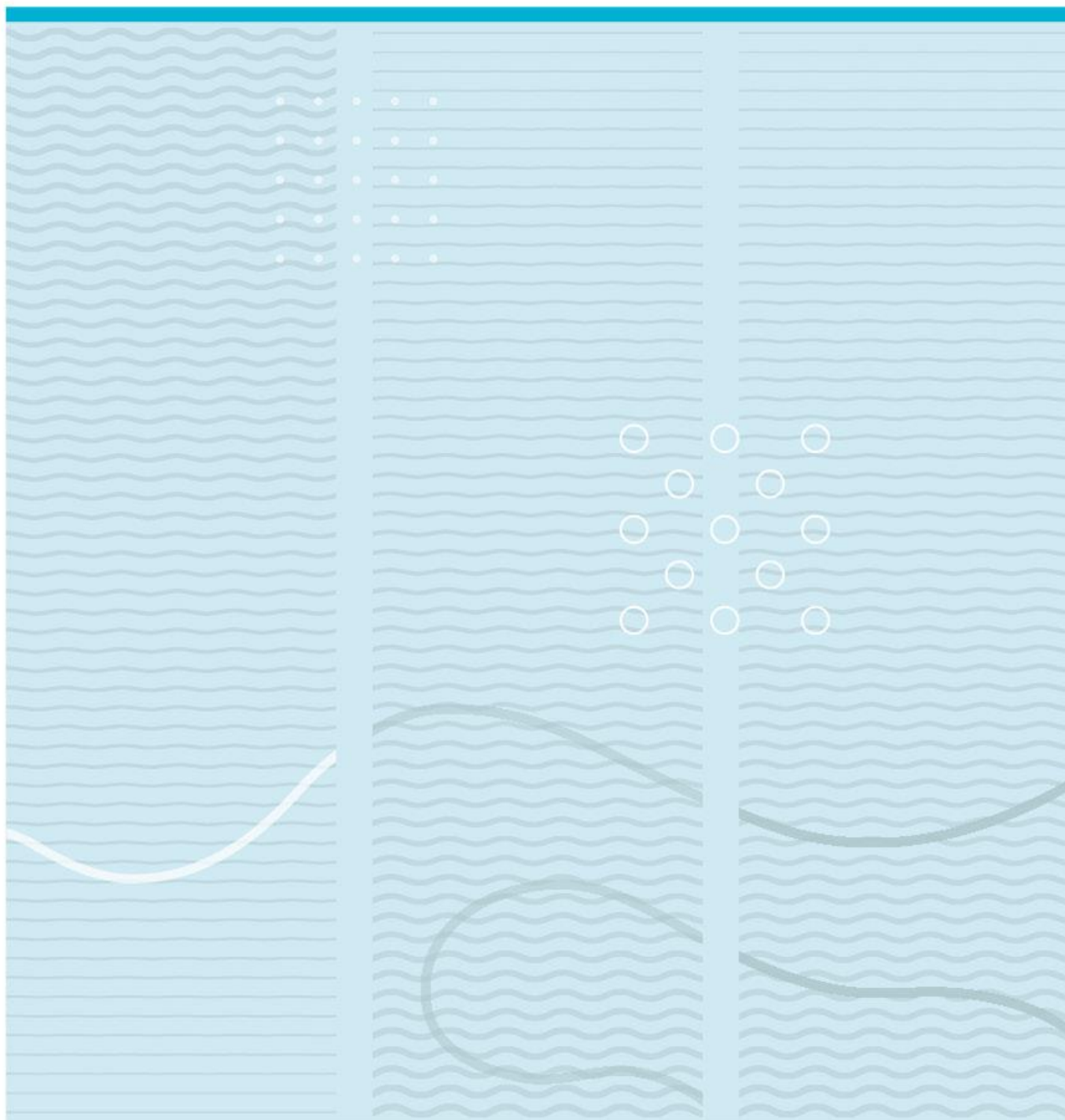


Kandidatnummer: 6671395

# **Kartlegging av jordmødres arbeid med langtidsvirkende reversibel prevensjon i kommunehelsetjenesten**

Antall ord: 16156





Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Marianne Raaen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

**Tittel:** Kartlegging av jordmødres arbeid med langtidsvirkende reversibel prevensjon i kommunehelsetjenesten.

**Bakgrunn:** Jordmødre i Norge har i 20 år hatt rekvireringsrett for p-piller. Utvidet rekvireringsrett og administrasjon av langtidsvirkende reversibel prevensjon (Long acting reversible contraception-LARC) kom relativt nylig i 2016. Det finnes ingen norske studier som beskriver den kommunale jordmørtjenestens arbeid med LARC i Norge.

## Hensikt:

Hensikten med studien er å kartlegge kommunejordmødres arbeid med prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC.

## Metode:

Studien er en deskriptiv tverrsnittsstudie der data ble samlet inn via et elektronisk anonymisert spørreskjema. Utvalget i denne studien var jordmødre i kommunehelsetjeneste i Norge. Spørreskjemaet ble sendt ut via åpne Facebook grupper for kommunejordmødre i Norge.

## Resultat:

Av jordmødrene i utvalget tilbyr 8 av 10 administrasjon av LARC, ytterligere 1 av 10 gir tilbudet til sårbare og risikoutsatte kvinner. Av de deltagende jordmødrene tilbyr 9 av 10 prevensjonsveiledning. Størst tilbud ble gitt til barselkvinner på etterkontroll, deretter kvinner på Helsestasjon for ungdom (HFU) og til sårbare og risikoutsatte kvinner.

## Konklusjon:

Studien viser at tilgjengelighet og kompetanse i jordmørtjenesten fremstår som viktige faktorer for å oppnå myndighetenes mål om prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC. Den viser nedslående tall for antall jordmødre med praktiske kompetansekrav, bare 45 (39,8%) har dette, fokus bør rettes mot nødvendig opplæring av jordmødre. For å øke tilbudet og gi alle kvinner mulighet, må kommunene øke tilgjengeligheten i tjenestene, både ved helsestasjoner og HFU.

# Abstract

**Title:** Mapping of midwives' work with long-term reversible contraception in the municipal health services.

**Background:** Midwives in Norway have had the authorization to prescribe birth control pills for the last 20 years. Extended authorization of prescribing and administering of long-acting reversible contraception (LARC) came relatively recently in 2016. There are no Norwegian studies that describe the municipal midwifery service's work with LARC in Norway.

**Purpose:** The purpose of the study is to describe municipal midwives' work with contraceptive guidance and administration of LARC.

**Method:** The study is a descriptive cross-sectional study in which data were collected via an electronically anonymized questionnaire. The sample, in this study, were midwives in municipal health services in Norway. The questionnaire was sent out through open Facebook groups for municipal midwives in Norway.

## Results:

8 out of 10 of the midwives in the study offer administration of LARC, and another 1 out of 10 offers it only to vulnerable and at-risk women. Of all participating midwives, 9 out of 10 offer birth control. The offer is primarily to postpartum women. The second largest group were women at health centers for young people (Helsestasjon for ungdom (HFU)) and to vulnerable and at-risk women.

## Conclusion:

The study shows that availability and competence in the midwifery service stand out as important factors in achieving the authorities' goals regarding contraceptive guidance and administration of LARC. It shows discouraging figures for the number of midwives with practical competence requirements. Only 45 out of 113 possess it (39,8%), and the focus should be on the necessary training of midwives. In order to increase the offer and give all women the opportunity, the municipalities must increase the availability of services, both at health centers and HFU.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Bakgrunn.....</b>	<b>7</b>
1.1	Teoretisk ramme .....	8
1.2	Prevensjonshistorie .....	8
1.3	Jordmødre sin rekvireringsrett .....	8
1.4	Strategi for seksuell helse.....	9
1.5	LARC -Langtidsvirkende reversibel prevensjon .....	10
1.6	Jordmor sin rolle.....	11
1.7	Dagens kommunale jordmortjeneste.....	12
1.8	Fremtidens kommunale jordmortjeneste .....	13
<b>2</b>	<b>Hensikt og forskningsspørsmål .....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>17</b>
3.1	Forskningsdesign .....	17
3.2	Utvalg .....	17
3.3	Datainnsamling.....	17
3.4	Spørreskjema.....	18
3.5	Statistiske analyser .....	19
3.6	Forskningsetiske vurderinger .....	19
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>28</b>
5.1	Metode diskusjon .....	28
5.1.1	Datainnsamling.....	28
5.1.2	Tidsperiode og utvalg .....	29
5.1.3	Intern og ekstern validitet .....	29
5.1.4	Skjevhet .....	31
5.1.5	Reliabilitet .....	31
5.2	Diskusjon av resultat .....	32
5.2.1	Kommunejordmødres arbeidssituasjon ved prevensjonsveiledning.....	32
5.2.2	Kommunejordmødres arbeidssituasjon ved administrasjon av LARC .....	37
5.2.3	Kommunejordmødres tilbud om LARC til spesifikke grupper kvinner.....	42
5.2.4	Jordmødres kompetanse på prevensjonsveiledning og admin. av LARC.....	47
<b>6</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>51</b>



# Forord

Jeg ble utdannet til jordmor i Sverige og har 20 års erfaring i yrket, både fra Sverige og Norge. Jeg har arbeidet innen fødsels-, svangerskaps- og barselomsorg, og arbeider nå som kommunejordmor i Trondheim Kommune. Gjennom svensk utdanning og erfaring fra arbeidet som jordmor i Sverige, har jeg vært opptatt av helhetlig omsorg og kvinnehelse i et livstidsperspektiv. Det har gitt meg viktig kunnskap om helhetlig oppfølging, og verdien av å sette fokus på forebygging og helsefremmende faktorer. Dette inneholder lett tilgjengelig prevensjonsveiledning, rekvirering og administrasjon av LARC. Med denne bakgrunnen ønsket jeg å se nærmere på det aktive tilbudet kvinner har hos jordmødre i egen kommune, i Norge.

Først vil jeg takke mine veiledere, for god veiledning, gode råd og engasjement underveis i dette masterløpet.

Takk til jordmødrene som svarte på spørreskjemaet, både ved pilotering og ved selve undersøkelsen. Uten deres engasjement hadde ikke studien kunnet bli gjennomført.

Takk til arbeidsplassen, som har gjort det mulig gjennom å få fri ved samlinger.

Takk til DNJ og BAM for støtte i form av stipend.

Takk til familie og venner for støtten underveis.

<Trondheim, 2022>

<Marianne Raaen>



# 1 Bakgrunn

Verdens helseorganisasjon, World Health Organization (WHO) og norske helsemyndigheter anbefaler at kvinner som ønsker prevensjon, skal få mulighet til langtidsvirkende reversibel prevensjon (Long acting reversible contraception- LARC) (Helsedirektoratet, 2015).

I 20 år har jordmødre i Norge hatt rekvireringsrett for p-piller, som et ledd i en nasjonal strategi for å få ned antall uønskede svangerskap og aborter (Forskrift Om Endring i Forskrift Om Rekvirering Og Utlevering Av Legemidler Fra Apotek, 2002). Jordmødres arbeid har hatt positivt utfall, antall uønskede svangerskap og aborter har gått ned (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Siden 2016 har jordmødre hatt rett til å administrere langtidsvirkende reversibel prevensjon, som spiraler og p-stav, etter gjennomgått kurs og praktiske kompetansekrav (Helsedirektoratet, 2015). Disse er anbefalte førstevalg til kvinner som ønsker prevensjon (Helsedirektoratet, 2015, Legemiddelverket, 2022). Hormonspiraler og p-staver er sikrere prevensjon, har få brukerfeil, lite bivirkninger og lang virkningstid (Boog & Cooper, 2021). Praksisen er relativt ung og under utvikling i Norge, men målet er at prevensjon skal være lett tilgjengelig (Secura et al., 2010, Hognert et al., 2018).

Myndighetenes råd er at jordmortjenesten i kommunene skal brukes mer aktivt (Helsedirektoratet, 2020). Tjenesten har blitt lovpålagt og kan bidra med lett tilgjengelig prevensjon for alle kvinner i kommunen (helse- og omsorgstjenesteloven, 2017, § 3-1). Erfaring fra praksis er at tilbudet som gis nå, mest er til barselkvinner på etterkontroll og til kvinner på helsestasjon for ungdom (HFU).

Kvinner generelt vet ikke om at jordmødre forskriver og administrerer langtidsvirkende reversibel prevensjon, men mange ønsker å treffe en jordmor for råd og veiledning (Forsberg et al., 2019). Samtidig ønsker jordmødre å bruke bredden av sin kompetanse med fokus på kvinnehelse i et livstidsperspektiv og bidra til at kvinner har mulighet til helhetlig oppfølging (Aune et al., 2021).

Temaet er særlig aktuelt i år når rekvireringsretten ble utvidet i januar til å gjelde alle kvinner, også de under 16 år (Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021).

Formålet med denne studien er å se nærmere på kommunejordmødres arbeid med prevensjonsveiledning og administrasjon av langtidsvirkende reversibel prevensjon, inkludert hvilken kompetanse de besitter og hvor mye tid som er satt av per uke.

## **1.1 Teoretisk ramme**

Teorigrunnlaget presenteres med utgangspunkt i aktuell forskning, lover og forskrifter som er relevant for å besvare studiens hensikt om å kartlegge kommunejordmødres arbeid med LARC.

## **1.2 Prevensjonshistorie**

Prevensjon har vært brukt i alle tider for å begrense antall svangerskap. P-piller ble først produsert i USA og Europa på 1960-tallet og inneholdt ulike mengder østrogen og gestagener (Dhont, 2010). 1960-tallets prevensjonsrevolusjon har hatt stor betydning for kvinners liv og samfunnets utvikling. Prevensjonsmetoder ble sikrere, tilgjengelig og kvinner kunne bestemme over egen seksualitet og reproduksjon. Kvinners endringer i autonomi, frigjøringskamp, økt utdanning, yrkesdeltagelse og fri abort forandret befruktningsstatistikken (Lappegård, 2007). I industrialiserte land utsatte kvinner etablering av familie og foreldreskap og som en konsekvens av dette sank fruktbarheten (Familie og jobb i ulike kvinnegenerasjoner, 2022). Samtidig med prevensjonsrevolusjonen var det i Norge motstand mot at kvinner skulle få prevensjonsveiledning, og abort var kontroversielt. Prevensjonsopplysning var ulovlig frem til 1971. Selvbestemt abort ble lov først i 1978 (Andresen & Elvbakken, 2018). Bruken av kobberspiraler økte på 1970-tallet da p-piller ga flere kvinner alvorlige bivirkninger i form av blodpropp. Hormonspiralene med gestagener kom på 1990-årene (Nesheim, 2021a). P-stav med gestagener kom på markedet på 1980-tallet og ble raskt en anbefalt prevensjon (Reproductiveaccess, 2013).

## **1.3 Jordmødre sin rekvireringsrett**

I 2002 fikk jordmødre i Norge rekvireringsrett til et begrenset antall p-piller til kvinner i alderen 16-19 år, ordningen var gratis for kvinnene (Forskrift Om Endring i Forskrift Om Rekvirering Og Utlevering Av Legemidler Fra Apotek, 2002). I 2006 ble retten utvidet til å gjelde alle typer hormonell prevensjon, med unntak av p-stav og spiral, som ledd i den nasjonale strategien i å redusere antall aborter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Tiltaket ble vurdert såpass suksessfullt, at rekvireringsretten i 2016 ble utvidet til å gjelde alle kvinner over 16 år og fra januar i

år gjelder rekvireringsretten også de under 16 år (Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021, § 2-5). Det vektlegges at de unges behov skal tilgodeses, og at tilbud om alle former for prevensjon blir lett tilgjengelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Rekvireringsretten fra 2016 inkluderer administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC), definert som p-stav og spiral. Jordmødre kan dermed tilby administrering av LARC i tillegg til alle typer prevensjonsmidler (Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021).

## 1.4 Strategi for seksuell helse

I Strategi for seksuell helse (2017-2022) var et av målene å fortsette å forebygge uønskede svangerskap og aborter. Bidragsordningen til hormonell prevensjon for kvinner i aldersgruppen 16–19 år ble utvidet og inkluderer langtidsvirkende hormonell prevensjon fra 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Unge kvinner opp til 22 år får stønad til prevensjon i Norge. Kostnaden for p-piller, p-plaster, p-ring, p-stav, hormon- eller kobberspiral dekkes helt eller delvis. Bidragssatsen varierer etter produkt. Jordmødre, helsesykepleiere og leger med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven, har rekvireringsrett for samtlige prevensjonsmidler til alle kvinner (Helsedirektoratets ytre etat (Helfo) 2019).

I Strategi for seksuell helse ønskes styrking av jordmor og helsesykepleiers roller gjeldende prevensjonsveiledning og administrering av prevensjon. Siden 2008 har abortraten vært synkende, og raskest for de i aldersgruppen 16–24 år. I 2015 var abortraten på 11,7% per 1000 kvinner, men for de mellom 15-19 år lå det på 8,3%. I aldersgruppen 20-29år lå raten på 21,1% som viser noe nedgang siden 2008. Fra 2007 har bruken av langtidsvirkende hormonell prevensjon som hormonspiral og p-stav økt mens bruken av kobberspiral og p-piller minsket. I 2015 ser man at for de mellom 15–19 år har bruken av p-stav økt mest, men også hormonspiralbruken øker. Kombinasjonen av bidragsordning og at jordmødre og helsesykepleiere har forskrivningsrett, har trolig gitt minskede antall uønskede svangerskap og aborter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I 2020 var det fortsatt nedgang i antall registrerte svangerskapsavbrudd for alle kvinner i fertil alder (15-49år). Det var en tilsvarende nedgang året før, fra 2018 til 2019. Abortraten har gått ned fra 9,7% i 2019 til 9,2% i 2020 (Abortregisteret, 2020).

