

Hva fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon?

En kvalitativ studie av hva som påvirker unge jenter til å
starte eller endre bruk av prevensjon

Ellen-Kristin Omland Beitohaugen

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i klinisk sykepleie

Antall ord: 21898

02.05.2022

© Forfatter

År 2022

Tittel «Hva fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon?»

Forfatter Ellen-Kristin Omland Beitohaugen

Veileder Gro Beate Samdal

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Forord.....	6
Sammendrag på norsk/Summary in English	7
1 Introduksjon	10
1.1 Bakgrunn for studien.....	10
1.1.1 Seksuell helse og prevensjon hos ungdom i Norge	11
1.1.2 Seksuell helse og behov for prevensjon globalt	13
1.1.3 Forebygge utilsiktet svangerskap	13
1.2 Hvilken kunnskap om ungdom og seksuell helse mangler vi?	13
1.2.1 Hvilken informasjon om seksuell helse og prevensjon etterspør ungdom?.....	14
1.3 Hensikten med studien	14
1.3.1 Avgrensning, målgruppe og problemstilling.....	14
2 Kunnskapsstatus.....	16
2.1 Prevensjon.....	16
2.1.1 Bivirkninger av prevensjon	17
2.2 Hva vet vi om ungdommers seksuelle helse og bruk av prevensjon?.....	19
2.2.1 Ungdom, seksuell helse og prevensjonsbruk i Norge.....	19
2.2.2 Internasjonal forskning på seksuell helse og prevensjonsbruk	23
2.3 Fallende abortrater og videre reduksjon av utilsiktet svangerskap	24
2.4 Hva er helsepolitiske føringer på området?	25
2.4.1 Helsepolitiske føringer til prevensjonsforeskrivere.....	27
2.4.2 Helsesykepleiers rolle i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.....	28
2.5 Hvilke virkemidler er tilgjengelig for å øke prevensjonsbruken i Norge?	29
2.5.1 Skolehelsetjenesten, HFU og helsesykepleier som ett lavterskeltilbud	29
2.5.2 Helsesykepleier som veileder og foreskriver av prevensjon	30
2.5.3 Rekvireringsretten for helsesykepleier og jordmor.....	31
2.5.4 Bidragsordning for hormonell prevensjon	32
2.5.5 Digitale informasjonskanaler til ungdom.....	32
3 Teoretisk referanseramme	34
3.1 Prevensjonsbruk som en bevisst atferd	34
3.2 Atferdsteori	34
3.2.1 COM-B modellen for atferdsendring.....	34
3.2.2 The Theoretical domains Framework.....	36

4	Design og metode.....	38
4.1	Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.....	38
4.2	Avklaring av egen forforståelse.....	39
4.3	Utvalg og rekruttering.....	40
4.4	Datainnsamling.....	40
4.4.1	Intervjuguiden.....	40
4.4.2	Gjennomføring av intervjuene.....	42
4.5	Dataanalyse.....	43
4.5.1	Transkripsjon.....	43
4.5.2	Validitet i transkripsjonen.....	43
4.5.3	Stegvis-deduktiv induktiv metode.....	44
4.5.4	Dataanalyse.....	44
4.6	Reliabilitet, validitet og overførbarhet.....	47
4.7	Etiske vurderinger.....	50
5	Resultater.....	51
5.1	Evne til å bruke prevensjon.....	51
5.1.1	Fysisk evne.....	51
5.1.2	Psykologisk evne.....	51
5.2	Mulighet for å bruke prevensjon.....	54
5.2.1	Sosial mulighet.....	54
5.2.2	Fysisk mulighet.....	55
5.4	Motivasjon til å bruke prevensjon.....	57
5.4.1	Automatisk motivasjon.....	57
5.4.2	Reflekterende motivasjon.....	57
5.5	Avsluttende spørsmål.....	60
6	Diskusjon.....	61
6.1	Faktorer som kan hemme bruk av prevensjon.....	62
6.1.1	psykologisk evne.....	62
6.1.2	Automatisk motivasjon.....	65
6.2	Faktorer som kan fremme bruk av prevensjon.....	66
6.2.1	Psykologisk evne.....	66
6.2.2	Sosial mulighet.....	66
6.2.3	Fysisk mulighet.....	67
6.2.4	Reflekterende motivasjon.....	70
6.3	Avsluttende spørsmål.....	71
6.4	Praktiske implikasjoner av forskningsfunn.....	72
6.4.1	Implikasjoner for helsesykepleiere.....	73

6.5 Studiens styrker og begrensninger	74
7 Avslutning.....	75
7.1 Implikasjoner for videre forskning	75
Referanseliste	77
Vedlegg	82
Vedlegg 1 REK.....	82
Vedlegg 2 REK endringsmelding.....	86
Vedlegg 3 NSD	87
Vedlegg 4 Samtykkeskjema	90
Vedlegg 5 Intervjuguide	94

Forord

Tusen takk til min fantastisk kunnskapsrike og erfarne veileder Gro Beate Samdal, Førsteamanuensis ved VID vitenskapelige høyskole, Fakultet for helsefag Bergen. Du har gitt meg beundringsverdig tilbakemelding på arbeidet underveis i prosessen og hjulpet meg til å komme i mål. Jeg er veldig takknemlig for hvordan det tilsynelatende faller deg helt naturlig å raskt komme med viktige og verdifulle tilbakemeldinger med innspill, tips og råd for å bedre oppgaven. Takk for konkrete forslag til teori og metode som har vært avgjørende for dette prosjektet. Du har holdt meg på stø kurs i dette studieprosjektet.

Videre vil jeg takke engelsklærer Nina Iselin Mølbach som har oversatt abstraktet til engelsk for meg. Takk for positiv og rask tilbakemelding.

Til slutt vil jeg takke helsesykepleier, som ikke nevnes med navn her grunnet anonymisering, som har hjulpet meg med å finne jenter til intervjuene. Og takk for lånet av kontoret ditt på skolen.

Sammendrag på norsk/Summary in English

Bakgrunn: Seksualvanene i befolkningen er i endring. Det er en økende seksuell aktivitet i samfunnet og flere tenåringer er seksuelt aktive. Halvparten av alle elever ved videregående skole har debutert seksuelt, derav en fjerdedel hevder de ikke brukte prevensjon ved første samleie. Dette kan antyde ett behov for å nå ut med informasjon om prevensjon.

Anbefalingene fra helsemyndighetene er økt innsats for å redusere ufrivillig svangerskap og abort, blant annet ved at flere kvinner benytter langtidsvirkende prevensjon. Ungdom ønsker mer kunnskap om prevensjon og helsesykepleier har fått ett særskilt ansvar i rekvirering av hormonell prevensjon til ungdom. Hensikten med studien var å finne ut hva som fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon.

Metode: Dette er en kvalitativ studie med individuelle intervjuer av unge jenter, 16-19 år, ved videregående skole. Utvalget består av syv jenter, rekruttert fra helsesykepleier ved en videregående skole. Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) er blitt brukt, og data fra intervjuene ble dedusert inn i COM-B atferdsmodell, og deretter analysert.

Resultat: Funn fra studien viser at det som hemmer bruken av prevensjon hos unge jenter er lite kunnskap om prevensjon, særlig mangel på kunnskap om bivirkninger og innsetningsmetoder, samt personlige egenskaper som det å være distré, og faren ved å glemme å ta p-pillen. Dessuten mener jenter at de ikke har fått nok undervisning om seksualitet og prevensjon på skolen, noe som hemmet bruken, og de etterspør dette fra helsesykepleier. Studien viser flere funn som fremmer prevensjonsbruken, som at unge jenter oppsøker venner og helsesykepleier, og at disse oppfattes som pålitelige kilder for informasjon. Muligheter som fremmer prevensjonsbruken er; lett tilgang til helsesykepleier, herunder rekvirering av prevensjon, bidragsordningen med økonomisk støtte, samt at jentene stolte på helsesykepleier og hennes kompetanse.

Diskusjon: Studien indikerer at ved å undersøke om unge jenter har evne, mulighet og motivasjon til å bruke prevensjon er det mulig å endre prevensjonsatferd, som kan resultere i økt bruk av de anbefalte prevensjonsmetodene. Helsesykepleier bør veilede og undervise mer om seksuell helse og prevensjon. Ved å øke unge jenters kunnskap om prevensjon, herunder bivirkninger og innsetningsmetoder, kan unge jenter få tilført kunnskapen de

etterspør, og forhåpentligvis vil bruken av anbefalt prevensjon øke blant unge jenter, og dermed forebygge uønsket svangerskap og abort.

Nøkkelord: «unge jenter», «prevensjon», «langtidsvirkende prevensjon», «forebygge ufrivillig graviditet», «helsesykepleier», «påvirkning»

Summary in English

Background: Sexual habits in the population are changing. Increased sexual activity in the population, besides the fact that half of the students in upper secondary education have had their sexual debut, of these a fourth claim that they did not use contraception at their first intercourse, may indicate a need to reach out with information about contraception. The recommendation from the health authorities is to continue the work of reducing unintentional pregnancy and abortion; they therefore wish that more women would use long-acting contraception. The school nurse has been designated a responsibility to prescribe hormonal contraception to the youth, as well as the young people themselves wish for more knowledge about contraception. The purpose of the study was to explore the factors that promotes and inhibits young girls' use of contraception.

Method: This is a qualitative study with individual interviews of young girls, 16-19 years, attending upper secondary school. The selected participants are seven girls, recruited by the school nurse at an upper secondary school. The stepwise-deductive inductive method (SDI) was used, and data from the interviews were deduced into the COM-B behavioural model, and subsequently analysed.

Result: The findings of the study show that what inhibits contraceptive use for young girls is their limited knowledge of contraception, particularly the lack of knowledge of the side effects and insertion methods, and personal qualities such as being absent-minded, which can have the consequence that the girl forgets to take the pill. They request more education about sexuality and contraception from the health nurse. The study shows several findings that promote the use of contraception, such as the fact that the girls seek out the school nurse or their friends, and that they see them as reliable sources of information, easy access to the school nurse, including prescribing of contraception, and financial support.

Discussion: The study indicates that by studying whether young girls have the capability, opportunity and motivation to use contraception it is possible to make a difference in the

contraceptive behaviour, which may result in an increased usage of the recommended contraception methods. The school nurse should instruct and teach more about sexual health and contraception. Increasing young girls' knowledge of contraception, including the side effects and insertion methods, may result in the gained level of knowledge that the girls request, and hopefully the usage of the recommended contraception will increase, and hence prevent unwanted pregnancies and abortion.

Keywords: «contraception», «long-acting reversible contraception», «female adolescent», «impact», «preventing unintended pregnancy», «school nurse».

1 Introduksjon

Denne studien utforsker hvilke muligheter og utfordringer som møter unge jenter ved spørsmål om bruk av prevensjon og hva som fremmer og hemmer dem i deres valg av prevensjonsmetode. For at prevensjonsforeskrivere, herunder helsesykepleiere, skal kunne rekvirere hormonell prevensjon til unge jenter er det hensiktsmessig å ha kunnskap om hvilke faktorer som påvirker dem i valg av prevensjon.

Utgangspunktet for studien er at ungdommers beslutning om å bruke prevensjon er en planlagt atferd (Myklestad, 2007).

1.1 Bakgrunn for studien

Bakgrunnen for studien er økende seksuell aktivitet i den norske befolkningen (Pedersen & Samuelsen, 2003; Træen, 1995). Halvparten av elever i videregående skole har uttalt at de har debutert seksuelt, samtidig som mange av disse elevene sier de ikke brukte prevensjon ved samleie (Bakken, 2017). Konsekvensene av at ungdom ikke bruker prevensjon, kan føre til ufrivillig graviditet, og kan ende med abort. Globalt er det stor mangel på informasjon om egen helse og prevensjonsveiledning, og det er økning i utilsiktet svangerskap (Amnesty International, u.å). Kvinner i Norge bruker minst hormonell prevensjon i Norden (Nordahl, 2017), samtidig som norske helsemyndigheter har stort fokus på at det skal fortsatt jobbes for å redusere utilsiktet svangerskap og abort (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dessuten er anbefalingene fra norske myndigheter, og Verdens helseorganisasjon, at langtidsvirkende prevensjon bør være prioriterte prevensjonsmetoder fordi det kan redusere antall ikke-planlagte graviditeter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020; World Health Organization, 2016).

Unge jenters seksuelle atferd spiller en vesentlig rolle og påvirker både behovet for prevensjon og bruken av prevensjonsmidler (Træen, 1995). Helsepolitiske strategier er å endre eller øke bruken av prevensjon hos unge jenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Helsesykepleier har fått ett stort ansvar i arbeidet med å forebygge ufrivillig svangerskap og abort hos ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2019), og ved at helsetjenesten er ett lavterskeltilbud for ungdom er hun dermed også ett virkemiddel fra

myndighetene i dette arbeidet. Det var derfor ønskelig å undersøke om ungdom bruker skolehelsetjenesten eller HFU (helsestasjon for ungdom), for å få resept på hormonprevensjon. Siden langtidsvirkende prevensjon er anbefalt var det ønskelig å undersøke om unge jenter etterspør, og bruker, disse prevensjonsmetodene. For å forebygge utilsiktet graviditet var formålet med studien å undersøke hva som påvirker unge jenter til å velge å bruke eller ikke-bruke hormonell prevensjon, hva er barrierer og hva kan muliggjøre bruk av prevensjon. Det som fremmer, blir i denne studien brukt om hva som legger til rette for og muliggjør at unge jenter kan bruke prevensjon. Det som hemmer, er hva som kan være til hinder eller en barriere for at de skal benytte prevensjon. For å skape litt bedre flyt i språket er fremmer og muliggjør blitt sidestilt, og tilsvarende er hemmer og barrierer likestilt.

1.1.1 Seksuell helse og prevensjon hos ungdom i Norge

Sex og det å utforske sin egen seksualitet er spennende. Nordmenn blir stadig mer seksuelt aktive og debutalderen for samleie går ned (Træen et al., 2003). Ungdomstiden er til for å utforske egne grenser og egen seksualitet. For at det skal bli en trygg og god seksuell opplevelse bør ungdom ha enkel tilgang på kunnskap om prevensjon slik at de kan ta ett selvstendig valg som passer den enkelte.

I Norge har debutalderen for samleie vært stabil i flere tiår. For jenter er gjennomsnittlig debutalder cirka 16,7 år, og for gutter cirka 17,9 år (Bufdir, 2019). Seksualitet er for de fleste mennesker en grunnleggende egenskap, som vi kan velge å uttrykke eller ikke. Mennesker er født med seksuelle egenskaper. Det er ikke slik at vi plutselig blir seksuelle vesener når vi kommer i puberteten, men det er ofte da vi begynner å utforske mer egen seksualitet og seksualitet med andre. Puberteten er dermed en tid der mennesker finner sin egen seksuelle identitet. Videre hevdes det at jo mer kunnskap ungdom har om sin egen kropp og seksualitet, desto lettere blir det å ta valg som er riktige for seg selv, og således kunne forebygge uønsket graviditet (Bufdir, 2019).

Anbefalingene er at jenter bør bruke langtidsvirkende prevensjon, som p-stav og hormonspiral (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020; Sex og samfunn, u.å.; Statens legemiddelverk, 2016). Selv om det er klare anbefalinger om at flere kvinner bør bruke langtidsvirkende prevensjon er det p-piller som er mest benyttet av unge jenter i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 15; Ung.no, u.å.). Historisk sett har Norge,

sammen med Island, vært på bunn i å bruke hormonprevensjon i Norden, og i tillegg økte bruken av langtidsvirkende prevensjon gradvis i hele Norden over en tidsperiode fra 2010-2013, unntatt i Norge (Nordahl, 2017).

I Norge kan det se ut som ungdom har ett behov for mer kunnskap om prevensjon, særlig siden rundt halvparten av elever ved videregående skoler i Norge har hatt samleie, dessuten sier 25 % av disse elevene at de ikke brukte prevensjon første gang de hadde samleie, og noen var usikre på om de faktisk hadde brukt prevensjon under samleie (Bakken, 2017, s. 83). Tilsvarende viser en undersøkelse at ungdom ønsker mer informasjon om hvilke prevensjonsmetoder som finnes (Sex og samfunn, 2021b). De etterspør mer informasjon om bivirkninger av prevensjon, og særlig av hormonell prevensjon. Ungdom ønsker også en forbedret seksualundervisning i skolen (Sex og samfunn, 2021b).

Seksuell og reproduktiv helse anses som en menneskerettighet (World Health Organization, 2016). Det inkluderer retten til selvbestemt valg av prevensjon og retten til å bestemme over egen reproduktive helse. For at kvinner skal kunne ta ett velinformert valg av prevensjon har de rett på kunnskapsbasert informasjon og veiledning. Informasjonen skal videre formidles slik at kvinnes individuelle behov, valg og privatliv blir respektert (World Health Organization, 2016). Også i Norge fremhever myndighetene at seksuell helse skal vektlegges og det skal integreres i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Norske helsemyndigheter mener det er viktig at kvinner får informasjon om mulige bivirkninger og om riktig bruk av prevensjon, og at den som foreskriver prevensjon, skal legge til rette for at slik informasjon blir gitt og sjekke at den er forstått av kvinnen (Helsedirektoratet, 2019). Helsesykepleier jobber ved de kommunale helsetjenestene, som skolehelsetjenesten og HFU (Helsestasjon for ungdom) og er blitt tillagt ett stort ansvar i foreskriving av hormonell prevensjon til unge jenter (Helsedirektoratet, 2019).

Bidragsordningen og den utvidete rekvireringsretten kan medvirke til at helsesykepleier kan gi tilrettelagt informasjon ved forskriving av hormonell prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsesykepleieres og jordmødres rett til rekvirering, 1998; Rekvirerings- og utleveringsforskriften, 2015).

1.1.2 Seksuell helse og behov for prevensjon globalt

Globalt er det stor mangel på informasjon om egen helse, prevensjon og prevensjonsveiledning (Amnesty International, u.å). Daglig dør 830 kvinner i forbindelse med graviditet og fødsel, det tilsvarer ca 300 000 dødsfall årlig. Og over 14 millioner unge jenter får barn før de er blitt 18 år (Amnesty International, u.å). Ytterligere angis det globalt at 40 % av alle svangerskap, som tilsvarer 80 millioner svangerskap, var i 2012 utilsiktet, en økning fra 211 millioner i 2008 (Sedgh et al., 2014). I USA er det årlig ca 574 000 ungdoms graviditeter og 75% av disse er ikke planlagt (Diedrich et al., 2017). I Norge har det vært en nedgang i aborttallene siden 2008, men tallet på svangerskapsavbrudd i aldersgruppen 15-19 år hadde i 2021 steget for første gang siden 2008 (Folkehelseinstituttet, 2017b).

Kritiske røster hevder at FNs tusenårsmål nr. 5, som handler om reproduktiv helse, er det tusenårs målet med minst fremgang, der tilgang til helsetjenester trekkes frem som stor utfordring globalt (Austveg & Sundby, 2011). Retten til å få lov til å ha kunnskap om prevensjon, og tilgang til prevensjonsmetoder varierer med hvor i verden du er (Austveg & Sundby, 2011).

Det kan dermed se ut som det er ett stort verdensomspennende behov, å jobbe for å forebygge ikke-planlagt graviditet.

1.1.3 Forebygge utilsiktet svangerskap

Siden målet i Norge er fortsatt nedgang av utilsiktet svangerskap bør vi legge til rette for at prevensjon skal bli lett tilgjengelig for ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020). Ungdom trenger kunnskap om anbefalte prevensjonsmetoder for å forebygge uønsket graviditet, og helsesykepleier ved helsestasjon- og skolehelsetjenesten har en særlig viktig oppgave med å informere og veilede ungdom om prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25).

1.2 Hvilken kunnskap om ungdom og seksuell helse mangler vi?

I Norge har vi lite systematisk kunnskap om hvordan ungdom benytter tilbudene som finnes i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (HFU) (Departementene, 2016).

Frem til i dag finnes det ikke nasjonale data om seksuell helse blant ungdom og vi mangler derfor kunnskap om hvilke virkemidler og tiltak som fungerer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 54). For å kunne utvikle gode tiltak og for å kunne måle

utviklingen i populasjonen, så må vi få større kunnskap om hvilken kunnskap ungdom faktisk allerede innehar, og hvilke erfaringer de har om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Oppsummert, per i dag har helsemyndighetene ingen nasjonal oversikt over ungdommens kunnskap om seksuell helse, hva de ønsker av kunnskap om prevensjon, eller hvor ungdommen innhenter informasjon om prevensjon. Og vi har heller ingen nasjonale overvåkningsdata på hvilke tiltak som ungdom selv mener er viktig for at de skal kunne ta ett selvstendig valg om prevensjon (Bakken, 2020).

1.2.1 Hvilken informasjon om seksuell helse og prevensjon etterspør ungdom?

En norsk undersøkelse viser at ungdom etterspør mer informasjon om bivirkninger av hormonell prevensjon (sex og samfunn, 2021a). De etterspør også mer informasjon om de ulike typene prevensjon og de ønsker oppfølging etter at de har startet med hormonell prevensjon. Dessuten har ungdom ett sterkt ønske om at seksualitetsundervisningen i skolen bør forbedres. Videre ønsker ungdom at undervisning om seksualitet skal starte fra tidlig barndom, at den skal fortsette gjennom hele skolegangen og at det er en ekstern fagperson som skal ha undervisningen slik at det kan oppleves mindre flaut. I tillegg mener ungdom det er manglende tilstedeværelse av helsesykepleier på skolene (Sex og samfunn, 2021b).

1.3 Hensikten med studien

Hensikten med studien var å utforske hva som fremmer og hemmer unge jenters valg av prevensjon.

Hvilke evner har de til å bruke prevensjon? Som for eksempel, opplever de selv at de har nok kunnskap og evt. hva ønsker de informasjon om?

Har de mulighet til å bruke prevensjon? Som for eksempel, hvor finner de informasjonen?

Har de tillit til den informasjonen? Er det enkel tilgang til prevensjon?

Har de motivasjon til å bruke prevensjon? Som for eksempel, har de andre nære personer å snakke med om prevensjon? Har de tidligere erfaringer om prevensjon?

1.3.1 Avgrensning, målgruppe og problemstilling

Denne studien er utført med «helsesykepleier-briller». Studien tar utgangspunkt i helsesykepleiers arbeid med veiledning og foreskriving av hormonell prevensjon til unge

jenter, og avgrenses dermed fra andre prevensjonsforeskrivere. Målgruppen er jenter på videregående skole, 16-19 år, som benytter prevensjon.

Hensikten med studien er å utforske problemstillingen:

«Hva fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon?»

2 Kunnskapsstatus

2.1 Prevensjon

Prevensjon betyr forebygging (Nesheim, 2021). Prevensjon er en fellesbetegnelse for tiltak der hensikten er å forhindre svangerskap, selv om det gjennomføres samleie (Nesheim, 2021; Ræder et al., 2021). Hormonell prevensjon er en gruppe med flere legemidler der hensikten er å motvirke uønsket graviditet ved å tilføre kroppen hormoner (Spiering, u.å). 80 % av alle seksuelt aktive kvinner i fruktbar alder ville blitt gravide innen ett år, uten noen bruk av prevensjon (Wikipedia, u.å).

Historisk sett har prevensjon sannsynligvis vært i bruk siden mennesket skjønnte sammenhengen mellom samleie og befruktning (Nesheim, 2021). Men det var først på 1900-tallet at ufarlige og pålitelige prevensjonsmidler ble utviklet. Og fortsatt den dag i dag finnes det ikke ett helt ideelt prevensjonsmiddel som er hundre prosent sikker, helt uten bivirkninger, enkel å bruke og billig. Men det jobbes kontinuerlig med å utvikle stadig bedre midler og metoder for prevensjon. Moderne prevensjon medfører muligheten for full kontroll og styring av fruktbarhetsevnen (Nesheim, 2021).

Ungdom står overfor flere valg og det kan være mange hensyn å ta når ungdom skal velge prevensjonsmetode. For å finne ut hvilket prevensjonsmiddel som passer best for den enkelte, bør ungdommen vurdere sikkerhet, kostnad, bivirkninger og hvor lenge prevensjonen varer (Helsenorge, u.å).

Det finnes tre hovedgrupper av hormonell prevensjon for kvinner; p-piller, p-stav og hormonspiral (Helsedirektoratet, 2019; Ræder et al., 2021; Sex og samfunn, u.å.). Men LARC (long-acting reversibel contraception), som spiral og p-stav, er desidert de sikreste prevensjonsmetoder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020; Ræder et al., 2021; ung.no, 2021). Langtidsvirkende prevensjon er anbefalt som førstevalg, for kvinner som trenger prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020; Helsedirektoratet, 2017, 2019; Legemiddelverket, 2016; Ræder et al., 2021; World Health Organization, 2016).

