

Hovedoppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for klinisk og molekylær medisin

Ragne Victoria Tonesdatter Kolaas Stauri

Prevensjonsanbefalinger fra helsepersonell

Hvilke holdninger har norske prevensjonsforskrivere til langtidsvirkende prevensjon (LARC)?

Hovedoppgave i Medisin

Veileder: Cecilie Therese Hagemann, førsteamanuensis, NTNU

Juni 2019



 NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Ragne Victoria Tonesdatter Kolaas Stauri

Prevensjonsanbefalinger fra helsepersonell

Hvilke holdninger har norske
prevensjonsforskrivere til langtidsvirkende
prevensjon (LARC)?

Hovedoppgave i Medisin

Veileder: Cecilie Therese Hagemann, førsteamanuensis, NTNU

Juni 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for klinisk og molekylær medisin



Kunnskap for en bedre verden

FORORD

Abort og prevensjon angår tusenvis av kvinner i Norge hvert år. Det er temaer som synes om, diskuteres og debatteres, legges planer og strategier for, forskes på og analyseres. Det er temaer med kraft til å provosere og engasjere, til å samle folk i tog eller velte regjeringssamarbeid.

Abort og prevensjon engasjerer også meg, både som medisiner og som mangeårig folkevalgt politiker og meningsbærer. Når jeg skulle velge tema for min hovedoppgave, ønsket jeg å arbeide med noe som lot meg kombinere min interesse for medisin og min interesse for samfunnsfag, politikk og forvaltning.

Da jeg gikk i gang med konkretiseringen av oppgaven, visste jeg at Helsedirektoratet hadde en uttalt strategi å få flere kvinner til å bruke langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC), som de mener er ett av de viktigste tiltakene for å redusere antallet uønskede svangerskap og aborter. Flere tiltak er innført de siste årene, og disse virker tilsynelatende godt. Likevel velger fortsatt et overveldende flertall av kvinner som ønsker prevensjon, korttidsvirkende prevensjonsmidler som p-piller og kondom. Seiglivede myter om spiraler som ikke kan brukes før kvinnen har født og anekdotiske beretninger om p-staver som forsvant inni armen, lever i beste velgående. Mange kvinner har lav kunnskap om de ulike prevensjonsmidlene som er tilgjengelige, og det kan antas at dette kan være ett av hindrene som stopper kvinner fra å velge LARC. Jeg ønsket å finne ut om holdninger eller manglende kunnskap også hos helsepersonell kunne være et annet hinder. Kunne det være at det også hos helsepersonell finnes seiglivede myter, var behov for kunnskapsoppdatering eller at andre ting enn rent medisinfaglige vurderinger forhindret helsepersonell fra å forskrive LARC?

Datainnsamlingen til denne oppgaven har vært krevende. Utstrakt møtevirksomhet, mange påminnelser og utallige telefoner og mailutvekslinger har vært nødvendig for å få svar fra studiedeltagerne. Mer enn én gang har jeg spurt meg selv om hvorfor jeg ikke valgte en oppgave basert på et allerede eksisterende datagrunnlag. På den annen side, læringsutbyttet har vært stort, og jeg har antageligvis lært mye mer om forskningsmetodikk på denne måten enn om jeg hadde hatt alle data klare på forhånd. Det har vært utfordrende – og til tider utmattende – men også spennende og veldig lærerikt.

SAMMENDRAG

Bakgrunn

De siste årene har Helsedirektoratet fremmet flere tiltak som skal redusere antallet uønskede svangerskap og aborter. Noen av de viktigste tiltakene handler om tilgjengeliggjøring og oppfordring til økt bruk av langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC). Formålet med studien var å beskrive prevensjonsforskrivere i Trondheim, og å undersøke hvordan deres holdninger var til LARC. Vi ville finne ut om Helsedirektoratets endrede politikk rundt LARC var kjent for forskriverne, og om holdninger, kunnskap, ferdigheter eller praktiske og materielle forhold kunne være en begrensende faktor i å forskrive LARC, blant annet til unge kvinner. Vi ville også undersøke om det var ulikheter i forskrivningsmønsteret mellom ulike typer helsepersonell med rett til å forskrive prevensjon.

Materiale og metode

Studien var en tverrsnittstudie der helsepersonell med rett til å forskrive prevensjon ble bedt om å svare på et web-basert spørreskjema. Alle helsesøstre som arbeidet med ungdom i skolehelsetjenesten, samt alle fastleger, gynekologer og jordmødre som jobbet i Trondheim kommune ble invitert til å delta. Spørreskjemaet bestod av totalt 29 spørsmål som omhandlet demografiske variabler som kjønn, aldersgruppe og yrke, dessuten vurderinger av egne kliniske ferdigheter og kunnskap om prevensjon, anbefalingspraksis og materielle arbeidsforhold. I tillegg ble deltakerne bedt om å ta stilling til 14 påstander som tok for seg holdninger, fordommer og personlige meninger rundt prevensjon. Spørreskjemaet inneholdt også et åpent svarfelt der deltagerne kunne komme med innspill i fritekst. Programvaren Select Survey ble benyttet til å samle inn svarene, som ble analysert i statistikkprogrammet SPSS.

Resultater

I alt fullførte 105 av de 408 (25,7 %) inviterte personene spørreskjemaet. Av disse var 41 fastleger, 25 gynekologer, 29 jordmødre og ti helsesøstre. Hele 65 % av alle studiedeltakerne var < 50 år og 79 % var kvinner. Totalt oppga 46 av 104 forskrivere at de ikke kjente til Helsedirektoratets endrede retningslinjer for prevensjonsforskriving fra 2010, der Helsedirektoratet fremmet ønsket om en dreining i prevensjonsbruken til fordel for LARC. Legene i undersøkelsen vurderte i stor grad både sine teoretiske

kunnskaper om prevensjon og sine praktiske ferdigheter i innsetting og uttak av spiral og p-stav som gode eller svært gode, mens ikke-legene vurderte disse oftest som lavere. Henholdsvis 17 og 19 av 87 LARC-forskrivere oppga at de aldri satte inn henholdsvis spiral eller p-stav, de fleste av disse var ikke-leger. Manglende mengdetrening ble oppgitt av henholdsvis ni og ti forskrivere som hovedårsaken til dette. Halvparten av gynekologene og omtrent tre av fire fastleger, helsesøstre og jordmødre i studien, kunne tenke seg mer opplæring i forskrivning og administrasjon av prevensjonsmidler. Av de som satte inn spiral og p-stav minst én gang årlig, oppga 18 av LARC-forskriverne, at de én eller flere ganger ikke hadde forskrevet LARC på grunn av mangel på tid. I alt 13 forskrivere (tolv av disse jordmødre/helsesøstre) ville ikke gitt prevensjonsveiledning til en kvinne under 16 år. Gynekologene var den yrkesgruppen som var mest skeptiske til å tilby LARC til kvinner i alderen 16-19 år, omtrent 25 % av gynekologene var uenig i at LARC bør være et førstevalg i denne aldersgruppen. To leger og syv ikke-leger mente at nullipara ikke burde bruke spiral. Jevnt over vurderte alle yrkesgruppene sine egne ferdigheter som prevensjonsveiledere som gode, mens de samtidig nedvurderte de andre yrkesgruppenes ferdigheter. Unntaket var gynekologer, som i stor grad ble vurdert som godt egnede prevensjonsveiledere av de andre yrkesgruppene også. Halvparten av legene ønsket ikke at helsesøstre og jordmødre skulle få rett til å forskrive prevensjon til kvinner under 16 år og mente at jordmødre burde bruke mer tid på kjerneoppgaver som veiledning av gravide.

Konklusjon

Sett under ett var det tre temaer fra denne spørreundersøkelsen som skilte seg ut, og som potensielt kan være til hinder for Helsedirektoratets ønske om økt bruk av LARC. Det eksisterte til en viss grad **feilaktige oppfatninger** om LARC hos helsepersonellet i studien, som at kvinner som ikke har født, ikke bør bruke spiral eller at LARC er uegnet til de yngste aldersgruppene. Disse feiloppfatningene kan potensielt medvirke til at noen kvinner ikke får tilstrekkelig prevensjonsveiledning. Noen forskrivere oppga at **ytre faktorer** har forhindret dem fra å forskrive LARC. Hele 20 % av deltagerne med forskrivningsrett for LARC oppga at manglende tid i konsultasjonen hadde forhindret dem i å forskrive LARC, og mangel på gynekologisk undersøkelsesutstyr ble trukket frem som et hinder for å tilby spiral på kontroll etter fødsel. Resultatene i denne undersøkelsen tyder på at mange **leger er skeptisk til at ikke-leger skal kunne forskrive prevensjon** til kvinner under 16 år. Per i dag har kun leger forskrivningsrett

til kvinner under 16 år. Om det skulle bli tillatt for helsesøstre og jordmødre å forskrive prevensjon til denne aldersgruppen, er det likevel lite trolig at en leges personlige oppfatning av en ikke-lege vil forhindre en kvinne fra å oppsøke en ikke-lege for å få prevensjon. Likevel er ikke holdningene mellom leger og ikke-leger uten betydning. Før en eventuell lovendring kan tillate ikke-leger å forskrive prevensjon til kvinner under 16 år, vil uttalelser fra ekspertise bli vektlagt i det politiske arbeidet. Det politiske arbeidet vil kunne påvirkes dersom legene – som fremstår som de fremste fagpersonene på området – er negative til å utvide forskrivningsretten til helsesøstre og jordmødre.

HOVEDFUNN

- Rundt halvparten av jordmødrene og helsesøstrene i studien manglet opplæring i innsetting og uttak av spiral og/eller p-stav. Over halvparten av de jordmødrene og helsesøstrene med forskrivningsrett, oppga sine egne praktiske LARC-ferdigheter i som lave eller begrensede
- Én av fem deltagere med forskrivningsrett (flesteparten var fastleger) oppga at mangel på tid i konsultasjonen hadde forhindret dem i å forskrive LARC én eller flere ganger
- Hele elleve av 87 deltagere med forskrivningsrett oppga å ha blitt forhindret i å sette inn spiral eller p-stav på grunn av manglende materiell eller utstyr (for eksempel tilgang til egnet undersøkelsesrom for innsetting av spiral på kontroll etter fødsel)
- I alt tolv (31%) av helsesøstrene og jordmødrene i studien ville ikke gitt prevensjonsveiledning til en kvinne under 16 år
- Hele ni av 105 studiedeltagere (av dem syv ikke-leger) mente spiral var uegnet til kvinner som ikke hadde født. Samtidig vurderte ingen jordmødre i studien sin egen kunnskap om hormonspiral som dårlig
- Gynekologene var den yrkesgruppen som var mest skeptisk til å tilby LARC som førstevalg til kvinner i alderen 16-19 år, hele en av fire gynekologer mente LARC ikke var egnet som førstevalg til denne aldersgruppen
- Manglende mengdetrening var den viktigste årsaken til at studiedeltagerne ikke satte inn spiral eller p-stav
- Alle yrkesgruppene oppvurderte sin egen og nedvurderte samtidig de andres yrkesgruppens egnethet i å gi prevensjonsveiledning. Unntaket er gynekologer, som også ble vurdert som godt egnet av sine kollegaer i andre yrkesgrupper.

FORKORTELSER OG BEGREPSFORKLARING

LARC Long-Acting Reversible Contraception / Langtidsvirkende reversibel prevensjon:
Hormonspiraler
Kobberspiraler
P-staver

P-sprøyter er ikke medregnet som LARC i denne oppgaven fordi Helsedirektoratet ikke anbefaler økt bruk av denne prevensjonsmiddeltypen (1).

SAC Short-Acting Contraception / Korttidsvirkende prevensjon:
Kombinasjons-p-piller med østrogen og progesteron
Gestagen-p-piller
Minipiller
P-ringer
P-plaster
Kondom og andre barrieremetoder

REK Regionale komiteer for medisinsk helsefaglig forskningsetikk

NSD Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

SPSS Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics)

FoU Forskning og utvikling

Administrasjon av Å sette inn eller ta ut (prevensjonsmidler)

Helsesøster Helsesykepleier. Fra 1. januar 2019 ble yrkestittelen ”helsesøster” erstattet med ”helsesykepleier”, kompetansen er den samme. I denne studierapporten brukes likevel begrepet ”helsesøster” fordi protokoll, tilhørende søknader og spørreskjema distribuert til studiedeltagerne har brukt dette begrepet.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	1
SAMMENDRAG	2
HOVEDFUNN	5
FORKORTELSER OG BEGREPSFORKLARING	6
INNLEDNING	9
MATERIALE OG METODE	12
RESULTATER OG DISKUSJON	15
Beskrivelse av studiepopulasjonen.....	16
Kjennskap til Helsedirektoratets retningslinjer, egenvurderte kunnskaper og ferdigheter i LARC-prosedyrer, opplæring samt årsaker til at LARC eventuelt ikke administreres.....	18
Holdninger til prevensjon og LARC i de yngste aldersgruppene og nullipara; under 16 år og 16-19 år	28
Holdninger til prevensjon og LARC i aldersgruppene 20-25 år og > 25 år	33
Helsepersonells holdninger til hverandre som yrkesgrupper i forbindelse med prevensjonsarbeid.....	37
Frie svarfelter og samtaler med helsepersonell om prevensjon.....	42
KONKLUSJON	46
REFERANSER	47
TAKKSIGELSER	48
VEDLEGG	48
VEDLEGG 1: Tall fra Reseptregisteret.....	49
VEDLEGG 2: Følgeskriv fra spørreundersøkelse.....	50
VEDLEGG 3: Godkjenning fra REK.....	51
VEDLEGG 4: Godkjenning fra NSD.....	52
VEDLEGG 5: Faksimile fra web-basert spørreskjema.....	54
VEDLEGG 6: Tabeller med eksakte tall fra spørreundersøkelse	64

"We want better reasons for having children than not knowing how to prevent them."

Dora Russell, 1925,

feminist, aktivist og pionér i arbeidet med tilgjengeliggjøring av prevensjon

INNLEDNING

Norske helsemyndigheter har lenge jobbet for å redusere antall uønskede svangerskap og aborter. Subsidiert prevensjon, etablering av flere helsestasjoner for ungdom, reseptfri nødprevensjon og forskrivningsrett for hormonell prevensjon til jordmødre og helsesøstre er blant tiltakene som er iverksatt for å redusere antallet svangerskapsavbrudd. Den 1. januar 2016 fikk jordmødre og helsesøstre rett til å rekvirere alle typer prevensjonsmidler til alle kvinner over 16 år, samt å administrere LARC hvis de har godkjent veiledet utdanning og praksis. Opplæring i LARC-prosedyrer er nå en integrert del av jordmor- og helsesøsterutdanningen i Norge (2). Jordmødre og helsesøstre som har sin utdanning fra tidligere, kan gjennomføre videreutdanningskurs i administrasjon av LARC. Tiltakene ser ut til å fungere; siden 2008 har abortraten vært synkende i alle aldersgrupper. I 2018 ble det utført 12 380 svangerskapsavbrudd i Norge. Kvinner i aldersgruppen 20-24 og 25-29 år har lenge hatt den høyeste abortraten med henholdsvis 16,9 og 17,6 per 1000 kvinner i 2018 (3).

I 2010 kom Helsedirektoratet med handlingsplanen "Forebygging av uønsket svangerskap og abort i 2010-2015 – Strategier for bedre seksuell helse" (4). Ett av tiltakene som trekkes fram her, er økt bruk av langtidsvirkende prevensjon (LARC), som hormonspiral og p-stav. LARC er særlig gunstig fordi disse metodene er mest kostnadseffektive, har høyest sikkerhet mot uønsket graviditet og mest tilfredshet blant brukerne (5).

En studie som tok for seg norske, 359 abortsøkende kvinner i perioden 2007-2011, viste at fire av ti som ønsker svangerskapsavbrudd, har brukt prevensjon. De fleste som hadde blitt gravide til tross for prevensjonsbruk, hadde brukt korttidsvirkende prevensjonsmidler, som p-piller og kondom (6). Sikkerheten mot uønsket graviditet er lavere ved korttidsvirkende prevensjonsmidler enn for p-stav og hormonspiral, både ved såkalt "perfekt" og "vanlig bruk" (7). I Helse- og omsorgsdepartementets strategi "Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 – 2022)", fremheves det igjen fra norske helsemyndigheter at LARC er blant de sikreste prevensjonsmidlene som finnes, og at en det vil kunne forventes at antallet uønskede svangerskap med prevensjonssvikt som årsak, vil kunne reduseres om bruken av LARC øker (8). Dette er i tråd med internasjonale anbefalinger (9-12).

Bruken av LARC blant unge kvinner har økt betydelige de siste årene; fra 2008-2018 har det vært en markant økning i utskrevne resepter på p-stav og hormonspiral på henholdsvis 819 % (1,1-10,3 per 1000 kvinner) og 41 % (10,4-14,6 per 1000 kvinner). Likevel er det fremdeles langt flere kvinner som bruker orale prevensjonsmidler, som p-piller og minipiller, enn som bruker LARC. I følge tall fra Reseptregisteret fra 2018, var det i aldersgruppen 20-24 år 4,5 % (45,4 per 1000) og 3,1 % (30,6 per 1000) av norske kvinner som fikk skrevet ut resept på henholdsvis p-stav og hormonspiral, mot 41,1 % som utskrevet resept på kombinasjons-p-piller og 11,3 % på minipiller/Cerazette, ifølge tall fra Reseptregisteret (se tabell i vedlegg 1). Tallene er ikke direkte sammenlignbare fordi en resept på p-stav og hormonspiral har lengre brukstid enn en resept på orale prevensjonsmidler. Men om man så regner en gjennomsnittlig brukstid på tre år for p-stav og hormonspiral, er det klart at daglige brukerdoser av orale prevensjonsmidler er langt høyere enn for de langtidsvirkende prevensjonsmidlene.

Det kan være utfordrende for unge kvinner å holde seg orientert om fordeler og ulemper ved de ulike prevensjonsmetodene. Korttidsvirkende prevensjonsmidler som p-piller og kondom er antageligvis fortsatt de prevensjonsmidlene flest unge kvinner i Norge har kunnskap om. En hovedoppgave fra NTNU fra 2016 som tok for seg 443 gutter og 407 jenter i tiendeklasse i Trondheim og omegn sine kunnskaper om prevensjon, viste at elevene hadde mangelfull kunnskap om LARC (kun 27 % rette svar i spørreundersøkelsen), mens de kunne noe mer om kondom (63 % rette svar) og p-piller (43 % rette svar) (13). En annen norsk studie fra 2016, omhandlet bruk av og kunnskap om LARC blant 359 kvinner i alderen 16 til 23 år i primærhelsetjenesten i Oslo (14). I alt brukte 82 % prevensjon, for det meste p-piller og kondom, mens LARC utgjorde kun tolv prosent. Kvinnene opplyste at de hadde lite kunnskap om ulike prevensjonsmetoder utenom p-piller og kondom.