## 1.5 LARC- Langtidsvirkende reversibel prevensjon

LARC gir sikrere prevensjon mot svangerskap, har få brukerfeil, få bivirkninger og lang virkningstid (Boog & Cooper, 2021). Langtidsvirkende reversibel prevensjon defineres som spiraler og implantat og gir høy sikkerhet, de har lite brukerfeil og har lang virkningstid på 3-5 år. De gir god sikkerhet mot uønskede svangerskap og blødningsminskning eller fravær av blødning for de fleste kvinner etter en tids bruk. Det er ikke behov for regelmessig oppfølging, men de må settes inn og tas ut av helsepersonell med oppdatert kunnskap og nødvendig kompetanse (Boog & Cooper, 2021).

I 2010 ble LARC brukt hos 3 % av kvinner i USA. Bakgrunnen for dette lave tallet kan ses i sammenheng med at kvinner hadde lav kunnskap og deres holdninger til metodene, i kombinasjon med høye kostnader og helsepersonells kompetanse (Secura et al., 2010). Funnene resulterte i prosjektet «The Contraceptive CHOICE, og det ble utført en prospektiv kohortstudie med 10.000 kvinner i St. Louis. Kvinnene fikk gratis veiledning, prevensjon og oppfølging i 3 år. Studien konkluderte med at bruken av LARC økte markant når kostnader ble fjernet, og ved at informasjon og innsetting av metoden var lett tilgjengelig. (Secura et al., 2010). Madden et al (2019) viser i sin undersøkelse at prevensjonsveiledning, innsetting av spiral og implantat sammen med kostnadsreduksjon, resulterer i mindre uønskede svangerskap (Madden et al., 2019).

I en nordisk studie utført mellom 2010-2013, sammenlignet man bruken av prevensjon i Danmark, Finland, Norge, Sverige og Island. Generelt var det høyest prevensjonsbruk i Sverige og Danmark. I Sverige var gestagene p-piller og kopperspiral mest brukt, mens LARC hadde høyest forekomst i både Finland og Sverige. I Finland er første innsetting gratis noen steder og i Sverige er LARC subsidiert opp til 25 år og kopperspiral er gratis (Lindh et al., 2017).

En annen studie utført i Norden, sammenlignet 15-19 åringers prevensjonsbruk med antall fødsler og aborter mellom 2008 til 2015. Underveis i studien økte bruken av prevensjon og LARC, spesielt i Sverige og Norge, i Norge var det størst økning av implantat. Under samme tid gikk aborttallene ned, noe man har sett også i USA og resten av Europa. Årsaksfaktorer kan være lettere tilgjengelighet på HFU, tydelige anbefalinger om LARC og økt utdanning og informasjon om prevensjon (Hognert et al., 2018).

De som forskriver prevensjon har en viktig rolle for valget av prevensjon (Lindh et al., 2017). I de nordiske landene, utenom Sverige, har det vært tradisjon at gynekologer og fastleger har forskrevet prevensjon. I Sverige har dette vært jordmødrenes selvstendige oppgave i lengre tid (Lindh et al., 2017), mens det i Norge er en praksis under utvikling, styrket av nyere nasjonale forskrifter og lov.

Med utvidet rekvireringsrett ønsket Helsedirektoratet å gi kvinner mulighet til lett tilgjengelig prevensjon. Lett tilgjengelig prevensjon styrker kvinners autonomi gjeldende seksuell helse (Helsedirektoratet, 2015). LARC er anbefalt som førstevalg til kvinner som ønsker prevensjon, fordi LARC kun inneholder progesteron, har få brukerfeil, og ingen risiko for blodpropp (Helsedirektoratet, 2015, Legemiddelverket, 2022). Kvinner skal selv få velge prevensjon, få sikrere prevensjon med mindre bivirkninger, lang virkningstid, få brukerfeil og dermed minske antall aborter (Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021). Pearl Index er et kjent uttrykk for antallet uønskede svangerskap per 100 kvinner per år. Regionale legemiddelinformasjonsentre (Relis) viser til tall fra Norsk elektronisk legehåndbok der PI-verdier for p-piller er oppgitt til å være 0-2,18 og minipiller til 0,1-0,4. For LARC som hormonspiral er verdien 0,1-0,4 og p-implantat  $<0,1$  (Pearl indeks på hormonelle prevensjonsmidler, 2022).

En studie fra 2014, undersøkte status for LARC i primærhelsetjenesten i Oslo. Det ble sett på faktorer som kunnskap om, og bruken av prevensjonsmetode i en gruppe kvinner i alderen 16-23 år og blant fastleger. På tross av at LARC er den mest anbefalte prevensjonen, var bruken lav. Det er trolig årsaket av for lite kunnskap om LARC, og høy kostnad ved utkjøp for kvinnene, men også forskriverens kunnskaper og holdninger til metodene. Ved å øke kunnskap og kompetanse hos de som tilbyr tjenestene med innsetting og uttak av LARC, vil bruken øke blant unge kvinner i Norge (Bratlie et al., 2014).

## **1.6 Jordmor sin rolle**

I den internasjonale definisjonen av jordmor innebærer yrkesutøvelsen omsorg og rådgivning til kvinnen i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltid (ICM, 2017). Jordmor har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, ikke bare for kvinnen, men for familien og samfunnet. Arbeidet bør omfatte undervisning av gravide og vordende foreldre med forberedelse til fødselen og

framtidig foreldrerolle, og kan utvides til visse grener av gynekologi og familieplanlegging. Dette inkluderer prevensjon (Forskrift Til Rammeplan for Jordmorutdanning. 2004. §3-2).

En autorisert jordmor, registrert i Helsepersonellregisteret kan rekvirere og administrere LARC etter endt utdanning etter 2006 eller med ekstra kurs i temaene prevensjon, seksualitet og samliv (Endring i forskrift om legemidler fra apotek, 2015, § 2-5). Administrering betyr at jordmor må ha tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter i å kunne sette inn og fjerne p-stav og spiral. Minstekrav for praksis for p-stav er å observere en innsetting og et uttak, deretter å praktisere en innsetting og to uttak med veiledning. For spiral gjelder kravet å observere en innsetting og deretter praktisere to innsetninger med veiledning (Helsedirektoratet, 2015).

## **1.7 Dagens kommunale jordmortjeneste**

I Norge er jordmødre siden 2017 en lovpålagt tjeneste for kommunene (helse- og omsorgstjenesteloven, 2017, § 3-1). I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skal kommunen tilby svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjon og tilbudet skal inneholde prevensjonsveiledning og rekvirering av prevensjonsmiddel. De unges autonomi og ferdigheter skal styrkes, råd og veiledning i forhold til fysisk, psykisk og seksuell helse tilpasses ungdoms behov (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 5).

I Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, skal gravide få kunnskapsbasert informasjon og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet. Gravide skal få informasjon om helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, og gis informasjon om etterkontroll hos jordmor eller lege (Svangerskapsomsorgen, 2018). I nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen skal det tilbys en kontroll, etter ønske, til kvinner fire-seks uker etter fødselen. Konsultasjonen rettes mot fysisk og psykisk helse og omfatter informasjon og tilbud om prevensjon. Kontrollen er gratis og friske kvinner kan velge mellom fastlege og jordmor.

Når det gjelder sårbare og risikoutsatte kvinner med familier, anbefales det individuelt tilpasset oppfølging både i svangerskapet og i barseltid, da denne perioden er preget av hyppig kontakt med helsepersonell. Dette kan være kvinner med:

*«Rusrelaterte problemer, psykisk og fysisk langtidssykdom, funksjonsnedsettelse, vold, overgrep og omsorgssvikt, enslige forsørgere og unge foreldre/mødre, vanskelige psykososiale og økonomiske forhold, innvandrere, asylsøkere, personer med ulovlig opphold, opplevelse av tap, for eksempel dødsfall, sykdom, arbeidsløshet, brudd i parforhold, gravide med risiko for komplikasjoner og familier med nyfødte barn har også et særskilt behov for oppfølging (Barselomsorgen, 2014).*

I pakkeforløp for gravide og rus skal kvinner ha tilbud om etterkontroll i kommune eller ved sykehuset. De skal tilbys gratis langtidsvirkende prevensjon, det samme gjelder ved svangerskapsavbrudd (Gravide og rusmidler, 2019). Kvinner i fertil alder i LAR skal tilbys informasjon og tilbud om bruk av prevensjon som en del av oppfølgingen. LARC er anbefalt ved oppstart i LAR, og målet er en mer stabil og rusfri livssituasjon før svangerskap. For denne gruppen skal prevensjon være gratis (Anbefalinger om prevensjon og familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldose, 2019).

I en studie fra 2014 så man på bruk av prevensjon hos innvandrerkvinner sammenlignet med norske kvinner. Kvinner fra Afrika, Asia og Øst-Europa hadde lavest bruk av hormonell prevensjon. Faktorer som økt utdanning og arbeid var koblet sammen med høyere bruk av hormonell prevensjon. I en studie fra Omland, vises det til andre studier fra USA og Skandinavia, der minoritetskvinner har flere uønskede svangerskap og aborter (Omland et al., 2014).

En studie fra USA viser at kvinner som har fått god informasjon om langtidsvirkende prevensjon, har lettere for å velge LARC etter prevensjonsveiledning (Paul et al., 2020). Lett tilgjengelighet, reduksjon av kostnader og prevensjonsveiledning fører til økt bruk av LARC (Buckel et al., 2019).

## **1.8 Fremtidens kommunale jordmortjeneste**

Ifølge Helsedirektoratet bør jordmortjenesten i kommunene ha en aktiv rolle ved å sikre lett tilgjengelig prevensjon, ikke bare etter fødsel, men til alle kvinner (Helsedirektoratet, 2020). I handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020-2024) er tiltaks mål å nå kvinner uten tilbud via helsestasjon eller helsestasjon for ungdom (HFU), i aldersgruppen 25–30 år

der abortraten er høyest (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Til tross for oppfordring fra direktoratet til å inkludere jordmødre i kommunale prevensjonstilbud er dagens tilbud begrenset til kvinner tilhørende HFU og barselkvinner.

Kommunejordmor tilbyr gratis konsultasjon for prevensjonsveiledning og administrering av p-stav og spiral. Kvinner 16-19 år, får spiral og p-stav gratis. De mellom 20 eller 21 år, får delvis dekning, og må betale noe selv (Helsedirektoratets ytre etat, 2019). I forhold den utvidede rekvireringsretten i januar 2022 for unge kvinner under 16 år, er bidragsordning ikke avklart.

Et beregningsverktøy for jordmorbemanning i helsestasjonen er under utvikling hos Helsedirektoratet. Det tar utgangspunkt i basisprogrammet som primærhelsetjenesten har ansvar for. Ved etterkontroll og innsetting av langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler må det beregnes ekstra tid for innsetting (Helsedirektoratet, 2022). Ved utvidede arbeidsområder for jordmor vil nye arbeidsoppgaver som etterkontroll, prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC, resultere i behov for økt jordmor ressurs i kommunene eller endring av prioriteringer.

Forsberg et al ser i en nyere norsk studie på kvinners erfaringer i forhold til prevensjonsveiledning (Forsberg et al., 2019). 1900 kvinner deltok via et nettbasert spørreskjema under en tidsperiode i 2017-2018. Studien ble utført relativt kort tid etter at jordmødre og helsesykepleiere fikk utvidet rekvireringsrett for prevensjonsmidler og administrering av LARC i 2016. Halvparten av kvinnene kunne tenke seg å treffe en jordmor for prevensjon, mens bare en tredjedel vet om at jordmødre forskriver og administrerer LARC (Forsberg et al., 2019). Det kan tyde på at kvinner mangler kunnskap om jordmødres arbeidsområder. I tillegg kan det skyldes manglende tilgjengelighet og markedsføring av jordmødres arbeid med prevensjonsveiledning og administrering av prevensjon. Funnene til Forsberg viser også at kvinner ønskes mer informasjon og samtale om prevensjon og seksuell helse, noe jordmødre er utdannet til og burde ha tid til. Studien konkluderer med at det må ansettes nok jordmødre i kommunene, slik at prevensjonsveiledning hos jordmor blir en reell mulighet til alle kvinner. Tilbudet nå gjelder unge under 20 år på HFU og gravide (Forsberg et al., 2019).

I følge en nylig publisert kvalitativ studie ønsker jordmødre å utvikle en helhetlig oppfølging med fokus på kvinnehelse i et livstidsperspektiv der de kan bruke hele bredden av sin kompetanse (Aune



et al., 2021). Studien undersøkte jordmødres erfaringer av relasjonell kontinuitet i primærhelsetjenesten. Tillit til jordmor og trygghet øker når en relasjon etableres over tid og jordmødre erfarer å utføre et bedre arbeid, og dermed øker tilfredsheten i yrkesutføringen. I retningslinjene for svangerskap- og barselomsorg har jordmors arbeidsområde blitt utøkt til å gjelde hjemmebesøk etter fødsel og tilbud om etterkontroll med prevensjonsveiledning og administrasjon av prevensjon. Jordmødrene ønsker å ha innflytelse over eget fag og drift og de ønsker å lede egen profesjon for best mulig kvalitet (Aune et al., 2021).

Det er ingen norske studier som beskriver den kommunale jordmortjenestens arbeid med LARC i Norge og endringer i prioriteringer av oppgaver for jordmødre som er gjort etter utvidet rekvireringsrett i 2016. Med bakgrunn i dette ønsker jeg å se nærmere på jordmødres arbeid med LARC i kommunehelsetjenesten i Norge.

## 2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å kartlegge kommunejordmødres arbeid med prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC.

Spesifikt ønsker jeg å finne ut av:

1. Hva kjennetegner kommunejordmødres arbeidssituasjon relatert til prevensjonsveiledning og administrering av LARC?
2. Hvilken kompetanse besitter jordmødre i prevensjonsveiledning og administrering av LARC i kommunehelsetjeneste?
3. Hvor stor andel av kommunejordmødres arbeidstid brukes til arbeidsoppgaven LARC?

## **3 Metode**

Studiens problemstilling ligger til grunn for valget av metode (Laake et al., 2008). Når problemstillingen inneholder kartlegging, ønskes det svar fra mange. I kommunal jordmortjeneste er det mange jordmødre fra mange ulike kommuner, der antall kan tallfestes. Ved ønske om en kartlegging med denne problemstillingen, er en kvantitativ metode best egnet.

### **3.1 Forskningsdesign**

Metoden som ble brukt, ble valgt ut fra problemstillingen, der hensikten var å kartlegge kommunejordmødres arbeid med LARC på et gitt tidspunkt (Laake et al., 2008). Selv om et tverrsnitt design ble brukt, ble det stilt spørsmål om fortid, noe som ga mulighet til å gå rundt tidsvinduet undersøkelsen ble gjort i (Laake et al., 2008). Populasjonen, gruppen som ble målt i denne studien var jordmødre i kommunehelsetjeneste i Norge. Best egnet studiedesign er en deskriptiv tverrsnittstudie, en kvantitativ metode, når det handler om mange jordmødre i mange kommuner (Laake et al., 2008).

### **3.2 Utvalg**

For å gjøre en nærmere undersøkelse av jordmødre i kommunehelsetjeneste, ble det studert et tilfeldig utvalg. Jordmødre i kommunehelsetjenesten er inkludert i studien. Et større og nøyaktigere utvalg vil gi et bedre grunnlag for å generalisere funnene til hele gruppen jordmødre i kommunehelsetjeneste (Laake et al., 2008). Jordmødre i privat tjeneste og i spesialisthelsetjeneste ekskluderes fra studien siden den handler om kommunale tjenester. Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) er det i 2020, 545 årsverk for jordmor i kommunehelsetjeneste (Statistisk Sentralbyrå, 2022). Målet var å få et utvalg på 40-55 % av den estimerte populasjonen.

### **3.3 Datainnsamling**

Data ble innsamlet via et elektronisk anonymisert spørreskjema (Nettskjema, 2021). En survey, en spørreundersøkelse med spørsmål med faste svar og svarsalternativ på et skjema ble distribuert. En egen logo ble produsert for å skape oppmerksomhet. Spørreskjemaet ble sendt ut via åpne Facebook grupper for kommunejordmødre i Norge, Facebook gruppen Jordmødre i Norge og

Kommunejordmødre i Trøndelag. I den første gruppen ble spørreskjemaet delt fem ganger under en fireukers periode, i den andre bare en gang under samme tidsperiode.

Etter avsluttet undersøkelse, ble det for innhentet data, generert en automatisk utfylt kodebok via nettskjema. Kodeboken ga standardforslag til variabelnavn og verdier, disse ble senere endret på (Nettskjema, 2021). Resultatene ble eksportert til en Excel fil, deretter importert for videre databehandling og analyse i statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences versjon 28 (SPSS 28) med deskriptive analyser. I SPSS ble flere variabler omkodet og nye ble laget. Disse ble kontrollert med hjelp av krysstabeller (Laake et al., 2008).

### **3.4 Spørreskjema**

I en deskriptiv undersøkelse kan en kartlegge demografiske forhold, eksempelvis alder og kommuner (Eberhard-Gran, M., 2017). Spørreskjemaet i denne studien består av lukkede spørsmål med fastsatte svarsalternativ, og noen åpne svarfelt for deltagerens egne kommentarer. Noen utvalgte spørsmål fra QPSNordic 34+ er inkludert, et validert spørreskjema fritt til bruk fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) om psykologiske og sosiale faktorer generelt i arbeidet (QPSNordic, 2021).

Funnene fra studien til Forsberg et al, samt anbefalingene fra helsedirektoratet, er brukt til formuleringen av spesifikke spørsmål om LARC (Forsberg et al., 2019, Helsedirektoratet, 2014, Helsedirektoratet, 2015, Helsedirektoratet, 2020). For å sikre at spørsmål og svarsalternativene blir forstått og er hensiktsmessige, ble det utført en pilotundersøkelse på forhånd (Eberhard-Gran, M., 2017) hos kommunejordmødre ved egen helsestasjon.