Hormonelle prevensjonsmetoder er veldig sikre for å unngå uplanlagt graviditet. Men det er avgjørende at den brukes på helt riktig måte, som for eksempel å huske på å ta pillen (Felleskatalogen, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020; Helsenorge, u.å). Og

nettopp p-piller har de siste tiårene vært det mest brukte hormonelle prevensjonsmidlet i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 32). Men det har vært en økning i både salget og bruken av LARC, særlig for unge kvinner. En norsk landsdekkende studie viser en økning, fra 36 % til 40 %, i bruken av hormonell prevensjon i hele aldersgruppen, 16-49 år (Furu et al., 2021). Videre viser studien at fra 2014 har bruken av p-piller hos unge jenter 16-19 år, gått ned, samtidig har det i denne aldersgruppen vært en tilsvarende økning i bruk av LARC. Og fra 2016 har 80 % av alle nye p-pillebrukere, fått utskrevet kun anbefalte piller. Samtidig har antall brukere av LARC steget kraftig, som viser at prevensjonsforeskrivere følger anbefalingene fra helsemyndighetene (Furu et al., 2021).

Figur 1 viser antall (N) nye brukere av LARC i perioden 2013-2018, og andelen (%) av disse som fikk første resept på LARC fra helsesykepleier eller jordmor.

Year of dispensing	16-19 years		20-24 years	
	Number of new users of LARC (N)	Proportion prescribed by nurse/midwife (%)	Number of new users of LARC (N)	Proportion prescribed by nurse/midwife (%)
2013	1445	1.2	3131	0.2
2014	1889	1.5	3754	0.1
2015	5061	3.3	4831	0.4
2016	9223	45.1	6736	14.4
2017	11295	53.1	7881	17.6
2018	12658	58.3	8609	21.8

Figur 1 Hentet fra (Furu et al., 2021).

Forklaringen på den sterke økningen av bruken av LARC for kvinner 16-19 år, er autorisasjonen for helsesykepleiere og jordmødre for å foreskrive alle hormonelle prevensjonsmidler, inkludert LARC, fra 2016. Og fra 2017 og fremover så foreskrev helsesykepleiere og jordmødre LARC til flere kvinner i alderen 16-19 år, enn leger (Furu et al., 2021).

2.1.1 Bivirkninger av prevensjon

En risikerer mulige bivirkninger ved bruk av alle legemidler (Felleskatalogen, 2021; Helsenorger, u.å; Legemiddelverket, 2016). Dette gjelder også for hormonell prevensjon, som for eksempel p-piller, p-stav og hormonspiral. Det kan oppleves skremmende å lese om alle

mulige bivirkninger, men de fleste bivirkningene er ufarlige. Bivirkninger kan være plagsomme, men de fleste går over innen kort tid. Blodpropp er derimot en kjent mulig farlig bivirkning. De vanligste bivirkninger av hormonell prevensjon, er kviser, fett hår og hud, hodepine og ømme bryster. Det fremheves at en bør ha litt tålmodighet når en skal starte på prevensjon, siden eventuelle bivirkninger oftest går over innen tre måneder (Felleskatalogen, 2021; Helsenorge, u.å; Legemiddelverket, 2016).

Siden det ikke finnes ett ideelt prevensjonsmiddel, så er det noen fordeler og ulemper ved alle prevensjonsmidlene (Nesheim, 2021). Ingen hormonelle prevensjonsmetoder er helt uten bivirkninger (NHI.no, u.å). De fleste bivirkninger avtar innen tre til fem måneder, men til tross for det slutter likevel to av tre kvinner med hormonell prevensjon, på grunn av forbigående bivirkninger (NHI.no, u.å).

En dansk registerstudie med 1 million kvinner viser til at hormonell prevensjon, som for eksempel p-piller, kan ses i sammenheng med depresjonsdiagnoser (Skovlund et al., 2016). Det vises til at mer enn 100 millioner kvinner bruker p-piller og at det er flere kjente bivirkninger ved p-pille-bruk, som økt risiko for depresjon, angst og andre psykiske lidelser, hos noen av kvinnene. De kom frem til at tenåringer som brukte hormonell prevensjon utviklet nesten dobbelt så ofte alvorlig depresjon, som krevde medisiner eller innleggelse, enn andre tenåringer (Skovlund et al., 2016).

Som følge av at bivirkninger er den vanligste årsaken til at kvinner slutter eller endrer prevensjonsmetode, anbefales det å informere om de vanligste bivirkningene ved oppstart, siden informasjon om mulige bivirkninger kan minke sannsynligheten for diskontinuitet (Ræder et al., 2021). Kvinner bør gjøres oppmerksom på hva de kan forvente av blødninger før oppstart, med de ulike hormonelle prevensjonsmetodene (Norsk legemiddelhandbok, u.å). I tillegg til prevensjonseffekten er det positive bieffekter ved flere prevensjonsmidler, som at det kan hjelpe mot uregelmessige og kraftige menstruasjonsblødninger og akne (Ræder et al., 2021). Dersom en spesifikt spør kvinnen om hun har behov for, eller ønsker slike positive bieffekter, kan det fremme bruken av prevensjon (Ræder et al., 2021).

Flere fordeler oppgis ved bruk av hormonell prevensjon (Spiering, u.å). I tillegg til de positive bieffektene som mer regelmessige blødninger, kan en også regulere menstruasjonen med hormonell prevensjon. Kvinner kan for eksempel hoppe over en menstruasjon ved å la være

å ta placebopillene, eller ved å droppe pausen og begynne rett på neste brett.

Blødningsmengden og menstruasjonssmerter kan reduseres og dessuten er det vist at ved langvarig bruk over ti år, kan risikoen for eggstokk- og livmorkreft reduseres (Spiering, u.å).

Placeboeffekten av bivirkninger med p-piller, kan ha stor innvirkning på hva man faktisk opplever. En undersøkelse om bruk av placebokontroller i en p-pillestudie, har vist at det er en sterk sammenheng mellom forventninger til bivirkninger og opplevd mengde bivirkninger (Redmond et al., 1999).

2.2 Hva vet vi om ungdommers seksuelle helse og bruk av prevensjon?

2.2.1 Ungdom, seksuell helse og prevensjonsbruk i Norge

I Norge bruker om lag 400 000 personer prevensjonsmidler på resept, per år i tidsrommet 2016-2020 (Reseptregisteret, sitert i Helsedirektoratet, 2021b).

Seksualitet er mer sosialt akseptert i nordiske land, herunder Norge, enn i mange andre land, og samtidig er seksuelle handlinger mer knyttet til kjærlighet mellom kjærester, enn kun sex for seksuell tilfredsstillelse mellom venner (Pedersen & Samuelsen, 2003). Tidligere har det vært bekymring og risiko knyttet til kombinasjonen med ungdom og seksualitet. Men nå hevder forskere at jenter stadig mer setter premissene for egen seksuell nytelse og har forventninger om egen seksualitet (Pedersen & Samuelsen, 2003).

Det blir hevdet at ungdom i dag er tryggere på sin egen seksualitet og flinkere til å bruke prevensjon enn tidligere generasjoner (Bufdir, 2019), men samtidig så oppgir ungdom flere steder i Norge at de har for lite kunnskap om SRHR (seksuell og reproduktiv helse og rettigheter)(Sex og samfunn, 2021b).

En kvalitativ studie av 196 ungdommer i niende klasse fra Oslo viste at beslutningen om å bruke prevensjonsmidler var en planlagt atferd (Myklestad, 2007). Målet var å undersøke kognitive, sosiale og kontekstuelle faktorer som påvirket ungdoms beslutning om de skulle bruke prevensjon eller ikke. Resultatene viser at konteksten rundt ungdommene, som venner, familie og samfunn, påvirket bruk av prevensjon. I tillegg til moralske normer, var støtte fra venner, besøk hos ungdomshelsetjenesten og overvåkning fra foreldre viktige faktorer for at ungdom brukte prevensjonsmidler (Myklestad, 2007).

Dessuten viste en tverrsnitts studie blant 202 tiendeklassinger i Bergen at 40 % av dem hadde debuterte seksuelt i løpet av ungdomsskolen, deriblant hadde nesten halvparten ikke brukt kondom ved siste samleie (Mjøhlhus et al., 2014). Elevene hadde fått seksualundervisning i forkant av undersøkelsen. Det ble antydnet at effekten av seksualundervisningen var medvirkende årsak til at nesten 90 % av disse tiendeklassingene hadde planer om å bruke kondom ved senere anledning (Mjøhlhus et al., 2014). En slik effekt av seksualundervisning kom også frem i Myklestad sin studie, som vist overfor, der det var en markant økning av andel ungdom som rapporterte at de hadde planer om å bruke kondom etter gjennomført seksualundervisning (Myklestad, 2007).

Tidligere har det blitt forsket på seksualvaner i befolkningen (Træen et al., 2003). Hvert femte år i perioden 1987-2002, gjennomførte Folkehelseinstituttet seksualvaneundersøkelser i befolkningen, der fire utvalg av 10 000 personer i hvert utvalg, svarte på spørsmål om seksualvaner. Aldersgruppen i de to første undersøkelsene var 18-60 år mens det i de to siste undersøkelsene var aldersgruppen 18-45 år. Ved å se på endringer over tid var ett av hovedmålene å undersøke befolkningens seksualvaner for å forebygge uønsket svangerskap. Undersøkelsene viste en utvikling der stadig flere nordmenn var seksuelt aktive og debutalderen for samleie gikk ned. Ut over dette var det ingen store endringer i seksualvanene som ble rapportert over 15 års perioden (Træen et al., 2003). Det er sammenfallende funn fra undersøkelse om seksualatferd hos norsk ungdom, som blir presentert nedenfor (Pedersen & Samuelsen, 2003; Aavitsland, 2003). Imidlertid viser en nyere undersøkelse at debutalderen ikke har fortsatt å falle, men at det heller kan være en liten antydning til at debutalderen har økt litt siste årene (Bakken, 2018).

Til tross for litt motstridende signaler om debutalder for samleie, kan det se ut som debutalder har stabilisert seg, ved at det på nettsidene til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet opplyses at alderen for å debutere med samleie har vært stabil de siste tiårene, der gjennomsnittlig alder for jenter er cirka 16,7 år og for gutter cirka 17,9 år (Bufdir, 2019). Videre hevdes det at de fleste ungdom som debuterer seksuelt har ønsket og planlagt denne handlingen, og i tillegg debuterer de med en de er i ett forhold med, som for eksempel en kjæreste (Bufdir, 2019). Uansett vil seksuell debut medføre at det kan tilkomme ett valg om å bruke prevensjon.

Seksualatferden blant norsk ungdom ble undersøkt over en tiårsperiode for å se på mulige endringer over tid (Pedersen & Samuelsen, 2003). To nasjonale undersøkelser av ungdom fra 1992 og 2002 med litt mer enn 10 000 svar fra ungdom i alderen 13-19 år, i hver undersøkelse, undersøkte utviklingen av ungdoms seksualatferd i tiårsperioden. Resultatene viste økning i samleiedebut i hele aldersgruppen (13-19 år), fra 29 % i 1992 til 36 % i 2002. Årsaken til økningen av seksuell aktivitet hos ungdom kan skyldes at seksualitet har blitt mer synlig for «alle» gjennom at ungdom har tilgang på mobiltelfon og internett. Det kan medføre ett større press om å skulle debutere seksuelt og dessuten kan normer som tidligere har vært med på å utsette seksualdebuten, blitt svekket. Konsekvensene av økningen er at flere jenter i tenårene er seksuelt aktive og vil dermed ha behov for kunnskap og tilgang på prevensjon (Pedersen & Samuelsen, 2003). På bakgrunn av disse nasjonale undersøkelsene og nevnte undersøkelse, mener en kritiker at det er helsemessige utfordringer i at ungdom i Norge har mer og tidligere sex (Aavitsland, 2003). Han mener at en barriere for å ha sex for unge jenter er blitt fjernet, gjennom bedre tilgjengelighet til prevensjonsmidler. I tillegg til at endringene i ungdoms seksualvaner kan være ett tegn på økende bevissthet hos dem, så setter han spørsmålsteget ved om det også kan være et folkehelseproblem. Det kan bli et folkehelseproblem ved at det kan bli økt seksuell aktivitet når barrierer for å ha sex er fjernet, som kan resulterer i økte bivirkninger ved sex, som seksuelt overførbare infeksjoner og uønskede svangerskap. Men uansett er det viktig å ha kunnskap og følge opp endringer i ungdoms seksualatferd fordi det er forutsetningen for utvikling og utforming av helsetjenester for ungdom (Aavitsland, 2003).

En norsk studie utført med jenter i aldersgruppen 16-19 år, samlet informasjon om hvilke spørsmål unge jenter har om p-piller og bruken av p-piller (Kjendsli et al., 2016).

Datagrunnlaget var anonyme henvendelser fra 500 jenter hentet fra det digitale nettstedet Klara Klok. (Klara Klok inngår nå i Ung.no). Det kom frem at kunnskap om seksuell helse, i tillegg til konkrete ferdigheter, er avgjørende for unge jenters bruk av prevensjon. Ytterligere ble det hevdet at helsesøster har en viktig rolle som prevensjonsforeskriver, til denne gruppen jenter. Resultatene fra studien viste at i tillegg til informasjon om prevensjonseffekt har unge jenter størst behov for informasjon om blødning og blødningsforstyrrelser (Kjendsli et al., 2016).

Ungdata-undersøkelsene gjennomføres av Velferdsforskningsinstituttet i Norge, i samarbeid med alle landets syv regionale kompetansesentre for rusfeltet (Ungdata, u.å).

Undersøkelsene samler inn nasjonale resultater etter at skoleelever i hele landet har svart på spørsmål om hvordan de har det. Ungdata skal gi ett innblikk i hvordan det er å være ung i Norge i dag. Frem til 2016 var det i Ungdata-undersøkelsene ingen felles spørsmål om ungdom og seksuell helse. Indikatorene på seksuell helse var kun en tilleggsmodul som kommunene selv kunne bestemme om de ønsket å benytte (Ungdata, u.å).

Temaet seksuelle erfaringer ble for første gang tatt med i Ungdata i 2017, og ble kun rettet til elever ved videregående skoler (Bakken, 2017, s. 83-85). Hensikten var å undersøke om ungdom, i alderen 16-19 år, har debutert seksuelt og om de brukte kondom ved første samleie. Resultatene viste at 25 % av jentene har debutert seksuelt før de er 16 år og i 17-års alderen har flesteparten av ungdom i Norge, både jenter og gutter, debutert med samleie. Første gang de hadde samleie brukte syv av ti jenter, og seks av ti gutter prevensjon, og resten brukte ikke prevensjon. De fleste brukte kondom som prevensjonsmiddel, men vi mangler kunnskap om hvilke andre prevensjonsmetoder som ungdom benytter (Bakken, 2017).

Den siste Ungdata-undersøkelsen mangler spørsmål om ungdom og prevensjon (Bakken, 2020, s. 42-44). Grunnet #metoo-kampanjen har seksuell trakassering fått stor oppmerksomhet og det eneste ungdom har blitt spurt om innen temaet, er seksuell trakassering. Undersøkelsene har ikke stilt andre spørsmål om ungdoms seksuelle helse. For å kunne utvikle gode tiltak er det derfor viktig å søke kunnskap om hva ungdommen har av erfaring og kunnskap om seksualitet (Bakken, 2020).

I 2021 gjennomførte tre ansatte ved Sex og samfunn en undersøkelse om hva ungdom mener er utfordringer og hva som bør forbedres, når det gjelder deres seksuelle helse (Sex og samfunn, 2021b). Hensikten med studien var å spørre ungdom om hva unge selv mener er seksuelle og reproduktive helse og rettigheter (SRHR) i Norge i dag. Ungdomsgruppa reiste rundt i hele landet, fra Alta i nord til Kristiansand i sør, og snakket med ungdom. De gjennomførte 14 workshops i 10 byer. 125 unge mellom 12 og 29 år deltok. Flertallet var under 20 år. Resultatet ble en rapport om ungdoms perspektiver på seksuell helse i Norge. Det har blitt samlet inn 50 krav fra ungdom rundt i Norge, om fremtidens seksualpolitikk (sex

og samfunn, 2021a). Ungdom mener at prevensjon ikke er tilgjengelig for alle i Norge og heller ikke gratis for alle. De hevder at det er avhengig av hvor du bor. Rapporten viser at ungdom opplever manglende informasjon om de ulike bivirkningene ved hormonell prevensjon og ønsker mer informasjon om prevensjon, dessuten mener de helsesykepleier er for lite til stede på skolene. Konsekvensene blir en opplevelse av at det ikke er noen trygge voksne å gå til, dersom de opplever problemer. Resultatene konstaterer at det er både positive og negative sider ved SRHR. Den økte tilgjengeligheten til prevensjon, i tillegg til statlig subsidiert prevensjon, er positivt. Men det kommer frem at det er store forbedringsmuligheter innenfor enda bedre og mer tilgjengelig helsetjenestetilbud, bedre informasjon og bedre seksualitetsundervisning. Det blir viktig at ungdom får lov til å utforske nysgjerrigheten sin og bli møtt med forståelse for det (Sex og samfunn, 2021b).

2.2.2 Internasjonal forskning på seksuell helse og prevensjonsbruk

Amnesty International (u.å) oppgir at det er mange barrierer mot SRHR (seksuell og reproduktiv helse og rettigheter), der noen av barrierene er mangel på faktabasert kunnskap om seksuell helse, prevensjon og prevensjonsveiledning. Resultatet er en mødredødelighet på 300 000 årlig.

En randomisert kontrollert studie hadde som mål å vurdere effekten av primærforebyggende tiltak, på utilsiktet svangerskap blant ungdom (Origanje et al., 2016). Studien inkluderte 105 368 etnisk mangfoldige ungdommer i alder 10-19 år og primærforebyggende tiltak ble basert på skole, samfunn, hjem, klinikk. I kontrollgruppa fikk de enten pedagogiske eller prevensjonsfremmende tiltak. I intervensjonsgruppen fikk de en kombinasjon av både pedagogiske og prevensjonsfremmende tiltak. Resultatene viste at bruken av hormonell prevensjon ble signifikant høyere hos intervensjonsgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen. Konklusjonen var at kombinasjonen av pedagogiske og prevensjonsfremmende tiltak reduserte risikoen for ufrivillig graviditet blant ungdom betydelig (Origanje et al., 2016).

En kanadisk studie viste at mange universitetsstudenter unngikk å oppsøke seksuelle helsetjenester, til tross for at de var tilgjengelig (Cassidy et al., 2018). Resultatene viste at begrenset kunnskap om seksuell helse, lite synlig helsetjenester og stigma knyttet til tilgang til seksuelle helsetjenester var barrierer for bruken av helsetjenestene. Det som fremmet

bruken av helsetjenestene var å møte samme helsepersonell flere ganger, lett tilgjengelighet til tjenesten og støttende venner (Cassidy et al., 2018).

Prevensjonsbeslutninger er også undersøkt i den europeiske PULSE-undersøkelsen, der fokuset var å finne ut hvorfor ikke flere benytter LARC (Caetano et al., 2020). Studien hevder at å velge prevensjonsmetode er en prosess som går over flere trinn. Først må kvinnen være klar over hvilke metoder som finnes. Etter hun har samlet informasjon om ulike metoder for prevensjon, skal hun vurdere utfra egne behov og livsstil hvilken som passer best, basert på brukervennlighet, prevensjonseffekt og brukstid. Etter dette vil kontakt med andre nøkkelpersoner som venner, familie og helsepersonell kunne påvirke og medføre en beslutning om prevensjonsmetode (Caetano et al., 2020). PULSE-studien undersøkte 7221 kvinners bruk av prevensjon, i 14 europeiske land, og det viste seg at p-piller og kondom var mest brukt prevensjonsmetode, kun 11.3% benyttet LARC. Studien konkluderte med at mangel på kunnskap om LARC er sannsynlig årsaken til at såpass få benyttet seg av disse prevensjonsmetodene. Videre kom det frem at informasjon formidlet fra helsepersonell, påvirket kvinnene i valg av prevensjon (Caetano et al., 2020)

Contraceptive CHOICE-prosjektet (CHOICE) er et prosjekt som ønsket å redusere utilsiktede svangerskap hos kvinner i St. Louis-området, ved å øke kunnskapen om prevensjonsmetoder og ved å fjerne hindringer for prevensjonsbruk som kostnader, lite kunnskap og vanskelig tilgang (Birgisson et al., 2015). CHOICE var en prospektiv kohortstudie der 9000 kvinner i alderen 14-45 år fikk veiledning om alle typer prevensjon, og deretter fikk de gratis prevensjon i 2-3 år, og den oppga at 75% av kvinnene valgte LARC når kostnadene var redusert eller fjernet. Studien antyder at LARC metodene er 20 ganger mer effektive enn ikke-LARC metoder. Og som et resultat ble det observert en reduksjon i andelen gjentatte aborter, og de fant også betydelige reduksjoner i henholdsvis tenåringsgraviditet, fødsel og førstegangsabort (Birgisson et al., 2015).

2.3 Fallende abortrater og videre reduksjon av utilsiktet svangerskap

I Norge er det lave, og fortsatt synkende, aborttall (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Abortregisteret viser til at det er en nedgang i svangerskapsavbrudd, særlig for de under 25 år (Folkehelseinstituttet, 2021). Siden 2008 har trenden vært synkende aborttall og antall svangerskapsavbrudd har aldri vært lavere siden Abortregisteret ble opprettet.

Svangerskapsavbrudd i Norge 2018-2020 i aldersgruppen 15-19 år, har falt fra 5,5 til 4,4 per 1000 kvinner. Samtidig har det siden 2009 vært en nedgang i antall fødsler per 1000 kvinner i fertil alder (15-49 år) (Folkehelseinstituttet, 2021).

Data fra Abortregisteret 2019, gjengitt i *Handlingsplanen for fortsatt reduksjon av svangerskapsavbrudd*, viser at de fleste som tok abort mellom 2014 og 2018 oppga at de ikke hadde brukt prevensjon da de ble gravide (Abortregisteret, 2019, sitert i Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s, 15). Nesten 38 % rapporterte at de hadde brukt prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 15).

Myndighetene vil sikre at arbeidet med fallende abortrater fortsetter samtidig som de vil jobbe for å redusere antall ikke-planlagt svangerskap ytterligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.4 Hva er helsepolitiske føringer på området?

Sju departementer har gått sammen og laget «# Ungdomshelse- regjeringens strategi for ungdomshelse», for å styrke ungdomshelsen i oppveksten, som i neste omgang kan kvalifisere for god helse gjennom livet (Departementene, 2016). Strategiens overordnede mål er blant annet at ungdommens stemmer skal høres når det utformes tjenester som berører dem, at det skal legges til rette for ett bedre kunnskapsgrunnlag om helse og tilbud av helsetjenester til ungdom, samt bedre tilgang til lavterskel helsetjenester. Selv om det hevdes at skolehelsetjenesten er blant de viktigste lavterskel helsetjenestene til ungdom, så er det ifølge strategien fortsatt behov for mer tidlig innsats og ytterligere å utvide tilgangen til lavterskeltilbud til ungdom (Departementene, 2016). Ungdommene har mange gode råd og tips og vi bør bruke ungdommens erfaring som en kunnskapskilde.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) har utarbeidet en strategi kalt «*Snakk om det! strategi for seksuell helse*», for å sette søkelys på at seksualitet er en helsefremmende ressurs uten hensyn til alder. Kvinners seksuelle helse synliggjøres i delmålene i *Strategi for seksuell helse*. Strategien hevder tilgangen til informasjon og kunnskap om seksuell helse og seksualitet som grunnleggende for at mennesker skal oppleve mestringskompetanse og kontroll over sin egen seksuelle helse og reproduktive helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ifølge denne er seksualitet i alle aldre en helsefremmende

ressurs, og god seksuell helse vil fremme god helse og god livskvalitet for den enkelte. Delmålene i strategien er å legge til rette for at mennesker har god kunnskap om egen seksuell helse og sikre god tilgang på helsepersonell. I Norge er det lave, og fortsatt synkende, aborttall. Helsemyndigheten hevder at innsatsen i Norge med fallende abortrater har vært vellykket og at det derfor er viktig for regjeringen at vi fortsetter med dette arbeidet, samtidig som de ønsker at vi skal jobbe for å redusere antall ikke-planlagte svangerskap ytterligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 32).