”Kvinner bør i langt større grad enn i dag få informasjon og valgmuligheter (...) som inkluderer de langtidsvirkende reversible prevensjonsmetodene”, skriver Helsedirektoratet på sine hjemmesider. ”Mangel på kunnskap om hvem som kan bruke disse metodene gjør at helsepersonell i dag bare anbefaler enkelte kvinnegrupper.” (1) For å få flere unge kvinner til å velge LARC er det viktig at helsepersonell fremhever fordelene og gir tilstrekkelig informasjon om LARC-metodene, samt har tilstrekkelig

kunnskap om og opplæring i hvordan de ulike prevensjonsmidlene skal administreres. Den tidligere nevnte studien fra Oslo, tok også for seg hvor ofte fastleger nevnte LARC som et prevensjonsalternativ i konsultasjoner med unge kvinner. Kun 35 % av fastlegene opplyste at de ofte snakket om LARC som alternativ i konsultasjonene, og oppga at hovedårsaken til at de ikke nevnte implantat (p-stav) var mangel på trening i innsetting av disse og at kvinnene ikke hadde født var hovedårsak til ikke å nevne spiraler (14).

Per 2011, var median alder for første samleie 17,9 år for menn og 17,0 år for kvinner. Snaut en fjerdedel har sitt første samleie før fylte 16 år (15). Helsesøstre og jordmødre har per 2019 ikke rekvireringsrett for prevensjonsmidler til kvinner under 16 år, men har anledning til å gi prevensjonsveiledning og eventuelt henvise videre til lege som kan rekvirere prevensjon.

Til tross for norske helsemyndigheters klare ønske om å dreie prevensjonsbruken mer i retning LARC, er det grunn til å tro at ikke alle prevensjonsforskrivere følger helsemyndighetenes anbefaling om å gi tilstrekkelig prevensjonsveiledning som også inkluderer LARC. Formålet med studien var å beskrive prevensjonsforskrivere i Trondheim, og å undersøke hvordan deres holdninger var til LARC. Vi ville finne ut om Helsedirektoratets endrede politikk rundt LARC var kjent for forskriverne, og om holdninger, kunnskap, ferdigheter eller praktiske og materielle forhold kunne være en begrensende faktor i å forskrive LARC, bl.a. til unge kvinner. Vi ville også undersøke om det var ulikheter i forskrivningsmønsteret mellom ulike typer helsepersonell med rett til å forskrive prevensjon.

MATERIALE OG METODE

Studiedesign og studiepopulasjon

Studien var en tverrsnittstudie der alle fastleger, gynekologer ved St. Olavs hospital, privatpraktiserende gynekologer, jordmødre ved St. Olavs hospital og helsesøstre som jobbet med ungdom i Trondheim kommune var forsøkt inkludert. Deltagerne ble bedt om å svare på et web-basert spørreskjema.

Spørreskjemaet ble distribuert til 177 fastleger, 69 gynekologer, 132 jordmødre og 30 helsesøstre. 41 (23,2 %) fastleger, 25 (36,2 %) gynekologer, 29 (21,9 %) jordmødre og ti (33,3 %) helsesøstre fullførte spørreskjemaet. Totalt antall besvarelser var 105 av 408 (25,7 %).

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk i perioden 3. oktober 2018 til 7. mars 2019 og ble gjennomført via NTNUs eget spørreskjemasystem SelectSurvey. Spørreskjemaet bestod av 29 spørsmål som omhandlet kjønn, aldersgruppe, yrke, personlige vurderinger av egne kliniske ferdigheter og kunnskap om prevensjon, anbefalingspraksis og materielle arbeidsforhold, samt 14 påstander som tok for seg holdninger, fordommer og personlige meninger knyttet til prevensjon. Spørreskjemaet inneholdt også et åpent svarfelt der deltagerne kunne komme med sine egne tillegg om de ønsket. (Se Vedlegg 5.)

Spørreskjemaet var utformet slik at de fleste spørsmål kunne hoppes over dersom man ikke ønsket å svare på dem. Noen av spørsmålene, som kjønn, aldersgruppe og yrke, måtte besvares for å kunne fullføre spørreskjemaet. Enkelte spørsmål hadde svaralternativer som gjorde at senere spørsmål ikke kom opp som et alternativ for deltageren. For eksempel ville ikke en deltager som hadde svart at hun ikke har fått opplæring i innsetting av spiral, videre få spørsmål om hvor mange ganger årlig hun setter inn spiral.

Skjemaet kunne enten besvares via en lenke som deltagerne selv søkte opp, eller via en klikkbar lenke som kunne legges ved som tekst i en vanlig e-post. Sammen med spørreskjemaet lå det et følgeskriv (Vedlegg 2) med informasjon om studien, og informasjon om at samtykke til deltagelse skjedde ved å klikke "ferdig" på siste side i

spørreskjemaet. Det ble sendt totalt én purring til dem som ikke svarte på spørreskjemaet ved første utsending.

Det fantes ingen måte å nå ut til alle potensielle studiedeltagere samlet på. Distribusjon av spørreskjemaet foregikk derfor på flere måter. To av yrkesgruppene, jordmødrene og gynekologene, var det rimelig enkelt å nå ut til. De to siste yrkesgruppene, helsesøstrene og fastlegene, bød på større utfordringer.

Jordmødrene og gynekologene ved St. Olavs hospital fikk distribuert spørreskjemaet via sine jobb-e-poster, tilgjengeliggjort via henholdsvis avdelingsjordmor for Fødeavdelingen ved St. Olavs hospital og via oppgaveveileder, som er ansatt som overlege ved Kvinneklinikken. Medisinstudent Ragne Stauri (RS) holdt et ti minutters innlegg på morgenmøte for gynekologene ved St. Olavs hospital for å oppfordre og motivere gynekologene til å delta i studien. Privatpraktiserende gynekologer ble kontaktet per e-post.

Trondheim kommune ønsket ikke å dele direkte kontaktinformasjon til sine ansatte. Flere henvendelser, både skriftlig til avdelingsledere og rådmannens stab, per telefon og via kommunes egen FoU-portal (forsknings- og utviklingsportal), samt syv-åtte skriftlige puringer over flere måneder var nødvendig før å få svar. Helsesøstrene fikk distribuert spørreskjemaet via e-post, utsendt av Trondheim kommune selv. Kommunen ønsket ikke å bidra til å nå ut til fastlegene, med begrunnelse at det er mange aktører som ønsker tilgang til fastlegenes kontaktinformasjon.

Fastleger var derfor den vanskeligste gruppen å få distribuert spørreskjemaet til, og distribusjonen skjedde til slutt på flere måter. R.S. fikk likevel tillatelse av Nidarosfondet, forening for allmennpraktiserende leger i Trøndelag, til å holde et lite foredrag om studien på en av deres FALP-møter (foreningen for allmennpraktiserende leger). I etterkant av møtet distribuerte Nidarosfondet lenken til spørreskjemaet til sine medlemmer via sin hemmelige Facebookside, som har så nær som alle Trondheims fastleger som medlem. R.S. sendte også skriftlige henvendelser direkte til fastlegekontorer i Trondheim kommune med forespørsel om å få komme og informere om studien i lunsjmøter. Å gjennomføre møter med alle Trondheims 33 fastlegekontorer, var urealistisk tidsmessig, derfor ble det gjort et utvalg der alle

kontorer med fem eller flere fastleger fikk en henvendelse fra R.S.. Ett legekontorer besvarte henvendelsen og det ble gjennomført et møte med legene på dette legekontoret. I tillegg fikk vi til et møte på Helsestasjon for ungdom, Midtbyen, Trondheim. Oppgaveveileder oppfordret også flere av sine fastlegekontakter om å svare på spørreskjemaet og spre budskapet innad på sine legekontorer.

Godkjenning

Studien ble forelagt Regional komite for medisinsk helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge (REK-Midt) for forhåndsvurdering. Komiteen vurderte studien til ikke å være fremleggingspliktig fordi den gjennomgående behandler anonyme data. Prosjektet kunne derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. (Vedlegg 3.)

Studien ble videre lagt frem for Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet for forskning, som vurderte studien som meldepliktig fordi den samlet inn personopplysninger som omfattes av personopplysningslovens § 31. Personvernombudet godkjente videre behandling av personopplysninger under forutsetning av at prosjektet ble gjennomført i tråd med de opplysninger som var gitt, at eventuelle endringer skjedde i samråd med dem, at databehandling skjedde i tråd med NTNU sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet og at datamaterialet ble anonymisert ved prosjektslutt ved at indirekte personopplysninger som yrke, alder og kjønn ble slettet, gruppert eller omskrevet (se vedlegg 4). I etterkant av vurderingene til REK og NSD ble R.S. gjort oppmerksom på at programvaren SelectSurvey faktisk samlet inn IP-adresser, som teoretisk sett kunne være med på å identifisere respondenter. Denne tilleggsinformasjonen ble forelagt både REK og NSD, som ikke hadde innvendinger mot at prosjektet likevel kunne fortsette som planlagt.

Studien ble meldt til Trondheim kommune gjennom deres FoU-portal. Studien ble vurdert som interessant av kommunen, under forutsetning av at kommunen ikke måtte ta ansvar for praktiske oppgaver som kommunikasjon med kontaktpersoner, distribusjon og koordinering av informasjonsuthenting. Studien ble til slutt vurdert av Forskningsutvalget ved Kvinneklinikken på St. Olavs hospital, som krever at alle studier som involverer ansatte eller pasienter ved Kvinneklinikken skal vurderes der.

Forskningsutvalget hadde ingen innvendinger og godkjente studien.

RESULTATER OG DISKUSJON

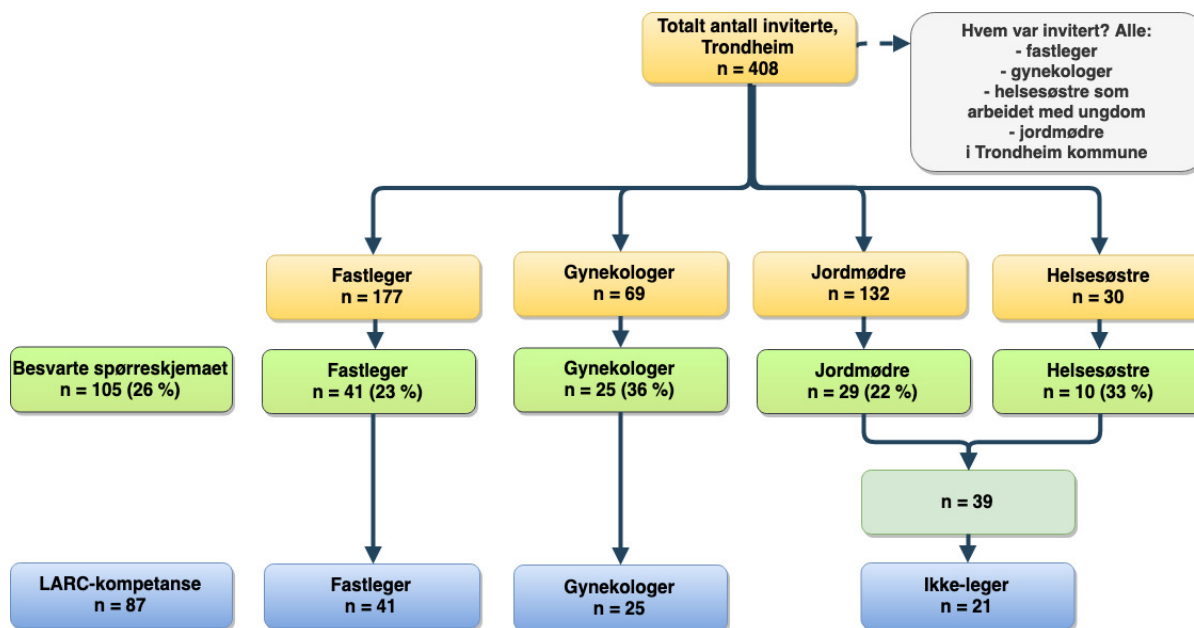
For å bedre lesbarheten av studien, er resultater og diskusjon presentert under ett. Sammenhørende spørsmål er samlet under tematiske overskrifter. Dette for at det i større grad skal være mulig å lese bare utdrag av teksten og samtidig få god oversikt når et tema diskuteres. De konkrete spørsmålene som ble stilt i spørreskjemaet, finnes som faksimile til slutt (vedlegg 5), det samme gjør også de eksakte tallene fra besvarelsene (vedlegg 6). Oftest blir grafiske figurer presentert som tall, men noen steder brukes heller prosent av besvarelsene innenfor hver enkelt yrkesgruppe. Vi valgte prosentvisning i disse tilfellene fordi når antallet studiedeltagere i de ulike yrkesgruppene varierer såpass mye synliggjøres resultatet bedre når det presenteres som prosent av yrkesgruppen.

Siden det var ganske få deltakere i hver av yrkesgruppene og siden svarprosenten var såpass lav valgte vi å la være å beregne statistisk signifikans. Resultatene oppgi derfor enten som antall svar eller som prosent av deltagerne i de ulike yrkesgruppene. Resultatene bør tolkes med forsiktighet på grunn av lav svarprosent.

Resultatene fra de ulike spørsmålene i undersøkelsen presenteres som regel etter yrkeskategorier og alle deltagere under ett. På noen spørsmål er jordmor og helsesøster slått sammen til én kategori for å kunne lage et større utvalg og dermed ivareta anonymiteten til deltagerne. Analyser på kjønn og alder ble utført, men presenteres ikke, fordi disse går så små utvalg at anonymiteten til deltagerne ikke kunne ivaretas på en tilstrekkelig måte.

Beskrivelse av studiepopulasjonen

Spørreskjemaet ble distribuert til helsepersonell i Trondheim kommune med rett til å forskrive prevensjon. I alt var det 408 aktuelle personer, det vil si 177 fastleger, 69 gynekologer, 132 jordmødre og 30 helsesøstre som ble oppfordret til å svare. Av disse besvarte (fullførte) 41 (23,2 %) fastleger, 25 (36,2 %) gynekologer, 29 (21,9 %) jordmødre og ti (33,3 %) helsesøstre spørreskjemaet. Totalt antall besvarelser var 105, noe som gir en svarprosent på hele gruppen på 25,7 %.



Figur 1. Grafisk framstilling av studiepopulasjonen bestående av totalt 105 personer, hvorav 87 hadde LARC-kompetanse

Tabell 1 viser aldersfordelingen der 65 % av alle studiedeltakerne var < 50 år. I alt var det 83 deltagere som var kvinner og 22 var menn. Sammenstillinger som viser alder og kjønn sett opp mot yrkeskategori er ikke presentert fordi det ga for små utvalg til å ivareta deltagerens anonymitet på tilstrekkelig måte.

Tabell 1. Bakgrunnsopplysninger med fordeling på yrkeskategori, aldersgrupper og kjønnsfordeling blant de 105 studiedeltakerne som besvarte spørreskjemaet om kunnskap, ferdigheter og holdninger til forskrivning av langtidsvirkende prevensjon.

Alderskategorier	Antall (% av deltagerne)
20-40 år	33 (31)
41-50 år	36 (34)
51-60 år	23 (22)
> 60 år	13 (12)
Totalt	105 (100)
Kjønn	
Kvinne	83 (79)
Mann	22 (21)
Totalt	105 (100)
Yrkesgrupper	
Fastlege	41 (39)
Gynekolog	25 (24)
Helsesøster	10 (9)
Jordmor	29 (28)
Totalt	105 (100)

Diskusjon

Totalt var 65 % av alle studiedeltakerne < 50 år. Blant fastlegene i studien var 70,1 % < 50 år. Dette er helt representativt for Trondheims fastleger (70 % er < 50 år). Blant gynekologene i studien var 64 % < 50, blant jordmødrene 28 % < 50 og blant helsesøstrene 50 % < 50 år. Det har ikke lyktes å få tak i kilder til aldersfordelingen til disse verken på landsbasis eller for Trondheim kommune, og det er derfor vanskelig å si noe sikkert om denne aldersfordelingen er representativ eller ikke.

Kvinneandelen i studien var på 79 %. Dette skyldes i hovedsak at så nær som alle helsesøstrene og jordmødrene i studien var kvinner, dette er representativt for landsgjennomsnittet. Kun 0,4 % og 0,5 % av landets helsesøstre og jordmødre er menn henholdsvis (16). Kvinneandelen blant gynekologene i studien var 80 %. Per 2016 var

kvinneandelen omtrent 60 % blant Norges spesialister og over 80 % blant LIS-legene i fødselshjelp og kvinnesykdommer (17). Altså var kjønnsfordelingen hos gynekologene i studien også rimelig representativt for landssnittet. Blant fastlegene i studien var det 61 % kvinner. Andelen kvinnelige fastleger i Trondheim er 47 %. Altså er det en liten overvekt av kvinnelige fastleger blant dem som takket ja til å delta i studien.