Variabler er de enheter eller elementer som ønskes å registreres eller måles (Laake et al., 2008). Kategoriske variabler inkludert i spørreskjemaet er: kommune, alder, stillingsandel, ansettelsesforhold, tid avsatt og antall jordmødre med kompetanse på LARC. Andre variabler som i tillegg rangeres er jordmødrenes kompetanse og erfaring, antall år med utdanning. Dikotome variabler blir brukt ved spørsmål om: tilbys etterkontroll, har de eget gynekologisk undersøkelsesrom, tilbys kontroll etter innsetting og uttak, prøvetaking av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) og celleprøvetaking. Disse variable har bare to verdier (Johannessen. A., 2008). Det

stilles åpne spørsmål om jordmødrenes erfaringer med tilbudet om LARC. Spørreskjemaet avsluttes med spørsmål om jordmødrenes arbeidssituasjon og miljø (Vedlegg 1).

### **3.5 Statistiske analyser**

For å se nærmere på de ulike variablene, ble univariate analyser utført. For kategoriske variabler gjøres dette i form av frekvensfordelinger i tabeller og grafer. Deskriptiv statistikk beskriver fordeling av observasjoner i utvalg og populasjoner. Resultatene blir oppgitt i antall og observasjonene angis med symbolet N. Deskriptiv statistikk i denne studien oppgis i antall (N) og prosent og i grafiske framstillinger (Johannessen. A., 2008). I denne studien ble det sett på frekvensfordelinger for jordmors hjemstedskommune, alder, stillingsandel, ansettelsesforhold, tid avsatt, antall jordmødre med kompetanse på LARC og arbeidsforhold ved LARC.

Det ble utført bivariat analyse for å undersøke sammenhenger mellom to variabler, noe som er den enkleste måten å undersøke dette på. Her ble det sett på forhold mellom jordmors arbeid med LARC og antall årsverk, jordmor med fagansvar, profesjon nærmeste leder, antall gravide per jordmor og år og antall timer avsatt per uke per jordmor. Det ble utført chi-kvadrat-test ved krystabellene, for å undersøke om resultatene var statistisk signifikante, utslagsgivende eller ikke. Testen beregner forskjellen mellom faktisk og forventet fordeling i de ulike populasjonene. Sannsynligheten uttrykkes i P (probability)-verdier, som varierer mellom 0 og 1, mindre verdi ved større differanse mellom utvalg og ved små forskjeller blir P-verdien større (Johannessen. A., 2008).

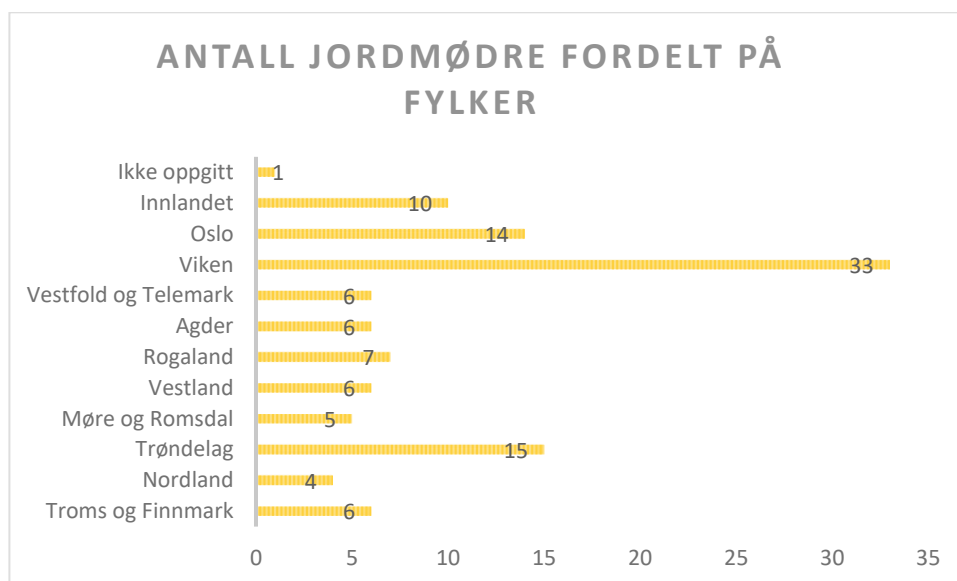
### **3.6 Forskningsetiske vurderinger**

Studien ble utført i samsvar med the World Medical Association Declaration of Helsinki (The World Medical Association (WMA), 2018). Den har ikke formål om å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, og er dermed ikke pliktig å legge frem søknad for Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, 2021). Norsk senter for forskningsdata (NSD) skal meldes når personopplysninger skal behandles i et prosjekt (NSD, 2021). Ved mulige koblinger mellom navn og opplysninger, regnes de som personopplysninger (NSD, 2021). Studien ble meldt til NSD på grunn av spørsmål om mulige koblinger av personopplysninger. Deltakerne fikk informasjon om at spørreskjemaet var anonymisert og deltakerne ville ikke kunne identifiseres direkte. Videre ble det gitt informasjon til deltakerne om at de ikke kunne trekke seg fra studien etter levert besvarelse,

siden det ikke vil være mulig å linke dem til deres data. Standardisert informasjonsskriv fra NSD med samtykkeskjema ble benyttet som start på det elektroniske skjemaet (vedlegg 2). Deltakere ble bedt om å krysse av for samtykke, slik at det kan dokumenteres (NSD, 2021). Studien ble godkjent av NSD (vedlegg 3).

## 4 Resultater

113 jordmødre deltok i denne studien om kartlegging av jordmødres arbeid med prevensjonsveiledning og administrasjon av langtidsvirkende reversibel prevensjon i kommunehelsetjenesten i Norge. Antall årsverk for jordmor i kommunehelsetjeneste, var i 2020, 545,7 (SSB,2020). Av disse 113 har 100 (88,5%) av de en stillingsprosent på mellom 80-100% mens bare 3 (2,7%) har under 50% stilling. 105 (92,9%) av jordmødrene i utvalget har faste stillinger. 74 av Norges 346 kommuner er representert i utvalget, 7 av jordmødrene arbeider i flere kommuner, opptil 4. Antall jordmødre fordelt på fylker, se Figur 4-1.



Figur 4-1. Fordeling av hvilket fylke jordmor arbeider i.

Aldersgruppen størst representert i utvalget, er jordmødre mellom 36-55 år, med 89 (78,8) av det totale utvalget på 113. Majoriteten, 74 (65,5%) har arbeidet i kommunen i 0-5 år. Over halvparten 61 (54%) av de deltakende jordmødrene arbeider på helsestasjon, 51 (45,1%) arbeider i kombinasjon helsestasjon og HFU. De fleste, 97 (85,8) av jordmødrene i utvalget arbeider bare dagtid.

I utvalget har 9 (8,0%) jordmødre lederansvar. Av de deltakende jordmødrene har 68 (60,2%) fagansvar i sin kommune. Av jordmødrene som deltok i studien har 3 (2,7%) under 50% stilling, 10 (8,8%) har mellom 50-80% stilling, mens majoriteten 100 (88,5%) har større stillinger på 80-100%. Hos jordmødrene i utvalget er det 19 (16,8%) som har jordmor som nærmeste leder. De fleste, 73 (64,6%), har helsesykepleier eller annet 20 (17,7%) som nærmeste leder. De fleste, 63 (55,8%) har

1-3 årsverk jordmor ved sitt arbeidsted, og nest flest har 4-6 årsverk. Majoriteten 62 (54,9%) av jordmødrene i utvalget har 81-120 gravide per år per jordmor.

I studien er det 48 (43,6%) som har grunnutdanning jordmor før 2006. De med grunnutdanning tatt etter 2006 og medregnet de med mastergrad i jordmorfag er 62 (56,4%). Når det gjelder spesifikk utdanning i forhold til administrasjon av LARC, har 45 (39,8) jordmødre i utvalget gjennomført praktiske kompetansekrav. Etterutdanningskurs i teori prevensjonsveiledning har 47 (41,6%) av de deltakende jordmødrene. Av jordmødrene i utvalget har tre markert for etterutdanningskurs og praktiske kompetansekrav, men ikke for grunnutdanning og seks har markert for mastergrad bare. Totalt har 19 av de 113 jordmødre i utvalget mastergrad i jordmorfag, se tabell 4-1.

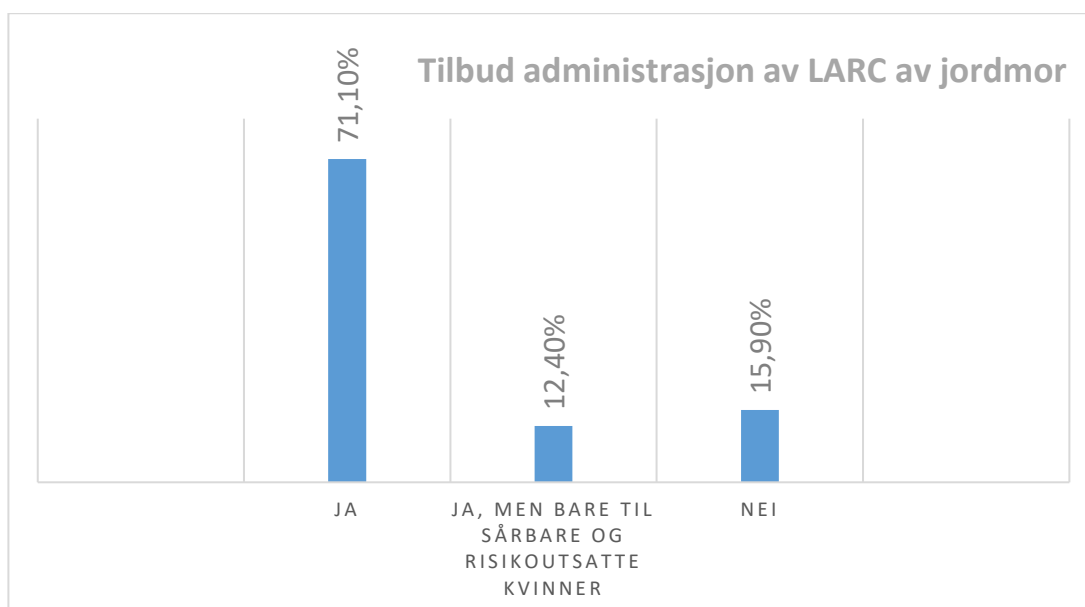
*Tabell 4-1. Viser bakgrunnsinformasjon om deltakende jordmødre i studien. N=113.*

	n (%)
<b>Alder Jordmor i år</b>	
20-35	10 (8,8)
36-55	89 (78,8)
56-75	14 (12,4)
<b>Antall arbeidsår i kommunen</b>	
0-5	74 (65,5)
6-10	18 (15,9)
11 eller mer	21 (18,6)
<b>Stillingstype i kommunen</b>	
Fast	105 (92,9)
Vikariat	3 (2,7)
Fast og vikariat i kombinasjon	5 (4,4)
<b>Stillingsprosent</b>	
<50 %	3 (2,7)
50-79 %	10 (8,8)
80-100 %	100 (88,5)
<b>Utdanning Jordmor</b>	
Utdanning før 2006	48 (43,6)
Utdanning etter 2006 (+de med kryss for bare mastergrad i jordmorfag)	62 (56,4)
Missing	3 (2,7)
<b>Master i jordmorfag</b>	
Ja	19 (16,8)
Nei	94 (83,2)
<b>Arbeidssted</b>	
Helsestasjon	61 (54,0)
Helsestasjon for ungdom (HFU)	0
I kombinasjon	51 (45,1)
Annet	1 (0,9)
<b>Lederansvar hos jordmor</b>	



Ja	9 (8,0)
Nei	100 (88,5)
I leders fravær	4 (3,5)
<b>Fagansvar hos jordmor</b>	
Ja	68 (60,2)
Nei	44 (38,9)
Missing	1 (0,9)
<b>Stillingsprosent som fagansvarlig jordmor</b>	
>80 %	55 (75,3)
<80 %	18 (24,3)
Missing	40 (35,4)
<b>Arbeidstidsordning</b>	
Dagtid	97 (85,8)
Kveldstid	1 (0,9)
I kombinasjon	15 (13,3)
<b>Årsverk jordmor ved arbeidsted i kommunen</b>	
1-3	63 (55,8)
4-6	36 (31,9)
7-9	10 (8,8)
10 eller mer	4 (3,5)
<b>Årsverk jordmor ved arbeidsted i kommunen slått sammen</b>	
>7	99 (8,6)
<7	14 (12,4)
<b>Antall gravide per år per jordmor</b>	
<80	31 (27,4)
81-120	62 (54,9)
121-149	12 (10,6)
150 eller flere	8 (7,1)
<b>Profesjon nærmeste leder</b>	
Jordmor	19 (16,8)
Helsesykepleier	73 (64,6)
Annet	20 (17,7)
Missing	1 (0,9)
<b>Profesjon nærmeste leder slått sammen</b>	
Helsesykepleier og annet	94 (83,2)
Jordmor	19 (16,8)

Jordmødrene i utvalget oppgir at 58 (51,3%) ved arbeidsstedet har kompetanse på prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC. Majoriteten 104 (92%) av de deltagende jordmødrene tilbyr prevensjonsveiledning, 4 (3,5%) bare til sårbare og risikoutsatte kvinner og 81 (71,7%) tilbyr administrasjon av LARC, 14 (12,4%) bare til sårbare og risikoutsatte kvinner. En tredjedel av alle jordmødrene i utvalget gir tilbud om administrasjon av LARC til alle kvinner. Det var mange ulike kombinasjoner av tilbud som ble oppgitt. De fleste ga tilbud til barselkvinner på etterkontroll, kvinner på HFU og til sårbare og risikoutsatte kvinner, se Figur 4-2.



Figur 4-2. Tilbud om administrasjon av LARC gitt av jordmor.

Årsaken oppgitt til at tilbudet ikke gis, er at det i første rekke er for lite jordmor ressurs, deretter prioriteres oppgaver i svangerskapsomsorg foran barselomsorg. Av de deltagende jordmødrene har 68 (57,5%) under fem timer satt av til LARC per uke, mens 48 (42,5%) har over fem timer eller timer fritt etter behov til disposisjon.

Majoriteten 74 (77,1%) av jordmødrene i utvalget tilbyr uttak av både spiral og p-stav, mens under halvparten tilbyr kontroll etter innsetting. Nær halvparten 49 (43,3%) av jordmødrene i utvalget har tilgang til gynekologisk undersøkelsesrom (GU-rom), mens 50 (44,2%) jordmødre må bygge om på eget kontor, der egen benk gjøres om til GU-benk. Hos nær 70% av jordmødrene i utvalget er det aldri et problem å få tilgang til GU-rom. Se Tabell 4-2.

Tabell 4-2. Jordmors kunnskap og erfaring med LARC. N=113.

	n (%)
<b>Har alle jordmødre ved enheten kompetanse på prevensjonsveiledning og administrasjon av langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC)</b>	
Ja	58 (51,3)
Nei	49 (43,4)
Vet ikke	6 (5,3)
<b>Tilbyr jordmor administrasjon av LARC</b>	
Ja	81 (71,7)
Ja, men bare til sårbare og risikoutsatte kvinner	14 (12,4)
Nei	18 (15,9)
<b>Tilbyr jordmor administrasjon av LARC slått sammen</b>	
Ja	98 (84,1)

Nei	18 (15,9)
<b>Timer satt av til LARC per uke, per jordmor</b>	
0-2	29 (29,9)
3-5	20 (20,6)
>5	3 (3,1)
Fritt etter behov	45 (46,4)
Missing	16 (14,2)
<b>Timer satt av til LARC slått sammen</b>	
Under 5 timer	68 (57,5)
>5 timer og fritt etter behov	48 (42,5)
<b>Hvilke kvinner får tilbudet om admin av LARC*</b>	
Barselkvinner på etterkontroll	68 (60,2)
Kvinner på HFU	51 (45,1)
Sårbare og riskoutsatte kvinner	46 (40,7)
Kvinner generelt	32 (28,3)
*Det var mulig å krysse av for flere alternativ, derfor er svarprosenten over 100%	
<b>Årsak når det ikke gis tilbud</b>	
Oppgaver i svangerskapsomsorg er prioritert foran barselomsorg	8 (26,7)
For lite jordmor ressurs	14 (46,7)
Annet	8 (26,7)
Missing	83 (73,5)
<b>Tilbyr jordmor uttak av LARC</b>	
Ja, uttak av spiral	10 (10,4)
Ja, uttak av p-stav	4 (4,2)
Ja, uttak av både spiral og p-stav	74 (77,1)
Nei	8 (7,1)
Missing	17 (15,0)
<b>Tilbyr jordmor kontroll etter innsetting</b>	
Ja	49 (43,4)
Nei	69 (61,1)
Missing	19 (16,8)
<b>Tilgang til gynekologisk undersøkelsesrom (GU-rom)</b>	
Ja	49 (43,4)
Nei	14 (12,4)
Bygger om på eget kontor, benk gjøres om til GU-benk	50 (44,2)
<b>Hinder i tilgang til GU-rom</b>	
Aldri et problem	76 (67,3)
Må bestilles, men ikke vanskelig å få tid	12 (10,6)
Det kan være utfordrende og betyr noen ganger tilpassing av timen til kvinnen	10 (8,8)
Det er utfordrende og ofte et problem	2 (1,8)
Det er nesten alltid et problem	13 (11,5)
<b>Utdanning jordmor kurs og praktisk kompetansekrav</b>	
Utdanning før 2006	8 (7,1)
Utdanning før 2006 + etterutd. kurs	12 (10,6)
Utdanning før 2006 + etterutd. kurs+praktisk komp. krav	29 (25,7)
Utdanning etter 2006	37 (32,7)
Utdanning etter 2006 + etterutd. kurs	3 (2,7)
Utdanning etter 2006 + etterutd. kurs + praktisk komp. krav*	15 (13,3)

Etterutdanningskurs + praktisk kompetansekrav – grunnutdanning missing	3 (2,7)
Bare kryss for mastergrad i jordmorfag- grunnutdanning missing	6 (2,7)
(*8 av disse har utdanning etter 2006 + prakt. komp. krav)	
<b>Spesifikk utdanning i forhold til administrasjon av LARC</b>	
Jordmor har gjennomført praktiske kompetansekrav	
Ja	45 (39,8)
Etterutdanningskurs teori prevensjonsveiledning	
Ja	47 (41,6)

Prøvetaking for seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) tilbys alltid hos halvparten av jordmødrene i utvalget. Celleprøvetaking tilbys til kvinner etter svangerskapet av 57 (50,4%) av de deltagende jordmødrene. Av de deltagende jordmødrene tilbyr 21 (18,6%) dette til alle kvinner i kommunen, se Tabell 4-3.