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) utarbeidet «*Handlingsplan for fortsatt reduksjon av svangerskapsbrudd*», der det settes søkelys på at god seksuell helse er viktig for livskvaliteten. Videre fastslås det at for at barn og unge skal kunne sette grenser om egen kropp trenger de kunnskap og de bør lære å ta egne valg om seksualitet. Hensikten med handlingsplanen er å ytterligere redusere ikke-planlagte svangerskap og svangerskapsavbrudd. Målet er at aborttallene reduseres med en tredjedel i perioden 2014-2024. Selv om det har vært en nedgang i aborttallene, viser handlingsplanen at det fortsatt skal jobbes med en ytterligere reduksjon at svangerskapsavbrudd. Tiltakene i handlingsplanen skal fremme helsekompetansen i befolkningen, slik at det gis mulighet til å kunne ivareta egen seksuell og reproduktiv helse. Det er særlig to områder som skal styrkes; informasjon og veiledning om prevensjon samt tilgjengelighet til prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25). For det første så skal det settes inn tiltak om økt informasjon og veiledning og prevensjon, gjennom at helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal veilede kvinner over 16 år om prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25), samt at flere direktorater skal samarbeide om å gi tilpasset informasjon gjennom den offentlige informasjonskanal for ungdom, nettsiden Ung.no (Ungdata, u.å). For det andre skal tilgjengeligheten til prevensjon styrkes, gjennom utvidet rekvireringsrett for helsesykepleiere og jordmødre (Rekvirerings- og utleveringsforskriften, 2015), samt økt bidragsordning til ungdom mellom 16-22 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 31).

Nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten og helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017) vektlegger skolehelsetjenestens mandat i å fremme seksuell helse ved å jobbe med ferdighetstrening, helseopplysning, undervisning og motivering for å få ungdom til å bruke prevensjon. Skolehelsetjenesten skal også forebygge seksuell uhelse, uønsket graviditet og

SOI (seksuell overførbart infeksjon) ved å fokusere på de positive sidene ved seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017).

Til tross for alt dette hevder kritiske røster at helsepolitiske føringer innen seksuell helse ikke har bidratt til konkret endring innen seksuell og reproduktiv helse (Follestad et al., 2021).

2.4.1 Helsepolitiske føringer til prevensjonsforeskrivere

Individuelle behov bør vektlegges når det skal velges prevensjon (Helsedirektoratet, 2017, 2019; Sex og samfunn, u.å.). Den som foreskriver prevensjon, skal gi informasjon om riktig bruk og om mulige bivirkninger, slik at kvinnen på bakgrunn av det skal kunne velge den prevensjonsmetoden som hun ønsker å benytte (Helsedirektoratet, 2017, 2019; Sex og samfunn, u.å.). Helsestasjon for ungdom skal gi veiledning om bruk av prevensjon tilpasset målgruppen og sikre lett tilgang på prevensjon, i tillegg til å rekvirere prevensjon til kvinner (Helsedirektoratet, 2019). Videre skal sjekkliste for den som foreskriver hormonell prevensjon følges (Legemiddelverket, 2016). Helsedirektoratet (2017) anbefaler at prevensjonsforeskrivere ved HFU og skolehelsetjenesten benytter temaside fra Legemiddelverket for å holde seg oppdatert på kunnskap om prevensjon. I tillegg mener de at forskrivere bør holde seg oppdatert på kunnskap og prosedyrer fra Sex og samfunns «eMetodebok» (Helsedirektoratet, 2017; Legemiddelverket, 2016; Sex og samfunn, u.å.). Helsepolitiske anbefalinger er at flere kvinner skal få mulighet til å bruke long-acting reversibel contraception (LARC) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; World Health Organization, 2016). Handlingsplanen for fortsatt reduksjon av svangerskapsavbrudd peker på at LARC har stor sikkerhet mot uønsket graviditet, ingen eller få brukerfeil og brukskontinuiteten er stor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Siden langtidsvirkende prevensjon er sikrere enn korttidsprevensjon, er det ønskelig at flere bytter fra p-piller til LARC. Dersom flere bruker LARC kan en ytterligere reduksjon i uønsket svangerskap oppnås, i tillegg til stor brukertilfredshet og få bivirkninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 33; 2020, s. 20).

Med begrunnelse i at LARC har stor sikkerhet mot uønsket graviditet, ingen eller få brukerfeil og brukskontinuiteten er stor, anbefaler norske helsemyndigheter og Verdens helseorganisasjon at flere kvinner får mulighet til å bruke LARC (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2016, 2020; Helsedirektoratet, 2017; World Health Organization, 2016).

2.4.2 Helsesykepleiers rolle i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom

Helsesykepleier bør undervise barn om seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017). I Norge har vi tradisjon for å undervise om seksualitet i skolen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 15). For å bli selvstendig og i tillegg respektere andres grenser, trenger ungdom å få kunnskap om respekt og rettigheter, som i neste omgang gir grunnlag for identitetsutviklingen. Når ungdom får riktig kunnskap om seksuell helse så medfører det at de debuterer senere seksuelt, de er flinkere til å benytte prevensjon og i tillegg utvikler ett godt forhold til egen intimitet og seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Skolehelsetjenesten bør være med i seksualitetsundervisningen i skolen, slik at barn og unge kan få handlingskompetanse og nødvendig kunnskap til å utvikle god seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleier bør særlig tilby sin kompetanse i veiledning og undervisning med barn og unge om seksuelle rettigheter, grensesetting og prevensjon. Gjennom respekt, åpenhet og positive holdninger til seksualitet, bør helsesykepleier sikre at alle barn og unge får handlingskompetanse og nødvendig kunnskap til å sikre god seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017). Det anbefales at temaene kondombruk, prevensjon og seksualitet tas opp i seksualitetsundervisningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det stilles krav til at helsesykepleier har god og oppdatert kunnskap om temaene i seksualitetsundervisningen, og målet med undervisningen er å sikre at barn og unge får kunnskap om egen kropp, hvordan sette grenser, og om seksuell helse og seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 18). I tillegg til undervisning, skal helsesykepleier tilby individuelle konsultasjoner til barn og unge i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

Alle kommuner skal ha ett tilbud om HFU (helsestasjon for ungdom), som skal være gratis og ett supplement til skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleier og lege er til stede ved HFU, og skal kunne snakke med ungdom om seksualitet og seksuelle følelser. HFU skal ha drop-in-tilbud utenom skole- og arbeidstid, og den bør i tillegg samarbeide med skolehelsetjenesten og svangerskapsomsorgen. På HFU skal ungdom få veiledning om

seksuell helse. De fleste ungdom som benytter HFU har spørsmål om seksuell helse, seksuelt overførbare infeksjoner og prevensjon (Helsedirektoratet, 2017).

Helsesykepleier i skolehelsetjenesten og ved HFU, skal veilede og foreskrive prevensjon til ungdom, og sikre at prevensjon er tilgjengelig for de som trenger det (Helsedirektoratet, 2017, 2019). Helsesykepleier må ha god og oppdatert kunnskap om prevensjonsmetoder for å sammen med den enkelte ungdom, hjelpe vedkommende til å ta ett valg som passer best for den enkelte (Helsedirektoratet, 2019). I norsk gynekologisk forening (Ræder et al., 2021), hevdes det at prevensjonsforeskrivere har plikt til å hjelpe kvinnen i å finne ett prevensjonsmiddel som passer for henne. Det hevdes at alle kvinner som er i reproduktiv alder bør spørres om de trenger prevensjon, og at god informasjon kan medføre ett riktig valg av prevensjon og dermed mindre risiko for uønsket svangerskap, og bedre livskvalitet for kvinnen (Ræder et al., 2021).

2.5 Hvilke virkemidler er tilgjengelig for å øke prevensjonsbruken i Norge?

Regjeringen har gjennom styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten og utvidet rekvireringsrett for helsesykepleier og jordmor, gjort helsepersonell lettere tilgjengelig for ungdom. Digitale informasjonstjenester der svar gis direkte fra helsepersonell til ungdom gjennom telefon, chat (nettprat) eller innsending av spørsmål er særlig viktig for ungdommen.

2.5.1 Skolehelsetjenesten, HFU og helsesykepleier som ett lavterskeltilbud

Med lavterskeltilbud menes kommunale helsetjenester som er lett tilgjengelig for ungdom og som ikke krever henvisning, for eksempel skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom (HFU) og tilbud fra helsesykepleier. Heretter kalt helsetjenesten.

I retningslinjene for helsestasjon og skolehelsetjenesten vektlegges muligheten for lett tilgjengelig prevensjon og flere sikre prevensjonsmetoder, i tillegg til god veiledning, som viktige tiltak i innsatsen for å forebygge ikke-planlagte svangerskap og abort (Helsedirektoratet, 2017). For å forebygge uønskede svangerskap og abort, så er lett tilgang til prevensjon og flere sikre prevensjonsmetoder, viktige tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Mange kvinner synes det er mye enklere å oppsøke skolehelsetjenesten og HFU, som de allerede er kjent med, enn fastlege og gynekolog. Helsestasjon og skolehelsetjenesten er en særlig viktig tjeneste som skal tilby veiledning og

informasjon om prevensjon til ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Informasjonen som gis skal være tilpasset mottakeren med hensyn til individuelle forutsetninger, som for eksempel alder og modenhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.5.2 Helsesykepleier som veileder og foreskriver av prevensjon

Helsesykepleier skal gi veiledning om seksuell helse, individuell prevensjonsveiledning og rekvirere prevensjonsmidler ved behov (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleier ved skolehelsetjenesten og HFU skal informere og veilede ungdom slik at de kan finne prevensjon som passer best for seg. Hun må ha oppdatert kunnskap om tilgjengelige prevensjonsmetoder, og sammen med ungdommen skal hun finne det prevensjonsmidlet som passer best. Og for å vurdere hvilket prevensjonsmiddel som passer best skal hun ta hensyn til beskyttelse mot uønsket graviditet, alder, kjønn, seksuell praksis (hvor ofte og med hvem har ungdommen sex), bivirkninger og pris. På HFU bør det være helsepersonell, som helsesykepleier, som har kompetanse til å administrere LARC (Helsedirektoratet, 2017).

Helsesykepleier bør stille åpne og direkte spørsmål i konsultasjoner med ungdom om seksuell helse og prevensjon, dessuten er det viktig at helsesykepleier tar utgangspunkt i den enkelte ungdoms kunnskapsnivå og erfaringer. I tillegg må helsesykepleier være bevisst egne holdninger om prevensjon og ikke la det påvirke prevensjonsveiledningen til ungdom (Helsedirektoratet, 2017).

I de nasjonale retningslinjene for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017), anbefales det at forskrivere av prevensjon bør forholde seg til Statens legemiddelverks «sjekklister for forskrivere», for å holde seg oppdatert på kunnskap om prevensjon (Legemiddelverket, 2016). I retningslinjene står det også at prevensjonsforeskriver bør bruke Sex og samfunns «eMetodebok for seksuell helse» som kilde for prosedyrer, prevensjonsveiledning og rekvirering av prevensjon (Sex og samfunn, u.å.).

I prosedyrer for prevensjonsveiledere, «eMetodebok», tilrås det i veiledningen av prevensjon, å også informere om mulige positive og negative bivirkninger med prevensjonen (Sex og samfunn, u.å.). Den vanligste årsaken til at kvinner slutter med LARC er bivirkninger,

som uforutsigbare og uregelmessige blødninger. Forskning viser imidlertid at strukturert prevensjonsveiledning, der det gjøres rede for eventuelle mulige bivirkninger, vil øke sjansen for at kvinnen fortsetter å bruke LARC og også øke brukertilfredsheten, til tross for bivirkninger (Grentzer et al., 2013). Før innsetting av LARC bør det i tillegg til å informeres om bivirkninger, risiko og fordeler, gis grundig informasjon om prosedyrene for innsetting og fjerning (Grentzer et al., 2013). Som prevensjonsforeskriver bør helsesykepleier gi informasjon om mulige bivirkninger, slik at kvinnen kan ta ett valg om hvilken prevensjon hun ønsker, basert på informasjon hun har fått (Sex og samfunn, u.å.).

2.5.3 Rekvireringsretten for helsesykepleier og jordmor

Helsesykepleier skal rekvirere hormonell prevensjon ved skolehelsetjenesten og ved HFU ved behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2017).

Rekvireringsretten for helsesykepleier og jordmor sikrer at ungdom har lett tilgang til prevensjonsmidler i helsestasjon og skolehelsetjenesten (Helsesykepleieres og jordmødres rett til rekvirering, 1998). Dette er i samsvar med anbefalingene i *Handlingsplanen for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd* og retningslinjene for helsestasjon og skolehelsetjenesten, om at hele intensjonen med rekvireringsretten for helsesykepleier og jordmor var for å sikre ungdom lett tilgang til hormonell prevensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2017). Fra 1. januar 2016 ble *rekvireringsretten* til helsesøstre og jordmødre utvidet til å gjelde alle typer prevensjonsmidler til kvinner over 16 år, inkludert langtidsvirkende prevensjonsmidler som spiral og p-stav (Rekvirerings- og utleveringsforskriften, 2015). Helsesykepleier er dermed tillagt et stort ansvar gjennom den utvidete rekvireringsretten (Helsesykepleieres og jordmødres rett til rekvirering, 1998; Rekvirerings- og utleveringsforskriften, 2015). Videre har regjeringen styrket helsestasjon- og skolehelsetjenesten, gjennom tilskuddsordningen, der kommuner i Norge kan søke om ekstra økonomisk tilskudd (Helsedirektoratet, 2022), samt utvidet rekvireringsrett for helsesykepleier og jordmor, og følgelig gjort helsepersonell lettere tilgjengelig for ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Fra 1 januar 2022 kan helsesykepleiere og jordmødre rekvirere hormonell prevensjon uten aldersbegrensning. Det innebærer at dersom de har relevant kompetanse så kan de rekvirere alle typer prevensjonsmidler til alle aldersgrupper, også til unge jenter under 16 år (Helsedirektoratet, 2021a).

2.5.4 Bidragsordning for hormonell prevensjon

I 2002 ble det innført en ordning i Norge med at kvinner fra 16-19 år kunne få enkelte p-piller gratis og i 2015 ble også spiral og p-stav inkludert i *bidragsordningen*, i tillegg til at den øvre aldersgrensen ble utvidet fra 20 til 22 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 31). Gjennom *bidragsordningen* får nå alle ungdom, mellom 16 og 22 år, helt eller delvis dekket kostnadene for hormonell prevensjon, gjennom Helfo (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

2.5.5 Digitale informasjonskanaler til ungdom

Digital informasjon til unge er et satsningsområde. Flere direktorater samarbeider om å gi tilpasset informasjon om det ungdom lurer på, fra fagpersoner, gjennom den offentlige informasjonskanal for ungdom, nettsiden Ung.no (Ung.no, u.å.). Det er Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som driver nettstedet, der målgruppen er ungdom 13-20 år. På Ung.no skal ungdom finne den informasjonen de trenger, ved at nettsiden skal dekke de temaer som de er interessert i, som for eksempel; seksualitet og kropp, fysisk og psykisk helse til utdanning, jobb og fritid. Her skal ungdom få lett tilgang på informasjon om det de måtte ønske og det er også en spørretjeneste der ungdom kan spørre om alt mulig, og alt er kvalitetssikret av myndighetene (Ung.no, u.å-a). Hensikten er at ungdom skal få lett tilgang på nøytral og objektiv informasjon om tema de er opptatt av, som skal hjelpe dem til utvidet handlingskompetanse og dermed kunne ta gode valg for dem selv i livet. I neste omgang skal de få informasjon om hvor de skal kunne søke etter videre veiledning. Nettsiden skal være oppdatert, relevant og nyttig slik at ungdom finner tema de er interessert i, og samtidig skal det være trygt for ungdom å benytte den (Ung.no, u.å-a).

Sex og samfunn er en ideell stiftelse, som i tillegg til å være Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR), også driver undervisnings- og formidlingsarbeid nasjonalt (Sex og samfunn, u.å.). De driver egen chat (nettprat), der ungdom over hele landet tar kontakt for å snakke med kvalifisert helsepersonell om seksuell helse. Helsedirektoratet støtter og gir økonomisk tilskudd til Sex og samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Stiftelsen får støtte fra Helsedirektoratet for å drive med fagutvikling av helsepersonell og også for å spre kunnskap til ungdom via helsesenteret, telefon og chat-tjenesten. Det er anbefalt at prevensjonsforeskrivere benytter den digitale

eMetodeboken.no som grunnlag for rutiner, ved foreskriving av hormonell prevensjon (Helsedirektoratet, 2017). Sex og samfunn skal utvikle og oppdaterer *eMetodebok.no*, samt drifte egen nettside med faktaopplysninger om SRHR (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

3 Teoretisk referanseramme

3.1 Prevensjonsbruk som en bevisst atferd

Mennesker oppfatter sin egen atferd som naturlig gjennom en seksuell lærings- og sosialiseringssprosess som er med på å styre menneskers atferd (Træen, 1995). Alle typer atferd som læres gjennom en lærings- og sosialiseringssprosess er vanskelig å endre. Videre fastslår hun at det å endre seksuell atferd henger sammen med å skulle endre folks forståelse av hva som er naturlig og dermed oppfattes som normalt. Og hva folk mener er naturlig og normalt, er dypt rotfestet i selve opplevelsen av hvordan mennesket ser på seg selv som hvem de er (Træen, 1995, s. 149).

3.2 Atferdsteori

Det å velge en relevant atferdsteori for å forklare eller predikere hvorfor folk gjør som de gjør kan være utfordrende. Det finnes ett stort antall teorier å velge mellom, f.eks Teorien om Helseoppfatning (Hall, 2012). Davis et al. (2015) identifiserte 83 teorier om atferd og atferdsendring på tvers av sosiologi, psykologi, økonomi og antropologi. Mange atferdsteorier har like og overlappende konstruksjoner (Michie et al., 2005).

3.2.1 COM-B modellen for atferdsendring

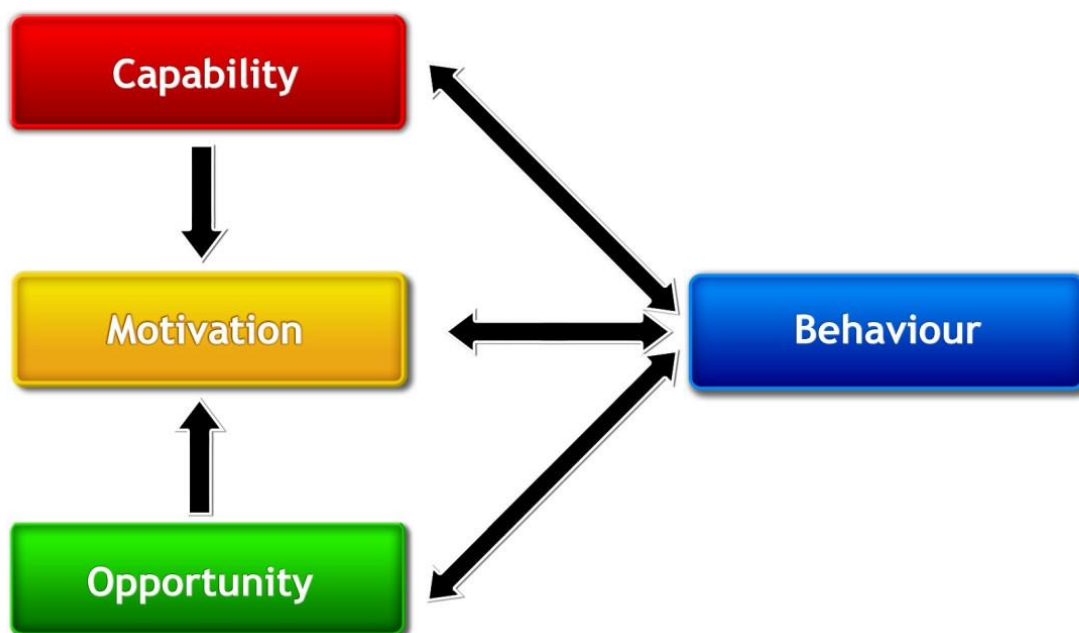
Michie et al. (2014) hevder at for å kunne utføre en atferd (Behavior) så trenger vi evne (Capability), mulighet (Opportunity) og motivasjon (Motivation). For at mennesker skal engasjere seg i en bestemt oppførsel (B) på ett bestemt tidspunkt, må de være psykisk og fysisk i stand til det (C). De må ha sosiale og fysiske muligheter (O) til å utføre atferden. I tillegg må de ha motivasjon (M) i form av ønske eller behov for å utføre denne atferden, mer enn annen konkurrerende atferd, på dette tidspunktet. Hvis en ønsket atferd ikke skjer, må for eksempel en helsesykepleier finne ut hva som kan endres for å oppnå ønsket atferd.

Evne defineres her som menneskets psykologiske og fysiske evner for en atferd. Her inkluderes det å ha nødvendig kunnskap og ferdighet. Den psykologiske ferdigheten innebærer evnen til å engasjere seg, forståelse og resonnement. Motivasjon defineres som alle prosesser som gir energi og fører til atferd. Det er *reflekterende motivasjon* som går på det å kunne planlegge og evaluere og *automatisk motivasjon* som handler om følelser og impulser. Mulighet defineres som alt som ligger utenfor mennesket, som fysiske og sosiale

muligheter. Fysiske muligheter er gitt av miljøet mens sosiale muligheter er gitt av det kulturelle miljøet vi lever i. Dette påvirker måten vi tenker og handler på. I denne atferdsmodellen er det da seks komponenter. Michie et al. (2011, s. 14) skriver at alle disse seks komponentene, bortsett fra reflekterende motivasjon, er nødvendige for å nå målet om atferd.

I figur 2 hentet fra Michie et al. (2011) kan vi se hvordan alle faktorene virker inn på hverandre. Piler som går kun en vei og piler som går begge veier i figuren, viser hvordan komponentene påvirker hverandre. For eksempel kan mulighet (O) påvirke motivasjon (M) og atferd (B), dette kan da medføre en endring av atferd (B) som igjen kan endre og påvirke evne (C), motivasjon (M) og mulighet (O). En handling kan på denne måten påvirke en eller flere komponenter i atferdsmodellen.

Figur 2. COM-B systemet- ett rammeverk for atferdsendring



Michie et al. 2011 COM-B system

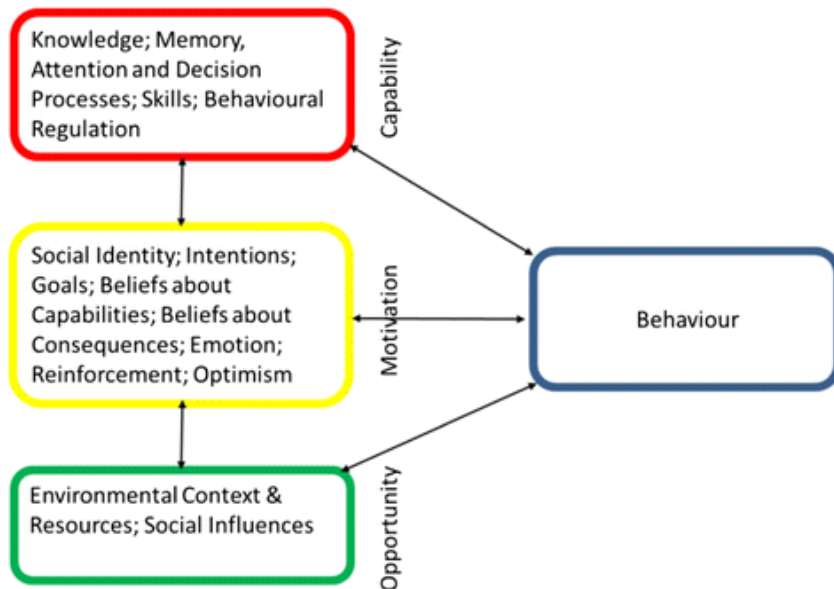
Flere studier har benyttet COM-B modellen for å fremme en atferdsendring (Alexander et al., 2014; Barker et al., 2016; West et al., 2020), men så vidt vi vet har ingen studier av ungdoms bruk av prevensjon brukt dette rammeverket. Eksempelvis har COM-B modellen

blitt brukt av Barker et al. (2016) for å forbedre høreapparatbruken i voksen auditiv rehabilitering og av Alexander et al. (2014) for å styrke utviklingsmessige sårbare førskolebarn før skolestart. Modellen har også blitt benyttet i forskning for å redusere SARS-CoV-2-overføring (West et al., 2020). McDonagh et al. (2018) har benyttet COM-B modellen for å se på barrierer og muligheter for klamydiatesting hos unge mennesker.