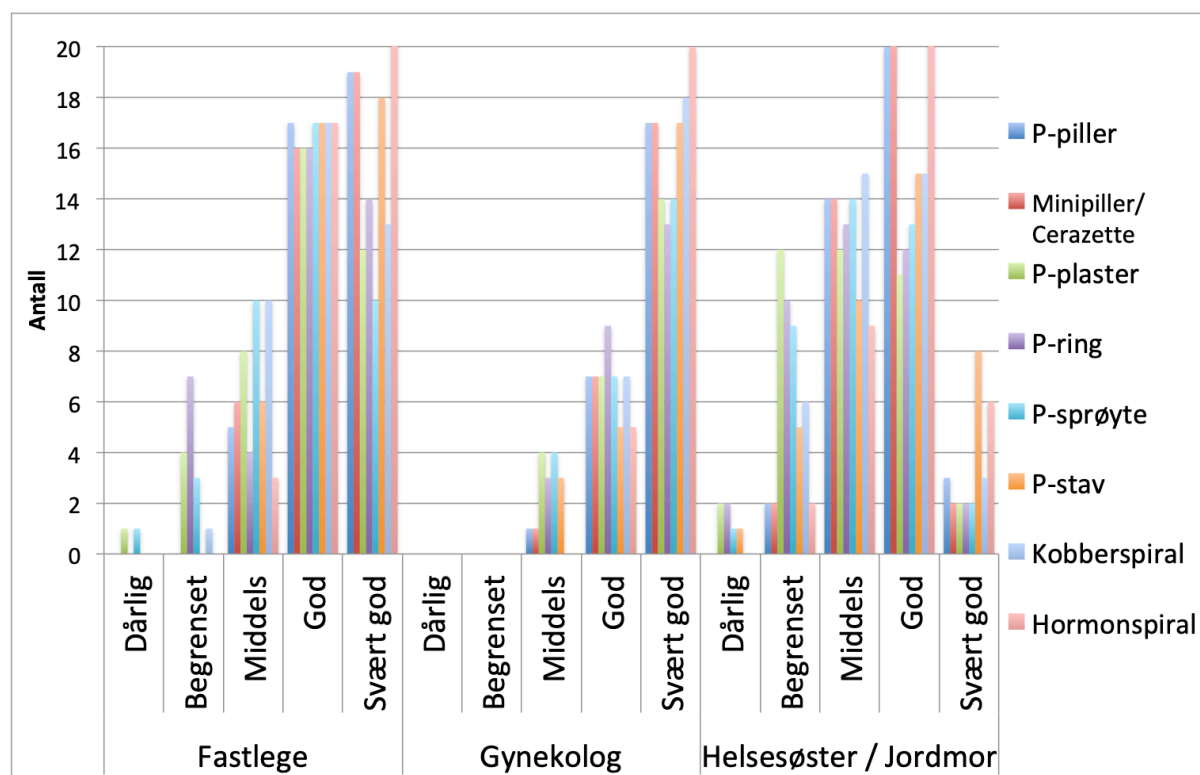
Svarprosenten er dessverre lav (gjennomsnittlig 25,7, %) til tross for iherdige forsøk på å nå forskrivere i Trondheim. Resultatene kan dermed være usikre. Svarprosenten er imidlertid ganske jevnt fordelt utover de fire gruppene med helsepersonell som deltok i studien. Likevel kan ikke svarene generaliseres, verken for Trondheim eller resten av landet. Det kan tenkes at det kan være et seleksjonsbias i studien ved at de som frivillig takker ja til å delta i en forskningsstudie, kan skille seg fra de som takker nei. For eksempel kan de som takker ja være mer interessert i prevensjonsveiledning, ha høyere kunnskap og forskrive mer prevensjonsmidler. Således kan det også tenkes at de som takker ja til å delta, er "flinkere" hva gjelder dette temaet enn andre forskrivere og at resultatene ved en høyere svarprosent ville vist at deltagerne som gruppe kanskje har enda mindre kunnskap om prevensjon enn det som fremkommer i denne studien.

Kjennskap til Helsedirektoratets retningslinjer, egenvurderte kunnskaper og ferdigheter i LARC-prosedyrer, opplæring samt årsaker til at LARC eventuelt ikke administreres

Av 104 studiedeltagere oppga 58 at de kjente til og 46 at de ikke kjente til Helsedirektoratets endrede retningslinjer for prevensjonsforskrivning fra 2010. 29 hadde ikke forskrivningsrett før 2010 og var derfor ikke aktuelle for spørsmålet. Totalt var det 22 fastleger, syv gynekologer, én helsesøster og 16 jordmødre som **ikke** kjente til Helsedirektoratets endrede retningslinjer. Av de som svarte at de kjente til de nye retningslinjene, svarte 24 at de hadde endret måten de forskrev prevensjon på, mens 15 svarte at de likevel ikke hadde endret praksis.

De 105 studiedeltagerne ble spurt om å vurdere sine egne **teoretiske** kunnskaper om de ulike typer av prevensjonsmidler. Svarene er framstilt som søylediagram i Figur 1. Fastlegene og gynekologene i undersøkelsen vurderte i stor grad sine teoretiske kunnskaper som gode eller svært gode. Ingen gynekologer anså sine kunnskaper som

begrensede eller dårlige. Helsesøstrene og jordmødrene i undersøkelsen hadde større spredning i svarene; de fleste vurderte sine teoretiske kunnskaper om de ulike prevensjonsmidlene som begrensede, middels gode eller gode. Best ut kom p-piller, minipiller, hormonspiral og p-stav; der mente jevnt over alle fire yrkesgruppene at de hadde gode teoretiske kunnskaper. Hva gjelder p-ring, p-plaster og kobberspiral kom disse kunnskapsmessig dårligst ut i alle yrkesgruppene.

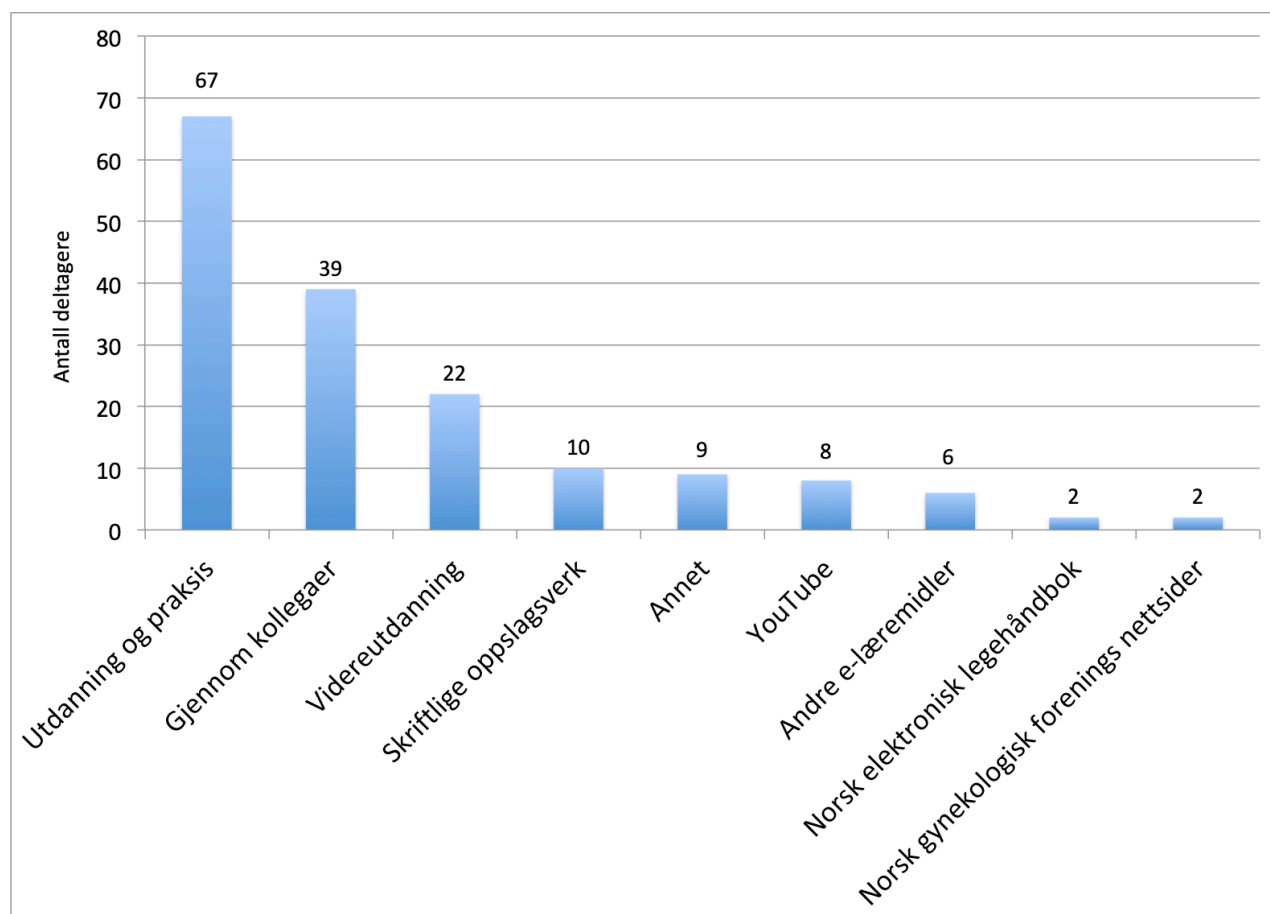


Figur 2. Grafisk framstilling over fordelingen av de 105 studiedeltakernes egenvurderte teoretiske kunnskap om ulike prevensjonsmidler

Når det gjelder LARC-forskrivning ved ikke-leger, hadde bare 21 (54 %) av de 39 jordmødre og helsesøstre som deltok i studien oppnådd formell kompetanse til å sette inn spiral og/eller p-stav. Kun syv oppga at de hadde fått opplæringen i grunnutdanningen, mens 14 av disse 21 jordmødrene/helsesøstrene hadde fått sin opplæring på videreutdanningskurs. De andre 18 jordmødrene/helsesøstrene hadde ikke fått opplæring i å sette inn spiral og/eller p-stav i det hele tatt. Dette gjør at den totale studiepopulasjonen av LARC-forskrivere ble bestående av 87 personer.

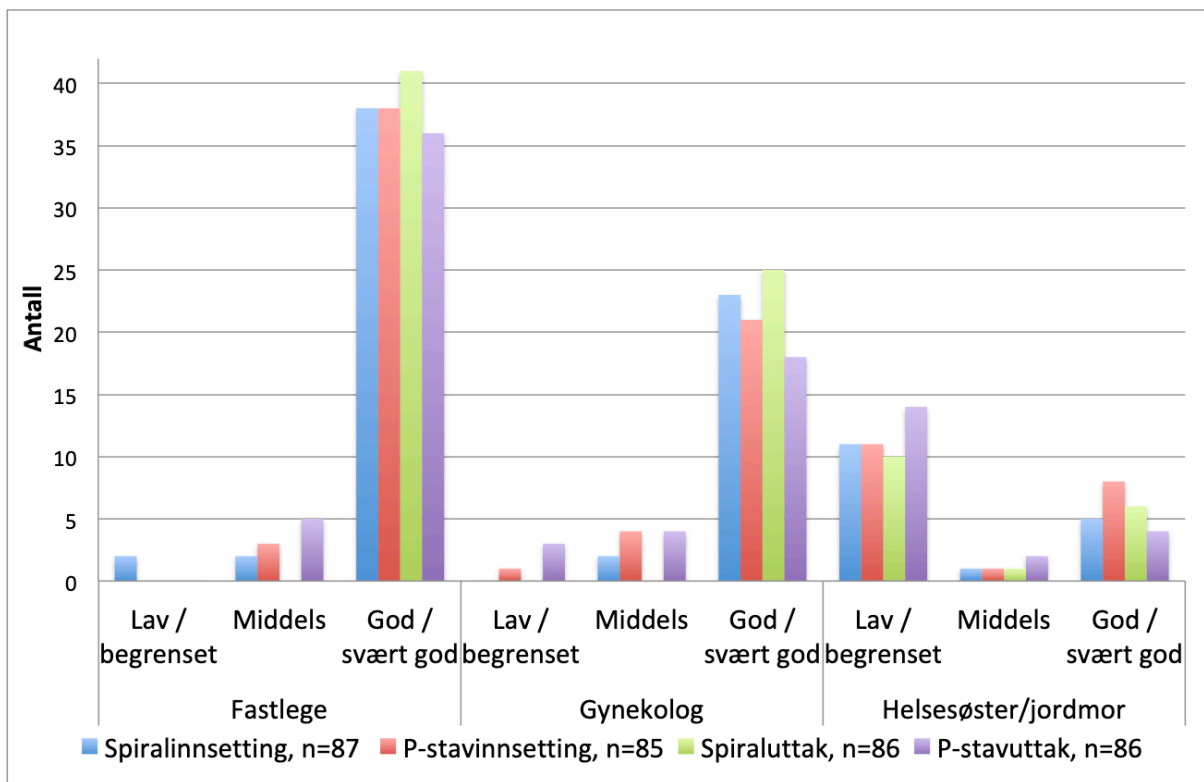
Studiedeltagerne ble spurt om å angi på hvilke arenaer de hadde fått opplæring i administrasjon av spiral og p-stav. For de 87 helsepersonell som besvarte spørsmålene

om arena for opplæring, oppga 67 (64 %) deltagere at de hadde fått opplæring i administrering av spiral og p-stav gjennom utdanning og praksis, 39 via kollegaer og 22 gjennom videreutdanning. Andre kanaler for opplæring (skriftlige oppslagsverk, YouTube, NGFs nettsider, NEL, andre e-læremidler og annet) utgjorde en liten andel og var blitt benyttet av 2-10 deltagere.



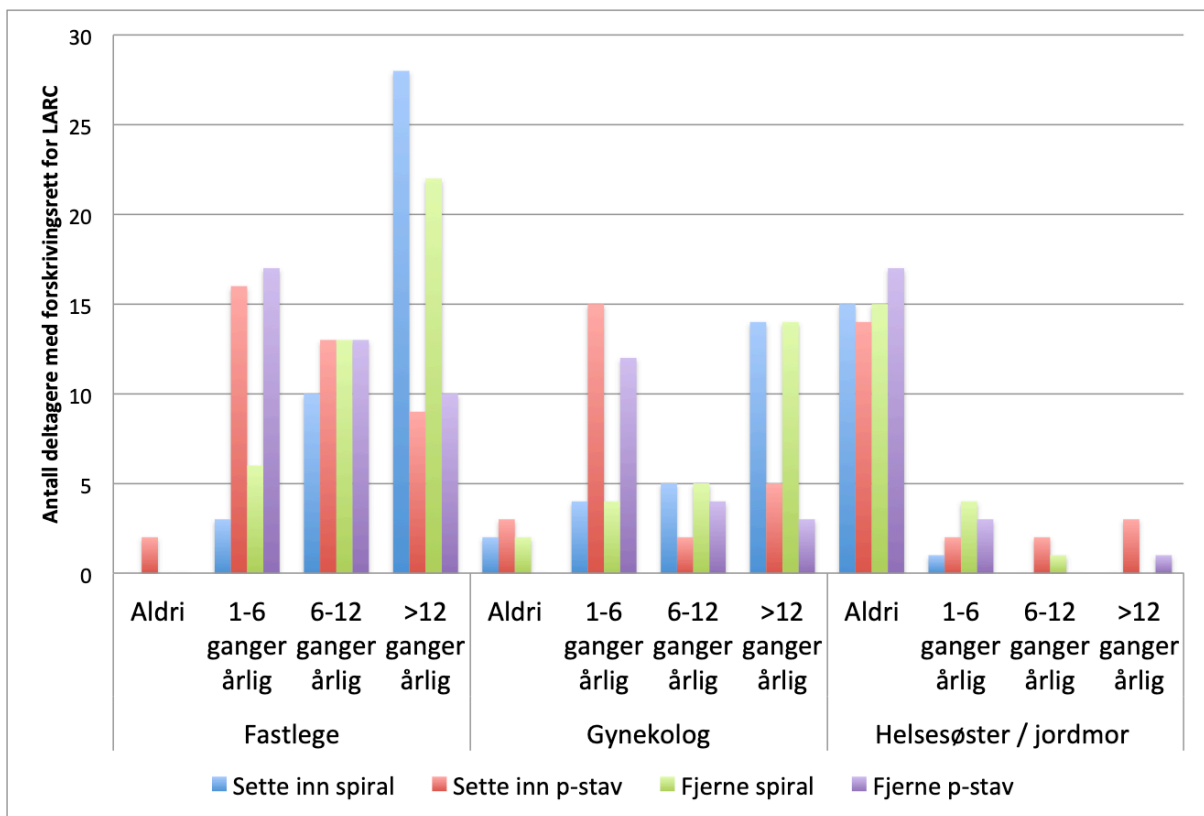
Figur 3. Grafisk framstilling av hvor de 87 studiedeltakerne hadde fått sin opplæring i spiral og/eller p-stav

De 87 studiedeltagerne som oppga at de hadde gjennomgått LARC-opplæring ble bedt om å rangere sine egne **praktiske** ferdigheter i innsetting og uttak av spiral og p-stav. Nesten alle fastlegene og gynekologene i undersøkelsen vurderte sine egne ferdigheter i innsetting og uttak av spiral og p-stav som gode eller svært gode, mens mer enn halvparten av ikke-legene i undersøkelsen vurderte sine egne ferdigheter som lave eller begrensede (se Figur 4). Deltagerne i studien ble også spurt om de mente det var vanskelig å fjerne p-stav. 17 deltagere (fire fastleger, åtte gynekologer og fem jordmødre) var litt eller helt enig i at det er vanskelig å fjerne p-stav.



Figur 4. Grafisk framstilling av hvordan de 87 studiedeltakerne med forskrivningsrett for LARC selv vurderte hver av fire praktiske ferdigheter (innsetting og uttak av spiral og p-stav), fordelt på yrkeskategorier

Langt de fleste fastlegene og gynekologene i undersøkelsen svarte at de utfører innsetting og uttak av spiral og p-stav minst én gang årlig. De fleste jordmødrene og helsesøstrene svarte at de **aldri** utførte disse LARC-prosedylene (se Figur 5). Vi sitter da igjen med en studiegruppe på henholdsvis 70, 67, 69 og 63 personer som oppga at de satte inn a) spiral og b) p-stav og fjernet c) spiral og d) p-stav *minst én gang årlig*.



Figur 5. Grafisk framstilling av hvor ofte de 87 studiedeltakerne med forskrivningsrett for LARC sa at de utførte hver av fire praktiske ferdigheter (innsetting og uttak av spiral og p-stav), fordelt på yrkeskategorier

Av de 17 som **aldri satte inn** spiral, oppga ni manglende mengdetrening som en medvirkende årsak. For de 19 som aldri satte inn p-stav, oppga ti samme årsak, de fleste av dem som oppga dette, jobbet som helsesøster eller jordmor. Manglende utstyr, mangelfull opplæring, mangel på tid i konsultasjonen og etiske aspekter ble oppgitt av et fåtall som årsak til at spiral og p-stav aldri ble satt inn, alle disse arbeidet som jordmor eller helsesøster.

Av de som oppga at de setter inn spiral og p-stav *minst én gang årlig*, oppga 18 deltagere (20 % av alle deltagerne i studien med forskrivningsrett for LARC), at de én eller flere ganger ikke hadde forskrevet LARC fordi det var for lite tid i konsultasjonen med pasienten. Hele 14 av disse var fastleger eller gynekologer. Bare fire deltagere oppga at mangel på egnet utstyr eller materiell hadde forhindret dem fra å forskrive spiral én eller flere ganger. Disse fire var enten jordmødre eller gynekologer. For p-stav, oppga syv deltagere å ha blitt forhindret av mangel på utstyr eller materiell, fire av disse var gynekologer.