*Tabell 4-3. Faktorer relatert til administrasjon av LARC. N=113.*

	n (%)
<b>Tilbys tid for etterkontroll</b>	
Ja	72 (63,7)
Ja, men bare til sårbare og risikoutsatte kvinner	15 (13,3)
Nei	26 (23,0)
<b>Årsak om ikke tilbud om etterkontroll gis</b>	
Oppgaver i svangerskapsomsorg er prioritert foran barselomsorg	14 (37,8)
For lite jordmor ressurs	13 (35,1)
Annet	10 (27,0)
Missing	76 (67,3)
<b>Tilbyr jordmor prevensjonsveiledning</b>	
Ja	104 (92,0)
Ja, men bare til sårbare og risikoutsatte kvinner	4 (3,5)
Nei	5 (4,4)
<b>Tilbys prøvetaking seksuelt overførbare infeksjoner (SOI)</b>	
Ja, alltid	49 (50,0)
Ofte	24 (24,5)
Sjeldent	18 (18,4)
Nei	7 (7,1)
Missing	15 (13,3)
<b>Tilbys celleprøvetaking hos jordmor</b>	
Ja, etter svangerskapet	57 (50,4)
Ja, til alle kvinner i kommunen	21 (18,6)
Nei	35 (31,0)

Krysstabeller ble brukt for å se på jordmors arbeid med LARC relatert til antall årsverk, jordmor med fagansvar, profesjon nærmeste leder, antall gravide per jordmor og år og antall timer avsatt per uke per jordmor. Det var statistisk signifikans i sammenheng mellom jordmor arbeid med LARC og antall

timer til dette arbeid satt av i uka per jordmor per uke med  $p \leq 0,001$ . Ingen av de andre variablene i tabell 4 hadde en signifikant sammenheng med jordmors arbeid med LARC, se Tabell 4-4.

Tabell 4-4. Jordmors arbeid med LARC. Krysstabeller.  $N=113$ .

Jordmors arbeid med LARC i sammenheng med antall årsverk	Nei	Ja
>7	17,2%	82,8%
<7	7,1%	92,9%
Chi-kvadrattest	0,334	
Jordmors arbeid med LARC i sammenheng med fagansvar		
>80%	10,9%	89,1%
<80%	16,7%	83,3%
Chi-kvadrattest	0,519	
Jordmors arbeid med LARC i sammenheng med profesjon nærmeste leder		
Helsesykepleier og annet	17%	83%
Jordmor	10,5%	89,5%
Chi-kvadrattest	0,480	
Jordmors arbeid med LARC i sammenheng med antall gravide per jordmor per år		
Over 120	20%	80%
Under 120	15,1%	84,9%
Chi-kvadrattest	0,583	
Jordmors arbeid med LARC i sammenheng med antall timer satt av per uke per jordmor		
Under 5 timer	27,7%	72,3%
Over 5 timer og fritt etter behov	0,0%	100%
Chi-kvadrattest	<0,001	

Jordmødrene sine svar i fritekst og svar angående psykososiale faktorer er ikke analysert og resultatene kan dermed ikke oppgis. Omfanget av en kvalitativ analyse av svarene er for stort og tidkrevende for denne masteroppgaven og ble av den grunn utelatt.

## 5 Diskusjon

Formålet med studien er å kartlegge kommunejordmødres arbeid med prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC. I denne delen av oppgaven vil resultatene drøftes opp mot teori og aktuell forskning. Diskusjonsdelen er delt i to, der første del diskuterer valgene i metoden og del to diskuterer funnene i studien.

### 5.1 Metode diskusjon

#### 5.1.1 Datainnsamling

En deskriptiv tverrsnittsstudie ble valgt ut fra studiens hensikt om å se nærmere på mange jordmødres arbeid med prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC (Laake et al., 2008). Studiedesignet er fordelaktig, lettforståelig og gir mulighet til at mange variabler kan undersøkes samtidig. Ulemper med metoden er at den gir et øyeblikksbilde og ikke svar på eventuell risiko eller direkte svar om årsakssammenheng (Laake et al., 2008).

Studiens utvalg, kommunejordmødre, er en spesifikk del av befolkningen valgt ut for å kunne besvare problemstillingen (Eberhard-Gran, M., 2017). Det har sine fordeler å bruke elektroniske spørreskjemaer. Datainnsamlingen går raskere når resultatene lagres direkte i datafiler, og det er billigere enn papirskjema som skal distribueres. Samtidig er det et kjent problem med frafall ved nettbaserte undersøkinger, noe som påvirker representativiteten (Eberhard-Gran, M., 2017). Det er en lett tilgjengelig metode, mange nås, samtidig kan uriktige svar oppgis og frafallet kan bli stort (Fekjær, S., 2016).

Studien ble endret underveis, det var først tenkt å sende ut link til spørreskjema på email eller sms til alle kommunejordmødre i Norge. Det var ikke mulig å få opplysninger om email eller telefonnummer fra hverken NSF eller DNJ på grunn av personvern hensyn. En forespørsel per email til alle kommuner om kontaktopplysninger til aktuelle kommunejordmødre hadde vært mulig, men av praktiske årsaker for en person, og av tidshensyn, ble dette alternativet valgt bort. Det utløste endring i gjennomføringen av studien til et anonymisert nettbasert spørreskjema.

Det ble ikke funnet et validert spørreskjema som kunne brukes direkte i denne studien, det førte til et eget produsert skjema med lukkede spørsmål med fastsatte svarsalternativ, og noen åpne

svarfelt der deltakerne kunne komme med egne kommentarer. Funnene fra studien til Forsberg et al, samt anbefalingene fra helsedirektoratet, ble brukt til formuleringen av spesifikke spørsmål om LARC (Forsberg et al., 2019, Helsedirektoratet, 2014, Helsedirektoratet, 2015, Helsedirektoratet, 2020). For å styrke validiteten ble noen utvalgte spørsmål fra et validert spørreskjema fra QPSNordic 34+ inkludert, et spørreskjema fritt til bruk fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Det ble utført en pilotundersøkelse på forhånd kommunejordmødre ved egen helsestasjon, slik at spørreskjemaet ble bearbeidet og endret til å bli lettere forstått og hensiktsmessig.

### 5.1.2 Tidsperiode og utvalg

Et større og nøyaktigere utvalg vil gi et bedre grunnlag for å generalisere funnene til hele gruppen jordmødre i kommunehelsetjeneste. Det kan trekkes slutninger om kommunejordmødrenes arbeid ut fra funnene, om utvalget er representativt for hele gruppen. Forskjeller mellom utvalget og hele gruppen gir skjevhet og generalisering blir vanskelig (Laake et al., 2008). Over en gitt tidsperiode på 4 uker, fra midten av januar til midten av februar i 2022, ble kommunejordmødre spurt om frivilling deltakelse i studien ved å besvare et anonymisert nettbasert spørreskjema via Facebook grupper. Den ble annonsert ved fem tilfeller i gruppen Jordmødre i Norge, en gang i gruppen Kommunejordmødre i Trøndelag. Spørreskjemaet ble annonsert med hjelp av egen Logo med blikkfang på «LARC hos jordmor», noe som kan ha betydning for respondentene. Den siste gruppen var lite aktiv på Facebook, bare tre jordmødre responderte ved første annonsering. Gruppen ble ekskludert ved de resterende annonseringene da det kan ha ført til skjevhet i utvalget selv om det i resultatene ikke viser en slik overrepresentasjon. Negative aspekter ved å bruke Facebook er at kun en viss del av ønsket utvalg kan være aktive på de sidene. Det er ulikt hvor hyppig personer er inne på siden og tilfeldig ved de tilfellene spørreskjemaet ble annonsert. Informanter med spesielt interesse for LARC kan i større grad ha svart i og med at spørreskjemaet ble annonsert med logo knyttet til LARC. Dette påvirker representativiteten og dermed kvaliteten (Eberhard-Gran, M., 2017).

### 5.1.3 Intern og ekstern validitet

Validitet handler om vurdering av resultatenes pålitelighet. Det er nødvendig for at man skal stole på resultatene og generalisere funn (Laake et al., 2007). Det finnes tre ulike typer av validitet eller gyldighet. Det skilles på begrepsvaliditet, intern og ekstern validitet. Når det gjelder begrepsvaliditet er det selve begrepet som studeres, her kommunejordmødres arbeid med prevensjonsveiledning

og administrasjon av LARC. Her måles i hvilken grad målevariablene reflekterer den variabelen vi i grunn ønsker å studere, men som ikke går å måle direkte (Laake et al., 2007).

En variabel som har sterk sammenheng og relevans med problemstillingen vurderes å være valid (Laake et al., 2007). Mange av variablene i studien har sterk sammenheng med problemstillingen; eksempelvis bakgrunnsinformasjon om den deltakende jordmor, om de har kompetanse på prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC, hvor mange som tilbyr tjenesten og hvor mange timer de har satt av til arbeider per uke. Videre gir variablene informasjon om hvorfor tilbudet ikke gis, om det tilbys uttak, om det tilbys kontrolltimer etter innsetting. Deretter kommer informasjon om praktisk arbeidsforhold når det gjelder gynekologisk undersøkelsesrom og tilgang til dette. Intern validitet gir oss informasjon om resultatene er pålitelige for det utvalget som er studert. Mange av variablene ble endret på og slått sammen. Dette for å lage nye grupper med variabler for å få bedre oversikt over informasjonen (Johannessen. A., 2008).

Bivariat analyse med krysstabeller ble utført av de kategoriske variablene. Det er ikke mulig å beregne gjennomsnitt ved kategoriske variabler, derfor brukes en chi-kvadrat-test (Johannessen. A., 2008). Chi-kvadrat-test utgår fra en nullhypotese der det ikke er forskjell mellom populasjonene. Det er sannsynlig at det er forskjell mellom populasjoner om det er stor forskjell mellom utvalg (Johannessen. A., 2008).

I statistisk analyse som dette, vil det mangle opplysninger for noen eller flere variabler, de oppgis som Missing values (Pallant, J., 2020). Dette kan være årsaket av at deltakerne i studien unngår å svare på spørsmålet, ikke får gjennomført å svare, eller at det ikke er aktuelt å svare på en eller flere spørsmål (Laake et al., 2007, Johannessen. A., 2008). I SPSS er det mulig å registrere årsak til missing, men det er ikke utført i denne studien. Datasettet har lite missing og de er ikke systematiske. De fleste er registrert der det ikke er aktuelt å svare, få har latt være å svare på spørsmål. I resultatene er de oppgitt som missing i tabellene.

Ved intern validitet kan det oppstå informasjonsskjevhet når deltagerne oppgir feilaktig informasjon, bevisst eller ubevisst (Laake et al., 2007). I studien kan det være årsaken til at ikke alle tallene stemmer med antall svar fra det ene spørsmålet til neste, så som til eksempel for antall med fagansvar mot stillingsprosent, og missing for grunnutdannelse jordmor for en del. Det kan også



være årsaket av misforståelse av spørsmålene og at det er mulig krysse av for flere ulike svar. Et spørreskjema gir heller ikke mulighet til å spørre underveis ved uklarhet.

Ekstern validitet handler om resultatene er generaliserbare, om de kan overføres til hele studiepopulasjonen (Laake et al., 2007). I denne studien er deltakelsen lav og det er vanskelig å si at resultatene kan brukes til å generalisere for hele populasjonen av kommunejordmødre i Norge. Samtidig kan det være at resultatene kan stemme for de jordmødre som faktisk arbeider med prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC, i og med at det trolig er flere av disse som har svart på spørreskjemaet fordi temaet er viktig for de å si noe om.

#### 5.1.4 Skjevhet

Skjevhet (bias) kan oppstå av systematiske og tilfeldige feil i studien, både ved innsamlingen og ved analysen av data. Skjevhet påvirker validiteten, om man kan stole på resultatene og generalisere funnene. Et større og nøyaktigere utvalg vil gi et bedre grunnlag for å generalisere funnene til hele gruppen jordmødre i kommunehelsetjeneste (Laake et al., 2007). Målet var å få et utvalg på 40-55 % av den estimerte populasjonen. I denne studien utgjør utvalget 113 jordmødre som frivillig har besvart en nettbasert spørreundersøkelse, på et gitt tidspunkt. Det utgjør omtrent 20% av det totale antall årsverk for jordmor i kommunehelsetjenesten ifølge SSB (Statistisk Sentralbyrå, 2022). Det kan allikevel være slik at på grunn av at spørreundersøkelsen ble annonsert med Logo med blikkfang på «LARC hos jordmor», at det er en større andel av utvalget som faktisk arbeider med LARC, sammenlignet med de som ikke svarte og at resultatene dermed er mer valide. Deltagerne i studien kan bevisst eller ubevisst også oppgi feilaktig informasjon eller at informasjon blir registrert feil underveis i studien, noe som gir informasjonsskjevhet (Laake et al., 2007). Det er bare utvalget som er undersøkt i denne studien, resterende populasjon finnes det ikke opplysninger om, da ingen studie er gjort innen dette tema tidligere.

#### 5.1.5 Reliabilitet

Reliabilitet er et uttrykk for om studien kan reproduseres, om den kan gjøres om igjen og i hvilken grad resultatene vil bli de samme (Laake et al., 2008). Studien kan reproduseres da det er nøye beskrevet hvordan spørreundersøkelsen ble gjennomført og distribuert på nett. Svarene vil trolig avvike noe da det er en tilfeldig gruppe jordmødre som ved et gitt tidspunkt frivillig svarer på skjemaet, og flere svarte rett etter annonsering. Troligvis ville det kommet inn flere svar om

tidsperioden for studien hadde vart lengre. På den andre siden kan det være en avgrenset gruppe jordmødre som alltid er aktive på den nettsiden, slik at en del av populasjonen ikke er på den arenaen og får ikke kjennskap til og mulighet til å besvare studien. I fremtiden vil trolig svarene bli flere og resultatene annerledes på grunn av at praksisfeltet er relativt nytt i Norge og under utvikling.

Det å være en forfatter kan påvirke kvaliteten på studien, på den måten at flere forfattere utgjør en kvalitetskontroll for hverandre. Dette er forsøkt oppveid ved bruk av visse validerte spørsmål og pilotering av studien hos kollegaer og ved veiledning av veiledere.

Fritekstsvar med jordmødrenes egne kommentarer og svar angående psykologiske og sosiale faktorer generelt i arbeidet, ble av tidshensyn ikke analysert i denne omgangen. En kvalitativ analyse av jordmødrenes fritekstsvar vil trolig gi økt kunnskap om deres opplevelser og erfaringer av arbeidet med prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC. Videre vil en slik analyse trolig gi økt kunnskap om hvilke endringer av prioriteringer i oppgaver, jordmødrene har erfart de siste fem årene.

## **5.2 Diskusjon av resultat**

Resultatene viser at 9 av 10 jordmødre i studiens utvalg tilbyr prevensjonsveiledning. I denne studien ble ikke prevensjonsveiledningens utforming utdypet, eller informasjon om i hvilken konsultasjon veiledningen gis. Det var kun et spørsmål om det ble gitt et tilbud. Av jordmødrene i utvalget tilbyr 7 av 10 jordmødre administrasjon av LARC, og ytterligere 1 av 10 gir tilbudet bare til sårbare og risikoutsatte kvinner. Størst tilbud gis til barselkvinner på etterkontroll, deretter kvinner på HFU og til sårbare og risikoutsatte kvinner.

### **5.2.1 Kommunejordmødres arbeidssituasjon ved prevensjonsveiledning**

Av studiens totale utvalg, tilbyr 9 av 10 jordmødre prevensjonsveiledning. Dette er positive tall og i tråd med regjeringens overordnede mål om ytterligere reduksjon av uønskede svangerskap og svangerskapsavbrudd, beskrevet i Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd 2020-2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Det er mange ulike faktorer som påvirker kommunejordmødres arbeidssituasjon. I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, står det skrevet at kommunene har

ansvar for og skal tilby svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjonen, helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år og bidra i kommunens folkehelsearbeid. Gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenestens arbeid har kommunene lettere for å få oversikt over de faktorer som påvirker helsen til gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og ungdom mellom 0-20 år. Tilbudet i helsestasjonstjenesten er detaljert beskrevet i forskriften og skal for gravide, nyfødte og dere partnere og barn, inneholde svangerskaps- og barselomsorg, og ved behov, annen helseundersøkelse, rådgivning, oppfølging og henvisning (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 5). Det står videre at når det gjelder seksuell og reprodutiv helse, starter helsekompetansen tidlig i barne- og ungdomsår, og det man lærer tidlig vil ligge til grunn for de valg og beslutninger som tas senere i livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021), noe som viser at oppfølging i helsestasjonstjenesten er viktig og legger en grunn for videre utvikling. I studien arbeider litt over halvparten (54,0%) av jordmødrene i utvalget på helsestasjon, ingen arbeider bare på HFU, mens litt under halvparten (45,1%) arbeider på begge stedene i kombinasjon. Dette kan ses i sammenheng med at antall jordmødre som tilbyr prevensjonsveiledning i denne studien er høyt. Arbeidsted kan ha betydning for hvilke tilbud som gis, erfaringsmessig arbeides det primært med prevensjonsveiledning på HFU, mens arbeidet på helsestasjon innbefatter svangerskapsomsorg og resterende barselomsorg i tillegg. Myndighetenes mål vil trolig oppnås lettere ved at tjenestene blir mer tilgjengelige og at tilbudet økes både på helsestasjon og ved HFU.