3.2.2 The Theoretical domains Framework

The Theoretical domains Framework (TDF) utvider COM-B modellen ved å gå enda mer detaljert inn i hva som potensielt kan fremme eller hemme atferd i en bestemt situasjon (Cane et al., 2012). TDF ble utviklet som ett svar på den store mengden av overlappende atferdsteorier og mangel på veiledning om hvordan man kan velge mellom dem (Cane et al., 2012; Michie et al., 2005). 33 teorier om atferdsendring er lagt til grunn i det teoretiske rammeverket som ble utviklet av Michie et al. (2005), og validert av Cane et al. (2012). TDF består av 14 domener som mulig kan forklare atferd, nemlig: «Kunnskap», «Ferdigheter», «Hukommelse», «Oppmerksomhet og beslutningsprosess», «Atferdsregulering», «Ressurser og miljøkontekst», «Følelser», «Sosial/profesjonell rolle og identitet», «Tro på evner», «Tro på konsekvenser», «Mål», «Sosiale påvirkninger», «Intensjoner» og «Optimisme». Atkins et al. (2017) har laget en veiledning for bruk av TDF. Den presenterer hvordan du kan bruke TDF for å undersøke og løse implementeringsproblemer, og dermed oppnå implementeringsmål, som er endring av atferd (Atkins et al., 2017).

En oversiktlig figur over COM-B modellen som ett rammeverk for forståelse av atferd, og 14 tilhørende domener, er vist under (Figur 3).



Teoretiske domener under TDF gruppert i COM-B-modellen

Figur 3 hentet fra (Curtis et al., 2017)

Hvert domene i COM-B modellen kan relateres til forskjellige TDF-domener, og hvert TDF-domene er relatert til ett domene i COM-B modellen (Atkins et al., 2017).

TDF har senere blitt knyttet opp imot en nyere og enklere modell for atferd, COM-B modellen (Cane et al., 2012; Michie et al., 2014).

COM-B modellen for atferdsendring er brukt som teoretisk rammeverk for å forstå bruk av prevensjon i denne studien.

4 Design og metode

Studien anvender kvalitativ metode, nærmere bestemt individuelle intervjuer av jenter for å kunne gå i dybden og utforske informantenes egne tanker og meninger om problemstillingen.

4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Formålet med den samfunnsfaglige metoden er å vise kunnskap om hvordan verden faktisk ser ut (Johannessen et al., 2016, s. 25). Empirisk forskning er å samle inn, analysere og tolke data og systematikk, grundighet og åpenhet er de viktigste kjennetegnene. Hvis forskeren ønsker å gå i dybden og søke etter meningen med sosiale fenomener, så bør han bruke kvalitativ metode (Thagaard, 2018, s. 11). Kvalitativ forskningsmetode beskriver, analyserer og fortolker kvaliteter og egenskaper ved de fenomenene som undersøkes, ved å forske på hvordan vi lever livet vårt, fra innsiden (Thagaard, 2018, s. 11). Det er mest hensiktsmessig å bruke én-til-én intervjuer når temaet det snakkes om kan oppleves intimt (Johannessen et al., 2016, s. 144). All kunnskap kommer fra sanseerfaring og dette er empirismens hovedideologi. Ved å bruke observasjon og eksperiment systematisk, kan man teste ut hypotesene mot fakta (Thomassen, 2006, s. 73).

Intervju er en aktiv prosess der både forsker og intervjuperson er med på å utvinne ny kunnskap. Intervju er også en sosial praksis der nyvinning av kunnskap oppstår gjennom samspill (Kvale & Brinkmann, 2015). Tjora sammenligner én-til-én intervjuer og dybdeintervjuer, og bruker fellesbetegnelsen dybdeintervjuer (Tjora, 2021, s. 127-129). Han hevder at målet med alle dybdeintervjuer er å skape situasjoner *der samtalen forløper fritt* mellom intervjuperson og forsker. Temaene i samtalen har forskeren bestemt på forhånd. Meningen er å få intervjupersonen til å reflektere over egne erfaringer, holdninger og opplevelser. Han skriver at det ikke kan understrekes tydelig nok at vi i dybdeintervjuer utelukkende studerer informanten som subjekt eller forhold som knyttes opp mot informantens subjektivitet. Vi er med andre ord ute etter å finne ut hvordan informanten forstår sin virkelighet ut ifra sine opplevelser og erfaringer. Det er derfor ikke bare kun informantene som subjekt det handler om. Intervjuene med informantene kan også brukes for å forstå sammenhenger som går videre og ut over informantene som individer.

Jeg kommer til å bruke betegnelsen én-til-én intervjuer og dybdeintervjuer litt om hverandre, alt etter som hvilken betegnelse forskningen jeg har benyttet bruker.

4.2 Avklaring av egen forforståelse

Gadamer beskriver fenomenet menneskelig forforståelse og han er opphavsmannen til «den hermeneutiske sirkel» (Gadamer, 1960, sitert i Krogh, 2014, s. 43 og s. 10-11). Videre hevder Gadamer at forforståelse er grunnleggende ved det å være menneske og at forut for forforståelsen så har vi fordommer (Gadamer, 1960, sitert i Krogh, 2014, s. 49). Det er umulig å forstå ulike kulturer uten fordommer. Ifølge Thomassen (2006, s. 91) er den hermeneutiske sirkel det at vi utvikler forståelsen vår gjennom stadige bevegelser mellom deler og helhet.

Min forforståelse av unge jenter og prevensjon, er preget av utdanning, livserfaring og mange års erfaring som helsesykepleier, herunder arbeid med å skrive ut resepter på hormonell prevensjon til unge jenter. Som prevensjonsutskriver holder jeg meg oppdatert på retningslinjer fra norske helsemyndigheter og prevensjonsmidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020; Helsedirektoratet, 2017, 2020; Legemiddelverket, 2016). Jeg har med andre ord kunnskaper, erfaringer og holdninger knyttet til tema, og dermed også en forforståelse av hvilke prevensjonsmetoder unge jenter bør bruke.

I møte med intervjupersonene vil jeg ha med meg den forforståelsen. Hvordan jeg forstår og tolker dialogen vil påvirke møtet mellom oss. I min prosess har jeg prøvd å være bevisst på at mine erfaringer påvirker min forforståelse. Jeg har også prøvd å være bevisst på at mine fordommer kan ha betydning for intervjuene og dermed for datagrunnlag og analyse i prosjektet.

I kvalitative forskningsintervju er det ett klart asymmetrisk maktforhold (Kvale & Brinkmann, 2015). For å utjevne dette har jeg prøvd å være bevisst maktbalansen som er mellom meg som forsker og jentene som intervjupersoner, ved å forsøke å være en aktiv lytter, ved å spørre undrende og ved å be dem om å utdype svarene sine underveis i intervjuet. Jeg har også forsøkt å være bevisst på min rolle gjennom å være oppmerksom på at det er jeg som bestemmer temaene, ved å stille spørsmålene fra intervjuguiden, og at det er opptil meg å vurdere hvilke svar jeg ønsker jentene skal utdype mer.

4.3 Utvalg og rekruttering

Strategisk utvelgelse er å systematisk velge ut de personer som har egenskaper som passer til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Dette prosjektet benytter ett systematisk utvalg hvor inklusjonskriteriene var jenter mellom 16-19 år som brukte hormonell prevensjon.

Fordi det var helsesykepleier ved videregående skole som rekrutterte informanter, ble det å være elev i videregående skole også et inklusjonskriterie. Kvale og Brinkmann (2015, s. 148) hevder at det i en vanlig intervjuundersøkelse bør være rundt 15 +/- 10 deltakere.

Som en hovedregel intervjuer man nok personer til at en opplever metning (Tjora, 2021, s. 158). En metning vil si at det ikke kommer frem noen ny informasjon. Videre bør en alltid begrunne veldig godt en påstand om å ha nådd datametning. En slik påstand bør være nært knyttet opp mot det utvalget og det temaet som det forskes på (Tjora, 2021).

Rektor på en videregående skole i en nabokommune fikk skriftlig informasjon ved å få tilsendt intervjuguiden (vedlegg 5) og samtykkeskjema (vedlegg 4). I tillegg hadde vi ett møte der hun fikk muntlig informasjon om prosjektet, og godkjente undersøkelsen.

Helsesykepleier ved skolen fikk samme muntlig og skriftlig informasjon. Hun rekrutterte informantene, informerte jentene om prosjektets hensikt i forkant av intervjuene og sjekket at de var over 16 år. Ungdom over 16 år har samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og foresatte må derfor ikke samtykke.

Vi avtalte at helsesykepleier skulle rekruttere 6 jenter. Jentene ble kontaktet via tekstmelding.

4.4 Datainnsamling

4.4.1 Intervjuguiden

Hovedstrukturen i intervjuguiden i semistrukturerte intervjuer, inneholder en oversikt over sentrale temaer som intervjueren ønsker at deltakeren skal snakke om, samt mer spesifikke temaer under hvert hovedtema (Thagaard, 2018, s. 95).

I intervjuguiden (vedlegg 5) er hovedspørsmålene gruppert etter COM-B modellen (Michie et al., 2014; Michie et al., 2011), (se figur 2). Rammeverket for intervjuguiden er hovedkategoriene; evne (psykologiske og fysiske), mulighet (fysiske og sosiale) og motivasjon (reflekterende og automatisk). Til sammen er det seks kategorier for hva som

potensielt kan påvirke atferd. Alle spørsmål i intervjuguiden er plassert under disse seks kategoriene.

Når det gjelder kategorien *evne*, så er det ikke like mye fokus på *fysisk evne*, da fokuset her ligger på kunnskap og ferdigheter hos jentene, og jeg hadde ikke til hensikt å spørre ut jentene om hvor mye kunnskap de har om de forskjellige prevensjonsmetodene. Dessuten ser jeg at dette er oppstartsspørsmål som mer brukes for å bli kjent med deltakerne. I *Psykologisk evne* derimot stilles det spørsmål om informasjon, som for eksempel hvor jentene henter informasjon fra og hvordan de opplever å bruke prevensjon, eksempelvis redsel for bruk av prevensjon. Dette er vektlagt i denne studien.

Under kategorien *mulighet* så tas det med *sosial støtte* fra andre, som for eksempel får jentene spørsmål om hvem de mente de kunne snakke med om prevensjon. *Fysisk mulighet* kommer frem i spørsmål om tilgjengelighet til prevensjon og tillit til anbefalinger.

Motivasjon synliggjøres i intervjuguiden som *automatisk motivasjon*, ved forespørsel om jentenes personlige egenskaper som enten hemmer eller fremmer bruken av prevensjon, som for eksempel om de husker eller glemmer å ta pillen. *Reflekterende motivasjon* vises med spørsmål om tidligere erfaringer med prevensjon.

For å unngå å bli helt styrt av teorien og overse viktige faktorer som ikke passer inn i domene, ble det lagt til et siste spørsmål: " Har du noe du ønsker å tilføye dette intervjuet? Er det for eksempel noen spørsmål som burde være nyttig å ta med?».

Ved å benytte slik fri samtale under intervjuet, kan vi få utforsket empirisk basert nysgjerrighet, som er SDI-modellens drivkraft (Tjora, 2021, s. 173). Uformell samtale bør være idealet i dybdeintervju og intervjuguiden kan forstyrre dette. Intervjuguiden bør derfor variere mellom fullstendig formulerte spørsmål på hvert hovedtema, og følges opp med mer uformell samtale der stikkord fra deltakerne kan brukes til videre oppfølgingsspørsmål. Dette kan gi en god flyt i intervjuet og vi oppnår at deltakerne reflekterer over temaet (Tjora, 2021, s. 172-173).

Det er lurt å gjennomføre ett pilotintervju, etter at intervjuguiden er utarbeidet (Kallio et al., 2016). Jeg utførte ett pilotintervju med ei jente som er elev ved den skolen jeg selv jobber ved. Jenta gav meg noen tilbakemeldinger på at hun syntes enkelte av spørsmålene var

vanskelige å forstå. Jeg fant også ut at jeg hadde noen ledende spørsmål. Slik fikk jeg sjekket ut spørsmålene mine og jeg omformulerte enkelte spørsmål etter piloten.

4.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Det er intervjueren som har ansvar for at intervjusituasjonen blir trygg, og på den måten kan en oppnå at deltakerne forteller åpent om sine personlige erfaringer, og om sine tanker og meninger (Tjora, 2021, s. 165). Det å skape gode rammer rundt intervjuene så jeg på som en viktig faktor før oppstarten av samtalene. Alle intervjuene foregikk på kontoret til helsesykepleier på skolen. Dette var et sted der alle jentene hadde vært før, og vi avtalte tid som passet for jentene. I intervjuene i denne studien så henviser jentene til helsesykepleier i skolehelsetjenesten når de nevner helsesykepleier eller helsesøster.

Deltakerne ble oppmuntret til å gi mest mulig helhetlig beskrivelser. For å være sikker på at jeg hadde forstått det de sa, stilte jeg kontroll- og oppfølgingsspørsmål underveis, som for eksempel «kan du utdype det litt mer», «forstår jeg det riktig når....» og «kan du beskrive...».

To av jentene spurte om de kunne rekruttere ei venninne, som også brukte hormonell prevensjon, og som ønsket å være med i studien. Dette var jenter som ikke var rekruttert av helsesykepleier ved skolen. Det ble da to intervjuer med to jenter til stede samtidig, og tre intervjuer med kun en intervjuperson.

Intervjuet gjennomføres ved at forskeren stiller oppfølgingsspørsmål for å få utdypet de temaene som deltakerne forteller om, og dermed få mer spesifikke og konkrete svar (Thagaard, 2018, s. 95). Lydopptak er mest brukt når en skal samle data gjennom intervjuer slik at det blir lettere å registrere det informantene forteller, i tillegg til tonefall og pauser som kan være nyttig å bruke senere i analyseringsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Lydopptaker ble brukt. Jeg stilte spørsmål fra intervjuguiden, men fulgte den ikke slavisk, og jeg tok heller ingen notater underveis. Kvale og Brinkmann (2015) mener at ved å notere for omfattende underveis kan det forstyrre flyten i samtalen. Jeg var bevisst på å stille oppfølgingsspørsmål for å få jentene til å svare konkret om egne hendelser og erfaringer, og for å kompensere for forskjeller i hvor åpent og omfattende jentene uttrykte seg under intervjuet.

Allerede når jeg hadde intervjuet 4-5 jenter begynte jeg å kjenne igjen svarene intervjupersonene gav. Etter hvert i intervjuene opplevde jeg å få mindre ny kunnskap.

4.5 Dataanalyse

4.5.1 Transkripsjon

Alle intervjuene ble transkribert. I en transkripsjon oversetter man fra talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Samtalene ble skrevet ned ordrett. Tilleggsord som for eksempel bekreftende...*Hmmm* og ...*Mmmm* ble skrevet ned. Bekreftende nikking med hodet, og smil og latter ble transkribert. Kroppsspråk og mimikk ble skrevet ned ved å sette 3 punktumer før og etter uttrykkene, i tillegg ble de skrevet ned med skråskrift.

Eksempler på dette er: ...*smiler og ler...* Og...*nikker bekreftende...*På denne måten fikk jeg transkribert stemningen ved å utheve og vektlegge detaljer i samtalen. Når jentene stoppet litt opp, og tenkte litt, før de fortsatte å snakke, markerte jeg dette også ved å sette 3 punktumer før og eventuelt etter tenkepausen. Eksempel på dette er «...så hørte jeg det gjennom sånn...*ehhh...* mamma og sånn».

Alle jentene fikk beskjed om at hvis de ønsket det, så kunne de få lese det transkriberte materialet i etterkant. Dersom ei jente hadde spurt om å få lese det transkriberte dokumentet, hadde jeg planlagt å skrive det mer sammenhengende. Kvale og Brinkmann (2015, s. 213) sier at det er mest hensiktsmessig å gjengi uttalelsene på en mer sammenhengende måte hvis intervjupersonene skal lese det. Ingen av jentene har spurt om å lese det. Transkripsjonene er derfor beholdt som direkte nedskrivninger fra talespråk.

Samtykkeskjemaene var koblingsnøkkelen mellom lydfilene og de ferdig transkriberte intervjuene. Lydfilene ble lagret som jente 1, 2 og 3, 4 og 5, 6, 7. I transkriberingen ble deltakerne skrevet ned som J1, J2 og J3, J4 og J5, J6, J7. To av intervjuene var med to deltakere. Derfor ble det skrevet eksempelvis J2 og J3. Jeg definerte meg selv som I, som intervjuer, i den skriftlige transkripsjonen. Hvert intervju ble mellom 5 og 10 transkriberte sider.

4.5.2 Validitet i transkripsjonen

Det er viktig med validitet i transkripsjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). Validitet er hva som er riktig transkripsjon og det er umulig å besvare fordi det ikke finnes en eksakt måte å kunne oversette fra muntlig til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg var klar over at i overføringen fra intervju til tekst, ville jeg miste deler av situasjonen, som for eksempel tonefall, mimikk og kroppsspråk. Men siden jeg selv intervjuet og transkriberte

umiddelbart etterpå, medfører det at jeg kjenner datamaterialet forholdsvis godt. Dette styrker troverdigheten og styrker validiteten i funnene mine.

4.5.3 Stegvis-deduktiv induktiv metode

Tjora (2021) skriver om stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI). Denne studien benytter stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) som metode for analyse av data. Arbeidsmåten i SDI starter med å transkribere intervjuene og opprette koder (Tjora, 2021, s. 219). Når en har lagd koder for hele første intervju, går en videre og gjør det samme ved neste intervju. I min studie hadde jeg allerede på forhånd deduktivt definert seks koder i intervjuguiden, etter COM-B modellen. Spørsmålene mine var dermed styrt av ett rammeverk (deduktivt), for deretter å søke frem temaer på tvers av det som kom frem av uttalelser fra jentene (induktivt). Etter COM-B kodingen gjorde jeg en induktiv analyse av hva jentene formidlet under de seks temaene, som for eksempel under koden *psykologisk evne*, så sier jentene at på grunn av lite kunnskap om bivirkninger, så er de redde for å bruke prevensjon. Den empirinære kodingen skal ligge svært nær det deltakerne faktisk sier. Ved at kodingen skal være svært nær empirien så kan en oppnå å få mange koder. Men ifølge Tjora (2021, s. 220) så gjør det ikke noe om det blir ett stort antall koder da alle koder som ligner hverandre i innhold, vil i neste steg grupperes i samme kodegruppe. Etter å ha samlet alle kodene så grupperes de etter tema, og deretter samles kodene som har samme tema, og til slutt det skilles det ut koder som anses som irrelevante i en restgruppe. Hovedregelen er at kodegruppene deretter danner utgangspunktet for temaer i analysen, og kan for eksempel bli delkapitler i rapporten (Tjora, 2021).

Ifølge Tjora (2021, s. 232-233) så er en tommelfingerregel at det å jobbe med 3-5 kodegrupper er det beste for en mastergradsoppgave. Kodegruppene danner ofte en struktur for delkapitler i en mastergradsoppgave.

4.5.4 Dataanalyse

Ved første gjennomlesing av transkripsjonene identifiserte jeg 104 empirinære koder, for eksempel: J3: «jeg tror at mange er generelt redd for piller og sånn».

Det at kodene var empirinære medførte at jeg kunne huske intervjuene godt når jeg satt og jobbet med analysen. Koder som jeg ikke anså som relevante for oppgaven ble skilt ut og lagt i en restgruppe. Jeg lagde fargekoder for alle de ulike svarene. Svar som var tilnærmet

like fikk samme fargekode. Deretter samlet jeg alle fargekodene. Jeg satt da med 39 fargekoder. Da jeg i neste omgang deduktivt plasserte fargekodene under hver av de 6 komponentene fra COM-B modellen, så jeg at flere av fargekodene gav ganske like svar. På den måten kunne jeg samle enda flere fargekoder under samme kategori. Etter å ha samlet alle kodene og gruppert dem under de 6 kategoriene, satt jeg igjen med 18 kodegrupper. Disse kodegruppene viste seg å være jevnt fordelt under 1. Evne, både fysisk og psykisk evne, 2. Mulighet, både sosial og fysisk mulighet og 3. Motivasjon, både automatiske motivasjon (følelser og impulser) og reflekterende motivasjon (evalueringer og planer). I siste omgang samlet jeg disse kodegruppene og satt igjen med 3 hovedkodegrupper.

Selv om intervjuene var semistrukturerte, og vi dermed ikke fulgte intervjuguiden hele tiden, så kom spørsmål og svar litt naturlig i den rekkefølgen som var nedtegnet i intervjuguiden. I de tilfellene der svarene ikke kom kronologisk etter intervjuguiden, ble det i analysefasen brukt tid på å plassere dem deduktivt under rett domene etter COM-B modellen. Og når det var tvil om hvor sitatene skulle plasseres, ble sitatene plassert under domenet som hadde sterkest representasjon.

Noen utsagn fra jentene kunne kodes under mer enn ett domene, som for eksempel: J7: «Men det er jo veldig mange som ikke har foreldre som er liksom støttende til det, sånn som jeg.....Da er det fint å ha helsesøster og helsestasjonen som man kan snakke med om det». Dette utsagnet kan kodes under kodegruppen *psykologisk støtte*, men også under *fysisk mulighet*. I tillegg kunne dette utsagnet kodes under både *hemmer* (,-foreldre som ikke psykologisk støtter) bruk av prevensjon og *fremmer* (,-helsesykepleier som en fysisk mulighet) bruk av prevensjon. Dette utsagnet kom som svar på spørsmål fra intervjuguiden om tilgjengelighet til prevensjon og ble derfor deduktiv kodet under fysisk mulighet, etter COM-B modellen.

Det ble identifisert flere barrierer (hemmere) og flere muligheter (fremmere) for bruk av prevensjon, under de tre hoveddomene i COM-B modellen. Eksempelvis kan *bidragsordningen* både være en hemmer og en fremmer for unge jenters bruk av prevensjon, ved at den kan være en økonomisk tilgjengelighet (fysisk mulighet) for flere ungdommer, mens den hos andre ikke oppleves å være en reell mulighet (fysisk mulighet),

ved at de ikke har helsetjeneste tilgjengelig, eller ikke har tilgang på å få tak i prevensjon. Slik kan ett tiltak i ulike situasjoner oppleves å være både en fremmer og en hemmer.

Det ble funnet koblinger mellom *evne* og *mulighet*. Noen svar kan tolkes inn under domeneene som enten evne eller mulighet, samt tolkes inn under både fremmer og hemmer bruk av prevensjon. Eksempelvis er svarene på hvorfor ikke «alle» benytter bidragsordningen, der flere jenter mente at grunnen ikke var den økonomiske muligheten som den gir (fremmer, fysisk mulighet), men usikkerheten rundt bivirkningene med prevensjon (hemmer, psykisk evne), i tillegg kunne den kodes som at jentene innehar kunnskap om ordningen og dermed har ferdigheten (fremmer, fysisk evne). Samme tema kan her kodes under tre kodegrupper etter COM-B modellen, og samtidig kodes under både fremmer og hemmer bruk av prevensjon.

Enkelte situasjoner kunne medføre at det var utfordrende å skille mellom to kodegrupper, som for eksempel når noen jenter mente at det å glemme å ta pillen var utslagsgivende for valget av prevensjon (automatisk motivasjon) samtidig som de i neste omgang brukte de tidligere erfaringene om å glemme (reflekterende motivasjon) til å velge LARC, som de jo ikke trenger å huske på å bruke.

I noen resultater kunne samme kodegruppe være både en barriere og en mulighet, som for eksempel når jentene beskrev egne personlige egenskaper, der noen var distré (hemmer) og glemte pillen, mens andre husket det (fremmer).

Ett annet eksempel på at sitater kunne kodes under mer enn ett domene, er når jentene svarte på spørsmål om de hadde brukt prevensjon dersom de måtte betale for det: J2: «Da hadde jeg nok ordna det for det om, men da hadde det nok ikke vært like mange som gjorde det». Dette kan kodes under både fremmer og hemmer. Som nevnt overfor så ble sitatene plassert under det domene som var sterkest representert, i dette tilfellet ble det kodet under *hemmer*.

I de to intervjuene der det var to jenter til stede samtidig, var det mest avslappet stemning. Det kan være mange grunner til det. Men en mulighet er at de tok med seg ei god venninne, og sammen gjorde de hverandre trygge i situasjonen. De fortalte også at de hadde snakket sammen om bruken av prevensjon før de fikk spørsmål om å delta i studien. Dette er

jamførbart med internasjonal studie som mener at venner og familie ofte spiller en nøkkelrolle for kvinners beslutning om prevensjon (Caetano et al., 2020).

Både informantene og jeg som forsker preget intervjuprosessen med våre erfaringer. Det er viktig å være bevisst at det sannsynligvis ikke er helt lik forståelse, og også ulik erfaring, hos intervjupersonen og meg. Jeg kan derfor ikke være helt sikker på at jeg har forstått alt informantene har sagt.