På spørsmål om studiedeltagerne kunne være interessert i tilbud om mer opplæring, svarte omtrent 75 % av fastlegene, helsesøstrene og jordmødrene, samt halvparten av gynekologene, at de kunne tenke seg mer opplæring i forskrivning og administrasjon av prevensjonsmidler. Mer enn halvparten av helsesøstrene ønsket seg videreutdanningskurs med fysisk oppmøte og veiledning, kvalitetssikrede repetisjonsvideoer og veileder- eller mentorordninger. Hele 71 % av jordmødrene ønsket seg fysisk veiledningskurs, og snaut halvparten repetisjonsvideoer og veilederordninger. Veileder- og mentorordninger er lite etterspurt av fastlegene og gynekologene (henholdsvis kun to og tre av samtlige fastleger og gynekologer etterspurte dette). Videreutdanningskurs på internett og kvalitetssikrede repetisjonsvideoer derimot, svarte mellom 28 % og 44 % av fastlegene og gynekologene, henholdsvis, at de kunne ønske seg.

Diskusjon

I sin handlingsplan "Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010-2015", endret Helsedirektoratet sine retningslinjer, fremhevet tydelig fordelene med LARC og la frem ønsket om en dreining i prevensjonsbruken til fordel for LARC (5). Selv om bare halvparten av studiepopulasjonen oppga at de kjente til Helsedirektoratets endrede retningslinjer, kan det likevel tenkes at mange av deltakerne visste om fordelene med LARC, men at de ikke satte dette i sammenheng med Helsedirektoratets handlingsplan fra 2010. En del av studiedeltagerne (15 av 39) svarte at de hadde kjennskap til de endrede retningslinjene, men at de likevel ikke hadde endret praksis i måten de forskrev prevensjon på. En mulig fortolkning av disse svarene var at disse forskriverne allerede hadde en forskrivningspraksis som var i tråd med Helsedirektoratets nye retningslinjer, og at de dermed ikke trengte å endre praksis. En annen mulig forklaring kan være at disse forskriverne kjente til offentlige helsemyndigheters endrede retningslinjer, men valgte å se bort i fra disse og fortsette som før. Dette ville i så fall vært urovekkende. Ett av svarene fra det åpne svarfeltet, kan støtte opp om denne teorien delvis kan være riktig; en av studiedeltagerne skrev der at hen hadde inntrykk av at noen helsesøstre var av den "gamle skolen" og ikke orket å lære seg nye metoder og derfor heller valgte å skrive ut p-piller som tidligere.

Legene som deltok i studien, både fastlegene og gynekologene, vurderte det til at de i stor grad hadde svært gode teoretiske kunnskaper om ulike prevensjonsmidler.

Helsesøstrene og jordmødrene derimot, hadde mye større spredning i svarene sine, og kun et fåtall mente at de hadde svært gode teoretisk kunnskaper om prevensjon. Det er lite overraskende at lege-gruppen vurderte sine egne teoretiske kunnskaper om ulike prevensjonsmidler som høy og høyere enn ikke-lege-gruppen. Likeledes er det forventet at gynekologene anså seg som mest kunnskapsrike, siden dette er den yrkesgruppen med høyest formell kompetanse på fagområdet og som har dette som deler av sin spesialitet i faget generell gynekologi.

Det er også stor forskjell på de egenvurderte praktiske ferdighetene i innsetting og uttak av spiral og p-stav blant yrkesgruppene i undersøkelsen. Fastlegene og gynekologene anser i svært stor grad sine egne ferdigheter i LARC-prosedyrer som gode eller svært gode, mens helsesøstrene og jordmødrene i undersøkelsen har større spredning i svarene. Til tross for at de har formell opplæring i dette, mener mer enn halvparten av helsesøstrene og jordmødrene i undersøkelsen at de har lave eller begrensede ferdigheter i administrering av LARC. Det kan tenkes at noe av årsaken til dette kan være manglende arenaer å utøve ferdighetene på og manglende mengdetrening for å holde ferdighetene ved like.

Et mindretall (16 %) av deltagerne i denne studien mente at det kan være vanskelig å fjerne p-stav og p-stavuttak stakk seg ut som den prosedyren flest deltagere (27 % av dem med LARC-kompetanse) kunne ønske seg mer opplæring i. En p-stav som er satt for dypt i armen og som ikke så lett kan palperes utenpå huden, kan være krevende å fjerne. Fra tid til annen dukker det opp nyhetssaker om p-staver som har "forsvunnet" i armen. Det kan tenkes at noen synes dette er vanskelig på grunn av for lite mengdetrening eller opplæring i seg selv, men det kan også tenkes at noen opplever dette som vanskelig fordi p-staven er blitt satt inn på feil måte og reelt sett er vanskelig å fjerne slik standardprosedyren tilsier. "Dersom legen som satte inn staven ikke gjorde det korrekt, kan det bli store problemer med å få den ut igjen. Jeg har selv lett i timevis etter implantater som har forsvunnet i armen.", uttalte Knut Hordenes, overlege ved Kvinneklinikken i Bergen i 2008 (18). P-staver har eksistert på det norske markedet siden 2002 og er relativt sett et nytt prevensjonsmiddel her i landet (19). Mange prevensjonsforskrivere (leger) som praktiserer i dag, fikk sin utdanning før p-staven ble lansert. Det er per i dag ingen krav til veiledet praksis i administrasjon av p-stav for leger som ikke hadde dette som en del av sin utdanning, slik det i dag er for helsesøstre

og jordmødre. For å lokalisere og fjerne en slik dyptsittende p-stav kan det blir nødvendig å gjøre dette ultralydveiledet. En kompetent røntgenlege kan gjerne tegne opp beliggenheten av p-staven med tusj slik at det blir lettere å finne den igjen for legen som skal fjerne den. Det kan en sjelden gang kreves en noe mer omfattende kirurgisk prosedyre og mer utstyr og kompetanse enn det man ellers gjør ved et ukomplisert p-stavuttak. Man kan jo da godt forstå at dette må gjøres av en gynekolog (eller kirurg) i spesialisthelsetjenesten, og at det da ikke så lett lar seg gjennomføre av fastleger eller ikke-legger i slike kompliserte tilfeller.

Rundt halvparten (18 av 39) av deltagerne i studien som jobber som helsesøster eller jordmor mangler altså opplæring i administrasjon av spiral og/eller p-stav. Det er et uttalt mål fra norske helsemyndigheter at flere kvinner skal få tilstrekkelig informasjon og tilbud om LARC. Helsesøstre i skolehelsetjenesten er for mange unge kvinner i skolealder et lett tilgjengelig alternativ når de ønsker prevensjonsveiledning. I motsetning til fastlegeordningen, er skolehelsetjenesten helt gratis å bruke (ingen egenandel), kan være lettere praktisk tilgjengelig enn fastlegen og foreldrene til elevene har ikke et pasientforhold til den samme helsearbeideren (slik de kan ha hos fastlegen). For å imøtekomme helsemyndighetens anbefalinger, er det derfor viktig at helsesøstre og jordmødre sikres tilgang til å administrere LARC, samt tilbys etterutdanning, veiledet praksis og tilstrekkelig mengdetrening.

Til tross for formell opplæring, utførte de aller fleste av jordmødrene og helsesøstrene i studien *aldri* LARC-prosedyrer. Manglende mengdetrening ble oppgitt som viktigste årsak til at spiral og p-stav aldri ble satt inn hos disse studiedeltagerne. Per 1. mai 2019 administreres ikke LARC lokalt på noen av skolene i Trondheim (opplyst av ansatte ved Helsestasjon for ungdom, Midtbyen). Elevene kan imidlertid få prevensjonsveiledning av helsesøster på skolen og siden få hjelp til å bestille time på Helsestasjon for ungdom i Midtbyen i Trondheim, der helsesøster eller lege kan sette inn p-stav eller spiral. Spiral settes bare inn én dag i uka på helsestasjon for ungdom. At et slikt elevtilbud om spiral og p-stav hos skolehelsetjenesten kun administreres ved Helsestasjon for ungdom, gir helsesøstrene som arbeider på skolene i Trondheim liten mulighet for mengdetrening i LARC -prosedyrene. Dette kan være en del av forklaringen på at manglende mengdetrening oppgis som en årsak til at LARC sjelden eller aldri administreres av disse sykepleierne.

Administrasjon av spiral og p-stav krever mer tid og materielle ressurser enn det andre prevensjonsmidler krever. Innsetting og uttak av spiral krever for eksempel gynekologisk undersøkelsesbenk og dertil egnet utstyr. Både spiral- og p-stavprosedyrer er mer tidkrevende i konsultasjonen enn det er å skrive ut en resept på for eksempel perorale prevensjonsmidler. Blant studiedeltagerne med forskrivningsrett som setter inn spiral og p-stav *minst én gang årlig*, oppga 20 % at mangel på tid i konsultasjonen hadde forhindret dem i å forskrive LARC én eller flere ganger. De fleste av disse var fastleger eller gynekologer. De fleste fastleger har satt av 15-20 minutter til vanlige konsultasjoner. Det kan tenkes at dette i mange tilfeller ikke er tilstrekkelig med tid for å gjennomføre et godt anamneseopptak, prevensjonsveiledningssamtale og den medfølgende prosedyren (for eksempel gynekologisk undersøkelse med prøvetaking og spiralinnsetting) som kreves. I en tidsmessig presset konsultasjon, eventuelt med tidligere forsinkelser i timeplanen som må hentes inn, kan det tenkes at kvinner som ønsker LARC blir avvist fordi tiden ikke strekker til. Studien kan ikke gi svar på om disse kvinnene som har blitt avvist som følge av manglende tid i konsultasjonen, fikk satt opp ny time senere eller ble henvist videre til en annen behandler. Ideelt sett burde vi også ha foretatt en undersøkelse blant pasienter som oppsøker ulike helsepersonell for LARC-forskrivning, om hvordan deres opplevelse og imøtekommelse av ønsket ble møtt av helsepersonell.

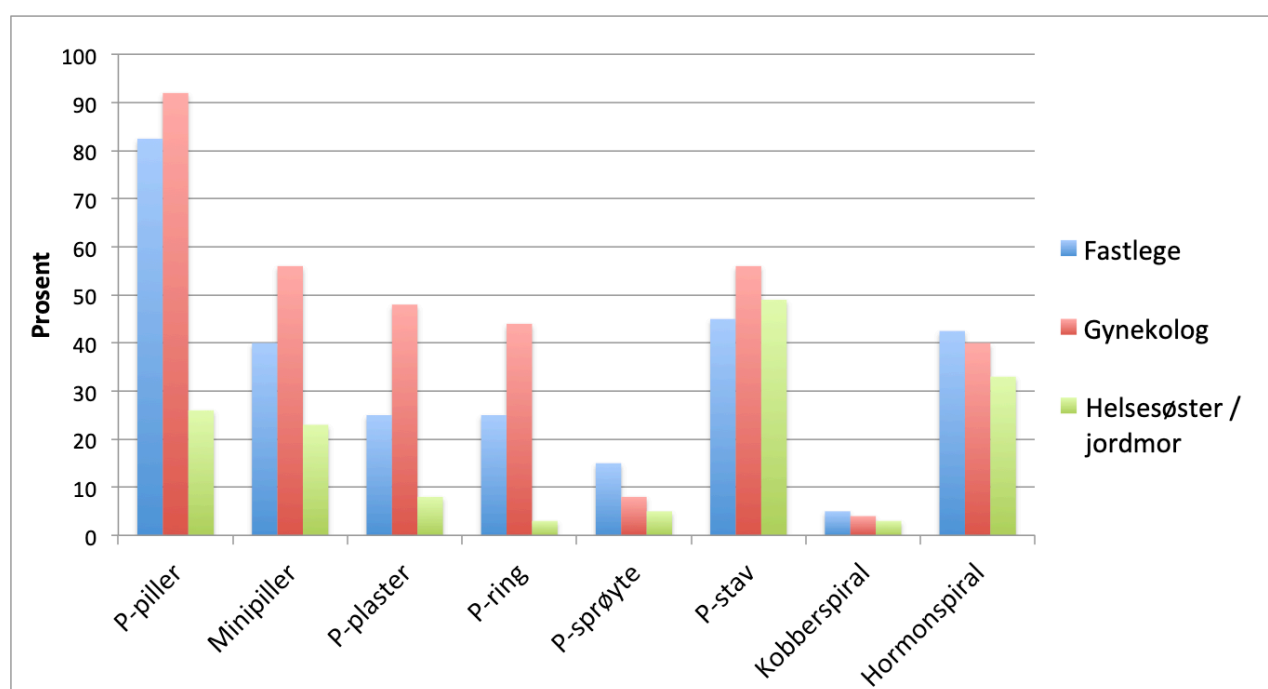
Blant studiedeltagerne var først og fremst utdanning og praksis, deretter kollegaveiledning, de viktigste arenaene for opplæring i administrasjon av spiral og p-stav. Skriftlige og digitale oppslagsverk ble benyttet i svært liten grad. Det kan tenkes at dette kan skyldes at innsetting og uttak av spiral og p-stav er typisk ferdighetsbasert kunnskap, og mulighet til selv å fysisk utføre en prosedyre under veiledning er viktigere i læreprosessen. I en artikkel fra 2016 i det amerikanske tidsskriftet "Global Health: Science and Practice (GHSP)" ble det fremhevet at god veiledning er viktig i alle læreprosesser, men enda viktigere enn vanlig når helsepersonell skal læres opp i administrasjon av LARC (20). Forfatteren av denne artikkelen mente videre at administrasjon av LARC kan by på utfordringer som krever et visst sett med ferdigheter, og at ferdighetene tapes raskt hvis de ikke vedlikeholdes. I Norge er kravet til helsesøstre og jordmødre at de skal observere én innsetting og ett uttak av p-stav, samt praktisere én innsetting av to uttak under veiledning for å få godkjent praksis(2). For

spiral er kravet å observere én innsetting og praktisere to innsettinger under veiledning. Det følger ikke noe krav til mengdetrening for å oppnå godkjent praksis. Dette kan være en utfordring, siden én til to utførte prosedyrer neppe er nok til å innarbeide en rutine og opparbeide erfaring. I tillegg kan det gå lang tid fra opplæring til ferdighetene skal utøves i praksis, og det kan derfor tenkes at noe av kunnskapen glemmes i mellomtiden.

Med unntak av veileder- eller mentorordninger for leger, var det en vesentlig andel av studiedeltagerne som oppga at de ville takket ja til tilbud om mer opplæring i form av videreutdanningskurs med fysisk oppmøte og veiledning, internettbaserte kurs og kvalitetssikrede repetisjonsvideoer. Hele 75 % av fastlegene, helsesøstrene og jordmødrene som deltok i studien, og halvparten av gynekologene ønsket seg minst én av de fire skisserte alternativene. Dette kan tyde på at det både er et udekket behov for og et ønske om mer opplæring i forskrivning av administrering av prevensjon blant helsepersonell. Slik opplæring kan være vanskelig å få gjennomført i en travel hverdag. Likevel skulle vel noe av dette kunne bakes inn i de generelle faglige fordypningsmulighetene som fins i det offentlige helsevesenet.

Holdninger til prevensjon og LARC i de yngste aldersgruppene og nullipara; under 16 år og 16-19 år

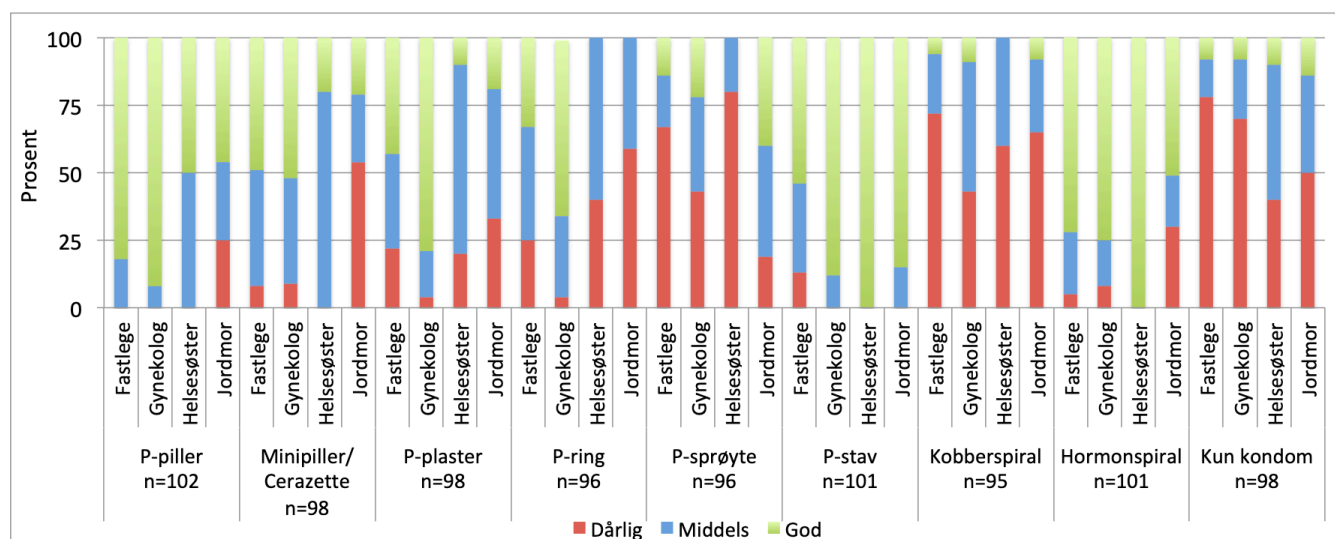
Studiedeltakerne ble spurt om hvilke prevensjonsmidler de ville tilbudt til kvinner under 16 år, gitt ingen kontraindikasjoner. I alt svarte 13 studiedeltagere at de ikke ville gitt prevensjonsveiledning til en kvinne under 16 år. Hele tolv av disse arbeidet som helsesøster eller jordmor. Av studiegruppen på 92 personer som svarte at de ville gitt prevensjonsanbefaling til denne aldersgruppen, var det stor variasjon mellom yrkesgruppene i hvilke prevensjonsmidler som ble vurdert som egnet. Unntaket var p-stav og hormonspiral, som alle fire yrkesgrupper i studien vurderte på noenlunde samme måte; henholdsvis ca. 50 % og 40 % anså p-stav og hormonspiral som egnet til de under 16 år. P-piller var det prevensjonsmidlet som hyppigst ble besvart at var egnet av legene, mens p-stav og hormonspiral hyppigst ble besvart at var egnet blant helsesøstrene og jordmødrene (se Figur 6.)



