommunikation-och-sociala-plattformar/facebook/>
- Lag om etikprovning som avser människor* (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Lindh, Ingela. (2014). Preventivmedelsanvändning i Sverige. *Information från Läkemedelsverket*. 2, 32-36.
- Lundgren, I. & Berg, M. (2016) Professionellt förhållningssätt. I K. Christensson, A-K, Dykes, & H. Lindgren. (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.

- Lundman & Hällgren-Graneheim. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B Höglund-Nielsen & M. Granskär. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Läkemedelsverket. (2014a). Antikonception - behandlingsrekommendation. Hämtad 2018-04-10, från [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception\\_rek.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_rek.pdf)
- Läkemedelsverket. (2014b). Antikonception - bakgrundsdocumentation. Hämtad 2018-04-10 från [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg\\_dok/Antikonception\\_bakgrundsdocumentation.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Antikonception_bakgrundsdocumentation.pdf)
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning, en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Patientlagen* (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Riksförbundet för sexuell upplysning (2003). *Sex: en politisk historia*. Göteborg: Alfabet/Anamma i samarbete med Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU).
- Riksförbundet för sexuell upplysning. (2015) *Sverigebarometern 2015*. Hämtad 2018-05-05, från <http://www.rfsu.se/Bildbank/Dokument/Sverigebarometer2015.pdf?epslanguage=sv>
- Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte*. (SOFS 1996:21). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Schivone, G., & Glish, L. (2017). Contraceptive counseling for continuation and satisfaction. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 29(6), 443-448. doi:10.1097/GCO.0000000000000408
- Slater, L. (2006). Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23(1), 135-144. doi:10.5172/conu.2006.23.1.135
- Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Hämtad 2018-03-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

- Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om aborter*. Hämtad 2018-03-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter>
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa*. (ARG-rapport 76) Hämtad från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web43658b6c2-849e-47ab-99fa-52e8ac993b7d.pdf>
- Tydén, T. (2016) Antikonception. I K. Christensson, A-K. Dykes, & H. Lindgren. (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.
- Ungdomsmottagningen på nätet. (2018). Hämtad 2018-05-05, från <http://www.umo.se/Att-ta-hjalp/Ungdomsmottagning/>
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: Does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56(2), 139-146. doi:10.1016/j.pec.2004.02.011
- World Health Organization. (2018a). *Family planning/Contraception, fact sheet*. Hämtad 2018-04-09, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>
- World Health Organization. (2018b). *Family planning - A Global Handbook for Providers, 2018 edition*. Hämtad 2018-03-27, från <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>
- Wätterbjörk, I., Häggström-Nordin, E., & Hägglund, D. (2011). Provider strategies for contraceptive counselling among Swedish midwives. *British Journal Of Midwifery*, 19(5), 296-301. doi:10.12968/bjom.2011.19.5.296

## Bilaga 1



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## Information om studien **Kvinnors upplevelse av preventivmedelsrådgivning**

### Bakgrund och syfte

Effektiva preventivmedel och kvinnors kunskap om dem är av stor betydelse för kvinnors hälsa och för jämlikhet. Det saknas kunskap om hur kvinnor i Sverige upplever preventivmedelsrådgivning med barnmorska. Syftet med studien är att beskriva kvinnors upplevelse av preventivmedelsrådgivning med barnmorska i relation till att göra ett tillfredsställande val av preventivmedel. Målet är att ge bättre förutsättningar för barnmorskor att genomföra preventivmedelsrådgivning och i längden att fler kvinnor ska vara nöjda med rådgivningen samt med val av preventivmedel.

### Förfrågan om deltagande

Du har varit på preventivmedelsrådgivning med en barnmorska. Vi vill veta hur Du upplevde detta.

### Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du intervjuas på en plats du själv väljer, du kan också välja att genomföra intervjun via telefon. Du kommer att tillfrågas om dina upplevelser av att få preventivmedelsrådgivning. Intervjun beräknas ta 30-40 minuter.

### Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att delge dina upplevelser om preventivmedelsrådgivning. Ökad kunskap om hur kvinnor upplever preventivmedelsrådgivning och vad de tycker är viktigt kan komma att bli användbart för barnmorskor som ger preventivmedelsrådgivning.

## Vilka är riskerna?

I intervjuerna kan man eventuellt komma nära känsliga situationer. Det eventuellt av några personer uppfattas svårt att kritisera den vård man är/varit beroende av.

## Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas. Studiematerialet kommer att förstöras efter att studien avslutats. Obehöriga kommer ej att få tillgång till materialet. Vid publicering kommer inte enskilda individer kunna identifieras.

## Hur får jag information om studiens resultat?

Om Du vill ta del av studiens resultat är Du välkommen att kontakta Ylva Bergström eller Karin Ljunggren, se kontaktuppgifter nedan.

## Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och Du har full rätt att, när helst Du önskar, dra dig ur studien utan att ange anledning till varför. Om du väljer att avbryta medverkan i studien kommer det inte att påverka Din behandling.

## Ansvariga för studien

Ylva Bergström  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: 0739-32 52 89  
gusbeylv@student.gu.se

Karin Ljunggren  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: 0768-85 51 82  
gushljkhka@student.gu.se

Handledare  
Herborg Holter  
Tel:031-786 63 67  
herborg.holter@gu.se

## Bilaga 2



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående en studie om kvinnors upplevelse av preventivmedelsrådgivning. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---

### Ansvariga för studien

Ylva Bergström  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: 0739-32 52 89  
gusbeylv@student.gu.se

Karin Ljunggren  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: 0768-85 51 82  
gushljkhka@student.gu.se

Handledare  
Herborg Hollter  
Tel: 031-786 63 67  
herborg.holter@gu.se

## Bilaga 3

### Intervjuguide

Samtliga intervjuer har tagit upp dessa teman. Ordningen har varierat beroende vad som framkommit under intervjuerna. Ett antal följdfrågor har ställts. De har dock varierat mellan intervjuerna, beroende på hur intervjuerna har framflutit.

### Demografiska bakgrundsfakta

Ålder?

Utbildningsnivå?

Var bor du nu?

Var växte du upp?

### Inledningsfrågor

Vad innebär preventivmedelsrådgivning för dig?

Hur tycker du att bra preventivmedelsrådgivning är?

Berätta om ett tillfälle då du har fått preventivmedelsrådgivning av en barnmorska och hur du upplevde det.

### Bemötande

Vad är ett gott bemötande för dig?

Hur viktigt är det med ett gott bemötande?

Vilket intryck fick du av barnmorskan?

### Information

Vilken är den viktigaste kunskapskällan om preventivmedel för dig?

Vad gjorde att informationen du fick var bra/mindre bra?

Vad hade du velat ha mer information om?

Var du nöjd med informationen du fick? Berätta mer om det.

Har du efter rådgivningssamtalet sökt information på annat håll? -Hur kommer det sig?

Vilken information saknades? Var sökte du denna information?

### Beslutstagande

Kände du att barnmorskan lyssnade på dina tidigare erfarenheter, önskemål?

Kände du att det fanns utrymme för reflektion och diskussion med barnmorskan?

Kände du att du efter rådgivningssamtalet kunde göra ett val av preventivmedel?

Var det du, barnmorskan, eller ni tillsammans som bestämde vilket preventivmedel du skulle ha?



## Följdfrågor

Hur upplevde du...?

Vad menar du med det?

På vilket sätt?

Kan du förklara?

Kan du ge exempel?

Vad gjorde du då?

Hur kände du då?

Kan du berätta mer om det?

Varför/varför inte?

## Avslutningsfrågor

Är det något mer du vill berätta?