#### 5.2.1.1 Helsekompetanse

I studiens utvalg tilbyr 9 av 10 jordmødre prevensjonsveiledning, noe som bidrar til økt helsekompetanse til kvinner som mottar tilbudet fra tjenesten. I regjeringens Strategi for å øke befolkningens helsekompetanse (2019-2023), legges det vekt på å styrke individets kunnskap og evne til å vurdere informasjon. Økt evne gir mulighet til å være delaktig i beslutninger angående egen helse og behandling. Det innebærer at en har krav på informasjon som forstås på en slik måte at det er mulig å ta egne beslutninger, alene eller i samråd med behandler. Helsekompetanse er definert som:

*«Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger*

*knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).*

Dette kan tilgodeses gjennom samtaler med helsepersonell med spesiell kompetanse på området, noe jordmødre besitter når det gjelder prevensjonsveiledning. I studiens utvalg gir så mange som 9 av 10 jordmødre tilbud om prevensjonsveiledning. Det er nærliggende å tro at en stor andel jordmødre med denne kompetansen, bidrar til å øke helsekompetansen til de som har kontakt med helsestasjon og HFU. Det kan tyde på at ved å øke tilbudet og tilgjengeligheten av jordmortjeneste ved disse enhetene, vil helsekompetansen blant befolkningen også øke tidligere, i tråd med regjeringens fremtidige mål. Regjeringen har over mange år arbeidet med utviklingsarbeid i forhold til befolkningens seksuelle helse, fra 2014 med Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015). Stortingsmeldingen la grunnlaget for videre utviklingsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom en samlet strategi, Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Myndighetene ønsker å forebygge mot uønskede svangerskap og å redusere antall svangerskapsavbrudd. Det er lagt vekt på å styrke befolkningens kunnskap om egen kropp og seksualitet, og å øke tilgjengeligheten for prevensjon og for tjenester som arbeider innenfor dette fagområdet i helse- og omsorgstjenesten, noe som vil påvirke kommunejordmødrenes arbeidssituasjon. Det er gitt økte tilskudd, øremerkede til tjenestene noe som vil bidra til økt helsekompetanse for befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

En studie som underbygger et umettet behov for prevensjonsveiledning med riktig informasjon, er en europeisk studie fra 2017, kalt: The European Thinking About Needs in Contraception (TANCO). Denne studien undersøkte 7483 kvinners og 1049 forskrivende helsepersonells syn på prevensjonsveiledning, og bruken av prevensjon. Studien ble gjennomført via et nettbasert spørreskjema i 11 ulike land. Utvalget i studien bestod av 87 % gynekologer, bare 5 % var jordmødre eller sykepleiere. Bakgrunnen for studien var at det på tross av nye anbefalinger om LARC til alle kvinner, fortsatt var en del misforståelser om metodenes effektivitet. Tre fjerdedeler av kvinnene ønsket mer informasjon og ville ved økt kunnskap vurdere bytte av prevensjon til mer langtidsvirkende prevensjon. Studien viste at helsepersonell undervurderte kvinners ønske om informasjon om nye prevensjonsmidler, spesielt de med få hormoner. Studien konkluderte med at ved økt pasientrettet informasjon og samtale, vil flere kvinner velge LARC og antallet uønskede svangerskap og aborter vil gå ytterligere ned (Merki-Feld et al., 2018).

### 5.2.1.2 *Pregravid veiledning*

I studien tilbyr en høy andel av jordmødrene i utvalget, 9 av 10 prevensjonsveiledning, men en kan undres om det reelle tilbudet til kvinnene er lavere. Egen erfaring fra helsestasjonsvirksomhet tilsier at prevensjonsveiledning av jordmor foregår på etterkontroll 4-6 uker etter fødsel, i noen tilfeller ved hjemmebesøk av jordmor etter hjemkomst fra barsel og ved HFU. Av studiens utvalg er det bare to tredjedeler av jordmødrene som gir tilbud om etterkontroll noe som kan tyde på at det reelle tilbudet om prevensjonsveiledning ikke er så høyt. En svensk studie fra 2016 underbygger behovet for veiledning, både før, under og etter svangerskap. Studien undersøkte effekten av forebyggende pregravid informasjon ved planlagte timer for prevensjonsveiledning hos jordmor. Verktøyet som ble brukt heter Reproductive life plan counselling (RLPC). Verktøyet gir kvinner og menn mulighet til å få forebyggende pregravid helseinformasjon, og reflektere over egen reproduksjon og dermed mulighet til å endre levevaner i forkant av et svangerskap. Resultatene viste at deltakerne fikk økt kunnskap om effektene av tobakk, alkohol, vekt og oppstart av folsyre ved planlegging av kommende svangerskap. Tre fjerdedeler av deltakerne uttrykte at verktøyet burde brukes ved prevensjonsveiledning (Skogsdal et al., 2019), noe som underbygger behovet for en lett tilgjengelig tjeneste for kvinner før, under og etter svangerskap. Prevensjonsveiledning kan med fordel inneholde ytterligere informasjon av betydning for helhetlig kvinnehelse. Dette underbygges av handlingsplanen for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020-2024), der et av innsatsområdene er at informasjon om prevensjon skal gis i svangerskaps- og barselomsorgen. Det står beskrevet at mangel på informasjon og kunnskap om muligheten til å bli gravid raskt etter et svangerskap og/ eller tilgang på prevensjon, kan være årsaker til at noen kvinner blir gravide før de kommer på etterkontroll hos jordmor eller lege.

En annen studie som underbygger behovet for riktig prevensjonsveiledning og økt helsekompetanse, er en norsk nettbasert studie fra 2017-2018, der kvinners erfaringer av prevensjonsveiledning ble kartlagt. 1917 kvinner fra 15 år og eldre delte erfaringer av den prevensjonsveiledning de hadde fått, av prevensjonsmetode, seksuell helse og erfaringer av helsepersonell de har møtt. Resultatene viste at kvinnene ønsket å utvikle en trygg relasjon med helsepersonell, og ha nok tid satt av til samtalen, da tema som seksuell helse kan oppleves utfordrende å snakke om. De ønsket å få spørsmål om medisinsk helse, både fysisk og psykisk helse og de ønsket prevensjonsveiledning tilpasset sin livssituasjon. Kvinnene uttrykte at informasjon som ble gitt opplevdes manglende. De uttrykte at de fikk lite informasjon om bivirkninger og ikke-

hormonelle metoder, at de ikke ble lyttet til når de nevnte de, og at oppfølging etter oppstart av prevensjon var minimal. Det var ukjent for kvinnene at jordmødre kan forskrive prevensjon men mange var positive til å gå til en jordmor for dette. Samtidig mente mange at egen lege hadde kjennskap til deres medisinske historie, selv om en del syntes at mannlig lege var et hinder. Kvinnene mente at det burde gjøres mer kjent at jordmødre utfører prevensjonsveiledning og administrasjon.

Studien viser at det er behov for forbedringer i hvordan prevensjonsveiledning gis. Jordmødres kompetanse bør gjøres mer kjent i Norge slik at kvinner kan få helhetlig og kontinuerlig oppfølging av reproduktiv helse (Lukasse et al., 2021). Helsedirektoratet har fått oppdraget å se over hvordan tjenestene kan bidra til økt informasjon rundt temaet, og på tilgangen til langtidsvirkende reversibel prevensjon til visse kvinner. Det står videre at kommunene må se til at informasjon og veiledning om prevensjon når ut til egen befolkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Ifølge Helsedirektoratet bør jordmortjenesten i kommunene ha en aktiv rolle ved å sikre lett tilgjengelig prevensjon, ikke bare etter fødsel, men til alle kvinner (Helsedirektoratet, 2020). Dette vil trolig lede til endring av kommunejordmødres arbeidssituasjon relatert til prevensjonsveiledning, både når det gjelder tidsbruk og utforming.

### *5.2.1.3 Etterkontroll*

I studien gir bare to tredjedeler av jordmødrene i utvalget tilbud om etterkontroll. Årsaken til at tilbudet ikke gis, oppgis i første rekke å være at oppgaver i svangerskapsomsorg prioriteres foran barselomsorg, dernest oppgis for lite jordmorressurs. I Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, står det at gravide skal få kunnskapsbasert informasjon om helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og ha innflytelse på egen oppfølging i svangerskapet. Det står videre at gravide skal gis informasjon om etterkontroll hos jordmor eller lege, der prevensjon er et naturlig tema (Svangerskapsomsorgen, 2018). Resultatene viser at det i denne studien er kun to tredjedeler av jordmødrene i utvalget som følger de nasjonale retningslinjene for barselomsorgen.

I den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen står det at kvinner skal tilbys en kontroll, fire til seks uker etter fødselen, ved ønske eller tidligere ved behov. Det står videre at konsultasjonen er rettet mot fysisk og psykisk helse og omfatter informasjon og tilbud om

prevensjon. Målet med tilbudet er å fange opp behov for oppfølging og støtte til kvinnen. Videre står det at kontrollen skal være gratis og friske kvinner kan velge mellom fastlege og jordmor. Om kvinnen har komplikasjoner, vil det være vurdert oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller tidligere kontroll hos egen fastlege. Det står at under samtalen ved etterkontrollen, er aktuelle temaer, prevensjon og seksualitet (Barselomsorgen, 2014). Ved å øke tilbudet om etterkontroll hos jordmor, til de som ønsker det, vil flere kvinner få tilbud om prevensjonsveiledning og lettere kunne ta beslutninger angående egen reproduktiv helse.

#### *5.2.1.4 Prioriteringer i tjenesten*

Jordmødrene i studien oppgir at den største årsaken til at tilbud om etterkontroll ikke gis, er at svangerskapsomsorg prioriteres foran barselomsorg, dernest oppgis for lite jordmor ressurs. Profesjon hos nærmeste leder kan muligens ha en betydning for prioritering av jordmors oppgaver. Studien viser at det er få av jordmødrene i utvalget som har ledere med jordmorutdanning (16,8%) mens størstedelen er helsesykepleiere (64,6) eller annet (17,7%). For å kunne fange opp behov for oppfølging og støtte til kvinnen og familien, er det nødvendig med et tilbud som er tilgjengelig for de som ønsker det. Egen erfaring fra kommunehelsetjenesten er at ikke alle gravide tilbys etterkontroll og dermed heller ikke får tilbud om prevensjonsveiledning hos jordmor. Svangerskapsomsorg har av tradisjon vært prioritert foran barselomsorg, kanskje på grunn av at de anbefalingene kom tidligere, men også leders profesjon kan ha betydning for faglig forståelse der jordmor har spesiell kompetanse på kvinnehelse i et livstidsperspektiv. Ytterligere satsning på jordmortjenester i kommunene eller endring i prioriteringer, kan være en måte å sikre at flere enn to tredjedeler kan gis tilbudet om etterkontroll og dermed tilbud om prevensjonsveiledning.

#### **5.2.2 Kommunejordmødres arbeidssituasjon ved administrasjon av LARC**

Av jordmødrene i utvalget, gir 70% tilbud om LARC, ytterligere 10% bare til risikoutsatte og sårbare kvinner. Det er mange faktorer som påvirker kommunejordmødres arbeidssituasjon relatert til administrasjon av LARC. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten, der jordmortjenesten er en del av helsestasjonstilbudet, er en viktig del i arbeidet med å øke tilgjengeligheten av tilbudet om LARC. De når en stor del av befolkningen ved flere tilfeller under en relativt kort tidsperiode. For å øke tilgjengeligheten fikk jordmødre i 2016 utvidet rekvireringsrett, noe som skulle bidra til å gjøre

langtidsvirkende reversibel prevensjon mer lett tilgjengelig og jordmortjeneste ble i 2017 en lovpålagt tjeneste for kommunene (helse- og omsorgstjenesteloven, 2017, § 3-1).

#### *5.2.2.1 Jordmødrenes arbeidssituasjon ved tilbud av LARC*

I studien tilbyr 7 av 10 jordmødre i utvalget administrasjon av LARC og ytterligere 1 av 10 gir tilbudet bare til gruppen sårbare og risikoutsatte kvinner. Dette er positive tall for en relativt ny praksis under utvikling i Norge, samtidig som resultatene viser at tilbudet fortsatt bør være et satsningsområde slik at alle kvinner får tilgang og at myndighetenes mål oppnås. Et av disse målene er at aborttallene i 2024 skal reduseres til en tredjedel av det de var i 2014 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). I Norge ble det i 2021 utført 10 841 svangerskapsavbrudd. Tallene fortsetter å gå nedover, 9,2 per 1000 kvinner (15-49 år) i 2020 til 9,0 i 2021. Etter 2015 er det aldersgruppen kvinner mellom 25-29 år som har høyest abortrate med 15,2 per 1000 kvinner og er en av gruppene det er rettet fokus på fremover (FHI, 2021). En studie fra Finland underbygger primærhelsetjenestens viktige rolle når det gjelder tilgang på LARC. Studien undersøkte sammenhengen mellom gratis tilgang til LARC i primærhelsetjenesten med antall aborter. Kvinner 15-44 år ved et senter for familieplanlegging, ble tilbudt langtidsvirkende reversibel prevensjon gratis, mellom årene 2013-2014. Resultatene viste at abortraten var over 70% lavere blant de som valgte et gratis LARC-preparat sammenlignet med de som ikke gjorde det (Gyllenberg et al., 2018), noe som viser at det trolig vil være hensiktsmessig å øke tilgangen på LARC i primærhelsetjenesten også her i landet. Det er gruppen barselkvinner på etterkontroll (60,2%) som har størst tilbud om administrasjon av LARC. Dette må ses på i sammenheng med at bare to tredjedeler av jordmødrene tilbyr tid for etterkontroll, noe som kan tyde på at det reelle tilbudet om LARC er lavere. Tre av fire jordmødre i utvalget tilbyr uttak av både spiral og p-stav, mens under halvparten tilbyr kontroll etter innsetting. Resultatene kan tyde på at ressursene er få eller at omprioriteringer må gjøres.

Halvparten av jordmødrene må bygge om egen benk til GU benk når de skal arbeide med LARC. Dette kan tyde på at jordmødrene har et ønske om å gi tilbudet til kvinnene, som en del av helhetlig oppfølging av kvinnehelse, ved å bruke ekstra tid og ressurs på ombygging. Det å kunne påvirke sin egen arbeidshverdag, her ved faglig engasjement som å bygge om benk for å kunne utføre arbeid med LARC, gir høy kvalitetsomsorg og jobbtilfredshet ifølge en fersk svensk studie som undersøkte faktorer assosiert med jordmødres arbeidsmiljø. Alle jordmødre som var medlemmer i den svenske jordmorforeningen og aktive som jordmødre ble spurt om å delta i studien som ble gjennomført via



et elektronisk spørreskjema i 2020. Omtrent 2000 jordmødre deltok. Jordmødrene som deltok i studien arbeidet på mange ulike enheter, som fødeklinikk, svangerskapsomsorg, gynekologi, abortmottagning, HFU og ammestasjon. Jordmødrene hadde høye score på arbeidstempo, rollekonflikter, utbrenthet, økte krav, anerkjennelse og påvirkningskraft men de hadde også høy skåring på positive aspekter som meningsfullhet og variasjon i arbeidet. Resultatene i denne studien, viser at det er en sammenheng mellom det å kunne påvirke eget arbeid og å gi høy kvalitetsomsorg og jobbtilfredshet. Jordmødrene syntes det var viktig med anerkjennelse og respekt for deres eget fagområde uten rollekonflikter (Hansson et al., 2022).

#### *5.2.2.2 Kommunejordmødres tidsbruk ved tilbud om administrasjon av LARC*

Av jordmødrene i utvalget har to tredjedeler (57,5%) under fem timer satt av til LARC per uke. En tredjedel (42,5%) har fem timer eller fritt antall timer etter behov, satt av. Studiens resultat viser at det er en sammenheng mellom antall timer satt av til LARC, økt tilbud ved økt antall timer, noe som kan ses på som en selvsagt effekt. Resultatene fra studien viser at det er en vei å gå før alle kvinner får tilbudet. Det er nærliggende å tro at tiden satt av til prevensjonsveiledning, etterkontroller og administrasjon av LARC ikke er tilstrekkelig, da det bare er to tredjedeler av jordmødrene i utvalget som gir tilbud om etterkontroll og 7 av 10 gir tilbud om LARC. For jordmødrene i utvalget var det var ingen forskjell i tilbudet om LARC avhengig av antall gravide per år. For å få en bedre tilpasset virksomhet i forhold til nødvendig tid avsatt for oppgavene, har Helsedirektoratet et beregningsverktøy på utprøving. Grunnlaget for verktøyet er basisprogrammet for primærhelsetjenesten som inkluderer retningslinjene for både svangerskaps- og barselomsorgen der minimumsbemanning for jordmortjenesten på helsestasjonen blir forsøkt beregnet. Det er angitt tidsestimat slik at det er mulig å estimere antall årsverk jordmor det er behov for på hver enkelt helsestasjon. Det står beskrevet at etterkontroll og innsetting av langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler beregnes det ekstra tid for (Helsedirektoratet, 2021). Det står videre at om jordmødre får utvidet sine arbeidsområder, som etterkontroll, prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC, er behovet for økt jordmor ressurs i kommunene eller endring av prioriteringer, nødvendig, noe som tydelig viser at med de endrede oppgaver jordmødre har fått de siste årene, er det behov for økt ressurs og endrede prioriteringer. Ett jordmorårsverk utgjør totalt 1688 timer med en arbeidsuke på 37,5 timer. Konsultasjonen etterkontroll omfatter kvinners fysiske og psykiske helse og informasjon og tilbud om prevensjon er tidsestimert til 30 min pluss 10 min for -og etterarbeidstid. Det står spesifisert at ved innsetting av langtidsvirkende prevensjon må

det beregnes 30 min. tilleggstid (Helsedirektoratet, 2021). Denne beregningsmåten viser at de som har fem timer satt av, har mulighet til å gi tilbud om etterkontroll og administrasjon av LARC til bare 4 kvinner på en uke.