Under hele analyseprosessen var jeg bevisst på min forforståelse slik at jeg ikke skulle lete etter tekst som bekreftet mine oppfatninger av hvilke prevensjonsmetoder jenter bør bruke.

Ved å induktivt trekke ut funn ut ifra hva jentene forteller, for så i neste omgang deduktivt plassere dataene fra intervjuene inn i de tre hovedgruppene i COM-B modellen, med tilhørende komponenter, kommer det frem tre hovedfunn:

Evne til å bruke prevensjon; *fysisk evne*, som for eksempel ferdigheter og kunnskap om å bruke prevensjon og *psykologisk evne*, som for eksempel om de er redd for å bruke prevensjon.

Mulighet til å bruke prevensjon; *sosial mulighet*, som for eksempel sosial støtte fra andre og *fysisk mulighet*, som for eksempel hvilken tilgang de har til prevensjon og bidragsordningen.

Motivasjon til å bruke prevensjon; *automatisk motivasjon*, som for eksempel om de husket på å ta pillen og *reflekterende motivasjon*, som for eksempel frykt for å bli gravid.

4.6 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Reliabilitet, eller pålitelighet, er grunnleggende i all forskning og refererer til hvor nøyaktig data undersøkes, hvilke data som brukes, hvordan datainnsamlingen foregår og bearbeiding av data (Johannessen et al., 2016, s. 36). Reliabilitet knyttes til å kritisk vurdere prosjektet, om det er utført på en tillitsvekkende og pålitelig måte, og viser til om en annen forsker som bruker samme metoder, kommer frem til samme resultat (Thagaard, 2018, s. 187). Kvale og Brinkmann (2015, s. 276) snakker også om intervjuerens reliabilitet og om ledende spørsmål, samt om at det er en sammenheng mellom hvordan intervjueren kan påvirke svarene, ved bruk av ulike ordvalg. I denne studien har jeg prøvd å være bevisst på å stille åpne, utforskende spørsmål. Det som styrker reliabiliteten i denne studien er oppfølging fra

veileder, bruk av metodelitteraturen i oppgaven og redegjørelse for gjennomføringen av forskningsprosessen. Påliteligheten vises også gjennom at jeg har funnet flere forskningsartikler som har kommet frem til samme resultat som denne studien. Dette er i overensstemmelse med at en måte å teste datas reliabilitet på er ved å undersøke om flere forskere har kommet frem til samme resultat, noe som kan tyde på høy reliabilitet (Johannessen et al., 2016, s. 37). Jeg har prøvd å følge min egne intervjustil, da dette er mer naturlig for meg, og jeg antar dette skaper mer trygghet og tillit i intervjusituasjonen. Jeg fikk da utdypet svarene som kom, med å stille oppfølgingsspørsmål. Dette sammenfaller med argumentet om at ved å fokusere altfor mye på reliabilitet kan en forhindre kreativ tenkning og variasjon, derfor kan det være bedre å la intervjueren kunne improvisere og følge opp spørsmål underveis, altså følge sin egen intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).

Mens reliabilitet viser til hvor pålitelig resultatene i undersøkelsen er, så viser validitet til hvorvidt studien faktisk undersøker det den skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 137).

Validitet er å undersøke relasjonen mellom dataene og fenomenene en skal undersøke. Gode, valide data, har vi når det er samsvar mellom de generelle fenomenene som vi skal undersøke, og resultatene (Johannessen et al., 2016, s. 66-67). Et valid argument er fornuftig, velfundert, sterkt og overbevisende og det skal være en del av hele forskningsprosessen, dessuten er validere å kontrollere ved å undersøke feilkilder (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276-277, 279). Validitet knyttes til resultatene av forskningen og hvordan dataene tolkes, og ved å kritisk gå gjennom analyseprosessen styrkes validiteten (Thagaard, 2018, s. 189). I denne studien ble det lagt ned mye forarbeid i å søke etter og undersøke relevant forskning innen tema i problemstillingen. Validiteten kan styrkes ved at det ble søkt i flere databaser, som «Cinahl», «Cochrane», «SveMed+», «PubMed», «Oria» og «Google scholar». Søkeordene som ble brukt var blant annet «contraception», «long-acting reversible contraception», «female adolescent», «promotes and inhibits», «impact», «preventing unintended pregnancy», «school nurse». Begrepene ble kombinert og også søkt på norsk. Referanser fra relevante artikler ble brukt til å søke videre, og på den måten utvidet søkeresultatene, som igjen økte grunnlaget for å finne relevant forskning som ble brukt i denne studien. Thagaard (2018, s. 191) hevder validiteten i forskning styrkes når tolkninger fra forskjellige studier bekrefter hverandre. Resultatene fra denne studien ble

sammenlignet med resultater fra andre studier, og det meste bekrefter hverandre. Men tolkning basert på forskjellig forskning som ikke bekrefter hverandre, kan også styrke validiteten dersom forskeren er overbevisende i sin argumentasjon for hvorfor det er avvik mellom tolkninger i eget og andres prosjekt (Thagaard, 2018, s. 192). I denne studien er det også kommet frem tolkninger som ikke bekreftes av annen forskning, som for eksempel når tidligere forskning hevder at unge jenter har flere spørsmål om ufarlige bivirkninger enn om blodpropp (Kjendsli et al., 2016), mens jentene i denne studien er tydelige på at de var opptatt av blodpropp som farlig bivirkning. Validiteten her er at dette er direkte utsagn fra jentene, og dermed er dette gyldig i denne sammenhengen. Ved å vise til at andre og alternative tolkninger er mindre relevante kan vi forsterke verdien av egne tolkninger (Thagaard, 2018, s. 189).

Hensikten med all forskning er å kunne trekke overførbare slutninger som går utover de opplysninger som er samlet inn (Johannessen et al., 2016, s. 231). Og hvis resultatene av intervjuundersøkelsene blir vurdert som både reliabel og valid, så gjenstår spørsmålet om resultatene kan overføres til andre situasjoner, kontekster eller intervjupersoner (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). I kvalitative undersøkelser er det snakk om overførbarhet, og ikke generalisering, fordi generalisering assosieres med statistisk generalisering i kvantitative undersøkelser (Johannessen et al., 2016, s. 231). Overførbarhet i en undersøkelse handler om hvorvidt det lykkes å finne begreper, beskrivelser, forklaringer og fortolkninger som kan brukes også på andre områder enn det som undersøkes (Johannessen et al., 2016, s. 231). Siden kvalitative studier ønsker å utvikle forståelse av fenomenene som studeres, er tolkning av resultatene grunnlag for overførbarhet (Thagaard, 2018, s. 194).

Denne studien er basert på kvalitative intervjuer av syv jenter, og kan være overførbar til liknende situasjoner. Dette er forenlig med at tolkning basert på en enkeltstående studie kan være relevant i en større sammenheng (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 291), og overførbarhet kan oppnås ved å sammenligne tolkninger i studier (Thagaard, 2018, s. 194). Tolkninger av denne studien har blitt sammenlignet med andre studier. Denne studien kan dermed være overførbar og relevant i andre tilsvarende sammenhenger, som når jenter oppsøker skolehelsetjenester eller HFU for prevensjon. Funnene i denne studien kan benyttes i lignende sammenhenger, og av andre helsesykepleiere, som jobber i samme kontekst.

Studien kan dermed overføres til situasjoner der det skrives ut prevensjon, altså til prevensjonsforeskrivere.

4.7 Etske vurderinger

Det er innhentet informert samtykke fra deltakerne og all deltakelse er basert på frivillighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104-107; Thagaard, 2018, s. 86). Alle deltakerne skrev under på informert samtykke før datainnsamlingen (Se vedlegg nr. 4). De fikk også vite at deltakelsen var frivillig og at de kan trekke seg fra prosjektet når som helst under forskningsprosessen. I tilfelle noen jenter hadde behov for en oppfølgingssamtale ble det laget en beredskapsplan, der det ble gjort avtale med helsesykepleier ved skolen, om mulighet for oppfølging i etterkant av intervjuet.

Før lydopptaket ble startet, informerte jeg jentene om at de ikke skulle gi noen sensitive opplysninger under intervjuet, som kunne medføre at de ble gjenkjennbare, som navn og alder. Jentene fikk informasjon om at alt ble anonymisert, om oppbevaring av lydfilene med godkjenningssnøkkel og at alt blir slettet rett etter at prosjektet er godkjent.

Etter å ha sendt inn en fremleggsvurdering til Regional etisk komité (REK) fikk jeg beskjed om at jeg måtte sende inn en fullstendig søknad til REK (REK referansenummer 299236). Søknaden til REK ble sendt inn og godkjent (vedlegg nr. 1). Endringsmelding til REK ble deretter godkjent (vedlegg nr. 2). Med vedlagt godkjent endringsmelding fra REK fikk jeg tilbakemelding fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (NSD referansenummer 693911) om at prosjektet ble godkjent og kunne starte opp (vedlegg nr. 3).

5 Resultater

Jeg har valgt å bruke de tre hovedgruppene i COM-B modellen som hovedkodegrupper i de neste delkapitlene (Michie et al., 2014; Michie et al., 2011).

Alle jentene synes det var greit at jeg tok opp samtalene på lydbånd. En elev ba om og fikk oppfølging etter intervjuet.

Jentenes beskrivelser av hemmende og fremmende faktorer blir i neste delkapitler presentert under hovedkategoriene; evne til å bruke prevensjon, mulighet for å bruke prevensjon og motivasjon til å bruke prevensjon.

5.1 Evne til å bruke prevensjon

I dette delkapitlet er søkelyset på om jentene har fysisk og psykisk evne til å bruke prevensjon.

5.1.1 Fysisk evne

Å vite hvor en kan få rekvisisjon på prevensjon kan fremme bruken.

Det ble intervjuet syv jenter i alt, herunder kom det frem at; to jenter brukte spiral, en jente brukte p-piller, tre jenter brukte p-stav og en jente brukte kondom som prevensjon.

Jentene visste hvor de skulle gå for å få resept på hormonell prevensjon, som fastlegen og helsesykepleier ved skolehelsetjenesten og HFU. Flere jenter formidlet at de oppsøkte helsesykepleier for å skaffe seg prevensjon.

J2: «Fordi det er veldig viktig å gå til helsesøster først å snakke og få tenkt igjennom ordentlig over hvilke typer prevensjon som du vil starte på og sånne ting...»

5.1.2 Psykologisk evne

Kunnskap om bidragsordningen kan fremme bruken

Alle jentene hadde hørt om bidragsordningen. De uttrykte at de hadde hørt de kunne få p-piller gratis, og mange mente de hadde lært det fra helsesykepleier.

J1: «Jeg hørte om det på skolen»

J2: «Det var vel egentlig når jeg snakka med helsesøster»

Kunnskapen om at mange hormonelle prevensjonsmetoder er delvis eller helt gratis påvirket bruken av prevensjon.

Lite kunnskap om bivirkninger av prevensjon og innsetningsmetodene av prevensjon kan hemme bruken

Jentene identifiserte at de hadde lite kunnskap om hvordan prevensjonen ble administrert og det hemmet bruken. Selv om de visste at de kunne få satt inn p-stav og hormonspiral hos fastlege eller HFU, så mente de at de ikke hadde lært om innsetningsmetodene. De hadde dermed ikke nok kunnskap om hva de kunne forvente når de oppsøkte helsetjenesten for å få satt inn prevensjonen. Det ga seg særlig utslag i usikkerhet og flauhet for LARC metodene. To jenter beskrev det slik:

J1: «...ikke alt av prevensjon, bare noe av det....sånn typisk sånn spiral eller p-stav eller sånn, fordi at det er måten det tas på»

J6: «...så tror jeg de er veldig redd for at...for å sette den inn. For det de må jo legge seg i stolen og...mer at det er flaut»

De hevdet at de ikke hadde nok kunnskap om bivirkninger og var derfor tydelige på at de var redde for det, og særlig blodpropp. De var redd for hva som skjer med kroppen hvis de tar en pille med hormoner. Deltakerne mente at for å kunne bestemme seg for om de i det hele tatt ønsket å bruke prevensjon eller hvilken prevensjonsmetode de skulle bruke, så trengte de å få mer informasjon. Og de ønsket at denne informasjonen skulle inkludere både fordeler og ulemper med prevensjonsmetodene, i tillegg til informasjon om hva de skulle gjøre dersom de fant ut at prevensjonsmiddelet ikke passet for dem. Flere fortalte at de hadde hørt om bivirkninger og noen hadde også venner som hadde opplevd det. Noen jenter mente de hadde hørt at det var vanlig med bivirkninger i oppstarten med hormonell prevensjon, mens andre hadde hørt om venner som hadde fått humørendringer, nedsatt sexlyst eller hudplager og synes det var skummelt og alvorlig dersom de selv skulle få slike bivirkninger. Enkelte mente at mange er redde for å bruke hormonell prevensjon fordi de føler det er unaturlig for kroppen, på grunn av at prevensjonsmidlene tilfører kroppen en gitt mengde med hormoner. De uttrykte at de var redd for plagene som hormonell prevensjon kan gi.

Selv om de hadde kunnskap om at dersom de skulle få bivirkninger så kom det mest sannsynlig til å bli kortvarig, så var de likevel litt skeptiske til å bruke hormonell prevensjon. Bekymringen for bivirkninger kom i utsagn som:

J4: «....og så at man kan få blødningsforstyrrelser og at man kan blø mye og lenge, at man kan få ulike bivirkninger som uren hud og fett hår»

J7: «Jeg tror det er fordi folk er redde for hva som liksom vil skje med kroppen....og det er veldig mye sånne bivirkninger en kan få...at det står at det er liksom sånn at det er stor sjanse for blodpropp. Det er litt skremmende»

Det at ikke «alle» jentene benyttet seg av bidragsordningen begrunnet de også med lite kunnskap om bivirkninger, som hemmet bruk av prevensjon.

I: «Når den prevensjonen er gratis, hvorfor tror du ikke alle bruker det?»

J7: «Jeg tror det er fordi folk er redde for hva som vil skje med kroppen...alle bivirkningene en kan få...at det står at det er stor sjanse for blodpropp og annet»

En studiedeltaker hevdet at bivirkninger kan være viktigste årsaken til at de slutter med prevensjon, og at det derfor kan være hensiktsmessig å gi unge jenter ytterligere tilgang på informasjon om bivirkninger.

J1: «Du burde kanskje hatt med sånne bivirkninger og sånn...For det er det som ofte gjør at folk ikke vil...Jeg tror ikke det er hovedgrunnen til at de ikke starter, men det er kanskje hovedgrunnen til at de slutter».

Å få informasjon fra flere steder kan fremme bruken

Jentene har lært om prevensjon fra forskjellige steder. De fortalte at de hentet informasjon fra familien, internett og helsesykepleier.

J2: «Hos helsesøster. Så jeg gikk til helsesøster og avtalte time og så bare snakket jeg litt med henne om det, og om hvilke muligheter og sånn det er. Og så bare forklarte hun meg alt egentlig».

J3: «...så hørte jeg det gjennom sånn, mamma og sånn»

5.2 Mulighet for å bruke prevensjon

5.2.1 Sosial mulighet

At jenter snakker med helsesykepleier og hverandre om prevensjon kan fremme bruken

Jentene mente at de kunne snakke med helsesykepleier om prevensjon, noen snakket med foreldre, men det var særlig det å snakke med jevnaldrende venner som påvirket dem mest. Det kom tydelig frem at det var vanlig at «alle jenter» snakker seg imellom om prevensjon. Dette ser de på som positivt, altså noe som fremmer bruken. Jentene la vekt på at de ved å snakke med helsesykepleier opplevde at det ble etablert tillit og en trygg allianse med helsesykepleier, som igjen skapte en trygghet i situasjonen. Jentene trodde at de fleste andre ungdommer synes det er lettere å snakke med venner og profesjonelle om prevensjon og sex, enn med foreldre. De jentene som hadde snakket med foreldre om sex og prevensjon hevdet at når deres foreldre engasjerte seg og tok opp temaet med dem, ble det også lettere å snakke med foreldrene om seksualitet og prevensjon.

Tre jenter hadde snakket med mamma og/eller pappa om prevensjon, de resterende snakket med helsesykepleier. Dessuten hevdet de at «alle» jenter snakker også seg imellom om prevensjon.

J3: «Jeg har snakka litt om det med venner og sånn»

J7: «Ja, eller jeg har jo snakka masse med vennene mine om det....Så det er jo de som har, på en måte, påvirka meg litt til å snakke med helsesøster om det»

Ikke alle har noen å snakke med om prevensjon, som kan hemme bruken

Noen jenter syntes det var flaut å snakke om prevensjon, og snakket derfor ikke med andre. De oppga at de heller ikke hadde noen å snakke med om seksualitet og prevensjon. De hevdet at flauheten lå i å bli oppdaget som prevensjonssøker, som om andre forventet at de skulle ha sex. Disse jentene var redd for at foreldrene skulle oppdage at de brukte prevensjon og var redd for at andre skulle tro at de søkte etter informasjon om sex.

J1: «...jeg har i hvert fall gjort det med noen, men det er veldig mange som ikke har lyst til å snakke om det...for det at det kan være litt sånn kleint og så er det jo noen som dømmer litt bare fordi at de er unge»

J2: «Ja, men det er mange som ikke snakker om det fordi at det er flaut, eller noe, at folk skal tenke at de bruker det bare for å ha sex, eller sånne ting»

Flauhet kan være en hemmende faktor for muligheten til å benytte seg av prevensjon.

5.2.2 Fysisk mulighet

Lett tilgang til helsetjenesten kan fremme prevensjonsbruken

De fleste jentene i denne studien fikk rekvirert hormonell prevensjon fra helsesykepleier, noen ved HFU og noen hos helsesykepleier i skolehelsetjenesten. Ett par jenter fikk rekvirert resept hos fastlegen.

J7: «....tror det egentlig var helsesøster som sa det til meg når jeg snakka med ho om hva slags prevensjon jeg skulle begynne på...så enten gjennom fastlegen, eller gjennom helsesøster da...»

Ungdommene understreket viktigheten av å ha lett tilgjengelig helsetjeneste for å engasjere seg i prevensjon. Flere jenter mente det å snakke med helsesykepleier ga dem mulighet til å få informasjon og tilgang til prevensjon. Muligheten til å få resept på hormonell prevensjon ved skolehelsetjenesten og ved HFU, fremmet bruken av prevensjon.

J2: «Fordi det er veldig viktig å gå til helsesøster først å snakke og få tenkt igjennom ordentlig over hvilke typer prevensjon som du vil starte på, og sånne ting. Så det er flere som egentlig burde få vite det da, at du kan bare gå til helsesøster å snakke om alt sammen og få hjelp der»

J7: «Men det er jo veldig mange som ikke har foreldre som er liksom støttende til det, sånn som jeg. Mine foreldre er veldig imot sånn at man liksom skal ha sex som ungdom og sånn.... Så det er jo ikke greit for dem. Så de vet jo ikke at jeg skal ta det, så det er noe jeg har ordna selv. Da er det fint å ha helsesøster og helsestasjonen som man kan snakke med om det»

Bidragsordningen kan fremme bruken

Noen jenter ville ikke snakke med foreldre om prevensjon, herunder heller ikke be dem om penger til prevensjon. De mente derfor at gratis prevensjon fremmet bruken. Enkelte mente

at ikke alle foreldre var støttende til at de skulle bruke prevensjon og de ønsket derfor å ordne med prevensjon selv, uten å involvere foreldre.

J1: «Ja, jeg tror flere vil ha det da....det er ikke alltid foreldrene har så lyst til å betale heller og da er det jo veldig kjipt å måtte bruke mye av pengene sine på det»

J3: «Jeg tror det er positivt. Jeg syns at alle burde ha råd til prevensjon».

Jentene er tydelige på at de ikke tror så mange ville brukt det, hvis de måtte betale for prevensjonen.

J1: «... men hadde jeg betalt det selv, så tror jeg ikke det»

J5: «Jeg tror ikke jeg ville tatt det hvis det kosta mye penger»

J7: «Det tror jeg ikke,...fordi det er jo litt vanskelig når man er liksom ung å liksom ha penger til det hele tiden»

Selv om ett par jenter sier at de ville ha betalt for prevensjon, så mener de at uten tilgang på bidragsordningen så hadde det ikke vært like mange som hadde brukt det.

J2: «Da hadde jeg nok ordna det for det om. Men da hadde det nok ikke vært like mange som gjorde det. For det er det som er positivt med det. Fordi når det er gratis så er det mange jenter som starter på det. Og det er en veldig bra ting. Og så synes jeg at alle skal ha mulighet til gratis prevensjon»

Tillit til anbefalingene kan fremme bruken

Funn fra intervjuene viser at jentene hadde tillit til anbefalingene, gitt fra helsepolitiske myndigheter, om at LARC bør benyttes som prioritert prevensjon, og det fremmet bruken av prevensjon. Tilliten vises i dialogen:

I: «Har dere tillit til de langtidsvirkende prevensjonene som p-stav og spiral, det som er anbefalt?»

J4: «Jeg har ihvertfall tillit til det»

I: «...Henvender mot J5...»

J5: «Ja, man bør jo nesten det, på en måte... Ja, jeg stoler på det»

De formidlet at de stoler på anbefalingene fordi LARC er mer sikker som prevensjon.

J7: «Ja, jeg har jo alltid, siden jeg begynte å høre om det, at det er på en måte det beste. Fordi jeg hørte det er mer bivirkninger på liksom p-piller og sånn, mens det er mindre på p-stav og spiral. Også er det jo litt mer sikkert da, sånn at man ikke glemmer å ta en tablett»

5.4 Motivasjon til å bruke prevensjon

5.4.1 Automatisk motivasjon

Automatisk motivasjon, som personlige egenskaper og følelsen av om det er flaut å oppsøke helsetjenesten, påvirket jentenes bruk av prevensjon. Jentene beskrev egne personlige egenskaper som både barrierer og muligheter for bruken av prevensjon. Enkelte jenter hevdet at de var distré og glemte å ta pillen og det hemmet bruken, mens andre jenter mente de var strukturerte og husket på å ta pillen, noe som fremmet bruken.

Faren for å glemme å ta pillen kan hemme bruken

Deltakerne indikerte at det å huske på å ta p-pillen var en utfordring, og faren for å glemme pillen hemmet bruken av prevensjon.

I: «Har du en personlig egenskap som hjelper deg når det gjelder bruken av prevensjon og tror du det påvirker valget ditt?»

J1: «Ja, jeg er veldig flink til å glemme det. Det var faktisk den største grunnen, fordi at det som er kjipt er at hvis man klarer å glemme en»

J4: «Jeg glemmer å ta pilla...Plutselig hopper jeg over en p-pille og det blir bare rot. Det var nok det som påvirka valget mitt mest. Og jeg fikk høre at p-stav er tryggere. Du setter den inn og så trenger du ikke tenke noe mer på det»

5.4.2 Reflekterende motivasjon

Påvirkning fra helsepersonell kan fremme bruken

Enkelte jenter mente at de hadde husket på å ta pillen, men at det var andre faktorer som påvirket dem i deres valg av prevensjon. Noen hevdet at informasjon fra helsepersonell

påvirket valget deres. Evaluering av informasjon ga en intensjon om handling. Selv om ei jente hadde husket å ta pillen så mente hun det likevel var bedre å slippe å måtte huske på det. Det motiverte henne til å velge LARC. En annen jente hevdet at helsesykepleier hadde påvirket valget hennes. Og hun mente at hun burde stole på henne.

Jentene beskrev at de ikke syntes det var flaut å oppsøke helsetjenesten. De hevdet at de hadde flere venninner som også snakket med helsesykepleier, det gjorde det mindre flaut.

På den måten kunne det å oppsøke helsesykepleier fremme motivasjon, ved at de så på det som en normal handling og ikke flaut.

J5: «Jeg hadde jo egentlig tenkt til å ta p-piller...så hun anbefalte meg veldig å gå på p-stav. Så tenkte jeg at hun kan nok litt mer enn meg om det her, så da tror jeg at jeg skal høre litt på henne»

J6: «Jeg er veldig strukturert. Jeg hadde husket det...Jeg hadde klart å ta de pillene, men det blir litt mye ting å huske på»

Tidligere erfaring med prevensjon kan fremme bruken av LARC

Flere jenter hadde tatt ett valg om å bruke LARC, fordi de hadde tidligere erfaringer om at de glemte pillen, og valgte derfor ett prevensjonsmiddel som de ikke trengte å huske på.