Figur 6. Prevensjonsmidler som 92 studiedeltagerne ville anbefalt til en kvinne under 16 år, oppgitt i prosent av deltagerne innen hver yrkesgruppe

I aldersgruppen 16-19 år, var det også betydelige forskjeller mellom yrkesgruppene. Fastlegene og gynekologene vurderte de fleste prevensjonsmidlene relativt likt, med unntak av p-ring, p-plaster og p-stav, som fastlegene vurderte som dårligere egnet. Ingen helsesøstre vurderte p-piller eller minipiller/Cerazette som dårlig egnet, mens

henholdsvis en fjerdedel og halvparten av jordmødrene mente disse var dårlig egnede prevensjonsmidler (se Figur 7). P-piller, p-stav og hormonspiral var de prevensjonsmidlene som jevnt over ble regnet som best egnet, og p-sprøyte, kobberspiral og kondom alene som dårligst egnet.



Figur 7. Studiedeltagernes vurdering av egnetheten til ulike typer prevensjon til kvinner i alderen 16-19 år, oppgitt i prosent av deltagerne innen hver yrkesgruppe

Alle de 105 studiedeltagerne ble så bedt om å ta stilling til påstanden: "Langtidsvirkende prevensjon bør være førstevalg til kvinner i alderen 16-19 år". Totalt var 77 % av deltagerne i studien enig i at LARC bør være førstevalg til kvinner i denne aldersgruppen. Gynekologene var den yrkesgruppen der færrest var enig (med bare 64 %), samt den yrkesgruppen der størst andel uttrykte at de var helt eller litt uenige i at LARC burde være førstevalg til denne aldersgruppen. Kun et fåtall av fastlegene, helsesøstrene og jordmødrene svarte det samme.

Alle 105 studiedeltagere ble også spurt om de mente at kvinner under 16 år burde inkluderes i statenssubsidieordning for prevensjon. Hele 74 % av deltagerne var enige i at denne aldersgruppen burde inkluderes i ordningen, mens bare 8 % var uenige. Blant de som var uenige, var det både fastleger, gynekologer og jordmødre, mens ingen helsesøstre mente at kvinner under 16 år burde holdes utenfor ordningen med subsidiert prevensjon.

De 105 studiedeltagerne ble også bedt om å ta stilling til påstanden: "Kvinner som ikke har født, bør ikke bruke spiral". Totalt var 88 % av deltagerne i studien uenig og 9 % enig i at kvinner som ikke har født, ikke burde bruke spiral. Blant fastlegene og gynekologene var det kun et fåtall som var enige i påstanden. Derimot mente én av fem jordmødre at spiral ikke er egnet for kvinner som ikke har født.

Diskusjon

Gynekologene i studien ville tilbudt flere typer prevensjon til kvinner under 16 år enn sine kolleger i de andre yrkesgruppene. Likevel var det stor uenighet innad i gynekologgruppen om de ulike prevensjonsmidlene var egnet til å tilby kvinner under 16 år. Med unntak av p-piller, som over 90 % av gynekologene ville tilbudt, og p-sprøyte og kobberspiral, som under 10 % av gynekologene ville tilbudt, var gynekologene omtrent delt på midten når de svarte på om de ville tilbudt de andre prevensjonsmidlene eller ikke. Den samme indre enigheten og uenigheten som sees i gynekologgruppen, finnes i de andre yrkesgruppene også, men i mindre grad. Mest skeptisk er helsesøstrene og jordmødrene, der ville omtrent halvparten av forskriverne tilbudt hormonspiral og p-stav, mens bare drøyt 20 % ville tilbudt perorale prevensjonsmidler, og bare 10 % ville tilbudt de resterende prevensjonsmidlene. En mulig forklaring på de store forskjellene mellom og innad i yrkesgruppene kan være at det eksisterer en generell skepsis blant helsepersonell til å tilby prevensjon til kvinner under 16 år. Man kan muligens anta at gynekologer er den yrkesgruppen med mest erfaring med og teoretisk kunnskap om alle de ulike typene prevensjonsmidler, mens ikke-legger har mindre kunnskap og erfaring, eventuelt en annen type opplæring fra sin utdanning som gir et ulikt fokus i praksis. Hvis en større mengde erfaring og kunnskap gjør forskriveren mindre skeptisk til å tilby forskjellig type prevensjon til den yngste aldersgruppen, stemmer dette godt overens med funnene. Det er likevel verdt å merke seg at skepsisen til å tilby LARC til kvinner under 16 år er stor i alle yrkesgrupper. Bare omtrent halvparten av alle studiedeltagerne ville tilbudt hormonspiral eller p-stav til de yngste kvinnene. Helsepersonells skepsis til LARC til de yngste kan vise seg å være en barriere, og mange unge kvinner under 16 år som ønsker prevensjon blir kanskje ikke tilbudt LARC i det hele tatt. Dette til tross for at det for mange i denne aldersgruppen kan være godt et egnet prevensjonsmiddel.

Helsesøstre og jordmødre har per i dag ikke anledning til å rekvirere eller administrere prevensjonsmidler til kvinner under 16 år. Derimot har de anledning til å gi prevensjonsveiledning til alle kvinner som ønsker det, også til de under 16 år. Snaut 30 % av helsesøstrene og jordmødrene i studien svarte likevel at de ikke ville gitt prevensjonsveiledning til kvinner i denne aldersgruppen. Med vissheten om at rundt en fjerdedel av unge kvinner i Norge har hatt sitt første samleie før fylte 16 år (21), er det ikke uproblematisk at denne gruppen kan bli avvist når de ønsker prevensjonsveiledning av skolehelsetjenesten (21). Studien sier ikke noe om helsesøstrene og jordmødrene som ikke ville gitt prevensjonsveiledning eventuelt henviste videre til annet helsepersonell, for eksempel til fastlege eller gynekolog.

Én fjerdedel av legene og halvparten av jordmødrene mente at hormonspiral var middels eller dårlig egnet i aldersgruppen 16-19 år. Skepsisen til hormonspiral i denne aldersgruppen kan muligens henge sammen med feiloppfatningen om at spiral ikke kan brukes av kvinner som ikke har født. For samme aldersgruppe ble p-sprøyte regnet som godt egnet av 15 % av legene og 41 % av jordmødrene. Dette er noe overraskende, da det bør utvises forsiktighet ved bruk av den potente p-sprøyten til kvinner under 18 år på grunn av bekymring for at disse senere i livet vil kunne få redusert beintetthet og osteoporose (22).

Rekvirerings- og administreringsrett til helsesøstre og jordmødre, samt utvidet bidragsordning som inkluderer LARC, er tiltak som er iverksatt fra myndighetene for at helsepersonell i praksis skal kunne tilby LARC som førstevalg til de yngste brukerne. Hele tre av fire studiedeltagere mente at LARC burde tilbys som førstevalg til kvinner i alderen 16-19 år. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Mindretallet som var uenig i at LARC burde tilbys som førstevalg, besto i hovedsak av gynekologer. Hele en av fire gynekologer svarte at de var uenig i at LARC burde være førstevalg i denne aldersgruppen. Det kan tenkes at årsaken hertil var at gynekologene jevnt over vurderte flere prevensjonsmidler som godt egnet i denne aldersgruppen, og at de kanskje ser en del unge pasienter med LARC-komplikasjoner (for eksempel blødningsforstyrrelser eller egglederbetennelse) og blir farget av dette.

Omtrent én av fire kvinner har sitt første samleie før fylte 16 år (21). Per 2019 er gratis kondomer tilbudt gjennom for eksempel Helsedirektoratets nettside

www.gratiskondomer.no, det eneste gratistilbudet om prevensjon til denne aldersgruppen. Kondom er det eneste prevensjonsmiddelet som i noen grad beskytter mot seksuelt overførbare sykdommer, men det er også det prevensjonsmiddelet som gir dårligst beskyttelse mot uønsket graviditet. Kondom har en sikkerhet regnet etter Pearl Index (PI) på 2 %, som tilsier at én av 50 kvinner vil bli gravid årlig ved perfekt bruk . Til sammenligning har p-stav en PI på 0,05 %, som tilsier at én av 2000 kvinner vil bli gravide årlig ved perfekt bruk (se Figur 8). I tillegg må man for kondom (samt for perorale prevensjonsmidler, p-ring og p-plaster) regne med en ikke ubetydelig andel med såkalt «brukerfeil» og at den reelle PI derfor kan være atskillig lavere for disse kortidsvirkende prevensjonsmidlene. Dette gjelder derimot ikke for LARC, siden disse prevensjonsmidlene ikke administreres av pasienten selv, og feil dermed reduseres til kun feiladministrasjon/innsetting ved helsepersonell.

EFFEKTIVITET (PEARL INDEX)		
Metode	Antall gravide	
P-stav	0.05%	0.05%
Hormonspiral	0.2 %	0.2%
Sterilisering menn	0.1%	0.15%
Sterilisering kvinner	0.5%	0.5%
Kobberspiral	0.6%	0.8%
P-sprøyte	0.2%	6%
P-piller/gestag. p-piller	0.3%	9%
P-plaster/p-ring	0.3%	9%
Kondom	2%	18%
«Hoppe av i svingen»	4%	22%
Ingen beskyttelse/metode		cirka 85%

Figur 8. Pearl Index. Tabell som viser hvor stor prosentandel av kvinner som blir gravide i løpet av ett år med ulike prevensjonsmidler, "perfekt bruk" i første kolonne, "vanlig bruk" i USA i andre kolonne, tall fra WHO, bilde hentet fra eMetodebok for seksuell helse (7)

Svarene til 8 % av deltagerne i denne undersøkelsen som er uenig i at kvinner under 16 år bør inkluderes i statens subsidieordning for prevensjon, står også i kontrast til det tidligere nevnte faktum at svært mange unge kvinner har hatt sin seksuelle debut før de fyller 16 år, og behovet for sikker prevensjon åpenbart er like stort for disse som for eldre aldersgrupper. Regjeringspartiet Høyre vedtok på sitt landsmøte i mars 2019 at de ønsker å endre lovverket slik at også kvinner under 16 år vil få tilbud om gratis prevensjon. Det er imidlertid langt fra sikkert at Høyre får gjennomslag for dette siden samarbeidspartnerne FrP og KrF, etter Høyres landsmøte varslet at de ikke støtter forslaget (23). Flertallet av deltagerne i denne studien deler Høyres syn på saken. Hva som er årsaken til at noen av studiedeltagerne ikke ønsker å tilby gratis prevensjon til

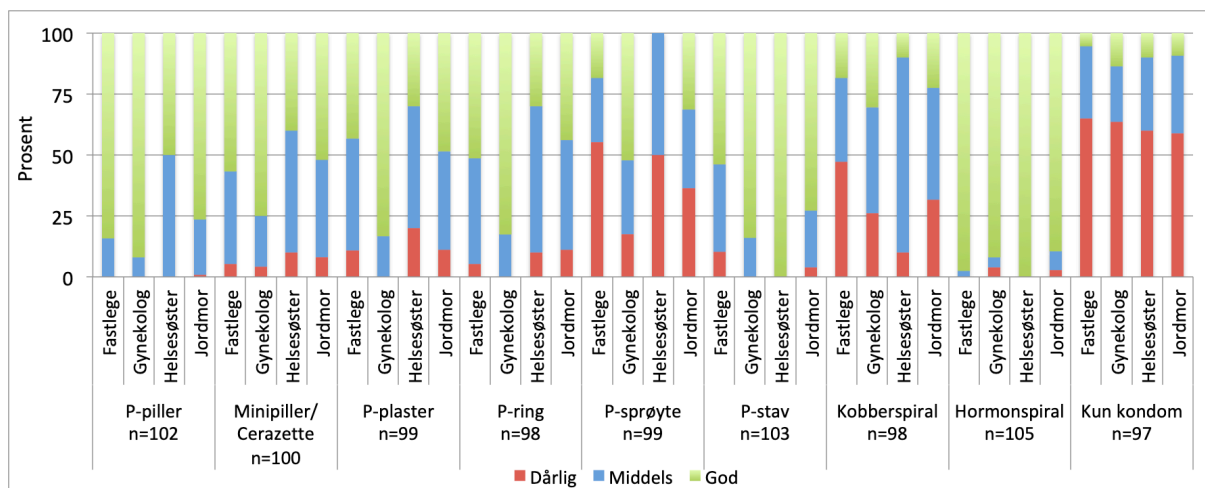
kvinner under 16 år, sier ikke studien noe om. Men det kan tenkes at en mulig årsaker kan være moralske overbevisninger om at kvinner under 16 år ikke burde ha sex og at å åpne for gratis prevensjon til denne gruppen indirekte er en legitimering av dette.

Det har lenge vært en utbredt myte at kvinner som ikke har født, ikke bør bruke spiral, for eksempel fordi livmoren ikke er stor nok, at livmorhalsen er for trang eller at nullipara som får spiral eventuelt skal pådra seg seksuelt overførte infeksjoner som kan gi fremtidig infertilitet. Oppdaterte kunnskapsanbefalinger om prevensjon sier derimot i dag at spiraler kan være et godt egnet prevensjonsmiddel for unge kvinner, og nulliparitet ikke er en kontraindikasjon mot spiralbruk (24, 25). Resultatene fra vår undersøkelse tyder på at det er kjent for de fleste fastlegene og gynekologene at nulliparitet ikke er en kontraindikasjon mot spiralbruk. Blant jordmødrene derimot, svarte en ikke ubetydelig andel av deltagerne (én av fem) at de er enig i at spiral ikke bør brukes av kvinner som ikke har født. Dette står i kontrast til jordmødrenes selvvalgte teoretiske kunnskap om spiralbruk (se Figur 1). Ingen jordmødre i denne studien vurderte seg selv til å ha dårlig og kun to mente de hadde begrenset teoretisk kunnskap om hormonspiral. Altså kan det tyde på at disse jordmødrene til en viss grad mener deres teoretisk kunnskap om hormonspiral er høyere enn det den i realiteten er. Dette kan potensielt ha en praktisk betydning i en prevensjonsveiledningssituasjon, siden det kan tenkes at kvinner som ikke har født ikke får tilstrekkelig informasjon om hormonspiral som et mulig prevensjonsalternativ. En studie blant 140 fastleger i Oslo i 2016, viste også at denne myten fremdeles eksisterer blant fastleger (14). Studien viste at nulliparitet var den viktigste årsaken til at fastleger ikke tok opp LARC som alternativ i prevensjonsveiledningssituasjoner.

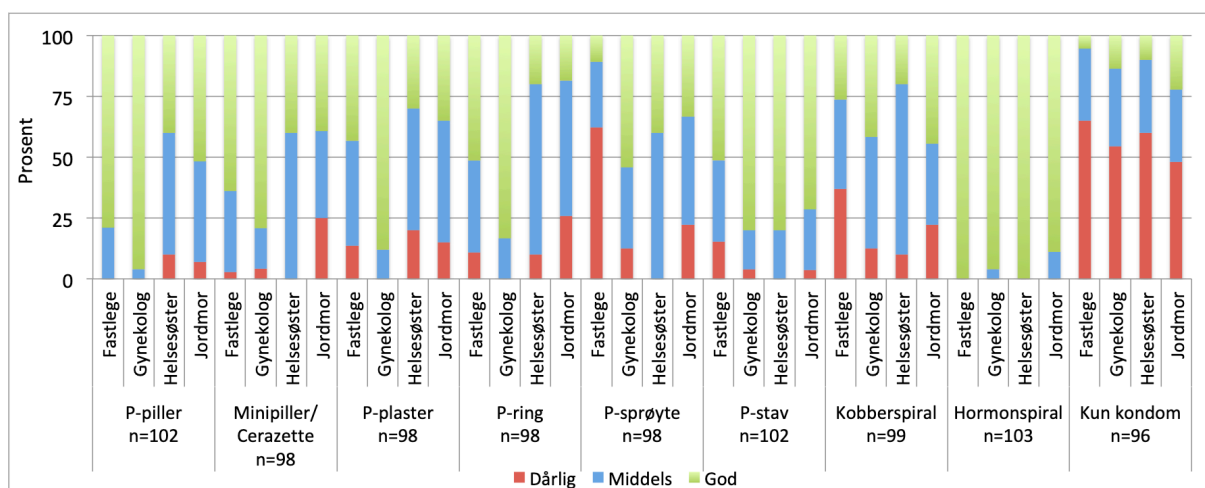
Holdninger til prevensjon og LARC i aldersgruppene 20-25 år og > 25 år

Deltagerne i studien ble bedt om å rangere egnetheten til ulike prevensjonsmidler i aldersgruppene 20-25 år og over 25 år. Fastlegene i undersøkelsen vurderte p-piller, p-stav og hormonspiral som best egnet i begge aldersgruppene, og p-sprøyte, kobberspiral og kondom alene som dårligst egnet. Fastlegene var også yrkesgruppen som i størst grad regnet p-stav som et dårlig egnet prevensjonsmiddel, og den eneste yrkesgruppen som i noen grad vurderte p-stav som dårlig egnet for begge aldersgrupper. Også gynekologene i undersøkelsen vurderte egnetheten til de ulike prevensjonsmidlene nokså likt i begge

aldersgruppene. 50 % av gynekologene mente p-sprøyte var et godt egnet prevensjonsmiddel til kvinner > 20 år. Gynekologene vurderte jevnt over alle prevensjonsmidler som bedre egnet enn sine kollegaer i de andre yrkesgruppene. Rundt 30 % av jordmødrene mente p-sprøyte var et godt egnet til kvinner > 20 år, mens ingen helsesøstre mente det samme. Hormonspiral og p-stav var de typene prevensjonsmidler som ble ansett som best egnet av ikke-legene.



Figur 9. Studiedeltagernes vurdering av egnetheten til ulike typer prevensjon til kvinner i alderen 20-25 år, oppgitt i prosent av deltagerne innen hver yrkesgruppe



Figur 10. Studiedeltagernes vurdering av egnetheten til ulike typer prevensjon til kvinner over 25 år, oppgitt i prosent av deltagerne innen hver yrkesgruppe

For 16-19-åringene er prevensjonsmidler i realiteten gratis (se Figur 11), studiedeltagerne ble derfor bedt om å ta stilling til påstanden: "Gratis spiral eller p-stav til kvinner i alderen 20-25 år vil gi færre uønskede graviditeter". Igjen var gynekologene

den yrkesgruppen som skilte seg fra resten av de andre yrkesgruppene. Der hele 20 % av gynekologene var uenige i påstanden, var det så nær som ingen blant de andre yrkesgruppene i studien som var uenige.