### *5.2.2.3 Strukturert prevensjonsveilednings effekt på valg av LARC*

Studiens resultat viser at 7 av 10 jordmødre gir tilbud om administrasjon av LARC, og ytterligere 1 av 10 til sårbare og risikoutsatte kvinner. Samtidig gir 9 av 10 av jordmødrene i utvalget tilbud om prevensjonsveiledning. Det ble i studien ikke undersøkt hvordan denne veiledning ble gitt, men en svensk studie har undersøkt effekten av strukturert prevensjonsveiledning i forhold til bruk av LARC og antall svangerskap, noe man trolig kan dra paralleller til i Norge. Studien ble utført ved 28 enheter; både ved abortklinikker, ved HFU og ved svangerskapsomsorg ved helsestasjoner i Stockholm fra 2017-2019. Helsepersonell med kompetanse på prevensjonsveiledning, implementerte en informasjons-pakke spesialdesignet for studien. Informasjonspakkens formål var at deltakerne skulle få muligheten til å ta informerte valg av prevensjonsmetode og inneholdt informasjon om alle de ulike langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene. Informasjonspakken bestod av fire deler, den første delen var en sju minutter lang utdanningsvideo på svensk eller engelsk, om de ulike prevensjonsmetodene. Del to var fire spørsmål, for å få pasientene til å reflektere over hvordan de ville håndtert et uplanlagt svangerskap, tenke over hvor lenge de planla å bruke prevensjon og beskrivelse av menstruasjonsblødning og menstruasjonssmerter. Tredje delen var en tabell over effektiviteten til de mest brukte prevensjonsmetodene og den fjerde, en boks med prevensjonsmodeller. Kontrollgruppen fikk prevensjonsveiledning etter tidligere rutine. 1364 deltok i studien (Emtell Iwarsson et al., 2021). Parallelt ble den strukturerte prevensjonsveiledningen med informasjonspakken evaluert, både fra deltakerne som ønsket prevensjon og fra helsepersonellet som ga prevensjonsveiledning. De fleste av helsepersonellet som veiledet og forskrev prevensjon var veldig fornøyde og uttrykte at informasjonspakken var til god hjelp i arbeidet. De var mest fornøyd med prevensjonsmodellene og tabellen over de ulike prevensjonsmetodene, etterfulgt av videoen og spørsmålene. De mente at informasjonspakken påvirket deltakerne i valget av prevensjon. Deltakerne, de som fikk prevensjonsveiledning, uttrykte at de ulike delene hjalp de i valget av metode. Best hjelp fikk de av videoen, deretter tabellen over effektene og så prevensjonsmodellene (Envall et al., 2021). Resultatene viser at bruken av LARC var høyere og aborttallene var lavere i intervensjonsgruppen sammenlignet med de i kontrollgruppen. Dette viser at strukturert prevensjonsveiledning øker

bruken av LARC og reduserer antall uønskede svangerskap (Emtell Iwarsson et al., 2021), noe som viser at en økning av jordmortjenester med spesiell kompetanse på prevensjonsveiledning kan være en samfunnsnyttig investering.

#### *5.2.2.4 Kommunejordmødres prioriteringer av oppgaver i tjenesten*

I denne studien tilbyr 8 av 10 jordmødre i utvalget administrasjon av LARC, der 1 av 10 gir tilbudet bare til gruppen sårbare og risikoutsatte kvinner. Årsaken oppgitt til at tilbudet om LARC ikke gis, oppgis i første rekke å være for lite jordmor ressurs, deretter prioriteres oppgaver i svangerskapsomsorg foran barselomsorg. Den eneste statistikk som finnes knyttet til barselomsorg er antall utførte hjemmebesøk etter fødsel. I den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen, anbefales det hjemmebesøk av jordmor 1-3 dager etter hjemreise fra barsel. Oppfølgingen i barseltid, her definert som hjemmebesøk, har økt fra 2017-2019, med noe reduserte tall i 2020 trolig på grunn av covid-19 pandemi. På tross av økning, får bare under halvparten (43,9 %) av kvinnene hjemmebesøk etter fødsel (Helsedirektoratet, 2021). Det kan vise at det totalt er for lite ressurs i tjenesten og at svangerskapsomsorg prioriteres foran barselomsorg, som funnene i denne studien. Det finnes ikke statistikk over utførte etterkontroller eller administrasjon av LARC, prøvetaking SOI og celleprøver.

#### *5.2.2.5 Tilgang på jordmødre*

I studien har 100 av 113 av jordmødrene i utvalget høye stillingsprosent på mellom 80-100% og de har alle faste stillinger i kommunen. Det er grunn til å tro at dette er et resultat av satsingen på å øke antall stillinger for jordmor i kommunene. I rapporten Tilgang på og behov for jordmødre, vises det til at det har vært en vekst i antall årsverk og sysselsetting av jordmødre fra 2015 til 2020. Statistikken viser at antall stillinger har økt, fremst i kommunene, der satsningen på økte jordmortjenester har vært prioritert, selv om de fleste jordmødre fortsatt arbeider i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2021). Rapporten viser at omtrent halvparten av jordmødrene i kommunehelsetjenesten arbeider heltid, mens det derimot i denne studien, viser at de fleste jordmødre i kommunehelsetjeneste arbeider heltid. Rapporten viser at tre av fire kommuner har ansatt jordmor, og at det har vært en stor økning i stillinger i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. I 2020 var det 103 jordmor årsverk per 10 000 nyfødte, selv om det er variasjoner mellom kommuner. Stadig flere kommuner har tilsatt jordmor og i de siste fem årene har stillingsprosentene økt der det tidligere har vært tradisjon for små stillinger. Dette gjelder nå tre

av fire kommuner, andre kommuner har samarbeid over kommunegrensene (Helsedirektoratet, 2021).

I studien er størstedelen (78,8%) av jordmødrene i alderen 36-55 år, noe som stemmer godt med statistikk fra rapport om Tilgang på og behov for jordmødre, der en av tre jordmødre er 55 år eller eldre. Det vil bli utfordrende fremover, da mange jordmødre går i pensjon og mangelen på yrket blir gjeldende. SSB gjorde i 2019 et overslag på at det i 2035 vil mangle omtrent 700 jordmor årsverk (Helsedirektoratet, 2021). Myndighetene vurderer at det fortsatt er behov for styrking av jordmortjenesten i kommunene, dette på grunn av nye oppgaver i svangerskaps- og barselomsorgen, men også på grunn av rekrutteringsproblem og at jordmødre har høy turnover i yrket (Helsedirektoratet, 2021).

### 5.2.3 Kommunejordmødres tilbud om LARC til spesifikke grupper kvinner

I denne studien er det gruppen kvinner på HFU (45,1%) og gruppen sårbare og risikoutsatte kvinner (40,7%) som er nest høyest representert i å få tilbudet om administrasjon av LARC, men for begge gruppene er det bare under halvparten som gis tilbudet av jordmødrene i utvalget.

#### 5.2.3.1 Tilbudet om LARC for kvinner ved helsestasjon for ungdom HFU

Regjeringen har over tid rettet fokus på de yngste aldersgruppene når det gjelder prevensjon og det er satt inn tiltak som har minsket antall svangerskapsavbrudd. En stor årsak til nedgangen er bidragsordningen som gir reduksjon av pris for prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Selv om 7 av 10 jordmødre gir tilbud om LARC, og ytterligere 1 av 10 gir det til gruppen sårbare og risikoutsatte kvinner, viser resultatene i denne studien at det er en stor andel kvinner som ikke får tilbudet. I forskrift står det at alle kommuner skal ha et gratis tilbud om helsestasjon for ungdom opp til 20 år, noe som trolig ikke oppfylles når jordmødrene i denne studien bare gir 45,1% av kvinnene på HFU tilbudet om LARC (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 5). En påvirkende faktor på den lave andel kvinner som får tilbudet, kan være at ingen av jordmødrene i studiens utvalg bare arbeider ved HFU, 45% av de arbeider på helsestasjon og på HFU i kombinasjon. Erfaringsmessig arbeider jordmødre på HFU primært med prevensjon og LARC, mens jordmødre på helsestasjonen følger programmene for primærhelsetjenesten, noe som kan ligge til grunn for at andel kvinner som gis tilbudet i denne studien er lavt.

I følge Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, står det at tilbudet til ungdommer bør organiseres slik at det er tilpasset ungdommens behov. Det står videre at det skal oppleves tilgjengelig for alle ungdommer opp til 20 år og det skal være et supplement til skolehelsetjenesten. Små kommuner kan ha mest nytte av interkommunalt samarbeid for å få til et godt tilbud til sine ungdommer (Helsedirektoratet, 2017). I Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020-2024), ønsker regjeringen fremover å utvide tiltaket med bidragsordningen som nå gjelder for kvinner opp til 22 år. Aldersgrensen planlegges å utvides til 24 år slik at tilgangen på langtidsvirkende reversibel prevensjon blir lettere tilgjengelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Noen kommuner har allerede valgt å øke aldersgrensen på helsestasjon for ungdom opp til 24 år og ved ytterligere utvidelse av oppgaver, vil det være behov for ytterligere satsning på tjenestene. Det vektlegges at de unges behov skal tilgodeses og at tilbud om alle former for prevensjon blir lett tilgjengelig, noe studiens resultat viser på at det fortsatt er en vei å gå før regjeringens mål oppnås. En annen faktor som gjelder utvidelse av oppgaver og som øker presset i tjenesten, er at rekvireringsretten fra 2016, ble utvidet til å gjelde også kvinner under 16 år fra januar 2022 (Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021, § 2-5). Det står beskrevet at de unges behov skal vektlegges og tilbud om alle former for prevensjon skal bli lett tilgjengelig og både veiledning og rekvirering skal tilpasses den unges alder og livssituasjon. Unge under 16 år kan bruke alle prevensjonsmetoder utenom p-sprøyte, som er anbefalt fra 18 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Det står videre at helsepersonell som forskriver prevensjon må ha kunnskap om regelverk angående seksuell lavalder og kunnskap om at foreldres samtykke ikke kreves for at unge under 16 år skal få prevensjon. Det står spesifisert at ved konsultasjoner hos jordmor eller helsesykepleier kan det tilbys en samtale for oppfølging årlig i tillegg til ved behov. Oppfølgingssamtalen er en mulighet til å ytterligere å veilede og gi råd til den unge angående relasjoner og livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Utvidet aldersgrense for tilbud om LARC og råd om oppfølgingssamtale til denne aldersgruppen gir ytterligere nye oppgaver som vil kreve økning av ressurs. Under halvparten av jordmødrene i utvalget gir tilbud om LARC til denne gruppen, noe som tyder på at tilbudet ikke er så tilgjengelig som myndighetene ønsker og at det også for denne gruppen er årsaket av for lite jordmorressurs eller behov for endring av prioriteringer i tjenesten.

### 5.2.3.2 Tilbudet om LARC til gruppen sårbare og risikoutsatte kvinner

Av jordmødrene i studiens utvalg, tilbyr 8 av 10 administrasjon av LARC til gruppen sårbare og risikoutsatte kvinner, der 10% av jordmødrene bare gir tilbudet til denne gruppen. Resultatene fra studien viser at denne gruppen er prioritert i tjenesten, selv om bare 40,7% gis tilbudet av jordmødrene i utvalget. For sårbare og risikoutsatte kvinner med familier anbefales individuell oppfølging både i svangerskap og i barseltid, noe som krever større ressurs fra tjenesten. Gruppen er definert i retningslinjen for barselomsorgen, der en av disse er innvandrerkvinner (Barselomsorgen, 2014). I følge Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020-2024), er et av innsatsområdene bedre tilgang på informasjon og prevensjon for alle grupper. Det skal tas hensyn til språk og kulturelle forskjeller, av egen erfaring kan det være tidkrevende med tanke på nødvendig bruk av tolk og kulturell forståelse. Helsedirektoratet støtter prosjekt som setter fokus på innvandrerkvinneres rettigheter og kompetanse i forhold til seksuell og reproduktiv helse. Flere kommuner har startet prosjekt for å øke innvandrerkvinneres kunnskap om egen helse og prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Et foregangsprosjekt (2010-2018) ved Ullevål Universitetssykehus HF, der gratis familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og aborter hos innvandrerkvinner (FAFUS), ble utført. Det var et lavterskeltilbud, informasjon ble gitt på kvinnens premisser, gratis prevensjonsveiledning og prevensjon. Innvandrerkvinner går sjeldnere til primærhelsetjenesten for prevensjon der årsaker kan være utdanning, språkforståelse, integrering, kostnad og manglende tilrettelegging hos fastlege eller jordmor. Tilbudet var populært og ble etter avsluttet prosjekt overført til de ulike bydelene i Oslo. Kvinneklinikken og Seksjon for likeverdig helsetjeneste, har gitt ut en håndbok slik at andre kommuner og bydeler kan starte opp lignende drift ("Forebygging av uønsket svangerskap blant innvandrerkvinner," 2016). Dette prosjektet viser at det ved å gjøre tjenesten lett tilgjengelig med språk og veiledning med kulturell forståelse, vil flere kvinner i denne gruppen få økt autonomi over egen reproduktiv helse.

En annen gruppe sårbare og risikoutsatte kvinner, er gravide med rusmiddelproblematikk. I et eget pakkeforløp står det skrevet at disse kvinner skal få tilbud om etterkontroll i kommune eller ved sykehuset. I studien er det for gruppen sårbare og risikoutsatte kvinner under halvparten (40,7%) som gis tilbudet om administrasjon av LARC. I studien er det ikke spesifisert hvilke grupper sårbare og risikoutsatte kvinner som får tilbudet, men erfaringsmessig er dette en gruppe med individuell oppfølging av tverrfaglig team både fra primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, slik at

kvinnen får et godt tilbud. Det står videre at de skal tilbys gratis langtidsvirkende prevensjon (Gravide og rusmidler, 2019). LARC er anbefalt ved oppstart i LAR, og målet er en stabil og rusfri livssituasjon før et eventuelt svangerskap (Anbefalinger om prevensjon og familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldose, 2019). Studien viser at gruppen er prioritert når ytterligere 10% av jordmødrene i utvalget gir tilbudet til bare denne gruppen, noe som tyder på at tjenesten og kommuner forsøker å følge myndighetenes mål om individuell oppfølging.

En studie fra England underbygger behovet for prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC hos jordmor for sårbare og risikoutsatte grupper, der jordmødres og kvinners syn på ulike tilbud av prevensjonsveiledning og administrasjon av metodene undersøktes (Walker et al., 2021). Tette svangerskap kan forebygges med informasjon og veiledning om trygge prevensjonsmetoder som passer rett etter fødsel og i kombinasjon med amming. I England er det få jordmødre som har praktisk kunnskap og kompetanse på prevensjonsveiledning og administrasjon av prevensjonsmetoder og det er de sårbare kvinnene, som unge og de med sosioøkonomiske utfordringer som får tilbudet. Studien viste at kvinner opplevde vansker med å rekke legetimer i barseltiden og at de syntes at legen ikke hadde nok kunnskap om de ulike prevensjonsmetodene i forhold til amming. Kvinnene uttrykte at de stolte på jordmødrenes kunnskap i forhold til både kvinnen og barnet, og de syntes at det var lettere å snakke med jordmødrene om intime spørsmål. Jordmødrene som deltok i studien var positive til å gi prevensjonsveiledning, med sin helhetlige tilnærming så de fordelene for kvinnene. Studien viser at prevensjonsveiledning og administrasjon bør gjøres på flere stadier, både under svangerskapet, rett etter fødsel og i kommunene, der det passer kvinnene best (Walker et al., 2021). En annen studie som underbygger behovet for individuell oppfølging av denne gruppen, ble utført i Australia i 2018. Denne studien undersøkte behovet for prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC til kvinner med misbruksproblematikk og/ eller sosioøkonomiske utfordringer. Disse kvinnene har høyere forekomst av uønskede svangerskap fordi det er vanskeligere med tilgang til prevensjon og helsevesen. Risikoen er høyere for disse kvinnene, deres foster og nyfødte, de har hyppigere antall fødsler, dødfødsler, aborter og for tidlige fødsler. De bruker mest korttids prevensjon med lavere sikkerhet, men flere velger LARC etter å ha fått prevensjonsveiledning og økonomisk støtte. Prevensjonsveiledning i svangerskap og etter fødsel er avgjørende, ved etterkontrollen 6 uker etter fødsel kan det være for seint. Funnene viser at det for disse kvinnene vil være avgjørende å få muligheten til prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC i tilknytning til fødsel (Best et al., 2021). Studien viser at det er et område

med mulighet til utvikling, da det bare 40,7% av jordmødrene i utvalget gir tilbudet om LARC i denne gruppen. Individuell oppfølging er tidskrevende og krever ekstra ressurs og endring av tjenesten fremover slik at den tilpasses kvinnenes behov.

### *5.2.3.3 Tilbud om LARC til kvinner generelt*

Studien viser at kvinner generelt, har det laveste tilbudet om prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC hos jordmor. Bare en tredjedel av jordmødrene i utvalget tilbyr dette, noe som kan tyde på at det ikke har vært rom for å starte opp tilbudet til alle kvinner, selv om Helsedirektoratet har gitt råd til kommunene om å bruke jordmortjenesten aktivt. En studie fra Sverige undersøkte endringer i bruk av LARC etter innføring av nye retningslinjer for prevensjon i Sverige i 2014. Studien viser at bruk av langtidsvirkende prevensjon, LARC hadde økt fra 24,3% i 2013 til 30,9% i 2017 blant kvinner under 30 år, samtidig som bruk av korttidsvirkende prevensjon hadde gått ned. Hos kvinner mellom 30-39 år var det en økning fra 25,8% til 30,2% som ikke brukte prevensjon av ulike årsaker. Noen ønsket å bli gravide, men den største årsaken (20,8%) i denne aldersgruppen var at de var redde for bruken av hormoner. Studien viser at nye retningslinjer påvirket rekvirering av prevensjonsmidler og bruken av langtidsvirkende prevensjon økte totalt. Resultatene viser også at det fortsatt er et umettet behov for prevensjonsveiledning og at riktig informasjon må nå ut til kvinnene, spesielt i aldersgruppen 30 år og oppover (Hellström et al., 2019). Det kan dras en parallell til denne studien, der kvinner generelt har det minste tilbudet med lavest tilgang på kommunale jordmortjenester. Økt tilgang til prevensjonsveiledning og riktig informasjon vil være avgjørende for å nå målene myndighetene har satt. En del kommuner har økt aldersgrensen på HFU til 24 år. Gruppen kvinner i alderen 25-30 år har lavest nedgang i aborter. For å nå denne gruppen lettere, vil et tiltak være å utvide aldersgrensen ytterligere ved helsestasjon og skolehelsetjenesten. Ikke alle kvinner finner det naturlig å oppsøke fastlege eller gynekolog, da de fra tidligere er kjent med HFU og studenthelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Studiens resultat viser at det er en vei å gå før alle kvinner har tilgang på det tilbudet helsemyndighetene har som mål å gi, spesielt i den aldersgruppen med lavest nedgang i aborter, 25-30år.