Enkelte andre jenter hadde gode erfaringer med å huske å ta pillen, men valgte allikevel LARC, da det var enklere å slippe å skulle huske på noe. Slik fremmet tidligere erfaringer med prevensjon bruken av LARC, og på den måten påvirket deres valg av prevensjon.

J2: «...hvis jeg bare plutselig glemmer det en dag, de pillene, så da er det liksom styr...Og i tillegg så er p-stav sikrere. Så jeg bare slutta på de pillene og vil heller ha p-stav egentlig»

Frykt for å bli gravid kan fremme bruken

Deltakerne beskrev at det var viktig for dem å bruke prevensjon for å få mindre blødninger, mindre menstruasjonssmerter og for å unngå å bli gravid. Frykten for å bli gravid var en tydelig motivasjonsfaktor.

J4: «...av frykt for å bli gravid, for å unngå kraftige menssmerter og for å bli kvitt mensesen».

J7: «Det er jo veldig viktig, jeg vil jo ikke akkurat bli gravid»

For å unngå utilsiktet svangerskap var det viktig at de kunne stole på prevensjonen de valgte.

Å kunne velge prevensjon selv kan fremme bruken

Studiedeltakerne stolte ikke på alle typer prevensjon. Flere av deltakerne hadde benyttet flere prevensjonsmetoder og var, etter forsøk med flere metoder, kommet frem til «sin» prevensjon. De var av den oppfatning at de stolte på prevensjonsmetoden da hadde valgt, men ikke på alle andre metoder.

J2: «...Vel, det er veldig viktig, for det er mange som ikke tørr å gå inn på butikken å kjøpe kondomer. Og det er bare generelt veldig greit å ha prevensjon og vite at du er trygg. Så jeg stoler egentlig ganske mye på den, for de er veldig sikre»

I: «Hvorfor gikk du over på p-stav?»

J2: «Den er sikrere, og den er der bare hele tiden. Du slipper å ta den pilla hver dag, og plutselig glemme den og ta den til forskjellige klokkeslett som gjør at den blir mindre sikker og sånn»

Deltaker som brukte kondom, hadde i tillegg brukt nødprevensjon, men skulle bytte til en «sikker» metode:

J7: «Ja, det var derfor jeg bestemte meg for det (sikker metode)...da tenkte jeg bare at da er det best jeg begynner...istedenfor å liksom gå rundt å ta flere angrepiller liksom...»

I: «Hvorfor velger du p-stav?»

J7: «Jeg har hørt at den er mye sikrere, i tilfelle man glemmer en pille liksom»

Jentene mente at P-stav og spiral var det sikreste, mens kondom og p-piller ble sett på som mindre sikre metoder. Flere jenter hadde byttet fra p-piller til LARC.

J1: «.... byttet til spiralen, det er fordi det er sånn veldig høy beskyttelses-sjanse liksom og da slipper jeg å bekymre meg om jeg har glemt noe...Det er veldig enkelt»

I: Hvorfor går du over på p-stav...*henvender mot J2*...?

J2: «Den er sikrere, og den er der bare hele tiden. Du slipper å ta den pilla hver dag, og plutselig glemme den og ta den til forskjellige klokkeslett som gjør at den blir mindre sikker og sånn»

5.5 Avsluttende spørsmål

Det er viktig å snakke mer om prevensjon på skoler

Når jentene til slutt fikk spørsmål om det var noe mer de ønsket å tilføye dette intervjuet, var det særlig ett punkt som jentene mente var viktig; å snakke mer om prevensjon, og at dette bør gjøres på skolen. De mente at de hadde fått for lite undervisning om dette på skolen. Derfor ønsket de å lære mer om dette temaet og de vektla at det burde gjøres på skolen. Videre ønsket de å få undervisning fra helsesykepleier.

J3: «Bare få frem at det er viktig å snakke mer om prevensjon på skoler»

De ønsket at helsesykepleier skal være mer ut på skolen og informere, og de ønsket at informasjonen skal gis i skoletimene, for da er elevene til stede og flest mulig kan få informasjon, noe denne dialogen viser:

J6: «Du burde kanskje fortelle litt mer om hvordan det er å gjøre det...Det er ikke så mange som vet hvordan det egentlig er å sette inn en spiral»

I: «Hvordan eller hvor tenker du vi kan få gitt denne informasjonen slik at flest får informasjonen?»

J6: «..egentlig inne i fag, for da er man jo nødt til å være i timen»

I: «Så da tenker du at vi burde ut og informerer flere på skolen?»

J6: «Ja, egentlig»

6 Diskusjon

Denne kvalitative studien utforsker unge jenters erfaringer med hva som fremmer og hemmer bruk av prevensjon. Gjennom individuelle intervjuer har det vært mulig å gå i dybden og utforske nyanser i jentenes opplevelser, erfaringer og refleksjoner om å starte eller endre bruk av prevensjon.

Studiens resultater viser at mangel på kunnskap om bivirkninger og innsetningsmetoder ved prevensjon, førte til redsel og flauhet for å bruke det, som de viktigste barrierene for jentenes bruk av prevensjon. I tillegg var personlig egenskap som glemsomhet, en hemmer for bruken av p-piller. Imidlertid var det flere faktorer som fremmet jentenes bruk av prevensjon, som lett tilgang til helsesykepleier som kan rekvirere prevensjon, bidragsordningen som kan gi gratis prevensjon og tillit til anbefalingene fra myndighetene om hvilke prevensjonsmetoder som er sikrest, samt at de stolte på den kunnskapen som helsesykepleier formidlet til dem. Også muligheten som oppstod ved at jentene snakket sammen, og oppsøkte helsesykepleier, fremmet bruken.

Eksempel på hvordan forholdet mellom evne og mulighet kan fremme prevensjonsbruken, fremkommer når jentene har kunnskap om at de kan få rekvirert resept hos fastlege, helsesykepleier ved skolehelsetjenesten og HFU, og de har mulighet til å få prevensjon gjennom bidragsordningen, ved at den gir en viktig økonomisk støtte til unge jenter. I tillegg har de også kunnskap om denne ordningen. Slik kom det frem at bidragsordningen, og kunnskap om den, fremmet ungdoms mulighet til tilgang til prevensjon.

Gjensidig påvirkning mellom evne og mulighet kan også hemme prevensjonsbruken når jentene forklarte at ikke «alle» benytter seg av bidragsordningen, grunnet at mange er usikre på bivirkningene av prevensjon. Her blir mangel på kunnskap en hemmende faktor. Det var dermed ikke den økonomiske muligheten, som fremmet bruken, men usikkerheten om bivirkninger grunnet mangel på kunnskap, som hemmet prevensjonsbruken.

Funn fra studien viser også koblinger mellom evne og motivasjon, som også kan kobles til både fremme og hemme bruk av prevensjon, som når jentene formidlet at de var redd for å bruke prevensjon og de syntes det var flaut at andre skulle vite at de brukte det, hemmet

bruken. På den andre siden hevdet samtlige jenter at det ikke var flaut å oppsøke helsesykepleier, som kunne dermed være en motivasjon, og fremmet bruken.

Prevensjonsatferden påvirket tilbake på motivasjon, ved at tidligere erfaring med bruk av prevensjon, påvirket hva jentene ønsket for videre prevensjonsbruk, og kunne igjen endre atferden.

Også koblinger innenfor ett domene fremkom i studien, som for eksempel når både automatisk og reflekterende motivasjon påvirket jentenes bruk av prevensjon. Jentenes personlige egenskaper, som for eksempel det å være distré og glemsomhet i tillegg til tidligere erfaringer, kunne både være fremmende og hemmende for prevensjonsatferden ut ifra hvilken prevensjonsmetode de valgte. Glemsomhet hemmet bruken av kortvarige prevensjonsmidler, samtidig som det fremmet bruken av LARC, som eksempelvis når jentene byttet fra p-piller til LARC fordi de glemte pillen.

Studien bekrefter at evner og muligheter påvirket motivasjonen, som i sin tur påvirket atferden. Funn støtter forståelsen om at jo større evner og muligheter som var til stede, jo større sannsynlighet var det for at atferdsendring oppstod, på grunn av at motivasjon var til stede. Og motsatt; ved fravær av evner og muligheter var det mindre sannsynlig at atferden ble endret, da motivasjon manglet.

6.1 Faktorer som kan hemme bruk av prevensjon

6.1.1 psykologisk evne

Denne studien antyder at mangel på kunnskap om prevensjon, særlig lite kunnskap om bivirkninger og hvordan prevensjonen settes inn, er den største barrieren for unge jenter. Dette funnet støttes av flere rapporter og studier som hevder at mangel på kunnskap er en barriere, som for eksempel seksualvanestudiene som viser nordmenn er blitt mer seksuelt aktive og alderen ved debut med samleie går ned, og samtidig er mangel på kunnskap om bivirkninger en barriere for bruken av prevensjon (Træen et al., 2003). En annen norsk studie bekrefter tilsvarende at det er ett stort behov for informasjon om bivirkninger av prevensjon, som for eksempel behov for informasjon om blødninger og blødningsforstyrrelser ved p-pillebruk (Kjendsli et al., 2016). Med utgangspunkt i denne

norske studien hevdes det at blødningsforstyrrelser kan være så problematisk at unge jenter slutter på p-pillen, og dermed er det helt avgjørende hvilken prevensjonsinformasjon jenter får, for å opprettholde bruken (Bjønnes, 2016, s. 124).

I likhet med funn fra denne studien som viser at begrenset kunnskap om seksuell helse og prevensjon er hemmende for bruken, så fant også Cassidy et al. (2018) lignende resultat. De fant ut at begrenset kunnskap om seksuell helse var en barriere for bruk av helsetjenesten. Konsekvensene av lite kunnskap om seksuell helse viste seg gjennom at deltakerne heller ikke var klar over at helsetjenesten eksisterte, og som dermed resulterte i at de ikke brukte denne tjenesten. Også andre internasjonale studier bekrefter at mangel på kunnskap om fordelene med LARC og hvordan den virker, kan bidra til misforståelser og at færre benytter det (Caetano et al., 2020). De mener at kvinners beslutning om å bruke prevensjon var avhengig av prevensjonseffekten i metoden, hvor enkelt det var å bruke prevensjonen og bivirkninger. Dessuten bekrefter en norsk undersøkelse at ungdom ønsker å få mer kunnskap om prevensjon (sex og samfunn, 2021a).

Det er imidlertid kjent at LARC kan gi bivirkninger (Legemiddelverket, 2016). Fra den norske gynekologiske foreningen hevdes det at bivirkninger er den vanligste årsaken til at unge kvinner slutter med prevensjon (Ræder et al., 2021), faktisk så mange som to av tre kvinner slutter med hormonell prevensjon grunnet forbigående bivirkninger (NHI.no, u.å). Og en danske studie bekrefter at hormonell prevensjon gir flere kjente bivirkninger, særlig symptomer på depresjon, hos noen kvinner (Skovlund et al., 2016). Og nettopp på grunn av at bivirkninger er hyppigst årsak til diskontinuitet av prevensjon, så bør det gis informasjon om bivirkninger før oppstart (Ræder et al., 2021). Dessuten, for å fremme bruk av prevensjon, kan man spesifikt spørre jentene om de ønsker de positive bieffektene ved prevensjonsmetoder, som kan være nedsatt menstruasjonsblødninger og menstruasjonssmerter, og mindre akne (Ræder et al., 2021).

I denne studien etterspurte jentene nettopp mer kunnskap om bivirkninger av hormonell prevensjon. Myndighetene har lagt til rette for at ungdom skal kunne få denne kunnskapen ved å oppsøke skolehelsetjenesten og HFU (Helsedirektoratet, 2019). Dessuten er digitale tjenester virkemidler myndighetene har satt inn for å fremme kunnskap. Det bekreftes at i

tillegg til lett tilgang til helsetjenesten, skal digitale nettjenester gjøre tilgangen til informasjon enklere for ungdom (Sex og samfunn, u.å; ung.no, u.å-b).

Selv om det i denne studien kommer tydelig frem at lite kunnskap om bivirkninger hemmer bruken, så viser en norsk studie at det kan være en utfordring for helsesykepleiere å vite hvor mye de skal informerer unge jenter om de ulike bivirkninger med prevensjon (Kjendsli et al., 2016, s. 117), særlig siden forventninger om bivirkninger påvirker hvilke bivirkninger man faktisk får (Redmond et al., 1999). På bakgrunn av dette kan det se ut som at altfor mye informasjon, om mange ulike bivirkninger, kan være en barriere for å starte med prevensjon, og også medføre at jenter kan slutte å bruke det. I neste omgang kan de være i fare for å bli uønsket gravide. Politiske føringer støtter at den enkeltes behov for informasjon skal vektlegges og det bør legges til rette for at kvinner har god kunnskap om egen seksuelle helse, for på den måten å kunne forebygge utilsiktet svangerskap og abort (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Myndighetene spesifiserer at for at unge jenter skal kunne ta ett reelt valg om prevensjon så må de ha kunnskap om mulighetene som finnes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Og for at aborttallene skal reduseres må det foreligge kunnskap som er lett tilgjengelig, slik at det er mulig for den enkelte å ha kontroll over egen seksuell og reproduktive helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), ettersom moderne prevensjon gjør det mulig for oss å ha full styring på vår fruktbarhetsevne (Nesheim, 2021).

I denne studien var jentene opptatt av blodpropp som en farlig bivirkning. Frykten for blodpropp gjorde dem skeptiske til hormonell prevensjon og fungerte dermed som en barriere. Andre studier har vist at unge jenter har flere spørsmål om ufarlige bivirkninger, som blødningsforstyrrelser, enn om blodpropp (Kjendsli et al., 2016). Men selv om det er godt kjent at p-piller kan gi økt risiko for blodpropp, så er det likevel mye større risiko å få blodpropp under en graviditet. Og totalrisikoen blir faktisk redusert når dette tas med i beregningen (Wikipedia, u.å).

LARC ble sjeldnere informert og diskutert under konsultasjoner med helsepersonell enn andre prevensjonsmidler (Caetano et al., 2020). Dette kan medføre at kvinner har lite kunnskap om hvordan LARC administreres og kan hemme bruken, slik denne studiens resultater antyder. Jentene hevdet at mer informasjon om hvordan prevensjon

administreres, særlig LARC, kan forebygge flauhet og dermed øke sannsynligheten for at flere vil benytte langtidsvirkende prevensjon.

6.1.2 Automatisk motivasjon

Norske helsemyndigheter mener at det er en betydelig andel utilsiktede graviditeter grunnet feil bruk av prevensjon, og poengterer derfor viktigheten av sikker bruk av prevensjon som avgjørende for å hindre utilsiktet graviditet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Denne studien bekrefter at personlige egenskaper, som at jentene enten var distré eller husket på å ta pillen, både kunne fremme og hemme bruken av prevensjon. Jentenes motivasjon til å bruke p-pillen varierte fra at de var redde for å glemme den fordi de var distré, til at de lyttet til helsepersonells råd. Flere jenter fortalte at de kunne glemme å ta pillen, og det hemmet deres bruk, og for å unngå dette så byttet de til LARC. Slik kan det se ut som deres personlige egenskap var med på å styre valg av prevensjon.

Funn fra denne studien viste at selv om de mente de kunne huske på å ta pillen så var det likevel bedre å slippe å måtte huske på det. Enkelte mente også at informasjon fra helsepersonell påvirket valget deres. Det kan dermed tyde på at flere faktorer som glemsomhet, behagelig å slippe å huske og helsepersonell, kan påvirke unge jenter i deres valg av prevensjon.

Denne studien bekrefter at det å snakke med andre om prevensjon ikke føltes like naturlig for alle, og at det dermed kan hemme bruken. Enkelte beskrev stigmaet knyttet til at det kunne være kleint å snakke om, og at de følte at andre kunne dømme dem, særlig at de var redd for at andre skulle tro at de trengte prevensjon bare for å ha sex. Noen syntes derfor det kunne være flaut å snakke om prevensjon. Dette samsvarer med det som kommer frem i «Ungdom og seksualitet» utgitt fra Bufdir (2019). Her hevdes det at mange synes det er flaut å snakke om kropp og seksualitet, det kan være vanskelig for foreldre å snakke med barnet sitt om seksualitet, og barn og ungdom kan også ha gruet seg lenge før de tar det opp med foreldre. Men ungdom trenger å bli møtt med anerkjennelse og bli tatt på alvor når de har spørsmål om personlige temaer. Og jo mer kunnskap ungdom har om sin egen seksualitet og kropp, desto enklere blir det å kunne ta valg som er gode for seg selv (Bufdir, 2019).

6.2 Faktorer som kan fremme bruk av prevensjon

6.2.1 Psykologisk evne

I likhet med hva norske helsemyndigheter hevder (Helsedirektoratet, 2017), så bekrefter også jentene i denne studien at de henter informasjon fra flere steder. Familien, helsepersonell, informasjon fra nett og ikke minst jevnaldrende regnes som pålitelige informasjonskilder. Jentene oppsøkte helsesykepleier for informasjon om prevensjon. Dette samsvarer med anbefalingene om at helsesykepleier, og annet personell ved HFU, skal holde seg oppdatert på prevensjonsmetoder og ha kunnskap om tilgjengelige prevensjonsmidler (Helsedirektoratet, 2017, 2019).

6.2.2 Sosial mulighet

Jentene oppga venner som støttende personer. Det at jentene oppsøkte viktige informanter, som jevnaldrende, kom frem gjennom utsagn som «alle jenter snakker seg imellom». Sammen med venner oppsøkte de andre viktige informanter, som helsesykepleier. Eksempler som viser at det var helt naturlig å gå til helsesykepleier sammen, kommer frem i denne studien, da to og to jenter ønsket å komme sammen til intervjuene. Dette er i tråd med anbefalingene om at helsesykepleier i skolehelsetjenesten og HFU, skal veilede ungdom, blant annet ved å hjelpe dem til å finne den prevensjonsmetoden som passer best for den enkelte ungdom (Helsedirektoratet, 2017, 2019). Funn fra studien viser at unge jenter oppsøker helsesykepleier når de har spørsmål om prevensjon.

I denne studien uttrykte alle jentene de var redd for å bruke prevensjon, grunnet usikkerhet for bivirkninger. Men samtidig hevdet jentene enstemmig at det ikke var flaut å oppsøke helsesykepleier, og de stolte på informasjonen hun gav. Dette sammenfaller med annen norsk forskning som viser at støtte fra venner og andre tillitspersoner, var avgjørende for at ungdom brukte prevensjonsmidler (Myklestad, 2007).

Tilsvarende, i en SINTEF rapport, fremkommer det at unge jenter snakker sammen om egne erfaringer med prevensjon, og om holdninger til prevensjon, og på den måten også informerer hverandre om tilbud om prevensjon (Øren et al., 2010). Det kan dermed være en antydning om at andre støttende personer kan påvirke den enkeltes prevensjonsvaner. Noe også funn fra denne studien viser, gjennom at jentene oppsøkte venner, som påvirket hverandre i søken etter prevensjon, og dessuten oppsøkte de helsetjenesten sammen.

6.2.3 Fysisk mulighet

Tilgjengelighet til prevensjon

Denne studien bekrefter at tilgjengelighet til prevensjon er avgjørende, ved at jentene mente den tilgjengeligheten de faktisk opplevde, var avgjørende for bruken. De understreket viktigheten av enkel tilgang til skolehelsetjenesten og HFU, lett tilgang på informasjon fra helsepersonell, i tillegg til enkel tilgang på resept på prevensjon, ble sett på som noe som fremmet bruken. Helseesykepleier har gjennom den utvidete rekvireringsretten fått tildelt en betydningsfull rolle som prevensjonsveileder (Helseesykepleieres og jordmødres rett til rekvirering, 1998; Rekvirerings- og utleveringsforskriften, 2015). Lett tilgjengelighet til helseesykepleier ved skolehelsetjenesten og HFU kan styrke muligheten til tilgangen til prevensjon. Det konkluderes med at det har blitt en nedgang i aborter siden rekvireringsretten ble innført (Folkehelseinstituttet, 2021).

Betydningen av enkel tilgang til prevensjon støttes av Verdens helseorganisasjon, som hevder at for å fremme bruken av prevensjon skal menn og kvinner ha tilgang på akseptable og trygge prevensjonsmidler (World Health Organization, 2016). Dette påpekes videre i veilederen for helsestasjon- og skolehelsetjenesten der det anbefales at ungdom skal få veiledning og informasjon til å finne rett prevensjonsmetode for den enkelte, gjennom lett tilgang til skolehelsetjenesten og HFU (Helsedirektoratet, 2017). Dessuten viser en norsk undersøkelse at det er økt behov for lett tilgang til prevensjon for ungdom, grunnet økende seksuell aktivitet i aldersgruppen (Pedersen & Samuelsen, 2003). En kritiker hevder imidlertid at hvis tilgjengeligheten til prevensjonsmidler blir bedre, kan det føre til at tidligere barrierer mot seksualdebut blir fjernet (Aavitsland, 2003). Men han tilføyer at endringer i seksualvaner også kan være ett tegn på at ungdom kan ha blitt mer selvbevisste. Og uansett årsak bør det jobbes videre med at unge jenter skal få tilgang til selvbestemt prevensjon (Aavitsland, 2003).

Funn fra denne studien viser at ikke alle benyttet seg av tilgjengeligheten til helsepersonell, og kan dermed være en hemmer for bruken av prevensjon. Dette støttes i en tidligere undersøkelse der ungdom rapporterte at prevensjon ikke er tilgjengelig for alle, men er avhengig av hvor du bor (sex og samfunn, 2021a). Dette sammenfaller med en kanadisk studie som sier at, til tross for at slike tjenester finnes så er det mange studenter som unngår å oppsøke seksuelle helsetjenester (Cassidy et al., 2018). Men de konkluderer også med at

lett tilgjengelighet til helsetjenesten er blant faktorene som fremmet bruken mest (Cassidy et al., 2018).

Denne studien viser at en hemmende faktor kan være at ikke alle synes det er like naturlig å snakke med andre om prevensjon, og at det kan oppleves flaut og stigmatiserende. Men resultatene viser også at selv om enkelte jenter mente det kunne være flaut å snakke om kropp og seksualitet, så mente ingen det var flaut å oppsøke helsetjenesten, og heller ikke flaut å snakke med helsesykepleier om seksuell helse. Dette kan fremme prevensjonsbruken. En europeisk studie viser tilsvarende at når kvinnen føler det er komfortabelt å snakke med helsepersonell, og i tillegg har tillit til dem, påvirker det hvor åpen kvinnen er i prevensjonssamtalen (Caetano et al., 2020).

I denne studien mente jentene at lett tilgang til helsetjenesten er den viktigste faktoren for å fremme bruken av prevensjon. Enkelte jenter hadde kontaktet fastlege for prevensjon, men de fleste jentene hevdet at de oppsøkte helsesykepleier for resept på hormonell prevensjon. Skolehelsetjenesten var ett kjent sted for dem, og de mente det var lettere å ta kontakt der enn andre steder. Det kan trekkes paralleller til en SINTEF rapport som oppgir at hvis helsepersonell ved HFU får ressurser og nødvendig kompetanse til prevensjonsveiledning, også inkludert rekvireringsretten, så vil flere ungdommer få lettere tilgang til prevensjon (Skjeldestad, 2001). Rapporten viser til at mange unge ikke oppsøker legetjenesten for prevensjon, derfor hevder de at rekvirering av prevensjon ved skolehelsetjenesten og HFU, vil ha en særlig god effekt på reduksjon i ikke-planlagt graviditet og abort (Helsedirektoratet, 2019; Skjeldestad, 2001). Tilgjengeligheten for oppfølgingssamtaler er skolehelsetjenesten og HFU sin styrke. Og mulighet for oppfølgingskonsultasjoner er en helt nødvendig forutsetning for å lykkes med å redusere ikke-planlagte svangerskap og aborter for ungdom, som sjeldent oppsøker legetjenesten for prevensjon (Skjeldestad, 2001). En norsk undersøkelse bekrefter at helsesykepleier har blitt en viktig prevensjonsforeskriver for unge jenter, og er faktisk den som forskriver mest hormonell prevensjon til denne unge kvinner (Skjeldestad, 2012). Statistikk viser tilsvarende at etter utvidet rekvireringsrett trådte i kraft, har antall unge kvinner som bruker langtidsvirkende prevensjonsmiddel nær doblet seg, fra 2015 til 2016 (Folkehelseinstituttet, 2017a).

Helsepolitiske myndigheter bekrefter at etter at helsesykepleier fikk mulighet til å skrive ut LARC så har stadig flere kvinner fått lett tilgang på det (Folkehelseinstituttet, 2017a). For å

øke bruken av sikker prevensjon, for å forebygge ikke-planlagte graviditeter og aborter, er viktige virkemidler en kombinasjon av lett tilgjengelig helsetjeneste som sikrer lett tilgang på helhetlig prevensjonskonsultasjon (Helsedirektoratet, 2019). Og det er nettopp det jentene i denne studien også bekreftet. De var kjent med hvor helsesykepleier hadde kontor på skolen og oppsøkte henne for rekvisisjon på hormonell prevensjon.