EGENANDEL FOR UNGE KVINNER, LANGTIDSVIRKENDE PREVENSJON, 2019							
Preparat	Maksimalpris	Kvinne 16 år	Kvinne 17 år	Kvinne 18 år	Kvinne 19 år	Kvinne 20 år	Kvinne 21 år
Mirena	1243,40	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	299,40	771,40
Kyleena	1188,10	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	244,10	716,10
Jaydess	1097,30	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	153,50	625,30
Levosert	979,50	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	35,50	507,50
Nexplanon	1181,20	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	237,20	709,20
Kobberspiral	800,00	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	328,00

Figur 11. Egenandel for prevensjon til kvinner i alderen 16-22 år per 2019, bilde hentet fra eMetodebok for seksuell helse (7)

Diskusjon

Det var jevnt over stor spredning i hvordan egnetheten av ulike prevensjonsmidler ble vurdert, både innad i en yrkesgruppe og yrkesgruppene i mellom. Likevel var det noen unntak, der yrkesgruppene var relativt enige seg i mellom om hva som var godt egnede prevensjonsmidler (hormonspiral og p-stav) og dårlig egnede prevensjonsmidler (kobberspiral og kondom alene) til aldersgruppene 20 – 25 og over 25 år.

P-sprøyte ble av nesten halvparten vurdert som godt egnet til kvinner over 25 år. P-sprøyte er et såkalt potent eller høydose-gestagenpreparat, i motsetning til middeldose-gestagenpreparater (som desogestrel- og gestagen-alene-p-piller) og lavdose-gestagenpreparater (hormonspiral og p-stav), som er regnet for å ha svært få alvorlige bivirkninger. Det er knyttet noe mer usikkerhet til om høydose-gestagenpreparater kan gi økt risiko for alvorlige bivirkninger, som blant annet økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Dette fordi høye doser av medroksyprogesteronacetat (gestagenet i p-sprøyte) vil gi lave nivåer av østrogen og HDL-kolesterol, noe som kan øke risikoen for hjerte- og karsykdommer (7). WHO fraråder bruk av p-sprøyte til kvinner med tilleggssisiko for hjerte- og karsykdom (26). At en så høy andel av studiedeltagerne likevel anså p-sprøyte for å være et godt egnet prevensjonsmiddel, til tross for at utvalget av andre sikre prevensjonsmidler med høy sikkerhet og lav bivirkningsprofil er stort, kan tyde på at det er manglende eller lite oppdatert kunnskap hos helsepersonell om dette temaet.

Hormonspiral er det prevensjonsmiddelet som klart flest av studiedeltagerne mener er et godt egnet for aldergruppene fra og med 20 år, i motsetning til hva de mente for de yngre. P-stav ble også vurdert som rimelig godt egnet, men likevel mener rundt halvparten av fastlegene at p-stav er middels eller dårlig egnet som prevensjonsmiddel. Dette kan muligens forklares med at fastlegene antagelig er den yrkesgruppen som oftest treffer samme pasient over tid, og dermed kan få et bedre inntrykk av pasientens eventuelle bivirkningsplager (hovedsakelig blødningsforstyrrelser og eventuelt humørbivirkninger) av p-staven. Samt at fastlegene i denne undersøkelsen er den yrkesgruppen som oftest utfører uttak av p-stav, med de utfordringene det eventuelt medfører (se Figur 4).

Selv om statens subsidieordning for prevensjon gir en fast bidragssats for kvinner mellom 16 og 22 år (se Figur 11), er i praksis spiral eller p-stav faktisk ikke gratis for kvinner fra fylte 20 år per 2019. Det skal også bemerkes at selv om selve prevensjonsmiddelet er gratis, må alle pasienter over 16 år likevel betale egenandel for konsultasjonen eller resepten de får hos fastlege. Konsultasjonen på Helsestasjon for ungdom er imidlertid helt gratis. I noen kommuner er øvre aldersgrense på helsestasjon 20 år, i andre (for eksempel studenthelsetjeneste) opp til 25 år. En kvinne på 21 år må altså per 2019 forvente å betale snaut 1000 kroner for å få satt inn spiral eller p-stav. Fra og med 22 år må hun betale fullpris. Aldersgruppen 20-24 år har lenge vært den gruppen med høyest abortrate i Norge (27). Hvis man analyserer resultatene fra den norske forsøksordningen med gratis hormonell prevensjon (se nedenfor), er det grunn til å tro at det kan være et uutnyttet potensiale i reduksjon av abortraten i denne aldersgruppen.

En amerikansk kohortstudie fra 2012 omfattet over 9000 kvinner i alderen 14-45 år. Studien hadde som formål å fremme LARC og studere effekten av gratis prevensjon, og viste en signifikant nedgang i abortrate (faktisk en halvering av den nasjonale abortraten), antall gjentatte aborter og tenåringsfødsler (28). Sintef ble i 2007 gitt i oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre en forsøksordning i Norge med gratis hormonell prevensjon i ett år til kvinner i alderen 20-24 år. To byer, Hamar og Tromsø, ble valgt ut som forsøkskommuner, og to andre byer, Bodø og Porsgrunn, som kontrollkommuner. Resultatene viste en signifikant nedgang i antallet

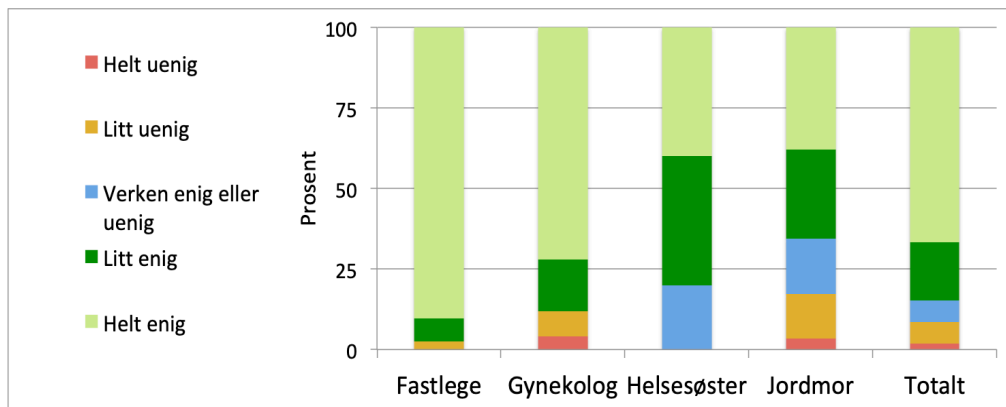
svangerskapsavbrudd (fra 2,7% til 1,4%) i forsøkskommunene, mens det ikke var noen signifikant nedgang i kontrollkommunene. Den viktigste enkeltfaktoren som kvinnene mente ville gjort det enklere for dem å bruke hormonell prevensjon, var økonomi. Undersøkelsen viste også at tilgang på gratis prevensjon, fører til langt flere regelmessige brukere av prevensjon og at flere velger LARC (29).

Svarene til hele 11 % av prevensjonsforskriverne i denne studien, som mener at gratis prevensjon til kvinner i aldersgruppene 20-25 år **ikke** vil gi færre uønskede graviditeter, står i sterk kontrast til resultatene fra den norske forsøksordningen gjennomført av Sintef. Denne forsøksordningen, resultater fra internasjonale studier, gradvis utvidet subsidieordning for prevensjon og observert nedgang i abortrate de siste årene, tyder alle på at det kan være en sammenheng mellom nedgang i abortrate og gratis tilgang på prevensjon. Således kan det hevdes at et ikke ubetydelige mindretall av deltagerne i denne studien, og da særlig en viss andel av gynekologene, baserer sine meninger om dette temaet på egne subjektive oppfatninger istedenfor oppdatert forskning. Likevel er det lite trolig at en prevensjonsforskrivers subjektive mening om effekten av subsidiert prevensjon har noen reell innvirkning på hvordan hun anbefaler prevensjon, særlig fordi eventuell egenandel for konsultasjonen tilkommer i tillegg uansett hvilket prevensjonsmiddel som velges.

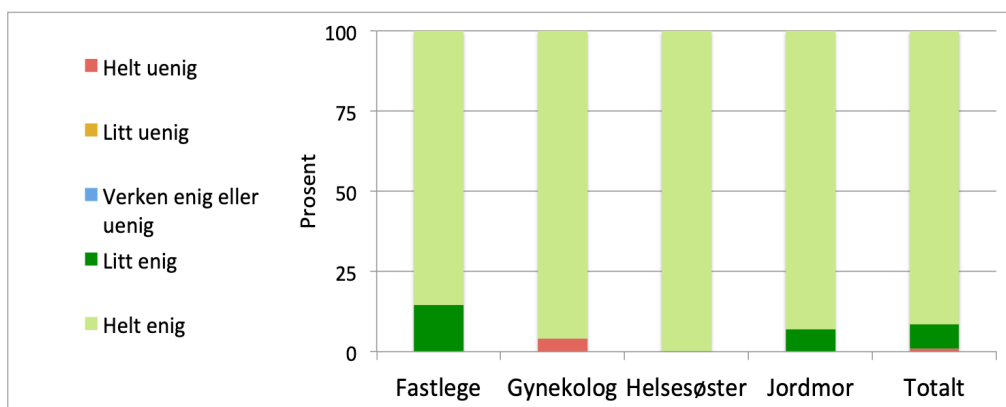
Helsepersonells holdninger til hverandre som yrkesgrupper i forbindelse med prevensjonsarbeid

De 105 studiedeltagerne ble bedt om å vurdere hvor godt egnet de mener deres egen yrkesgruppe er som prevensjonsveiledere, sammenlignet med andre yrkesgrupper (se Figurene 12-15). Jevnt over oppvurderte alle yrkesgruppene seg selv som prevensjonsveiledere mens de samtidig nedvurderte de andre. Unntaket er gynekologer, som også i stor grad ble vurdert som godt egnede prevensjonsveiledere av de andre yrkesgruppene også.

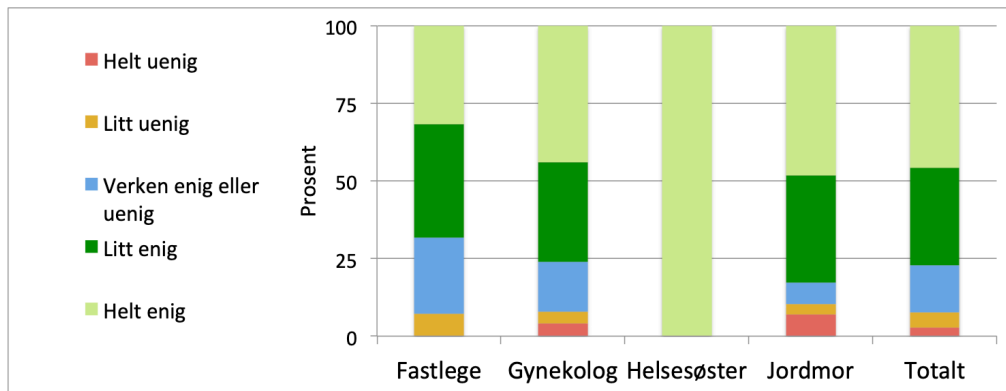
Figur 12. 105 studiedeltageres vurdering av påstanden "fastleger er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning"



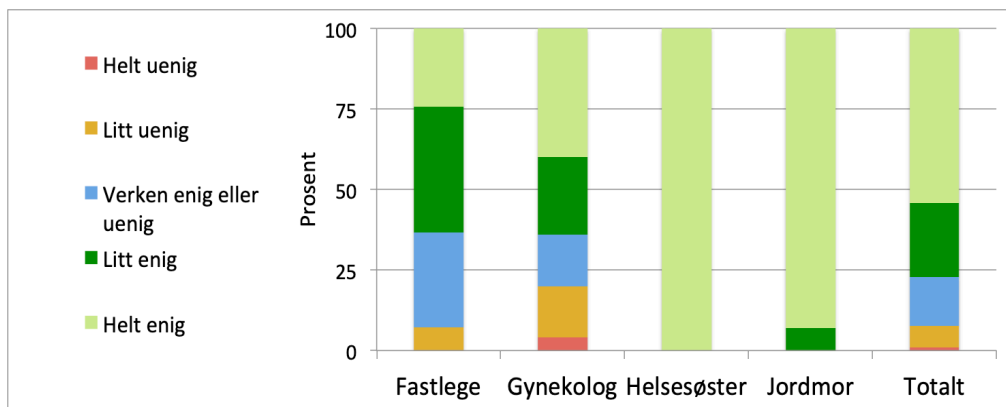
Figur 13. 105 studiedeltageres vurdering av påstanden "gynekologer er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning"



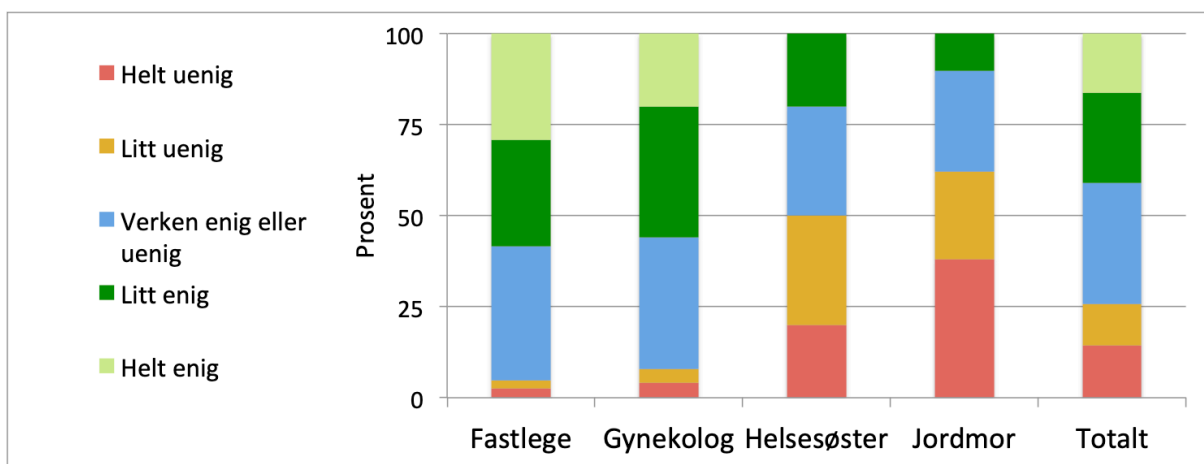
Figur 14. 105 studiedeltageres vurdering av påstanden "helsesøstre er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning"



Figur 15. 105 studiedeltageres vurdering av påstanden "jordmødre er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning"

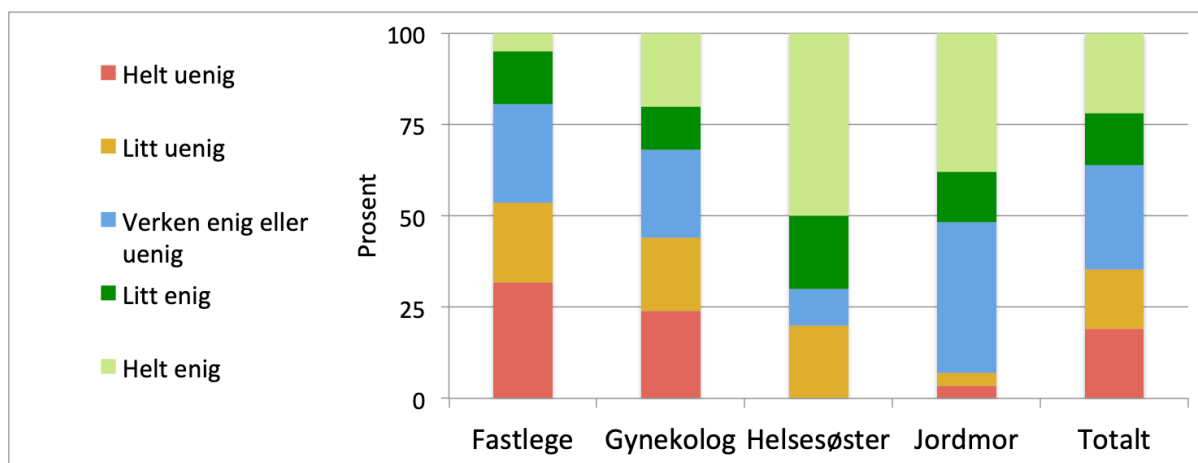


Videre ble deltagerne spurt om å vurdere påstanden: "Jordmødre bør bruke mer av arbeidstiden på kjerneoppgaver, som veiledning og undersøkelse av gravide, og mindre tid på prevensjonsveiledning og forskrivning av prevensjon". Omtrent halvparten av legene i undersøkelsen var enige i at jordmødre bør bruke mer tid på kjerneoppgaver og mindre på prevensjonsveiledning og -forskrivning (se Figur 16). Totalt var kun fire leger uenige i påstanden. Jordmødrene og helsesøstrene i studien, svarte her nesten helt motsatt av legene. Omtrent halvparten av ikke-legene var uenige i at jordmødre bør bruke mer tid på kjerneoppgaver, og kun fem ikke-legger var enige i påstanden. Ingen helsesøstre eller jordmødre svarte at de var *helt* enig i påstanden.



Figur 16. 105 studiedeltageres vurdering av påstanden "jordmødre bør bruke mer av arbeidstiden på kjerneoppgaver, som veiledning og undersøkelse av gravide, og mindre tid på prevensjonsveiledning og forskrivning av prevensjon"

De 105 studiedeltagerne ble bedt om å ta stilling til om retten jordmødre og helsesøster har til å forskrive prevensjon også burde inkludere jenter under 16 år. Rundt halvparten av legene var uenige i at ikke-legger skulle få forskrivningsrett til denne aldersgruppen (se Figur 17). Hele syv av ti helsesøstre og halvparten av jordmødrene var enige i påstanden.



Figur 17. 105 studiedeltageres vurdering av påstanden "jordmødre og helsesøstre må få rett til å forskrive prevensjon til kvinner under 16 år"

Diskusjon

Tar man for seg hver enkelt yrkesgruppe og ser på hvordan disse vurderte sin egen egnethet som prevensjonsveiledere, sidestiller yrkesgruppene seg; både gynekologer, fastleger, helsesøstre og jordmødre vurderte seg i overveiende grad som godt egnet til å gi prevensjonsveiledning. Tar man derimot for seg hvordan hver enkelt yrkesgruppene vurderte sine kollegaer i andre yrkesgrupper, er bildet er helt annet. Med unntak av gynekologer, som det jevnt over var stor enighet om at er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning, er den gjennomgående tendensen at alle yrkesgrupper selv mener de er bedre egnet enn sine kolleger i andre yrkesgrupper.