### *5.2.3.4 Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI)*

Studien viser at bare halvparten av jordmødrene i utvalget alltid tilbyr prøvetaking av SOI, mens en fjerdedel tilbyr det ofte. I Strategi for seksuell helse (2017-2022) er et annet innsatsområde å redusere seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Disse



omfatter genital klamydia, lymfogranuloma venereum (LGV), gonoré, syfilis, virushepatitter (A, B, C) og HIV-infeksjon. De ses på som allmennfarlige smittsomme sykdommer og er underlagt Smittevernloven. Mange av de kan gi alvorlige komplikasjoner og en del av de screenes i svangerskap (T1.8 Seksuelt Overførbare Infeksjoner (SOI), Legemiddelhåndboka, 2022). Kondom beskytter mot SOI, seksuelt overførbare infeksjoner (Nesheim, 2021b). I følge Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020-2024), er det fortsatt et mål å redusere disse infeksjoner og øke kunnskapen om seksuell helse i samfunnet og i helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Det er i studien få kvinner som får tilbudet med prøvetaking, bare 50% av jordmødrene tar alltid prøver, noe som viser at det er et område som kan utvikles og at infeksjoner trolig kan reduseres ytterligere.

#### *5.2.3.5 Celleprøvetaking*

Når det gjelder celleprøvetaking tilbyr halvparten av jordmødrene i studien dette til kvinner etter svangerskapet, mens 18,6 % tilbyr det til alle kvinnene i kommunen. Livmorhalsprogrammet har pågått siden 1995, kvinner bosatte i Norge har fått tilbud om screening mot livmorhalskreft. Målet for livmorhalsprogrammet er å ha en dekningsgrad på 80%, mens den ligger på straks over 70% for landet. WHO ønsker å utrydde livmorhalskreft før 2030. Prøven tas mest hos leger og gynekologer, men også av jordmødre i visse kommuner. «Sjekk deg-kampanjen» fra 2015, økte deltagelsen i den perioden (Kreftregisteret, 2021). Tallene fra studien viser at det er en vei å gå før alle kvinner har tilgang på tilbudet om SOI og celleprøvetaking hos jordmor ved egen helsestasjon.

### **5.2.4 Kommunejordmødres kompetanse på prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC**

#### *5.2.4.1 Jordmorutdanning*

Over halvparten av jordmødrene i studien oppgir at alle jordmødre ved arbeidsstedet har kompetanse på prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC. Over halvparten har jordmorutdanning etter 2006, noe som kan ha betydning for hvilken kompetanse de besitter. Jordmor kan rekvirere og administrere LARC etter endt utdanning etter 2006, eller med etterutdanningskurs i temaene prevensjon, seksualitet og samliv (Endring i forskrift om legemidler fra apotek, 2015, § 2-5). Rammeplan for jordmorutdanning i Norge utgjør et forpliktende grunnlag for institusjonene og studentene og inneholder mål og retningslinjer for utdanningen og dets

innhold. Jordmorutdanningen er en profesjonsutdanning og gir grunnlag for autorisasjon som jordmor. Først tas en grunnutdanning til sykepleier og minst et års praksis før videre studier til jordmor, som samlet er en utdanning på 120 studiepoeng. Fagområdet defineres av nasjonale og internasjonale retningslinjer og forskning. Yrket formes også av erfaringsbasert kunnskap og jordmortjenester formes og endres etter befolkningens behov (Forskrift Til Rammeplan for Jordmorutdanning. 2004. §3-2), noe som vises i endringene av rekvireringsretten over tid, der kvinners behov og samfunnsnyttene endrer utdanning og tjenester.

I den internasjonale definisjonen av jordmor innebærer yrkesutøvelsen omsorg og rådgivning til kvinnen i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltid (ICM, 2017). I rammeplanen står det beskrevet at jordmors arbeid bør omfatte undervisning av gravide og vordende foreldre med forberedelse til fødselen og framtidig foreldrerolle, og kan utvides til visse grener av gynekologi og familieplanlegging. Dette inkluderer prevensjon. Det står videre at studenten i løpet av studiet skal gi prevensjonsveiledning og trene på reseptforskrivning til ulike brukergrupper. Studenten skal også få praktisk opplæring i ulike prevensjonsmetoder. Videre står det at studenten skal trene på rådgivning angående kvinnehelse og gynekologiske spørsmål og det skal utføres gynekologiske undersøkelser og cytologisk prøvetaking fra cervix på fantom (Forskrift Til Rammeplan for Jordmorutdanning. 2004. §3-2). Rammeplan for jordmorutdanning er under revidering, og kan komme til å endres slik at praktiske kompetansekrav for LARC legges inn som krav.

Over halvparten av jordmødrene i studien har utdanning etter 2006. I 2006 ble retten utvidet til å gjelde alle typer hormonell prevensjon, med unntak av p-stav og spiral, som ledd i den nasjonale strategien i å redusere antall aborter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Rekvireringsretten ble igjen endret og utvidet i 2016, til å gjelde alle typer av prevensjonsmidler til kvinner over 16 år og ble i januar i år utvidet til å gjelde alle kvinner, også de under 16 år (Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021, § 2-5). Jordmødre kan dermed tilby administrering av LARC i tillegg til alle typer prevensjonsmidler (Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, 2021).

I studien har 19 (16,8%) av jordmødrene i utvalget master i jordmorfag. I rapporten Tilgang på og behov for jordmødre i helsetjenestene, vises det til at jordmorstudier tilbys ved seks utdanningssteder i Norge og alle utdanningsinstitusjonene i Norge nå tilbyr mastergrad

(Helsedirektoratet, 2021). Flere jordmødre med videreutdanning bygger på til mastergrad enn tidligere, noe som vises i økt antall fullførte utdanninger ved norske utdanningsinstitusjoner. En del arbeidsteder legger til rette for at jordmødre kan videreutdanne seg og forske på eget fag. I 2020 ble det fullført 99 mastergrader i jordmorfag. Jordmorstudiet er populært og det er flere søkere enn antall studieplasser. Den årlige tilgangen på autoriserte jordmødre har minsket, dette på grunn av en nedgang over tid i antall jordmødre med utenlandsk utdanning (Helsedirektoratet, 2021). I denne studien er det få jordmødre med mastergrad i jordmorfag, under 20%, det kan være nærliggende å tro at det for jordmødre i kommunehelsetjeneste ikke er god nok lagt til rette for studier ved siden av arbeidet.

#### *5.2.4.2 Etterutdanningskurs i prevensjonsveiledning*

Av studiens utvalg, har 47 (41,6%) jordmødre etterutdanningskurs i prevensjonsveiledning, noe som er nødvendig for å bedrive prevensjonsveiledning for de med utdanning før 2006. Sex og samfunn har siden 2016 holdt etterutdanningskurs og opplæring av helsepersonell slik at de kan administrere p-stav og spiral. De arbeider aktivt med å utdanne superbrukere i langtidsvirkende reversibel prevensjon rundt om i landet (Sexogsamfunn, 2022). Sex og samfunn, senter for ungdoms seksualitet, er en helsestasjon for ungdom i Oslo. Den ble startet i 1971, og er en stiftelse som i begynnelsen arbeidet med å hjelpe kvinner til å utføre abort og deltok i kampen for selvbestemt abort. Fanesaker nå er retten til selvbestemt prevensjon og selvbestemt seksualitet. Klinikken ble i starten drevet idealistisk men fikk etterhvert offentlige midler. Den har vært pådriver for kvinners rett til tilgang på prevensjon og seksualopplysning i skolen, og de ønsker å fjerne tabuene rundt seksualitet (Sexogsamfunn, 2022). Hvert år fra 1996, har Sex og samfunn omtrent 100 hospitanter, mest jordmødre og helsesykepleiere som deltar på kveldsklinikken og ved seksualundervisning i niende klasse. Helsedirektoratet gir tilskudd til Metodebok for seksuell helse som brukes aktivt av helsepersonell i yrkesutøvelsen, en bok som gis ut av Sex og samfunn og brukes i kursene som blir holdt. Den finnes også som elektronisk versjon, e Metodebok, som er gratis tilgjengelig for alle på grunn av tilskudd. Boken er en håndbok i seksuell og reproduktiv helse og dekker helsepersonells kunnskapsbehov i arbeidet med dette. Den inneholder oppdatert informasjon om prevensjonsmetoder, prosedyrer for undersøkelser og anbefalinger angående seksuelt overførbare infeksjoner. Boken har også kapittel om sexologi med rådgivning. Direktoratet ønsker at boken skal være standard for alle som arbeider med prevensjon og seksuell helse i et livsløpsperspektiv (Sexogsamfunn, 2022). Sex og samfunn har siden 2016 på oppdrag fra Helsedirektoratet, bidratt

med strukturert opplæring av helsepersonell (Helsedirektoratet, 2021), slik at de jordmødre som ikke har kurs, får mulighet til å ta det, noe som vil øke antall jordmødre med tilbud om prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC. Tallene fra studien viser at det fortsatt er en praksis under utvikling, men med økning av antall jordmødre som tar kursene både i teori og praktisk kompetanse, vil flere jordmødre besitte all nødvendig kompetanse for å starte opp tilbudet der de arbeider.

#### *5.2.4.3 Praktiske kompetansekrav ved administrasjon av LARC*

Av det totale utvalget på 113 jordmødre, har bare 45 av disse gjennomført praktiske kompetansekrav. Helsedirektoratet har definert minstekrav om praktiske kompetansekrav. Administrering betyr at jordmor må ha tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter i å kunne sette inn og fjerne p-stav og spiral. Minstekrav for praksis for p-stav er å observere en innsetting og et uttak, deretter å praktisere en innsetting og to uttak med veiledning. For spiral gjelder kravet om å observere en innsetting og deretter praktisere to innsetninger med veiledning (Helsedirektoratet, 2015). Under halvparten av jordmødrene i denne studien har de praktiske kompetansekravene, noe som viser at det er nødvendig med videre opplæring av jordmødre for å oppfylle myndighetenes mål. Studien viser på en kompleksitet i hvordan jordmødre får etterutdanningskurs og oppnår opplæring i praktiske kompetansekrav. Det er mange ulike registrerte svar fra jordmødrene i studien, noe som kan tyde på at det ikke er helt enkelt å skaffe seg den nødvendige etterutdannelsen. Det ser ut til å være komplisert å få gjennomført minstekravene, etterfulgt av tilstrekkelig praksis, slik at det oppleves gjennomførbart å starte tilbudet med administrasjon av LARC.

## 6 Konklusjon

Studien viser at det fortsatt er en vei å gå før myndighetenes mål og anbefalinger om prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC hos jordmor oppnås. Tilgjengelighet og kompetanse skiller seg ut som viktige faktorer for prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC. Tilgang på prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC, begrenses av tilgjengelig tid hos jordmor og av at kvinner i visse grupper, prioriteres å gis tilbudet fremfor andre. Kvinner på etterkontroll etter fødsel har lettest tilgjengelighet, deretter kvinner ved HFU og sårbare og risikoutsatte kvinner. Kvinner generelt har det minste tilbudet. Tilgjengeligheten styres av prioriteringer av oppgaver i tjenesten, her oppgaver i svangerskapsomsorg fremfor barselomsorg, og at det er for lite jordmorressurser. Det medfører at kvinner ikke får mulighet til å få den veiledning de har rett på og behov for og som myndighetene anbefaler. Statistikk fra myndighetene viser at reduksjon av uønskede svangerskap og aborter går saktere enn ønsket. Fokus bør rettes mot økning av ressurser gjennom økte stillinger og endring av prioriteringer, der svangerskaps- og barselomsorg likestilles i tjenesten. Studien viser at det er en positiv utvikling i tråd med myndighetenes mål, gjennom økte stillinger og teoretisk rammeverk som rekvireringsrett og bidragsordning de siste årene. Positive sideeffekter av økt tilbud vil være økt tilgjengelighet også for pregravid veiledning, prøvetaking for seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) og celleprøvetaking. Samtidig har nye oppgaver i barselomsorg og utvidet rekvireringsrett til alle kvinner tilkommet, noe som gjør at det kreves ytterligere satsning på tjenesten. Studien viser nedslående tall for antall jordmødre med praktiske kompetansekrav, noe som viser at det bør rettes fokus på nødvendig opplæring av jordmødre og prioritert tid for å oppfylle myndighetenes mål. Mye av ansvaret fremover ligger på kommunene, de skal se til at informasjon og veiledning om prevensjon når ut til egen befolkning, og at det blir et reelt tilbud til alle kvinner som ønsker det. For å øke tilbudet, må kommunene øke tilgjengeligheten i tjenestene, både ved helsestasjoner og HFU. Alle kvinner må få mulighet til tilbudet slik det er gitt råd om fra myndighetene.

## Referanser/litteraturliste

- Andresen, A., & Elvbakken, K. T. (2018). Fødselskontroll, barnehelse og kvinners rettigheter og plikter. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 42(01–02), 67–84.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2018-01-02-05>
- Aune, I., Tysland, T., & Amalie Vollheim, S. (2021). Norwegian midwives' experiences of relational continuity of midwifery care in the primary healthcare service: A qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(1), 5–13.  
<https://doi.org/10.1177/2057158520973202>
- Best, E., Lokuge, B., Dunlop, A., & Dunford, A. (2021). Unmet need for postpartum long-acting reversible contraception in women with substance use disorders and/or socioeconomic disadvantage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 61(2), 304–309. <https://doi.org/10.1111/ajo.13306>
- Boog, K., & Cooper, M. (2021). Long acting reversible contraception. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 31(7), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2021.05.002>
- Bratlie, M., Aarvold, T., Skårn, E. S., Lundekvam, J. A., Nesheim, B.-I., & Askevold, E. T. (2014). Long-acting reversible contraception for adolescents and young adults—A cross-sectional study of women and general practitioners in Oslo, Norway. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 19(3), 194–202. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.903237>
- Buckel, C., Maddipati, R., Goodman, M., Peipert, J. F., & Madden, T. (2019). Effect of staff training and cost support on provision of long-acting reversible contraception in community health centers. *Contraception*, 99(4), 222–227.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.12.005>
- Dhont, M. (2010). History of oral contraception. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(sup2), S12–S18.  
<https://doi.org/10.3109/13625187.2010.513071>
- Eberhard-Gran, M. (2017). *Spørreskjema som metode for helsefagene*. (2017). Universitetsforlaget.
- Endring i forskrift om legemidler fra apotek. (2002) *Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*. (FOR-2002-05-31-511). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-08-24-2616>

- Endring i forskrift om legemidler fra apotek. (2015) Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. FOR-2015-03-22-276). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-22-276>
- Endring i forskrift om legemidler fra apotek. (2021) Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. (FOR-2021-08-24-2616). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-08-24-2616>
- Fekjær, S. B. (2016). *Statistikk i praksis*. (2016). Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Rapport om svangerskapsavbrot 2020 Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret)*. Folkehelseinstituttet. Retrieved September 21, 2021, from <https://www.fhi.no/publ/2021/rapport-om-svangerskapsavbrot--2020--register-over-svangerskapsavbrot-abortion/>
- Forsberg, K. E., Lassemo, R., & Lukasse, M. (2019). Contraceptive consultations: A cross-sectional study of Norwegian women's experiences and opinions. *European Journal of Midwifery*, 3(June). <https://doi.org/10.18332/ejm/109773>
- Forskrift til rammeplan for jordmor. (2005). *Forskrift til rammeplan for jordmorutdanning*. (FOR-2005-12-01-1390). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1390?q=forskrift%20om%20jordmorutdanning>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584#KAPITTEL_3)
- Hansson, M., Dencker, A., Lundgren, I., Carlsson, I.-M., Eriksson, M., & Hensing, G. (2022). Job satisfaction in midwives and its association with organisational and psychosocial factors at work: A nation-wide, cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 436. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07852-3>
- Hellström, A., Gemzell Danielsson, K., & Kopp Kallner, H. (2019). Trends in use and attitudes towards contraception in Sweden: Results of a nationwide survey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(2), 154–160. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1581163>
- Helsedirektoratet. (2001). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 16. februar 2021, lest 14. mai 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

- Helsedirektoratet. (2014) *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen- Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helsedirektoratet. (Oppdatert 010414, lest 21. September, 2021) <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2015). *Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler- Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC)*. (IS-13/2015). (Rundskriv). Regjeringen. (Lest 02. desember 2021) <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler/Utvidet>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 10. mai 2022, lest 28. mai 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. (sist faglig oppdatert 07. april 2021, lest 19. oktober 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2019). *Anbefalinger om prevensjon og familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldose*. Oslo: Helsedirektoratet. (Lest 29. September, 2021) <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar/anbefalinger-om-prevensjon-og-familieplanlegging-legemiddelvalg-og-legemiddeldose-2019>
- Helsedirektoratet. (2019). *Pakkeforløp for gravide som bruker eller har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. november 2020, lest 28. august 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/gravide-og-rusmidler>
- Helsedirektoratet. (2020). *Kommunen bør bruke jordmortjenesten aktivt for å fremme kvinners kontroll over sin egen seksuelle og reproduktive helse*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. juni 2020, lest 28. august 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid/kommunen-bor-bruke-jordmortjenesten-aktivt-for-a-fremme-kvinnens-kontroll-over-sin-egen-seksuelle-og-reproduktive-helse>
- Helsedirektoratet (2021). *Rekvirering av hormonell prevensjon til personer under 16 år*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 16. mars 2022, lest 15. mai 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/rekvirering-av-hormonell-prevensjon>



- Helsedirektoratets ytre etat (Helfo). (2019). *Stønad til prevensjon for unge kvinner*. Tønsberg: Helfo (sist faglig oppdatert 28. januar 2021, lest 28. november 2021).  
<https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/stonad-til-prevensjon-for-unge-kvinner/stonad-til-prevensjon-for-unge-kvinner>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2006). *Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant tenåringer. Innføring av fast bidragssats for dekning av utgifter til hormonell prevensjon til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år*. (I-1/2006) (Rundskriv) Regjeringen. (Lest 02. desember 2021). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-12006/id109603/>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Meld. St. 26 (2014-2015). Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi*. Regjeringen. (Lest 02. desember 2021) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd- informasjon og tilgjengelighet 2020–2024*. (I-1197 B) Regjeringen. (Lest 02. desember 2021) [https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/seksuell-helse/HOD-handlingsplan\\_2020-2024.pdf/\\_/attachment/inline/83028bcf-b7cf-430f-ac64-0ca2b6e95a6f:edb4cf016df86f63b8f27ae3d2bc60125a908b9e/HOD-handlingsplan\\_2020-2024.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/seksuell-helse/HOD-handlingsplan_2020-2024.pdf/_/attachment/inline/83028bcf-b7cf-430f-ac64-0ca2b6e95a6f:edb4cf016df86f63b8f27ae3d2bc60125a908b9e/HOD-handlingsplan_2020-2024.pdf)
- Hognert, H., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Milsom, I., Lidegaard, Ø., & Lindh, I. (2018). Ecological study on the use of hormonal contraception, abortions and births among teenagers in the Nordic countries. *BMJ Open*, 8(10), e022473.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022473>
- International Confederation of Midwives (ICM) (2021) *ICM Definitions*. (Access date 02. December 2021) <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Johannessen, A. (2003). *Introduksjon til SPSS*. (2008). Abstrakt Forlag AS.
- Kreftregisteret. (2021). *Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet. Årsrapport 2021*.