Funn fra denne studien indikerer at myndighetene har lyktes med tiltak, gjennom nettopp å vektlegge ett godt og utbygd tjenestetilbud til unge i skolehelsetjenesten og ved HFU som spesielt viktig for ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020), og gjennom tiltak som utvidet rekvireringsrett for helsesykepleier og jordmor (Helsesykepleieres og jordmødres rett til rekvirering, 1998; Rekvirerings- og utleveringsforskriften, 2015). Dette styrker tilgjengeligheten av prevensjon på skolen og HFU, og kan dermed fremme bruken.

Bidragsordningen kan påvirke prevensjonsvaner

Funn fra studien viser at bidragsordningen fremmet prevensjonsbruken. Det kom frem at i tillegg til å slippe å spørre foreldre om penger til prevensjon, så var det flere som ikke ønsket at foreldre skulle vite at de benyttet det. Noen jenter mente også at de hadde foreldre som ikke støttet deres ønske om å bruke prevensjon. Jentene mente at færre ville ha benyttet hormonell prevensjon, dersom de måtte betalt for det selv. Dette støttes av en SINTEF rapport som hevder at gratis hormonell prevensjon kan påvirke prevensjonsvaner (Øren et al., 2010). SINTEF rapporten bekrefter at ved tilbud om gratis prevensjon så øker antall brukere og kontinuasjonen av prevensjon, mange flere velger LARC, i tillegg til en signifikant nedgang i aborter (Øren et al., 2010). Økonomiske tiltak ble anslått til å være den viktigste faktoren for å gjøre det enklere for unge kvinner å bruke hormonell prevensjon (Øren et al., 2010). I rapporten antas det at flere kvinner har snakket sammen og informert hverandre om tilbudet og det har medført at flere kvinner har tatt kontakt med helsetjenesten for prevensjon. Det hevdes videre at dette kan tyde på at kvinner benytter seg av helsetjenesten til veiledning og resept på hormonell prevensjon (Øren et al., 2010). Også norske forskere mener subsidiering er et viktig tiltak for å øke prevensjonsbruken (Aarvold & Nesheim, 2016).

I likhet med funn fra denne studien forsterker overnevnte rapport og undersøkelse at myndighetene også her har lyktes med tiltak. Bidragsordningen er ett tiltak som øker

muligheten for at unge jenter skal få tilgang på hormonell prevensjon, ved at ungdom får helt eller delvis dekket utgiftene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Tillit til anbefalingen om LARC som prevensjonsmetode

Studiens resultater viser at unge jenter stoler på anbefalingene om at LARC er sikre prevensjonsmetoder. Det er i samsvar med at langtidsvirkende prevensjon og p-piller med lav risiko for blodpropp er de tryggeste prevensjonsmetoder, og økt bruk av disse vil gi ytterligere reduksjon i aborttallene (Madsen & Sommerstad, 2016). På den andre siden setter kritikere spørsmålsteget ved om det finnes bivirkninger ved langtidsvirkende prevensjon som vi ennå ikke kjenner til (Eskild & Strøm-Roum, 2016). I tillegg legger de frem forslag om andre strategier for å forebygge abort, som støtteordninger og tiltak som skal legge til rette for at unge jenter kan fortsette uplanlagt graviditet (Eskild & Strøm-Roum, 2016). Dette blir videre kritisert av Aarvold og Nesheim (2016) som mener det er problematisk, at et forebyggende tiltak mot abort skal være det å tilby støtteordninger ved ufrivillig graviditet. Videre hevder de at de beste tiltakene for kvinners seksuelle helse og for å få ned aborttallene, er økt bruk av langtidsvirkende prevensjon (Aarvold & Nesheim, 2016).

Grunnet tillit til anbefalingene var det i denne studien flere jenter som ønsket å starte eller bytte til LARC. En norsk undersøkelse bekrefter at det er en kraftig økning i bruken av de anbefalte LARC, samt at fire av fem norske kvinner som fikk resept på p-piller fikk de anbefalte typene (Furu et al., 2021).

Denne studien bekrefter at jentene har kunnskap om at helsemyndighetene anbefaler LARC og de har tillit til anbefalingen. Det kan dermed se ut som strategier og handlingsplanen virker (Departementene, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2020).

6.2.4 Reflekterende motivasjon

Denne studien viser at tidligere erfaringer med prevensjon påvirket også motivasjonen for individuelt valg av type prevensjon. Kondom og p-piller ble sett på som minst «til å stole på», mens p-stav og spiral ble fremhevet som det sikreste av deltakerne. De var tydelige på at de stolte på den prevensjonen de til slutt endte opp med.

Helsesykepleier som jobber med ungdom bør inneha kompetanse om prevensjonsmetoder (Helsedirektoratet, 2019). Funn fra studien viser nettopp at jentene stolte på kunnskapen

som helsesykepleier har. En deltaker hevdet at hun mente helsesykepleier har mer kunnskap og erfaring enn henne, og at hun dermed burde stole på helsesykepleier. Dette samsvarer med en uttalelse der det hevdes at ungdom får mulighet til å påvirke egen helse, gjennom dialog med helsesykepleier (Moen, 2019). Det vektlegges at skolehelsetjenesten ofte er den første primærhelsetjenesten som ungdom oppsøker når de trenger råd fra en voksen som har helsefaglig utdannelse, og helsesykepleier blir på den måten en viktig person for det forebyggende og helsefremmende arbeidet for ungdom (Moen, 2019). Det er også i overensstemmelse med myndighetene som hevder at helsesykepleier i skolehelsetjenesten og HFU har stor tillit blant barn og ungdom og generelt i samfunnet, og at barn og unge kan få rådgivning om seksuelle tjenester fra helsesykepleier i skolehelsetjenesten og ved HFU (Helsedirektoratet, 2021a).

6.3 Avsluttende spørsmål

Jentene mente de ikke hadde fått nok undervisning om seksuell helse og prevensjonsmetoder på skolen. Siden de stolte på helsesykepleiers fagkompetanse og at det ikke var flaut å snakke med helsesykepleier om seksuell helse, mente de at hun burde undervise om temaet i klassene, slik at alle fikk denne informasjonen, og ikke bare dem som oppsøkte henne. Kritiske røster har imidlertid hevdet at det må jobbes for at prevensjonsveiledningen skal stå mer i fokus i opplæringen av helsepersonell (Aarvold, 2020). Men dette har myndighetene allerede satt søkelys på, ved å sette føringer om at det ikke er tilstrekkelig for helsesykepleiere og jordmødre å kun inneha rekvireringsrett for p-stav og hormonspiral. For disse faggruppene er det i tillegg fastsatt ett minimumskrav for å administrere LARC, der det er nødvendig at de må gjennomføre veiledet praksis, for å oppfylle krav om faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Helsedirektoratet, 2019).

I motsetning til anbefalinger fra myndighetene om at skolehelsetjenesten bør bidra med undervisning på skolen, samt at det er en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten bør bidra i samlivs- og seksualitetsundervisningen på skolen, særlig om seksuell helse (Helsedirektoratet, 2017), så viser funn fra denne studien at jentene mente de ikke hadde fått nok undervisning om seksuell helse og prevensjonsmetoder på skolen. De ønsket at helsesykepleier kunne undervise dem om temaet og at det skulle være i skoletiden.

Tilsvarende viser en norsk undersøkelse at ungdom krever at alle skal få seksualitetsundervisning, og at den skal være standardisert, slik at det ikke er tilfeldig hvilken

kunnskap som formidles, i tillegg til at det er en kompetent fagpersonell som skal holde undervisningen (sex og samfunn, 2021a).

Myndighetene mener skolehelsetjenesten bør i særlig grad tilby sin kompetanse i undervisning om kroppenes anatomi, fysiologi, prevensjonsmidler og seksuelt overførbare infeksjoner, som stiller høye krav til oppdatert og god kunnskap (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg vil de bidra med å utvikle undervisningsopplegg i skolene, da det fastslås at for å fremme seksuell helsekompetanse hos elevene, så bør det ligge god seksualitetsundervisning i bunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 26). Funn fra denne studien viser nettopp at jentene ønsket den kunnskapen formidlet av helsepersonell. Det kan dermed antydes at hvis helsesykepleier markedsfører prevensjonskompetansen på skolen, kan terskelen for ungdom til å ta kontakt senkes, og følgelig fremme bruken av prevensjon. Og det at helsesykepleier har mulighet til å tilby sin kompetanse når ungdom trenger veiledning om prevensjonsbruk, kan motivere dem til å starte med prevensjon.

Jentene i denne studien hevdet at siden de stolte på helsesykepleiers fagkompetanse, i tillegg til at det ikke var flaut å snakke med henne om seksuell helse, mente de at hun burde undervise om temaet i klassene, slik at alle fikk denne informasjonen, og ikke bare dem som oppsøkte henne. Jentene kom dermed med ett behov for mer informasjon og undervisning om prevensjon, og de ønsket at helsesykepleier skulle gjøre dette. Det kan antydes at får å nå ut til en større gruppe elever bør helsesykepleier være mer ute i klassene og undervise om seksuell helse og prevensjon, og dermed også oppfylle de sterke anbefalingene fra myndighetene (Helsedirektoratet, 2017).

6.4 Praktiske implikasjoner av forskningsfunn

Helsesykepleier har blitt tillagt en sentral rolle med veiledning av prevensjon, særlig etter at den utvidete rekvireringsretten tredde i kraft, i tillegg til at aldersbegrensning for rekvireringsrett opphørte fra 1. januar 2022, som nå innebærer at helsesykepleiere og jordmødre kan rekvirere alle typer prevensjon, også til ungdom under 16 år.

Jentene synes det er trygt å oppsøke helsesykepleier ved skolehelsetjenesten eller ved HFU. Studien tyder på at unge jenter har tillit til den informasjonen som helsesykepleier gir, men allikevel ønsker mer informasjon. Studien viser også at ungdom ønsker at helsesykepleier underviser om seksuell helse i skoletimene.

Unge jenter er bekymret for bivirkninger av prevensjon og ønsker mer informasjon om det. Siden helsesykepleier innehar denne kunnskapen kan det gjøre det enklere å møte ungdoms bekymringer for bivirkninger, som igjen kan forbygge at ungdom slutter å bruke prevensjon. Ved foreskriving av hormonell prevensjon bør det fokuseres mer på informasjon om bivirkninger og å gi jentene informasjon om at de kan komme tilbake til helsesykepleier dersom de har flere spørsmål. Funnene indikerer at helsesykepleier bør informere mer om prevensjonseffekten og bivirkninger. Ungdom finner informasjon som er lett tilgjengelig på nett og enkel tilgang på informasjon bør fortsatt utvikles. Det kan tale for at helsesykepleier også bør være synlig på nett, og da særlig i de sosiale medier som ungdom benytter.

Denne studien gir økt kunnskap om unge jenters ønsker og behov for informasjon om prevensjon. Helsesykepleier kan ha nytte av denne informasjonen ved rekvirering av hormonell prevensjon. Til sist kan dette hjelpe unge jenter fordi informasjonen som blir gitt er tilpasset deres alder, forståelse og kunnskapsnivå.

Funnene kan medvirke til at helsesykepleier kan gi tilrettelagt informasjon ved forskrivning av hormonell prevensjon.

6.4.1 Implikasjoner for helsesykepleiere

Når prevensjonsforskrivere, deriblant helsesykepleier, skal veilede unge jenter i deres valg av prevensjonsmetode, så bør hun undersøke om jentene har evne, mulighet og motivasjon til å velge den prevensjonen som er rett for dem. Hun bør sjekke at de har evne, som for eksempel hvor henter unge jenter kunnskap om prevensjon og hun bør spørre dem om de tror noen er redde for å bruke prevensjon. Hun bør undersøke deres motivasjon, som for eksempel få jentene til å tenke over hvor viktig det er at de bruker prevensjon for å unngå ufrivillig graviditet og å sjekke om de har troen på at prevensjonen virker. Og i tillegg bør hun undersøke om de har mulighet til å kunne ta ett reelt valg, som for eksempel om de har sosial støtte i form av om jenter snakker sammen om prevensjon, om de har tilgang på helsepersonell som kan rekvirere prevensjon og om de har tillit til anbefalingene gitt av norske helsemyndigheter. Dette kan medføre endring av prevensjonsatferd.

6.5 Studiens styrker og begrensninger

Begrensninger med studien er at det er en liten studie, med syv deltakere, og den er dermed ikke representativ for alle. I denne studien er det kun intervjuet jenter. En svakhet ved denne studien er derfor at det ikke er noen deltakere som er gutter.

Bruk av teoretisk rammeverk er en styrke ved denne studien. Videre vises styrkene i studien gjennom dens reliabilitet, validitet og overførbarhet.

Studien er reliabel ved at det refereres nøyaktig hvordan hele forskningsprosessen har forgått, både hvordan data har blitt innhentet, undersøkt og bearbeidet. Oppfølging fra veileder og bruke av metodelitteratur kan styrke reliabiliteten. Påliteligheten styrkes også når det har blitt vist hvordan annen forskning har kommet frem til samme resultat som denne studien.

Studien er valid ved at det er samsvar mellom data fra intervjuene i denne studien og tidligere forskning på området. Validiteten er videre styrket ved at det er vist til en kritisk gjennomgang av analyseprosessen. Det har også blitt sjekket for feilkilder. En styrke er dybdeintervjuene med ungdommer. Alle funnene er forankret i direkte utsagn fra jentene og er dermed gyldige i denne studien.

Resultatene fra denne studien kan være overførbar til andre lignende situasjoner og funnene kan dermed benyttes av prevensjonsforeskrivere.

7 Avslutning

Hensikten med studien var å undersøke hva som fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon, for å forebygge ufrivillig svangerskap og abort, og for å øke bruken av anbefalte prevensjonsmetoder.

Hovedfunn fra studien viser at unge jenter ønsker spesielt å lære mer om bivirkninger og innsettingsmetoder for prevensjon, og at mangel på denne kunnskapen er den største barrieren for bruk av prevensjon. I tillegg var personlige egenskaper, som at de glemte å ta pillen, en hemmende faktor. Dessuten mente jentene at de ikke hadde fått nok undervisning om prevensjon på skolen, noe som hemmet bruken, og de ønsket seg mer seksualitetsundervisning, herunder også prevensjonsinformasjon, fra helsesykepleier på skolen.

Det som fremmet unge jenters prevensjonsbruk var at jentene oppsøkte helsesykepleier for informasjon om prevensjon, samt at venner ble regnet som en pålitelig informasjonskilde. Flere muligheter fremmet prevensjonsbruken, som at helsesykepleier var lett tilgjengelig, derav muligheten for rekvirering av prevensjon, og bidragsordningen som en økonomisk mulighet. Dessuten viste det seg at tillit til anbefalingene fra helsemyndighetene, samt tidligere bruk av prevensjon, fremmet bruken av LARC.

Funnene kan ha relevans for helsepersonell, særlig helsesykepleiere, når de skal veilede, informere og rekvirere prevensjon til unge jenter. Studiefunn kan medføre en forbedret rekvireringspraksis, der det vektlegges informasjon om bivirkninger og innsettingsmåter, og der målet er å øke bruken av anbefalte prevensjonsmetoder, for å redusere ufrivillig graviditet og abort hos unge jenter. Funnene kan medføre at helsepersonell, herunder helsesykepleier, jobber mer universelt med å undervise i grupper og klasser på skolen, for å nå ut med informasjon til flere.

7.1 Implikasjoner for videre forskning

Dette er så vidt vi vet den første studien med en systematisk gjennomgang av prevensjonsatferd koblet med atferdsmodellen COM-B. Rammeverket gir en teoretisk atferdsanalyse av hva som fremmer og hemmer prevensjonsbruken hos unge jenter, i praksis.

Med bakgrunn i COM-B modellen kan det utvikles intervensjonskomponenter for å overvinne barrierer og forbedre mulighetene som økt prevensjonsbruk.

Denne studien har ikke undersøkt prevensjonsatferden hos unge gutter, kun jenter. Det kan derfor være nyttig å forske videre på hva som fremmer og hemmer prevensjonsatferd hos unge gutter, for å forebygge ufrivillig graviditet og abort, og bruke COM-B som teoretisk forståelsesramme rundt dette. Nye studier kan utforske dette videre.

Referanseliste

- Alexander, K. E., Brijnath, B. & Mazza, D. (2014). Barriers and enablers to delivery of the Healthy Kids Check: an analysis informed by the Theoretical Domains Framework and COM-B model. *Implement Sci*, 9, 60. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-60>
- Amnesty International. (u.å). *ABORT, SEKSUALITET OG HELSE*. Amnesty International i Norge. <https://amnesty.no/kvinnens-rett>
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., Foy, R., Duncan, E. M., Colquhoun, H., Grimshaw, J. M., Lawton, R. & Michie, S. (2017). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation science*, 12(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
- Austveg, B. & Sundby, J. (2011). Reproduktiv helse – tusenårs målet lengst fra oppnåelse. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 131(1907). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0748>
- Bakken, A. (2017). *Ungdata 2017 Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 10/17). N. V. H. i. O. o. Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5117/Opprettet-Ungdata-rapport-2017-4-august-2017-web-utg-med-omslag.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018 Nasjonale resultater* N. V. H. i. O. o. Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5128/Ungdata-2018.%20Nasjonale%20resultater.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020 Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 16/20). N. V. H. i. O. o. Akershus. [http://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2020-Nasjonale-resultater-NOVA-Rapport%2016-20%20\(1\).pdf](http://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2020-Nasjonale-resultater-NOVA-Rapport%2016-20%20(1).pdf)
- Barker, F., Atkins, L. & de Lusignan, S. (2016). Applying the COM-B behaviour model and behaviour change wheel to develop an intervention to improve hearing-aid use in adult auditory rehabilitation. *International Journal of Audiology*, 55(sup3), S90-S98. <https://doi.org/10.3109/14992027.2015.1120894>
- Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T. & Peipert, J. F. (2015). Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health (Larchmt)*, 24(5), 349-353. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5191>
- Bjønnes, I. (2016). Helsesøster må tilpasse veiledningen. *Sykepleien forskning*, (02), 124-125. https://sykepleien.no/sites/default/files/forskning_0216.pdf
- Bufdir. (2019, 09. april 2021). *Ungdom og seksualitet*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. https://bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom_og_seksualitet/
- Caetano, C., Blienkendaal, S., Engler, Y. & Lombardo, M. (2020). From awareness to usage of long - acting reversible contraceptives: Results of a large European survey. *Int J Gynaecol Obstet*, 151(3), 366-376. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13363>
- Cane, J., O'Connor, D. & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation science*, 7(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
- Cassidy, C., Bishop, A., Steenbeek, A., Langille, D., Martin-Misener, R. & Curran, J. (2018). Barriers and enablers to sexual health service use among university students: a qualitative descriptive study using the Theoretical Domains Framework and COM-B model. *BMC Health Services Research*, 18(1), 581. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3379-0>
- Curtis, K., Atkins, L. & Brown, K. (2017). Big hearts, small hands: A focus group study exploring parental food portion behaviours. *BMC Public Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4711-z>
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L. & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, 9(3), 323-344. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.941722>
- Departementene. (2016). *# Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf

- Diedrich, J. T., Klein, D. A. & Peipert, J. F. (2017). Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(4), 364.e361-364.e312. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.12.024>
- Eskild, A. & Strøm-Roum, E. M. (2016). Subsidierting av gestagenprevensjon – på kollisjonskurs med biologien? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(902). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0369>
- Felleskatalogen. (2021, 17. februar). *Intrauterine antikonseptiva*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/G02B%20A03>
- Folkehelseinstituttet. (2017a, 20. mars). *Dobling i bruk av p-stav blant unge kvinner*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2017/dobling-i-bruk-av-p-stav-blant-unge-kvinner/>
- Folkehelseinstituttet. (2017b, 11.03.2022). *Fakta om abort (med 2021-tal)*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/?msclkid=20091c77aaa311ec90f26cf508ba2441>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Abortregisteret- Rapport om svangerskapsavbrot 2020* (ISSN 1891-6392). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/rapport-om-svangerskapsavbrot-2020-rapport-2021.pdf>
- Follestad, T. H., Lomsdalen, C., Aasland, M. W., Lunde, G. H., Kühle-Hansen, S., Fjeld, W., Moksnes, T. S. & Giertsen, A. C. W. (2021, 02.06.2021). *Vil du snakke om det, Bent Høie?* Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/06/02/vil-du-snakke-om-det-bent-hoie/>
- Furu, K., Aares, E. B., Hjellvik, V. & Karlstad, Ø. (2021). Hormonell prevensjon i Norge, 2006-2020, etter prevensjonstype, alder og fylke: En landsdekkende registerbasert studie. *Norsk Epidemiologi*, 29(1-2). <https://doi.org/https://doi.org/10.5324/nje.v29i1-2.4046>
- Grentzer, J., McNicholas, C. & Peipert, J. F. (2013). Use of the etonogestrel-releasing contraceptive implant. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 8(4), 337-344. <https://doi.org/10.1586/17474108.2013.811941>
- Hall, K. S. (2012). The Health Belief Model Can Guide Modern Contraceptive Behavior Research and Practice. *J Midwifery Womens Health*, 57(1), 74-81. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00110.x>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)* (I-1175 B) [Strategi]. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/seksuell-helse/Strategi%20%E2%80%9320Seksuell%20helse.pdf/_attachment/inline/99437483-fad7-4066-b0cd-a934634c7100:04ca3e5bda5b236bac070c93cdc455d004cdd61c/Strategi%20%E2%80%9320Seksuell%20helse.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 06/2020). *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd- informasjon og tilgjengelighet 2020–2024*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/59df2395e37f473b93e2da02db01f69c/hod-handlingsplan.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-for-ungdom#prevensjon-helsestasjon-for-ungdom-skal-gi-prevensjonsveiledning-og-sikre-tilgjengelig-og-sikker-prevensjon-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2019). *Prevensjon: Helsestasjon for ungdom skal gi prevensjonsveiledning og sikre tilgjengelig og sikker prevensjon* (Hentet 12.mars 2022). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-for-ungdom/prevensjon-helsestasjon-for-ungdom-skal-gi-prevensjonsveiledning-og-sikre-tilgjengelig-og-sikker-prevensjon#referere>
- Helsedirektoratet. (2020, 10 januar). *Skolehelsetjenesten-Helsepersonell har taushetsplikt-når du er 16 år*. norskelsenett. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/skolehelsetjenesten/>
- Helsedirektoratet. (2021a, 21. desember 2021). *Leger, helsesykepleiere og jordmødre kan rekvirere hormonell prevensjon til personer under 16 år*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/rekvirering-av-hormonell-prevensjon/rekvirering-veiledning-og-oppfolging/leger-helsesykepleiere-og-jordmodre-kan-rekvirere-hormonell-prevensjon-til-personer-under-16-ar?msclkid=fe03bf03aade11ec89baf0a64a3cfc2e#68e95e27-29eb-4653-a605-ead7ae7c1f12-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2021b, 20. oktober 2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. Helsedirektoratet. Hentet 06. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sectorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>