Sammenligner man disse resultatene med hvordan de ulike yrkesgruppene vurderte sine egne teoretiske kunnskaper om prevensjon (se Figur 2), er det verdt å merke seg at ikke-legene totalt sett vurderte sine egne teoretiske kunnskaper om prevensjon som vesentlig lavere enn legene, men likevel sidestiller sin egen egnethet som prevensjonsveiledere disse. Undersøkelsen sier likevel ikke noe om hva deltagerne regner som tilstrekkelig kunnskap for å være *godt nok* egnet til å gi prevensjonsveiledning.

Det kan se ut som om det eksisterer yrkesrelaterte fordommer eller oppfatninger om andre yrkesgruppers egnethet som prevensjonsveiledere. Med unntak av gynekologer, som alle yrkesgrupper i denne studien mente var godt egnet, er det gjennomgående trekket at yrkesgruppene nedvurderer kollegenes evne til å gi prevensjonsveiledning. Det var ekstra tydelig mellom leger og ikke-legere. Utvidet forskrivningsrett for

prevensjon til helsesøstre og jordmødre ble innført i 2016, altså for relativt få år siden. Det er ikke utenkelig at det eksisterer en slags "skomaker bli ved din lest"-tankegang blant leger som nå må forholde seg til at andre yrkesgrupper får adgang til å utføre oppgaver som tidligere var forbeholdt dem selv. Kanskje også noen av legene faktisk kan føle seg litt truet av at ikke-legene nå tar over «prevensjonsmarkedet».

Det er stor forskjell på hvordan yrkesgruppene i denne studien vurderer påstanden: "Jordmødre bør bruke mer av arbeidstiden på kjerneoppgaver, som veiledning og undersøkelse av gravide, og mindre tid på prevensjonsveiledning og forskrivning av prevensjon". På den ene siden står fastlegene og gynekologene, som i stor grad er enig i påstanden. På den andre siden står helsesøstrene og jordmødrene, som i stor grad er uenig i samme påstand. Når studiedeltagerne ble bedt om å ta stilling til om helsesøstre og jordmødre bør få forskrivningsrett for kvinner under 16 år, dannes det samme bildet som for påstanden om at jordmødre bør holde seg til kjerneoppgaver; legene er skeptiske til at ikke-legene skal få utvidede fullmakter i prevensjonssammenheng. En teori om hvorfor det er slik, kan være at legene mener at det kreves en bredere medisinskfaglig kompetanse for å vurdere det totale helsemessige bildet av pasienten, og at ikke-leger ikke innehar denne globale kompetansen i tilstrekkelig grad til å vurdere hvilke prevensjonsmidler som faktisk er best egnet til den enkelte pasient. Denne teorien støttes i noen grad av inntrykk fra det frie svarfeltet i undersøkelsen (se eget underkapittel om fritekst-besvarelsene nedenfor). Her fikk studiedeltagerne anledning til å uttrykke seg fritt. En av legene svarte at hen opplevde at ikke-legene ikke hadde god nok kjennskap til hele sykehistorien til kvinnene og derfor ofte valgte feil prevensjonsmetode. En annen lege mente at helsesøstre hadde en tendens til å tenke for skjematisk i møte med pasienten, og derfor ikke hadde kompetanse nok til å vurdere alle nødvendige medisinske aspekter. En av jordmødrene uttrykte i tråd med dette at hen savnet et økt fokus på kvinnehelse generelt i jordmorutdanningen. Administrering av prevensjonsmidler, og da særlig spiral som krever gynekologisk undersøkelse, førte gjerne med seg økte forventninger fra pasienten med tanke på blant annet celleprøve og mer krevende vurderinger av eventuelle gynekologiske plager, mente hen.

Helsesøstre i skolehelsetjenesten vil for mange under 16 år være den enklest tilgjengelige prevensjonsveilederen. Omtrent én av fire kvinner har sitt første samleie før fylte 16 år (21). At myndighetene gir helsesøstre og jordmødre anledning til å

forskrive prevensjon til denne aldersgruppen, vil kunne øke tilgjengeligheten på sikker prevensjon betraktelig for denne aldersgruppen. Saken har vært satt på den politiske dagsordenen i Norge i 2019, men er ennå ikke blitt en realitet.

Frie svarfelter og samtaler med helsepersonell om prevensjon

Spørreskjemaet i studien inneholdt et fritt svarfelt til slutt, der deltagerne kunne komme med sine synspunkter på hvordan øke bruken av LARC eller skrive om andre ting de ønsket å formidle i forbindelse med undersøkelsen. I alt 25 studiedeltagere valgte å benytte seg av det åpne svarfeltet. R.S. gjennomførte også noen samtaler med helsepersonell på kommunens Helsestasjon for ungdom og på ett av fastlegekontorene i Trondheim, der deltagerne snakket uformelt om LARC og forskrivningspraksis. Sitatene under er hentet både fra det frie svarfeltet i den web-baserte spørreundersøkelsen og fra møtene på helsestasjon og legekontor.

Generelt om bruk av LARC

I tilbakemeldingene mener flere at brukerne som regel er godt fornøyd med å bruke spiral, men at gynekologisk undersøkelse kan være en hindring for noen, særlig den aller yngste aldersgruppen.

”Vi opplever at kvinner i alle aldre er svært fornøyde med spiral.”

”Det sitter litt langt inne for jenter under 16 år å få satt inn spiral, p-stav brukes oftere.”

”På ungdomsskolen foreskrives det sjelden på grunn av ung alder.”

Flere deltagere trakk frem at fokuset på LARC nå var større enn tidligere, men at det fremdeles fantes fordommer og misoppfatninger blant pasientene:

”Undervisningen legger nå mer vekt på langtidsvirkende prevensjon enn tidligere.”

"Merker "fordommer" i befolkningen, men over tid vil det ordne seg ved at kunnskap sprer seg gjennom dem som har fått langtidsvirkende prevensjon."

Utfordringer knyttet til forskrivning og administrasjon av LARC

Flere trakk frem pris som en utfordring i forbindelse med forskrivning av LARC:

"Konsultasjon hos lege må bli gratis for dem over 16 år, i alle fall opp til 18 år, og vi trenger full refusjon for prevensjonsveiledning. Det er idiotisk at det koster penger hos lege og er gratis hos helsesøster og jordmor. Vi har den beste kompetansen, men betalingskrav forhindrer leger i å bidra."

"Forskriving av prevensjon hos legen burde være helt gratis, som for barn og gravide."

"Tror jentene velger helsestasjon fordi det er billigere enn fastlegen, de slipper egenandel."

"Pris er en stor hindring hos mange "risikogrupper" for uønsket graviditet."

"Vi må få gratis prevensjon også til de under 16 år og til de over 20 år."

Bivirkningsproblematikk og særlig blødningsproblematikk knyttet til p-stav ble nevnt av flere som årsak til at noen pasienter fjernet p-staven sin før brukstiden var omme:

"Blødningsproblematikken rundt p-stav er underkommunisert. Vi må be jentene om å ha is i magen og holde ut i inntil 6 måneder."

"P-stav selges inn for billig. Det fortelles for lite om bivirkninger, særlig blødningsbivirkninger. Unge jenter forventer at de ikke skal merke noe til den, og blir overrasket over blødningsforstyrrelsene."

"Ikke alle er bekvem med fysisk inngripen og fremmedlegeme i kroppen. Noen blir usikre ved prevensjonsindusert amenore (redd for å ikke oppdage graviditet) mens andre synes det er fint å slippe mens. Og bivirkninger av prevensjonsmidler

er lite vektlagt. Mange får bivirkninger i form av småblødninger på P-stav og spiral.”

Helsesøstre og jordmødre etterlyste flere arenaer for trening og veiledning, samt egnede lokaler og medisinsk utstyr (særlig ultralydapparat) som kunne gjøre det lettere å administrere LARC:

”Gi flere muligheten til å praktisere det!”

”Jeg savner økt fokus på kvinnehelse generelt i jordmorutdanningen, i og med at administrering (innsetting og uttak av spiral spesielt) fører med seg en gynekologisk undersøkelse, og dermed økte forventninger om kompetanse med tanke på celleprøver, gynekologiske plager/utfordringer i forbindelse med kvinners underliv. Savner generelt undervisning/kurs om LARC utover den basale kunnskapen man forventes å inneha når en driver med det.”

”Jeg savner tverrfaglig støtte i forbindelse med innsetting av spiral.”

”Noen helsesøstre av den gamle skolen har en holdning som sier ”jeg orker ikke begynne med de nye greiene, jeg skriver heller ut p-piller som før”.

”Det er en klar ulempe at det ikke er tilgang på ultralydapparat på helsestasjon for kontroll av hvordan spiralen ligger.”

”Det er ønskelig at det legges til rette for at jordmødre kan sette inn spiral/p-stav på kontroll etter fødsel. Det behøves utstyr og gynekologiske undersøkelsesbenker og rom slik at det også legges fysisk til rette for at dette lar seg gjennomføre.”

Studiedeltakerne fortalte at fordommer mot og manglende kunnskap om LARC eksisterer, men i mindre grad enn før.

”Førstegangsbukere etterspør ofte p-piller.”

”Jeg har ikke inntrykk av at mine holdninger, blant annet til spiral og p-stav, har å veldig stor innvirkning, men har nok medvirket til å overtale noen til å bruke dette.”

”Jeg opplever lite fordommer mot spiral fra jentene, mer fra foreldrene. For eksempel at spiral ikke kan brukes av kvinner som ikke har født. Jeg har inntrykk av at mange av jentene snakker med foreldrene om prevensjon hjemme.”

”Jeg tenker at jordmødre har en større og viktigere rolle i å få informasjon om spiral inn på videregående skoler, og bør ha en mer sentral plass/mer ansvar i Helsestasjon for ungdom enn i dag, da det er mest helsesøstre som jobber der, og vi ser at de vegrer seg litt.”

Av andre utfordringer som ble trukket fram var følgende:

”P-stav er vanskelig å fjerne. Er glatt i enden og vanskelig å trekke ut igjen. Den burde hatt et hull i enden som gjorde det lettere å trekke ut.”

”Det er litt ulempe med ventetid, på Helsestasjon for ungdom settes spiral kun én gang i uka.”

Helsepersonells tanker om hverandre som yrkesgrupper

Noen av legene i studien var skeptiske til helsesøstres og jordmødres kompetanse som prevensjonsveiledere. Disse mente at ikke-legger ikke hadde utdanning eller erfaring nok til å se det store bildet når de skulle vurdere en kvinnes totale helsesituasjon:

”Jeg opplever at helsesøstre og jordmødre ikke kjenner hele sykehistorien til kvinnene og derfor for ofte velger feil prevensjonsmetode.”

”Jordmødre og helsesøstre kan forskrive p-piller og sette inn p-stav, men i utgangspunktet er jeg skeptisk til at de legger inn spiraler. Men de kan skrive resept slik at kvinnene kan få lagt inn spiral hos fastlege/gynekolog. Eventuelt gi p-piller i påvente av time hos lege.”

”Helsesøstre og jordmødre er i prevensjonsveiledningssammenheng ”halvstuderte røvere”.”

”Helsesøstre har tendens til å tenke for skjematisk i møte med pasienten og har ikke kompetanse nok til å vurdere alle nødvendige helsemessige aspekter.”

Samtidig trakk deltakerne frem at det faktisk var bra at helsesøstre og jordmødre hadde fått utvidet forskrivnings- og administrasjonsrett for prevensjon:

”Totalt sett bra at helsesøstre og jordmødre anbefaler og kan forskrive LARC. Det er ikke dårligere kvalitet på deres arbeid med å forskrive LARC enn legeres.”

KONKLUSJON

Sett under ett var det tre temaer fra denne spørreundersøkelsen som skilte seg ut, og som potensielt kan være til hinder for Helsedirektoratets ønske om økt bruk av LARC. Det eksisterte til en viss grad **feilaktige oppfatninger** om LARC hos helsepersonellet i studien, som at kvinner som ikke har født, ikke bør bruke spiral eller at LARC er uegnet til de yngste aldersgruppene. Disse feiloppfatningene kan potensielt medvirke til at noen kvinner ikke får tilstrekkelig prevensjonsveiledning. Noen forskrivere oppga at **ytre faktorer** har forhindret dem fra å forskrive LARC. Hele 20 % av deltagerne med forskrivningsrett for LARC oppga at manglende tid i konsultasjonen hadde forhindret dem i å forskrive LARC, og mangel på gynekologisk undersøkelsesutstyr ble trukket frem som et hinder for å tilby spiral på kontroll etter fødsel. Resultatene i denne undersøkelsen tyder på at mange **leger er skeptisk til at ikke-leger skal kunne forskrive prevensjon** til kvinner under 16 år. Per i dag har kun leger forskrivningsrett til kvinner under 16 år. Om det skulle bli tillatt for helsesøstre og jordmødre å forskrive prevensjon til denne aldersgruppen, er det likevel lite trolig at en leges personlige oppfatning av en ikke-lege vil forhindre en kvinne fra å oppsøke en ikke-lege for å få prevensjon. Likevel er ikke holdningene mellom leger og ikke-leger uten betydning. Før en eventuell lovendring kan tillate ikke-leger å forskrive prevensjon til kvinner under 16 år, vil uttalelser fra ekspertise bli vektlagt i det politiske arbeidet. Det politiske arbeidet vil kunne påvirkes dersom legene – som fremstår som de fremste fagpersonene på området – er negative til å utvide forskrivningsretten til helsesøstre og jordmødre.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Spiral og p-stav (langtidsvirkende reversible prevensjon - LARC) 2019 [Available from: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/spiral-og-p-stav-langtidsvirkende-reversible-prevensjon-larc>.
2. Helsedirektoratet. Rundskriv - Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler–Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC). 2015.
3. Folkehelseinstituttet. Rapport om svangerskapsavbrudd. Abortregisteret; 2019.
4. Helsedirektoratet. Statusrapport 2012 - Handlingsplan - Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010-2015 - strategier for bedre seksuell helse. 2012.
5. Helsedirektoratet. Handlingsplan - Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010-2015 - strategier for bedre seksuell helse. 2010.
6. Justad-Berg RT, Eskild A, Strom-Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007-2011. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2015;94(11):1175-80.
7. samfunn So. Prevensjonsmidler eMetodebok for seksuell helse: Sex og samfunn; 2019 [Available from: <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>.
8. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
9. NICE. Long-acting reversible contraception. In: Excellence NifHaC, editor.: National Institute for Health and Clinical Excellence 2016.
10. Practice ACoOaGCoG. ACOG Committee Opinion no. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2009;114(6):1434-8.
11. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.
12. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Human reproduction update*. 2011;17(1):121-37.
13. Nordengen E. Hva vet tiendeklassinger i Trondheim og omegn om prevensjon? [Hovedoppgave i medisin]. Trondheim: NTNU; 2016.
14. Bratlie M, Aarvold T, Skarn ES, Lundekvam JA, Nesheim BI, Askevold ET. Long-acting reversible contraception for adolescents and young adults - a cross-sectional study of women and general practitioners in Oslo, Norway. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*. 2014;19(3):194-202.
15. Træen B, Štulhofer A, Landripet I. Young and Sexual in Norway and Croatia: Revisiting the Scandinavian Versus Mediterranean Gendered Pattern of Sexual Initiation. *International Journal of Sexual Health*. 2011;23(3):196-209.
16. Bergsagel I. Her har de landets høyeste andel mannlige sykepleiere. *Sykepleien*. 2018.
17. Engen ØB. Kvinner overtar manndominserte legespesialiteter. *Dagens medisin*. 2016.
18. Hansen BS. P-stav kan forsvinne i kroppen. *Nettavisen*. 2008.
19. Solveig Sakshaug HS, Christain Berg, Hege Salvesen Blix, Irene Litleskare, Tove Granum. Legemiddelforbruket i Norge 2013-2017. Legemiddelverket; 2018.
20. D Shelton J, E Burke A. Effective LARC Providers: Moving Beyond Training2016. S2-S4 p.
21. Bente Træen HS, Per Magnus. Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992,1997 og 2002. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for epidemiologi. 2003.

22. Marius Johansen h. P-sprøyte eMetodebok for seksuell helse: Sex og samfunn; [Available from: <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/gestagenpreparater/p-sproyde/>].
23. Høyre-vedtak om p-piller og «rumpereklame» møter motstand. NTB.
24. Anette Berg RSA, Silje Denstad. Legeforeningen - veileder i gynekologi - Prevensjon 2015 [Available from: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Prevensjon/>].
25. Foran T, Butcher BE, Kovacs G, Bateson D, O'Connor V. Safety of insertion of the copper IUD and LNG-IUS in nulliparous women: a systematic review. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception. 2018;23(5):379-86.
26. WHO. WHO Medical Eligibility Criteria Wheel for contraceptive use 2008 [Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/wheel_v4_2010_EN.swf].
27. Stai ML. Fakta om abort (med 2018-tal): Folkehelseinstituttet; 2017 [Available from: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>].
28. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. Obstetrics and gynecology. 2012;120(6):1291-7.
29. Anita Øren LLoTH. Rapport: Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20-24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon? : SINTEF Teknologi og samfunn; 2010.

TAKKSIGELSER

En stor takk rettes til min veileder, Cecilie Hagemann, som engasjerte meg så mye som foreleser på medisinstudiet at jeg ønsket meg henne som veileder før jeg hadde valgt oppgave. En stor takk rettes også til Torstein Sakshaug i Nidarosfondet som etter mange omveier endelig ga meg et talerør som nådde Trondheims fastleger (en vanskelig gjeng å få tak i!) og ikke minst til alle studiedeltakerne som fant tid til å svare på spørsmålene mine.

VEDLEGG

1. Tall fra Reseptregisteret.
2. Følgeskriv til spørreundersøkelse.
3. Godkjenning fra REK.
4. Godkjenning fra NSD.
5. Faksimile fra spørreundersøkelse.
6. Tabeller med eksakte tall fra spørreundersøkelse.