- Kreftregisteret. [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhalsprogrammet/rapporter/arsrapport-lp/arsrapport2021\\_final.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhalsprogrammet/rapporter/arsrapport-lp/arsrapport2021_final.pdf)
- Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (2004). *Forskning i medisin og biofag*. (2008). Gyldendal.
- Lappegård, T. (2007). Sosiologiske forklaringer på fruktbarhetsendring i Norge i nyere tid. *Sosiologisk tidsskrift*, 15(01), 55–71. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2007-01-03>
- Legemiddelhandboka. (2020). *T1.8 Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) | Legemiddelhandboka*. Retrieved September 21, 2021, from <https://www.legemiddelhandboka.no/T1.8/Infeksjonssykdommer>
- Legemiddelverket. (2016) *Anbefalte hormonelle prevensjonsmidler*. Oslo: Statens legemiddelverk. (Oppdatert 020222. Lest 27. August 2022) <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/anbefalte-hormonelle-prevensjonsmidler>
- Lindh, I., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Hognert, H., Milsom, I., & Lidegaard, Ø. (2017). Contraceptive use in the Nordic countries. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 96(1), 19–28. <https://doi.org/10.1111/aogs.13055>
- Lukasse, M., Baglo, M. C. G., Engdal, E., Lassemo, R., & Forsberg, K. E. (2021). Norwegian women's experiences and opinions on contraceptive counselling: A systematic textcondensation study. *European Journal of Midwifery*, 5(February), 1–8. <https://doi.org/10.18332/ejm/132224>
- Madden, T., Paul, R., Maddipati, R., Buckel, C., Goodman, M., & Peipert, J. F. (2019). Comparison of unintended pregnancy at 12 months between two contraceptive care programs; a controlled time-trend design. *Contraception*, 100(3), 196–201. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.05.009>
- Merki-Feld, G. S., Caetano, C., Porz, T. C., & Bitzer, J. (2018). Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23(3), 183–193. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1465546>
- Nesheim, B.-I. (2021a). Spiral – prevensjonsmiddel. In *Store medisinske leksikon*. [http://sml.snl.no/spiral\\_-\\_prevensjonsmiddel](http://sml.snl.no/spiral_-_prevensjonsmiddel)
- Nesheim, B.-I. (2021b). Prevensjon. In *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/prevensjon>
- Nettskjema. (2021) *Spørreskjema, påmeldinger og bestillinger*. Universitetet i Oslo. (Retrieved October 19, 2021) <https://nettskjema.no/>

- Norsk senter for forskningsdata. (2021) *Fyll ut meldeskjema for personopplysninger*. (Lest 02. desember 2021) <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- Omland, G., Ruths, S., & Diaz, E. (2014). Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: Data from the Norwegian Prescription Database. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(10), 1221–1228. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12906>
- Oslo Universitetssykehus. (2016). *Forebygging av uønsket svangerskap blant innvandrerkvinner. Oslo universitetssykehus - nyheter for ansatte*. <https://oushf.wordpress.com/2016/08/15/forebygging-av-uonsket-svangerskap-blant-innvandrerkvinner/>
- Pallant, J. (2002). *SPSS Survival Manual*. (2020) Allen & Unwin.
- Paul, R., Huysman, B. C., Maddipati, R., & Madden, T. (2020). Familiarity and acceptability of long-acting reversible contraception and contraceptive choice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4S), S884.e1-S884.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1266>
- Relis. (2017). *Pearl indeks på hormonelle prevensjonsmidler*. Retrieved September 26, 2021, from [https://relis.no/sporsmal\\_og\\_svar/4-6410?source=relisdb](https://relis.no/sporsmal_og_svar/4-6410?source=relisdb)
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. REK. (2021) (Lest 02. desember 2021) <https://rekportalen.no/#hjem/home>
- Reproductive Health Access Project. (2013, January 18). *A History: The Progestin Implant*. <https://www.reproductiveaccess.org/2013/01/a-history-the-progestin-implant>
- Secura, G. M., Allsworth, J. E., Madden, T., Mullersman, J. L., & Peipert, J. F. (2010). The Contraceptive CHOICE Project: Reducing barriers to long-acting reversible contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(2), s. 6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.04.017>
- Sex og samfunn. (2022). *e Metodebok for seksuell helse*. Oslo: Sex og samfunn. Retrieved May 18, 2022, from <https://emetodebok.no/om-metodeboka/>
- Skogsdal, Y., Fadl, H., Cao, Y., Karlsson, J., & Tydén, T. (2019). An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health—a randomized controlled trial. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 124(3), 203–212. <https://doi.org/10.1080/03009734.2019.1653407>

- Statens Arbeidsmiljøinstitutt. (2021) *Brukerveiledning QPSNordic: Generelt spørreskjema om psykologiske og sosiale faktorer i arbeidet*. STAMI. (Retrieved October 17, 2021, from) <https://stami.no/publikasjon/brukerveiledning-qpsnordic-generelt-sporreskjema-om-psykologiske-og-sosiale-faktorer-i-arbeidet/>
- Statistisk Sentralbyrå. (SSB) (2009). *Familie og jobb i ulike kvinnegenerasjoner*. Statistisk Sentralbyrå. (Lest 21. September 2021) <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/familie-og-jobb-i-ulike-kvinnegenerasjoner>
- Statistisk Sentralbyrå. (SSB) (2022). *Årsverk i helsestasjons- og skulehelsetenesta*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta>
- The World Medical Association. (2018) *The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Retrieved April 8, 2022, from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# Vedlegg

Vedlegg 1: <Spørreskjema>

Vedlegg 2: <Informasjonsskriv studien>

Vedlegg 3: <Svar søknad NSD>

## Vedlegg 1

# Kartlegging av jordmødres arbeid med langtidsvirkende reversibel prevensjon i kommunehelsetjenesten

**Samtykkeerklæring** Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Kartlegging av jordmødres arbeid med langtidsvirkende reversibel prevensjon i kommunehelsetjeneste og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Ja

Nei

Hvilken alder har du?

20-35år

36-45år

46-55år

56-65år

66-75år

Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling i kommunen? Antall år

Hvilket ansettelsesforhold har du i kommunen?

Fast

Vikar

Begge deler

Hvilken stillingsprosent har du i kommunen?

>50%

50-79%

80-100%

Formell utdannelse. I 2006 ble rekvireringsretten inkludert i den obligatoriske utdanningen for videreutdanning til jordmor. Jordmødre utdannet etter 2006 har dermed rekvireringsrett fra datoen for autorisasjon og registrering i Helsepersonellregisteret.

Hvordan har du fått din rekvireringsrett?

Jordmor utdannet før 2006

Har du etterutdanningskurs i prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC

Jordmor utdannet etter 2006

Gjennomført praktiske kompetansekrav for administrasjon av LARC  
Master i jordmorfag

I hvilken avdeling / seksjon / enhet arbeider du?

Du må velge minst ett svaralternativ.

Helsestasjon

Helsestasjon for Ungdom (HFU)

I kombinasjon

Annet

Har du lederansvar?

Ja

Ja i leders fravær

Nei

Har du fagansvar?

Ja

Nei

Om du har det, hvor stor stillingsprosent?

0-19%

20-39%

40-59%

60-79%

80-100%

Marker det som best beskriver din arbeidstidsordning i kommunen?

Dagtid

Kveldstid

I kombinasjon

Hvor mange årsverk jordmorstilling er det ved din arbeidsplass i kommunen?

1-4

5-7

8-10

Over 10

Har alle jordmødre ved din enhet kompetanse på prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC?

Ja

Nei

Vet ikke

Hvis nei på forrige spørsmål, hvor mange jordmødre har isåfall denne kompetanse?

Hvor mange gravide har du per år i snitt?

Under 80

80-120

121-149

Over 150

Tilbyr du etterkontroll 4-6 uker etter fødsel til alle?

Ja

Ja, men bare til sårbare og risikoutsatte kvinner (der det er snakk om eksempelvis rus, vanskelige psykososiale og økonomiske forhold)

Nei

Hvis nei på forrige spørsmål om etterkontroll, hva er årsak til at tilbudet ikke gis?

Oppgaver i svangerskapsomsorg er prioritert foran barselomsorg

For lite jordmor ressurs

Annet

Gir du tilbud om prevensjonsveiledning

Ja

Ja, men bare til sårbare og risikoutsatte kvinner (der det er snakk om eksempelvis rus, vanskelige psykososiale og økonomiske forhold)

Nei

Gir du tilbud om administrasjon av LARC?

Spiraler og p-stav er langtidsvirkende, reversibel prevensjon

Ja

Ja, men bare til sårbare og risikoutsatte kvinner (der det er snakk om eksempelvis rus, vanskelige psykososiale og økonomiske forhold)

Nei

Hvis ja på at det gis tilbud, til hvilken gruppe kvinner gis det tilbud?

Flere svarsalternativ

Barselkvinner på etterkontroll

Kvinner på HFU

sårbare og risikoutsatte kvinner (der det er snakk om eksempelvis rus, vanskelige psykososiale og økonomiske forhold)

Kvinner generelt

Hvis ja, hvor mange timer per uke, per jordmor er satt av til LARC?

0-2

3-5

Over 5

Fritt etter behov



Hvis nei på forrige spørsmål om prevensjonsveiledning hva er årsaken til at tilbudet ikke gis?  
Oppgaver i svangerskapsomsorg er prioritert foran barselomsorg  
For lite jordmor ressurs  
Har ikke kompetanse  
Annet

Hvis nei på forrige spørsmål om administrasjon av LARC, hva er årsaken til at tilbudet ikke gis?  
Oppgaver i svangerskapsomsorg er prioritert foran barselomsorg  
For lite jordmor ressurs  
Har ikke kompetanse  
Annet

Hvis ja, tilbys det da prøvetaking i forhold til Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI)?  
Ja, alltid  
Sjeldent  
Ofte  
Nei

Tilbys det mulighet for celleprøvetaking hos jordmor?  
Ja, i svangerskapet  
Ja, etter svangerskapet  
Ja, til alle kvinner i kommunen  
Nei

Om du tilbyr innsetting av LARC, tilbys det uttak?  
Ja, uttak av spiral  
Ja. uttak av p-stav  
Ja, uttak av både spiral og p-stav  
Nei  
Om du tilbyr innsetting av LARC, tilbys det kontroll?  
Ja  
Nei

Har dere tilgang til eget gynekologisk undersøkelsesrom, GU-rom?  
Ja  
Nei

Hvis nei, hvor lett er det å få tilgang til GU-rommet?  
Aldri noe problem  
Må bestilles men ikke vanskelig å få plass  
Det kan være utfordrende og betyr noen ganger tilpassing av timen til kvinnen  
Det er utfordrende og ofte et problem  
Det er nesten alltid et problem

Hvilke erfaringer har du med prevensjonsveiledning og administrering av LARC?

Fritekst svar

Hvordan har dine arbeidsoppgaver endret seg de siste 5 årene siden rekvireringsretten for jordmødre ble utvidet til å gjelde LARC?

Fritekst svar

Hvilken profesjon har din nærmeste leder?

Jordmor

Helsesykepleier

Annet

Er arbeidsmengden din ujevn slik at den hoper seg opp?

Meget sjelden eller aldri

Nokså sjelden

Noen ganger

Nokså ofte

Meget ofte eller alltid

Er dine spesialkunnskaper og ferdigheter nyttige i arbeidet ditt?

Meget sjelden eller aldri

Nokså sjelden

Noen ganger

Nokså ofte

Meget ofte eller alltid

Kan du påvirke mengden av arbeid som blir tildelt deg?

Meget sjelden eller aldri

Nokså sjelden

Noen ganger

Nokså ofte

Meget ofte eller alltid

Kan du påvirke beslutninger som er viktige for ditt arbeid?

Meget sjelden eller aldri

Nokså sjelden

Noen ganger

Nokså ofte

Meget ofte eller alltid

Oppmuntrer din nærmeste sjef deg til å delta i viktige avgjørelser?

Meget sjelden eller aldri

Nokså sjelden

Noen ganger

Nokså ofte

Meget ofte eller alltid

Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte?

Meget sjelden eller aldri

Nokså sjelden

Noen ganger

Nokså ofte

Meget ofte eller alltid

Jordmødre har kompetanse på helhetlig oppfølging av kvinnehelse i et livstidsperspektiv, opplever du at du får brukt hele bredden av din kompetanse i arbeidet ditt?

Ja

Nei

Kan du utdype hvordan du bruker bredden av din kompetanse?

Takk for din deltagelse!

## Vedlegg 2

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Kartlegging av jordmødres arbeid med langtidsvirkende reversibel prevensjon i kommunehelsetjeneste»

Kan du tenke deg å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på kommunejordmødres arbeid med prevensjonsveiledning og administrasjon av LARC. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med studien er å kartlegge kommunejordmødres arbeid med langtidsvirkende reversibel prevensjon (Long acting reversible contraception- LARC). Bakgrunnen for studien er at jordmødre i 2016 fikk utvidet rekvireringsrett for prevensjonsmidler og administrasjon av LARC til alle kvinner over 16 år og at det fra 1 januar 2022 også vil gjelde for de under 16 år. Ifølge Helsedirektoratet bør jordmørtjenesten i kommunene ha en aktiv rolle ved å sikre lett tilgjengelig prevensjon, ikke bare etter fødsel, men til alle kvinner. Studien ønsker å se på hvilken kompetanse jordmødre i kommunen besitter og

Studien inngår i en Master i jordmorfag ved Universitetet i Sørøst-Norge.

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

For å kunne belyse problemstillingen er vi avhengige av din deltagelse. Alle jordmødre registrert som jordmor i kommunehelsetjeneste, vil bli forespurt om å delta i spørreundersøkelsen. Kontaktinformasjon er innhentet hos organisasjonene Den Norske Jordmorforening (DNJ) og Jordmorforeningen i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

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

Spørreskjemaet i denne studien besvares elektronisk og er anonymisert. Spørreskjemaet nås ved å klikke på lenken du har fått.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, krysser du av for samtykke til å delta i studien, i starten av spørreskjemaet, før spørsmålene besvares. Du kan trekke deg før du starter besvarelsen. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2022. Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra USN Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

- USN Universitetet i Sørøst-Norge ved *[sett inn navn og kontaktopplysninger til prosjektansvarlig]*.
- Student Marianne Raaen, [marianne.raaen@yahoo.com](mailto:marianne.raaen@yahoo.com), 47448144  
Vårt personvernombud: Paal Are Solberg Campus Porsgrunn (D-3177)  
[Paal.A.Solberg@usn.no](mailto:Paal.A.Solberg@usn.no), 35 57 50 53 / 918 60 041

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
(Forsker/veileder)

Marianne Raaen

# Vedlegg 3

## Vurdering

### Dato

06.01.2022

### Type

Standard

### Referansenummer

127010

### Prosjektittel

Kartlegging av jordmødres arbeid med langtidsvirkende reversibel prevensjon i  
kommunehelsetjeneste

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og  
helsevitenskap

### Prosjektansvarlig

Mirjam Lukasse

### Student

Marianne Raaen

### Prosjektperiode

07.01.2022 - 20.06.2022

### Meldeskjema

### Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

#### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2022.

#### **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### **PERSONVERNPRINSIPPER**

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

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

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke videre behandles til nye uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### **DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

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

#### **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

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

Nettskjema.no er databehandler i prosjektet. Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til behandling av personopplysninger utenfor EU (personvernforordningen kapittel 5).

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

#### **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra Personverntjenester før endringen gjennomføres.

#### **OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

**Kontaktperson hos Personverntjenester: Anne Lene L. Nymoen**

**Lykke til med prosjektet!**