- Helsedirektoratet. (2022, 31. januar 2022). *Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/styrking-og-utvikling-av-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten?msclid=fa8f8898a86311ec9a20c01a38408cac#regelverk-mal-for-ordningen>
- Helsenorge. (u.å, Hentet 26.02.2022). *Prevensjon*. Norsk helsenett. <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/prevensjon/>
- Helsesykepleieres og jordmødres rett til rekvirering. (1998). *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*. (FOR-1998-04-27-455). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/1998-04-27-455/§2-5>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2016). *Inntroduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstract.
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*, 72(12), 2954-2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kjendsli, M. R., Glavin, K. & Gjevjon, E. R. (2016). Informasjonsbehov til unge jenter ved p-pillebruk *Sykepleien forskning*, (02), 114-123. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.57594>
- Krogh, T. (2014). *HERMENEUTIKK Om å forstå og fortolk* (2. utg.).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Legemiddelverket. (2016, 11.06.2018). *Sjekkliste og informasjon til deg som forskriver p-piller*. Legemiddelverket. <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/sjekkliste-og-informasjon-til-deg-som-forskriver-p-piller>
- Madsen, S. & Sommerstad, C. (2016). Nullvisjon for uønskede svangerskap? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(520-1). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0980>
- McDonagh, L. K., Saunders, J. M., Cassell, J., Curtis, T., Bastaki, H., Hartney, T. & Rait, G. (2018). Application of the COM-B model to barriers and facilitators to chlamydia testing in general practice for young people and primary care practitioners: a systematic review. *Implementation science*, 13(130), 1-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13012-018-0821-y>
- Michie, S., Atkins, L. & West, R. (2014). *The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions*. Great Britain: Silverback Publishing.
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D. & Walker, A. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *BMJ Quality & Safety*, 14(1), 26-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>
- Michie, S., Stralen, M. M. v. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Mjøhus, J., Karlsen, M. O. & Haugstvedt, A. (2014). Ungdom og kondombruk En studie av tiendeklassingers erfaringer med bruk av kondom. *Sykepleien*, 2(9), 166-172. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0086>
- Moen, A. (2019). Dialogen med helse-sykepleier gir unge mulighet til å påvirke egen helse. *Sykepleien forskning*, 107(77232). <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77232>
- Myklestad, I. (2007). *Forutsi prevensjonsadferd blant ungdom : sosiale, kognitive og kontekstuelle påvirkninger* [Doktorgradsavhandling, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo Unipub]. DUO Vitenarkiv. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18359>
- Nesheim, B.-I. (2021). Prevensjon i Store medisinske leksikon på snl.no. *Store medisinske leksikon*. Hentet 20. april 2022 fra <https://sml.snl.no/prevensjon>
- NHI.no. (u.å, 03.02.2021). *Hormonell prevensjon og bivirkninger*. NHI Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/prevensjon/hormonell-prevensjon-bivirkninger/?msclid=8e723343a90911ec8deef20355010131>
- Nordahl, M. (2017). *Norge og Island bruker minst hormonprevensjon i Norden*. *Forskning.no*. <https://forskning.no/sex-helse-land-og-regioner/norge-og-island-bru-ker-minst-hormonprevensjon-i-norden/371597?msclid=f78857b5a9ff11ec8952c425fff7e69d>
- Norsk legemiddelhandbok. (u.å). *Legemiddelkapitler østrogen-gestagen*. Forening for utgivelse av Norsk legemiddelhandbok. Hentet 9. april 2022 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L14.1.3/%C3%98strogen%E2%80%93gestagen>
- Origanje, C., Merimikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A. & Ehiri, J. E. (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane library*, Vol.2016 (2), CD005215-CD005215 <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD005215.pub3>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, W. & Samuelson, S. O. (2003). Nye mønstre av seksualferd blant ungdom. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 21(123): 3006-9). <https://tidsskriftet.no/2003/11/originalartikkel/nye-monstre-av-seksualferd-blant-ungdom>
- Redmond, G., Godwin, A. J., Olson, W. & Lippman, J. S. (1999). Use of placebo controls in an oral contraceptive trial: methodological issues and adverse event incidence. *Contraception*, 60(2), 81-85. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(99\)00069-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0010-7824(99)00069-4)
- Rekvirerings- og utleveringsforskriften. (2015). *Rundskriv-Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler– Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC)* (IS-2015-13). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler/Utvidet%20rekvireringsrett%20til%20helses%C3%B8stre%20og%20jordm%C3%B8dre%20for%20prevensjonsmidler%20%E2%80%93%20Helses%C3%B8stre%20og%20jordm%C3%B8dres%20administrering%20av%20langtidsvirkende,%20reversibel%20prevensjon%20\(LARC\)%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf/_/attachment/inline/d10636d0-377b-46fd-b00d-ea5a32f66067:69e3cda9066781a1651932b70476bc0fd88e4604/Utvidet%20rekvireringsrett%20til%20helses%C3%B8stre%20og%20jordm%C3%B8dre%20for%20prevensjonsmidler%20%E2%80%93%20Helses%C3%B8stre%20og%20jordm%C3%B8dres%20administrering%20av%20langtidsvirkende,%20rever-sibel%20prevensjon%20\(LARC\)%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler/Utvidet%20rekvireringsrett%20til%20helses%C3%B8stre%20og%20jordm%C3%B8dre%20for%20prevensjonsmidler%20%E2%80%93%20Helses%C3%B8stre%20og%20jordm%C3%B8dres%20administrering%20av%20langtidsvirkende,%20reversibel%20prevensjon%20(LARC)%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf/_/attachment/inline/d10636d0-377b-46fd-b00d-ea5a32f66067:69e3cda9066781a1651932b70476bc0fd88e4604/Utvidet%20rekvireringsrett%20til%20helses%C3%B8stre%20og%20jordm%C3%B8dre%20for%20prevensjonsmidler%20%E2%80%93%20Helses%C3%B8stre%20og%20jordm%C3%B8dres%20administrering%20av%20langtidsvirkende,%20rever-sibel%20prevensjon%20(LARC)%20%E2%80%93%20Rundskriv.pdf)
- Ræder, M. B., Johansen, M. & Offerdal, K. (2021). Prevensjon. *Den norske legeforening*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/prevensjon/>
- Sedgh, G., Singh, S. & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*, 45(3), 301-314. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>
- Sex og samfunn. (2021a, 02.12.2021). *De unges 50 krav til fremtidens seksualpolitikk*. ung.no. <https://www.sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2021/12/50-krav.pdf>
- Sex og samfunn. (2021b, september 2021). *Hvordan er unges seksuelle og reproduktive helse og rettigheter (SRHR) i Norge? Rapport om unges perspektiv på seksuell helse*. <https://www.sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2021/09/Rapport-unges-SRHR.pdf>
- Sex og samfunn. (u.å, 17.01.2022). *Om oss*. Sex og samfunn. <https://sexogsamfunn.no/om/>
- Sex og samfunn. (u.å.). *eMetodebok for seksuell helse*. Sex og samfunn. Hentet 26. november 2020 fra <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>
- Skjeldestad, F. E. (2001). *Forsøk med samlivs- og prevensjons- veiledning i kommuner 1997-2000. Hovedrapport* (SFT78 A012501). Sosial- og Helsedepartementet file:///C:/Users/47938/Downloads/A15291.pdf
- Skjeldestad, F. E. (2012). Forskrivning av prevensjon for unge kvinner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(292-4). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0637>
- Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V. & Lidegaard, Ø. (2016). Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1154-1162. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2387>
- Spiering, L. (u.å). *Hormonell prevensjon*. Store medisinske leksikon. Hentet 9. april 2022 fra https://sml.sn.no/hormonell_prevensjon
- Statens legemiddelverk. (2016, 22. juni). *Langtidsvirkende prevensjon p-stav eller hormonspiral. Anbefalte prevensjonsmidler*. Statens legemiddelverk. [https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/anbefalte-hormonelle-prevensjonsmidler#langtidsvirkende-prevensjon-\(p-stav-eller-hormonspiral\)-](https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/anbefalte-hormonelle-prevensjonsmidler#langtidsvirkende-prevensjon-(p-stav-eller-hormonspiral)-)
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Gyldendal Akademiske.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal
- Træen, B. (1995). *Ungdom og seksualitet* (K. Gørvell, Red.). Ad notam Gyldendal. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008030704055
- Træen, B., Stigum, H. & Magnus, P. (2003, 12.04.2016). *Rapport fra seksualvane-studiene i 1987, 1992, 1997 og 2002*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/eldre/rapport-fra-seksualvane-undersokels/>
- ung.no. (2021, 01.10.2021). *Spiral og p-stav - sikreste beskyttelse mot graviditet*. Ung.no. https://www.ung.no/prevensjon/4181_Spiral_og_p-stav_-_sikreste_beskyttelse_mot_graviditet.html

- Ung.no. (u.å-a). *Ung.no – kvalitetssikret informasjon til ungdom*. Hentet 27.02.22 fra https://www.ung.no/om/3_Ung.no_%E2%80%93_kvalitetssikret_informasjon_til_ungdom.html
- ung.no. (u.å-b, 18.10.2020). *Vanlige bivirkninger av p-piller og annen hormonell prevensjon*. Bufdir. https://www.ung.no/prevensjon/4162_Vanlige_bivirkninger_av_p-piller_og_annen_hormonell_prevensjon.html
- Ung.no. (u.å.). *Hva slags prevensjon bruker du, og hvor fornøyd er du?* Bufdir. Hentet 11.05.2021 fra <https://www.ung.no/vote/?idVote=436&results=yes>
- Ungdata. (u.å.). *Hva er Ungdata?* Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet. <https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata/>
- West, R., Michie, S., Rubin, G. J. & Amlôt, R. (2020). Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 451-459. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0887-9>
- Wikipedia. (u.å, 24. februar 2022). *Prevensjon*. Wikipedia. Hentet 20. april 2022 kl 21.12 fra <https://no.wikipedia.org/w/index.php?title=Prevensjon&oldid=22291307>
- World Health Organization. (2016). *Selected practice recommendations for contraceptive use*. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf;jsessionid=42AD9E833A31F5F73073D53E3B77F596?sequence=1>
- Øren, A., Leistad, L. & Haugan, T. (2010). *Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20-24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon?* (SINTEF A 14751). Helsedirektoratet. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2467251/SINTEF%2bRapport%2bA14751.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aarvold, T. (2020, 21.11.2020). *Vi må gi bedre informasjon om prevensjon*. Norsk Sykepleierforbund. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/11/vi-ma-gi-bedre-informasjon-om-prevensjon>
- Aarvold, T. & Nesheim, B.-I. (2016). Hormonspiral og p-stav er beste prevensjon mot uønsket svangerskap. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(1200-1). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0534>
- Aavitsland, P. (2003). Ungdom, sex og helse. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 21(123: 3005). <https://tidsskriftet.no/2003/11/leder/ungdom-sex-og-helse>

Vedlegg

Vedlegg 1 REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	12.10.2021	299236

Gro Beate Samdal

Prosjektsøknad: Hva fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon?

Søknadsnummer: 299236 **Forskningsansvarlig institusjon:** VID vitenskapelige høgskole

Prosjektsøknad godkjennes med vilkår

Søkers beskrivelse

Formålet er å forske på hva som fremmer og hemmer unge jenters bruk av hormonell prevensjon. Hensikten med studien er å finne ut hvilke utfordringer som møter jenter ved spørsmål om prevensjon. Hvilke faktorer kan hjelpe og hvilke faktorer kan hindre jenter i å bruke prevensjon? Synes unge jenter det er lett tilgjengelighet til veiledning om prevensjon og hvordan benytter de seg av de tilbudene som finnes. Hvor får de prevensjon? Og siden LARC er anbefalt, hvorfor bruker ikke flere/ "alle" det?

Målgruppen er jenter i alderen 16-19 år.

Datainnsamling skal foregå som personlig intervju, en-til-en intervju, grunnet at spørsmålene kan oppleves intimt og privat.

Norske helsemyndigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 54) hevder at det ikke finnes gode nok nasjonale overvåkningsdata om seksuell helse blant ungdom. Vi har derfor ikke nok kunnskap om hvilke virkemidler og tiltak som fungerer.

Regjeringen har gitt ut egen strategi for ungdomshelse (Departementene, 2016, s. 40). Her kan vi lese at det er lite kunnskap som er systematisert i spørsmålet om hvordan ungdom benytter de tilbudene som finnes i helsetjenesten.

Ungdata har ingen nasjonale spørsmål om ungdom og prevensjon.

Ønsker derfor å undersøke hva unge jenter selv mener at fungerer ved å spørre/intervjue dem om de synes det er lett å få informasjon og veiledning om prevensjon. Hvor får de resept på hormonell prevensjon? Og siden det er mye dokumentert at LARC (long-acting reversibel contraception) er anbefalt, hvorfor er det ikke flere som bruker det?

Vi viser til søknad mottatt 18.08.2021 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i møtet 24.09.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Relevante opplysninger

REK vest

| E-post: rek-vest@uib.no

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,

Web: <https://rekportalen.no> Haukelandsveien 28, Bergen

Studien har vært lagt frem som en fremleggingsvurdering og REK vest anbefalte å sende inn en fullstendig søknad.

Studiepopulasjon

Deltakerne i studien er jenter i alderen 16-19 år som allerede bruker hormonell prevensjon. 6 deltakere vil inkluderes.

Formål

Formålet med denne masterstudien er å undersøke hva som fremmer og hemmer unge jenters bruk av hormonell prevensjon.

Metode for innsamling

Individuelt intervju med lydopptak.

Forsvarlighetsvurdering

I samtalene kan det komme frem at noen av jentene har behov for oppfølging. Komiteen ber derfor om at man i studien er oppmerksom på at det kan oppstå slike situasjoner og ber om det utarbeides en beredskapsplan for oppfølging. Beredskapsplanen bør utarbeides i samarbeid med skolehelsetjenesten og helsesykepleier. Helsesykepleiers videre oppfølging av deltaker kan først skje etter at deltaker har samtykke til slik oppfølging.

Rekruttering

I studien vil man intervjuer jenter ved videregående skoler i nabokommuner, og eventuelt også hente informanter ved Helsestasjon for ungdom (HFU) i nabokommune. Man vil innhente tillatelse fra rektor ved skolen og innhente tillatelse fra leder ved HFU. For å rekruttere deltakere ønsker søker å kontakte helsesykepleier ved skolen eller ved HFU. Helsesykepleier skriver ut resept på hormonell prevensjon til jenter og kan da samtidig spørre jenter, om de kan tenke seg å være med i forskningsprosjektet. Komiteen har ingen merknader til rekrutteringsprosedyrene.

Samtykke og informasjonsskriv

Samtykke til studien innhentes fra jentene selv, ettersom de er fylt 16 år og dermed anses som samtykkekompetente. Komiteen har følgende merknader til informasjonsskrivet:

- Det er en del tungt språk i teksten med mange gjentakelser. Komiteen ber om at
- skrevet forenkles og at skrivefeil rettes. Det bør fremgå av skrevet når lydfilene slettes.
- Skrevet må merkes med REKnr, dato/versjon og logoen til forskningsansvarlig institusjon.

Informasjonsskrivet må revideres og sendes til REK vest.

Databehandling

Koblingsnøkkelen vil oppbevares adskilt fra studiedata, og studien vil følge forskningsrutinene for behandling av personopplysninger ved VID vitenskapelige høyskole.

Prosjektslutt

30.06.2022. Prosjektleder oppgir i søknadsskjemaet at data oppbevares etter prosjektslutt i inntil fem år av kontrollhensyn. Etter denne oppbevaringsperioden, skal data slettes eller anonymiseres.

Datadeling

Det planlegges ingen datadeling etter prosjektslutt.

Vilkår

-
- Informasjonsskrivet må revideres og sendes til REK vest.

Komiteen ber om at det utarbeides en beredskapsplan for oppfølging, i samarbeid med skolehelsetjenesten og helsesykepleie.

Vedtak

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes på betingelse av ovennevnte vilkår med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalene senest 6 måneder etter sluttdato 30.06.2022, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og

helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Nina Langeland

Prof. dr. med.

Komiteleder

Camilla Gjerstad rådgiver

Kopi til:

VID vitenskapelige høyskole

Ellen-Kristin Beitohaugen

Vedlegg 2 REK endringsmelding



Region:
REK vest

Saksbehandler:
Jessica Svård

Telefon:
55978497

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

Gro Beate Samdal

299236 Hva fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon?

Forskningsansvarlig: VID vitenskapelige høyskole

Søker: Gro Beate Samdal

REKs svar på generell henvendelse

Viser til revidert informasjonsskriv innsendt 15.10.2021. Informasjonsskrivet er revidert etter komiteens merknader.

Det er videre informert om at det er opprettet en beredskapsplan der helsesykepleier ved skolen kan følge opp deltakere som har behov for oppfølging etter intervjuet.

REK vest har ingen ytterligere merknader til informasjonsskrivet og tar informasjonen om beredskapsplan til orientering.

Vilkårene til godkjenningen av prosjektet er oppfylte slik at prosjektet kan starte.

Vennlig hilsen,
Jessica Svård
rådgiver REK vest

Vennlig hilsen
Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Denne e-posten er sendt automatisk fra REK og kan ikke besvares

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

693911

Prosjekttittel

Hva fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon?

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gro Beate Samdal, GroBeate.Samdal@vid.no, tlf: 4755699259/4790073052

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ellen-Kristin Omland Beitohaugen, ellen-kristin.beitohaugen@lillesand.kommune.no, tlf: 93825338

Prosjektperiode

20.08.2021 - 30.06.2022

Vurdering (1)

10.11.2021 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent etter helseforskningsloven § 10 av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 12.10.2021, deres referanse 299236 (se under Tillatelser).

Prosjektet sendte endringsmelding i etterkant der det ble bedt om unntak fra krav om oppbevaring av data i 5 år for etterkontroll. REK godkjente denne endringen etter helseforskningsloven § 11.

VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 10.11.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 30.06.2022.

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 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD 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 viderebehandles 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

NSD 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

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/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 NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-imeldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Jørgen

Wincentsen Lykke til med

prosjektet!

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60b88261-7903-468b-9334-911da55d3864>



REKnr: 299236 Dato: 12.10.2021/ Versjon 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hva fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt.

Målet med prosjektet er å finne ut hvilke utfordringer som møter jenter ved spørsmål om prevensjon.

I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

- Hensikten med studien er å undersøke hvilke faktorer som kan hjelpe og hvilke som kan hindre jenter i å bruke prevensjon.
- Jeg ønsker å undersøke om jenter synes det er lett å få informasjon og veiledning om prevensjon, og hvor jenter finner denne informasjonen.
- Jeg ønsker å undersøke hvordan jenter benytter seg av de tilbudene som finnes i helsetjenesten.
- Videre ønsker jeg å undersøke hvor jenter får resept på prevensjon.
- Til slutt ønsker jeg å undersøke hvorfor ikke «alle» bruker de anbefalte prevensjonsmetodene som p-stav eller spiral.

Prosjektet gjennomføres som en masteroppgave i klinisk sykepleie/helsesykepleie ved VID vitenskapelige høyskole, fakultet for helsefag, avdeling Oslo, og utføres av masterstudent Ellen-Kristin Omland Beitohaugen med førstemanuensis Gro Beate Samdal som veileder.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høyskole, fakultet for helsefag, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har vært i kontakt med helsesykepleier ved din videregående skole. Hun har hjulpet meg med å rekruttere jenter som kan tenke seg å være med i dette prosjektet. I samarbeid med helsesykepleier ved din skole har jeg fått oppgitt at du kan tenke deg å være med i dette prosjektet.

Jeg har også innhentet tillatelse fra rektor om at jeg kan intervjuere jenter ved denne skolen.

Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet fordi du er en jente i aldersgruppen 16-19 år og har nylig fått resept på hormonell prevensjon hos helsesykepleier ved skolen din. Det vil være ytterligere 4-6 jenter som får spørsmål om å delta i dette prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil delta på et intervju som vil ta mellom 20-40 minutter. Intervjuet vil foregå som en samtale mellom deg og meg. Jeg vil snakke med deg om hva du mener er utfordringer med prevensjon.

Jeg ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd for å sørge for en bedre flyt i intervjuet og for at jeg får med meg alt du sier. Helsesykepleier ved skolen din har allerede avtalt med deg ett tidspunkt der du ikke har undervisning i skoletiden, har fritime eller undervisningsfri. Det vil derfor ikke gå utover undervisningstimene dine.

Dersom du velger å delta i prosjektet, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Beredskapsplan

Jeg har gjort avtale med helsesykepleier ved din skole om at dersom du ønsker oppfølging i etterkant av intervjuet, så kan du ta kontakt med henne. Jeg kan også videreformidle til skolehelsetjenesten, dersom du ønsker det.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, ber jeg deg om å undertegne på samtykkeerklæringen på neste side. Selv om du sier ja til å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det vil kun være veileder for prosjektet Gro Beate Samdal og masterstudent Ellen-Kristin O. Beitohaugen som har tilgang til datamaterialet og opplysninger om deltakere i prosjektet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Lydfilene vil lagres på kryptert minnepenn og slettes så snart prosjektet er ferdig.

Ved publikasjon av forskningen vil deltakere i prosjektet ikke kunne gjenkjennes av andre, og det vil da heller ikke kunne være mulig å spore enkeltutsagn tilbake til den enkelte.

Intervjuene vil bli transkribert og kryptert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes og oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.06.2022. Når oppgaven er godkjent vil alle personopplysninger om deg slettes. Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole, fakultet for helsefag har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med VID vitenskapelige høyskole, fakultet for helsefag.

- Veileder Gro Beate Samdal på epost GroBeate.Samdal@vid.no
- Vårt personvernombud ved VID Nancy Yue Liu epost nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no
- Masterstudent Ellen-Kristin O. Beitohaugen epost ekobeito@gmail.com

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) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ellen-Kristin O. Beitohaugen

Gro Beate Samdal

Masterstudent

Veileder/førstemanuensis

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Hva fremmer og hemmer unge jenters bruk av prevensjon?**», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et èn-til-èn intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er godkjent og avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5 Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning

1. Presentere meg og takke for at deltakeren ønsker å delta i studien
2. Presentere forskningsprosjektet. Her vil jeg gjenta noe av informasjonen som står i informasjonsskrivet/samtykkeskjema om frivillighet, anonymisering, oppbevaring av data og at hun når som helst kan trekke seg fra studiet uten å oppgi noen grunn. Dersom hun ikke ønsker å svare på ett eller flere av spørsmålene så trenger hun heller ikke å oppgi noen grunn.

Spørsmål (3 hovedkategorier ut fra COM-B-modell for atferdsendring)

Bakgrunnskunnskap (Evne, capabilities)

- Hvilke prevensjonsmidler kjenner du?
- Hvordan ble du kjent med disse? (media, venner, foreldre, skolehelsetjenesten)
- Har du snakket med noen om bruk av prevensjon? (hvem) Og vet du hvordan hormonell prevensjon virker?
- Snakker jenter sammen om bruken av prevensjon?

Hvilke utfordringer møter jenter ved spørsmål om prevensjon? (mulighet, oppportunity)

- Hva tenker du er årsaken til at noen jenter velger å bruke prevensjon?
- Hva tenker du er årsaken til at noen jenter velger å ikke bruke prevensjon?

På hvilken måte tror du at det at p-stav, hormonspiral og flere typer p-piller er gratis for jenter i alder 16-20 år, påvirker bruken av prevensjon?

- På hvilken måte tror du at tilgang (gratis) på prevensjon påvirker bruken?
- Kan du tenke deg å kjøpe prevensjon, altså betale for det?
- Kan du fortelle hvor du har hørt/lært om dette? (media, venner, foreldre, skolehelsetjenesten)
- Når denne prevensjonen er gratis; Hvorfor tror du ikke flere bruke det?
- Har du noen tanker om hva som skal til for at flere skal få denne informasjonen?

- Har du noen tanker om hva som skal til for at flere benytter seg av prevensjon (gratis prevensjon)?

På hvilken måte tror du, at det at du kan få resept på hormonell prevensjon hos helsesykepleier ved din skole, eller ved HFU, påvirker bruken av prevensjon?

- På hvilken måte tenker du at tilgjengelighet påvirker bruken av prevensjon?
- Tenker du det er flaut å gå til skolehelsetjenesten å spørre etter prevensjon? (beskriv)
- Har du noen tanker om hvor jenter henvender seg for prevensjon (fastlege, HFU, skolehelsetjenesten, annet)
- Hva påvirket deg til å starte med prevensjon?

Kan du fortelle hva du synes om anbefalingene om at unge jenter bør velge de langtidsvirkende prevensjonsmetodene p-stav og hormonspiral?

- Kan du beskrive utfordringer knyttet til ønsket om at flere jenter skal velge p-stav og hormonspiral? (hvilke utfordringer; informasjon, bivirkninger, jenta har lite kontroll selv)
- Opplever du at disse anbefalingene påvirker unge jenter? På hvilken måte (utdyp)?
- Hva mener du skal til for at flere skal velge p-stav og hormonspiral? (Hvilke tiltak? Informasjon, tilgang, tilgjengelighet?)

På hvilken måte kan holdninger påvirke bruken av prevensjon? (Motivasjon, motivation)

- Kan du fortelle om hvilke holdninger du mener jenter har til å bruke prevensjon? (Mener jenter det er viktig å bruke prevensjon? Ønske om prevensjon? Behov for prevensjon? Troen på prevensjon? Eller er det like greit å ikke bruke prevensjon?)
- På hvilken måte mener du konsekvensene av å ikke bruke prevensjon påvirker bruken? (Be henne om å utdype med eksempler på konsekvenser som betyr mye).
- Mener du at du har nok kunnskap til å velge prevensjon?

Hvilke tiltak mener du vi trenger for å øke bruken av prevensjon (atferdsendring) hos jenter i Norge? (informasjon, tilgang, tilgjengelighet, holdninger, annet...)

Avsluttende spørsmål

- Har du noe du ønsker å tilføye dette intervjuet. Er det for eksempel noen spørsmål som burde vært nyttig å ta med?