VEDLEGG 1: Tall fra Reseptregisteret

Reseptregisteret		Alder	Brukere per 1000 innbyggere	Endring i %
			2008	2018
G02BA03 Hormonspiraler Mirena, Levosert, Jaydess, Kyleena, Levonova	Alle aldre	10,37	14,57	41
	10 - 14	0,00	0,04	-
	15 - 19	1,09	20,48	1775
	20 - 24	7,89	30,62	288
	25 - 29	19,03	31,23	64
	30 - 34	32,47	36,77	13
	35 - 39	37,83	35,68	-6
	40 - 44	33,16	34,15	3
	45 - 49	17,20	25,75	50
G03AC08 P-stav Implanon, Nexplanon	Alle aldre	1,12	10,31	819
	10 - 14		0,94	-
	15 - 19	3,54	76,91	2071
	20 - 24	5,24	45,36	766
	25 - 29	3,26	19,00	482
	30 - 34	2,38	10,71	351
	35 - 39	1,69	7,01	315
	40 - 44	1,01	4,17	312
	45 - 49	0,31	1,85	489
G03AA07 P-piller med levonorgestrel og etinyløstradiol Almina, Follimin, Loette, Microgynon, Oralcon, Tetragynon, Vilora, Violette	Alle aldre	37,07	56,60	53
	10 - 14	2,26	6,92	206
	15 - 19	186,08	236,25	27
	20 - 24	194,99	299,65	54
	25 - 29	94,72	171,27	81
	30 - 34	53,03	86,60	63
	35 - 39	30,22	47,67	58
	40 - 44	15,54	27,93	80
	45 - 49	7,40	13,10	77
G03AA09 P-piller med desogestrel og etinyløstradiol Marvelon, Mercilon	Alle aldre	20,27	10,92	-46
	10 - 14	2,40	0,73	-69
	15 - 19	119,95	19,40	-84
	20 - 24	81,74	53,51	-35
	25 - 29	47,43	54,55	15
	30 - 34	29,13	16,35	-44
	35 - 39	20,62	9,47	-54
	40 - 44	10,85	7,00	-35
	45 - 49	4,32	5,19	20
G03AA12 P-piller med desogestrel og etinyløstradiol Finminette, Rubira, Yasmin, Yasminelle, Yaz	Alle aldre	33,13	15,59	-53
	10 - 14	1,15	1,27	10
	15 - 19	95,99	32,50	-66
	20 - 24	187,06	57,08	-69
	25 - 29	126,21	56,36	-55
	30 - 34	62,86	41,64	-34
	35 - 39	32,01	26,89	-16
	40 - 44	14,61	14,94	2
	45 - 49	5,12	7,38	44
G03AB04 P-pille med desogestrel Azalia, Cerazette, Desogestrel, Vinelle	Alle aldre	23,66	35,22	49
	10 - 14	0,56	2,61	369
	15 - 19	45,65	86,77	90
	20 - 24	75,75	109,97	45
	25 - 29	91,32	107,00	17
	30 - 34	80,12	87,61	9
	35 - 39	43,17	62,78	45
	40 - 44	19,99	45,00	125
	45 - 49	8,78	30,55	248
G03AC01 Minipille Concludag	Alle aldre	3,84	1,45	-62
	10 - 14	0,07	-	-
	15 - 19	1,76	1,51	-14
	20 - 24	6,18	2,76	-55
	25 - 29	12,74	3,95	-69
	30 - 34	14,00	3,83	-73
	35 - 39	10,46	3,05	-71
	40 - 44	6,28	2,75	-56
	45 - 49	4,83	2,46	-49
G02BB01 P-ring NuvaRing, Ornibel	Alle aldre	6,69	5,71	-15
	10 - 14	0,05	-	-
	15 - 19	9,28	3,70	-60
	20 - 24	30,75	17,62	-43
	25 - 29	33,06	26,47	-20
	30 - 34	17,11	18,26	7
	35 - 39	9,02	11,12	23
	40 - 44	4,21	5,86	39
	45 - 49	1,77	2,72	54
G03AA13 P-plaster Evra	Alle aldre	3,77	2,89	-23
	10 - 14	0,13	0,08	-41
	15 - 19	11,17	5,30	-53
	20 - 24	18,75	10,90	-42
	25 - 29	13,49	10,54	-22
	30 - 34	7,69	7,67	0
	35 - 39	4,81	5,05	5
	40 - 44	2,32	3,02	30
	45 - 49	0,85	1,44	71

VEDLEGG 2: Følgeskriv fra spørreundersøkelse

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I STUDIEN "PREVENSIJONSANBEFALINGER FRA HELSEPERSONELL"

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie ved NTNU for å kartlegge hvilke holdninger norske prevensjonsforeskrivere har til langtidsvirkende prevensjon. Som deltager blir du bedt om svare på et anonymt webskjema som tar ca. 5 minutter å fylle ut. Du samtykker til deltagelse i studien ved å trykke "ferdig" på siste side. Har du kommentarer til studien, er det er åpent svarfelt på siste side i webskjemaet som kan benyttes til dette.

Webskjemaet finnes her:

<https://survey.svt.ntnu.no/TakeSurvey.aspx?SurveyID=anbefalinger>

Ved problemer med å åpne lenken, kan du gå til <https://survey.svt.ntnu.no> og skrive inn "anbefalinger" i feltet merket "SurveyID".

Formål med studien:

Målgruppen for studien er alle fastleger, gynekologer, jordmødre og helsesøstre som jobber med ungdom i Trondheim kommune. Formålet er å kartlegge forskrivningsmønsteret til prevensjonsforskrivere, samt å sammenligne de ulike yrkesgruppene for å se etter eventuelle ulikheter i forskrivningsmønsteret.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle spørsmål i spørreskjemaet besvares anonymt og alle opplysninger som gis i spørreskjemaet blir behandlet konfidensielt. Prosjektet er planlagt avsluttet i juli 2019. Dataene vil bli lagret og resultater fra studien vil kunne publiseres som gruppedata på faglige konferanser/møter og i vitenskapelige artikler. Datahåndtering og datasikkerhet er godkjent av REK – Regional etisk komité. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Prosjektmedarbeider/medisinstudent NTNU Ragne Stauri, tlf. 99161319, e-post:

ragnevic@stud.ntnu.no

Prosjektmedarbeider/førsteamanuensis NTNU Cecilie Hagemann, tlf. 72573825, e-post:

cecilie.hagemann@ntnu.no

VEDLEGG 3: Godkjenning fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Marit Hovdal Moan	73597504	28.02.2018	2018/286/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			12.02.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ragne Stauri
NTNU

2018/286 Prevensjonsanbefalinger fra helsepersonell

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 12.02.2018. Henvendelsen har blitt vurdert av komiteens sekretariat.

Komiteens prosjekttale

Komiteen oppfatter prosjektet som en studie designet for å undersøke norske prevensjonsforskrivers holdninger til langtidsvirkende prevensjon (LARC). Det er ønskelig å finne ut om Helsedirektoratets retningslinjer angående LARC er kjent for forskriverne, og om holdninger, kunnskap, ferdigheter eller praktiske/materielle forhold hindrer dem i å forskrive LARC. Studien planlegges som en tverrsnittstudie som inkluderer fastleger, helsesøstre, jordmødre i helsestasjon for ungdom (HFU), skolehelsetjenesten, studenthelsetjenesten og gynekologer i Trondheim kommune. Et standardisert spørreskjema utformet som et web-basert avkrysningsskjema vil utarbeides. Samtlige potensielle studiedeltakere informeres i form av et informasjonsskriv. Spørreskjemaet sendes ut per e-post og besvarers anonymt.

Vurdering

Komiteen mener at studien gjennomgående skal behandle anonyme data. Forskning på anonyme data er ikke framleggingspliktig for REK, jf. helseforskningsloven § 2 (note 7) og § 4 (note 22). Prosjektet kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

Merknad

Vi minner om at vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter og kun er å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du ønsker at det skal fattes et formelt enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må du sende inn en full prosjektsøknad til REK. En prosjektsøknad blir komitébehandlet iht. oppsatte frister. Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo
sekretariatsleder, REK Midt

Marit Hovdal Moan
seniorrådgiver

Besøksadresse:
Fakultet for medisin og
helsevitenskap Mauritz
Hansens gate 2, Øya helsehus

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@mh.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

VEDLEGG 4: Godkjenning fra NSD



Cecilie Therese Hagemann

7489 TRONDHEIM

Vår dato: 12.04.2018

Vår ref: 59555 / 3 / OOS

Deres dato:

Deres ref:

Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 01.03.2018 for prosjektet:

59555	<i>Prevensjonsanbefalinger fra helsepersonell - Hvilke holdninger har norske prevensjonsfor skrivere til langtidsvirkende prevensjon?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Cecilie Therese Hagemann</i>
<i>Student</i>	<i>Ragne Victoria T K Stauri</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Ved prosjektslutt 01.07.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Marianne Høgetveit Myhren

Øyvind Straume

Kontaktperson: Øyvind Straume tlf: 55 58 21 88 / Oyvind.Straume@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ragne Victoria T K Stauri, ragne.vic@hotmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 59555

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Du har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet, og personvernombudet har ingen innvendinger til dette.

INFORMASJONSSIKKERHET

NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet. Personvernombudet forutsetter at du/dere behandler alle data i tråd med NTNU sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av privat pc er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

PROSJEKTSLUTT

Prosjektslutt er oppgitt til 01.07.2019. Det fremgår av meldeskjema og informasjonsskriv at du/dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt.

Anonymisering innebærer vanligvis å:


- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som yrke, alder, kjønn

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

VEDLEGG 5: Faksimile fra web-basert spørreskjema

Prevensjonsanbefalinger fra helsepersonell



Takk for at du vil svare på spørreundersøkelsen "Prevensjonsanbefalinger fra helsepersonell"!

Undersøkelsen tar ca. 5 minutter å gjennomføre. Du samtykker i å delta i undersøkelsen ved å svare på spørsmålene og sende dem inn ved å klikke på «Ferdig» på siste side.

Hvilken alderskategori tilhører du?*

20-30
 31-40
 41-50
 51-60
 > 60

[Neste](#)



Er du kvinne eller mann?*

Kvinne
 Mann

[Tilbake](#) [Neste](#)



Hvilken yrkeskategori tilhører du hovedsaklig?*

Fastlege
 Gynekolog
 Helsesøster
 Jordmor
 Annet

Hvis annet yrke, hvilket?

[Tilbake](#) [Neste](#)

Neste spørsmål kun tilgjengelig hvis forrige svar var "helsesøster" eller "jordmor".

Har du fått opplæring i innsetting av spiral og/eller p-stav?*

Ja
 Nei

Helsesøstre og jordmødre med relevant utdanning fikk 1. januar 2016 rekvireringsrett for alle prevensjonsmidler til kvinner over 16 år.

Hvilket alternativ beskriver best din opplæring i innsetting av spiral og/eller p-stav?

Jeg fikk opplæring i min grunnutdanning
 Jeg fikk ikke opplæring i min grunnutdanning, men har tatt etterutdanning etter 1. januar 2016
 Jeg fikk ikke opplæring i min grunnutdanning, men har tatt etterutdanning før 1. januar 2016

[Tilbake](#) [Neste](#)


Neste syv spørsmål ikke tilgjengelig hvis "helsesøster" eller "jordmor" + "nei" på forrige spørsmål.

Hvor har du fått opplæring i innsetting av spiral og/eller p-stav?

Flere svar mulig.

Utdanning og praksis
 Videreutdanningskurs
 Opplæring via kollegaer
 YouTube
 Norsk gynekologisk forenings nettsider
 Norske elektronisk legehåndbok (NEL)
 Andre e-læremidler
 Skriftlige oppslagsverk
 Annet

[Tilbake](#) [Neste](#)




Hvordan vurderer du dine egne **praktiske ferdigheter** i følgende?

	Lav	Begrenset	Middels	God	Svært god
Sette inn spiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sette inn p-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fjerne spiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fjerne p-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake
Neste

Oppfølgingsspørsmål kun tilgjengelig hvis "aldri".



Hvor ofte utfører du følgende prosedyrer?

	Aldri	1-6 ganger årlig	7-12 ganger årlig	> 12 ganger årlig
Sette inn spiral	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fjerne spiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Er noe av følgende medvirkende årsak til at du aldri setter inn spiral?
Flere svar mulig.

- Mangelfull opplæring
- Manglende mengdetrening
- Mangel på nødvendig utstyr (for eksempel gynekologisk undersøkelsesbenk)
- Mangel på tid i konsultasjonen
- Etske aspekter

Tilbake
Neste

Hvor ofte utfører du følgende prosedyrer?

	Aldri	1-6 ganger årlig	6-12 ganger årlig	> 12 ganger årlig
Sette inn p-stav	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fjerne p-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Er noe av følgende medvirkende årsak til at du aldri setter inn p-stav?

Flere svar mulig.

- Manglende opplæring
- Manglende mengdetrening
- Mangel på nødvendig utstyr
- Mangel på tid i konsultasjonen

Tilbake

Neste

Har **mangel på tid** i konsultasjonen noen gang hindret deg i å sette inn spiral eller p-stav?*

- Nei
- Ja, én gang
- Ja, flere ganger

Tilbake

Neste

Har **mangel på utstyr eller materiall** (for eksempel gynekologisk undersøkelsesbenk) noen gang hindret deg i å sette inn **spiral**?*

- Nei
- Ja, én gang
- Ja, flere ganger
- Har aldri satt inn spiral

Har **mangel på utstyr eller materiell** noen gang hindret deg i å sette inn **p-stav**?*

- Nei
- Ja, én gang
- Ja, flere ganger
- Har aldri satt inn p-stav

Tilbake

Neste



Kunne du ønsket deg mer opplæring i noe av følgende?

	Ja	Nei
Sette inn spiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fjerne spiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sette inn p-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fjerne p-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake
Neste



Hvordan vil du beskrive din egen kunnskap om følgende prevensjonsmidler?*

	Dårlig	Begrenset	Middels	God	Svært god
P-piller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minipiller/Cerazette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-plaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-ring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-sprøyte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kobberspiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonspiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake
Neste

Oppfølgingsspørsmål kun tilgjengelig hvis "ja".



Ville du gitt prevensjonsveiledning til en kvinne **under 16 år**?

- Nei
 Ja

Gitt ingen kontraindikasjoner, hvilke prevensjonsmidler ville du anbefalt til en kvinne **under 16 år** som ønsker prevensjonsveiledning?

Anta at du har forskrivningsrett og tilgang på nødvendig utstyr og opplæring. Flere svar mulig.

- P-piller
 Minipiller/Cerazette
 P-plaster
 P-ring
 P-sprøyte
 P-stav
 Kobberspiral
 Hormonspiral
 Kondom

[Tilbake](#)

[Neste](#)



Gitt ingen kontraindikasjoner, hvor egnet synes du følgende prevensjonsmidler er for kvinner i alderen...

...16-19 år?

	Dårlig	Middels	Godt
P-piller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minipiller/Cerazette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-plaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-ring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-sprøyte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kobberspiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonspiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun kondom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

...20-25 år?

	Dårlig	Middels	Godt
P-piller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minipiller/Cerazette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-plaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-ring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-sprøyte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kobberspiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonspiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun kondom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

...over 25 år?

	Dårlig	Middels	Godt
P-piller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minipiller/Cerazette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-plaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-ring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-sprøyte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kobberspiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonspiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kun kondom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Tilbake](#)

[Neste](#)

Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?*

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Kvinner som ikke har født, bør ikke bruke spiral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vegrer meg av og til for å legge inn spiral på unge kvinner fordi det krever gynekologisk undersøkelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastleger er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsesøstre er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jordmødre er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynekologer er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake


Neste

Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?*

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Det er vanskelig å sette inn p-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er vanskelig å fjerne p-stav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langtidsvirkende prevensjon bør være førstevalg til kvinner i alderen 16-19 år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gratis spiral eller p-stav til kvinner i alderen 16-19 år vil gi færre uønskede graviditeter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gratis spiral eller p-stav til kvinner i alderen 20-25 år vil gi færre uønskede graviditeter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste




Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?*

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Jordmødre bør bruke mer av arbeidstiden på kjerneoppgaver, som veiledning og undersøkelse av gravide, og mindre tid på prevensjonsveiledning og forskriving av prevensjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kvinner under 16 år bør inkluderes i statens subsidieordning for prevensjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jordmødre og helsesøstre må få rett til å forskrive prevensjon til kvinner under 16 år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Tilbake](#)
[Neste](#)

Oppfølgingsspørsmål kun tilgjengelig hvis "ja".



I 2010 kom det nye retningslinjer fra Helsedirektoratet for forskriving av prevensjonsmidler ("Handlingsplan for "Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010-2015").

Kjenner du til innholder i disse nye retningslinjene?

Nei
 Ja

Har du endret egen praksis i forskriving av prevensjonsmidler etter at Helsedirektoratets nye handlingsplan kom ut?

Ja
 Nei
 Ikke relevant, da jeg ikke hadde forskrivningsrett før 2010

[Tilbake](#)
[Neste](#)

Hvis du fikk tilbudet, ville du vært interessert i noe av følgende?

Flere svar mulig.

- Videreutdanningskurs med fysisk oppmøte og veiledning
- Videreutdanningskurs på internett
- Kvalitetssikrede repetisjonsvideoer/prosedyrevideoer
- Veileder- eller mentorordning
- Jeg har ikke behov for mer opplæring

[Tilbake](#)

[Neste](#)

Har du andre forslag til hvordan øke bruken av langtidsvirkende prevensjon eller kommentarer til undersøkelsen?

Klikk "ferdig" for å avslutte undersøkelsen.

[Tilbake](#)

[Ferdig](#)

VEDLEGG 6: Tabeller med eksakte tall fra spørreundersøkelse

Tabell 2. Bakgrunnsopplysninger med beskrivelse av andel sykepleiere og helsesøstre med opplæring i administrasjon av LARC og om opplæring har vært gjennom grunnutdanning eller videreutdanningskurs	
Antall jordmødre og helsesøstre med opplæring i LARC	Antall (prosent)
Fått opplæring	21 (54)
Ikke fått opplæring	18 (46)
Totalt	39 (100)
Tidspunkt for opplæring i LARC	
Fikk opplæring i grunnutdanning	7 (33)
Tatt videreutdanning etter 1. januar 2016	8 (38)
Tatt videreutdanning før 1. januar 2016	6 (29)
Totalt	21 (100)

Tabell 3: Egenvurderte praktiske ferdigheter i innsetting og uttak av spiral og p-stav					
		Spiralinnsetting	P-stavinnsetting	Spiraluttak	P-stavuttak
		<i>n = 87</i>	<i>n = 85</i>	<i>n = 86</i>	<i>n = 86</i>
Fastlege	Lav	0	0	0	0
	Begrenset	1	0	0	0
	Middels	2	3	0	5
	God	20	13	14	16
	Svært god	18	25	27	20
<i>n = 41</i>					
Gynekolog	Lav	0	1	0	1
	Begrenset	0	0	0	2
	Middels	2	4	0	4
	God	2	6	4	7
	Svært god	21	13	21	11
<i>n = 25</i>					
Helsesøster	Lav	5	3	4	4
	Begrenset	1	1	2	1
	Middels	1	0	0	0
	God	0	1	0	0

<i>n</i> = 7	Svært god	0	1	0	1
Jordmor	Lav	3	3	0	3
	Begrenset	2	4	4	6
	Middels	0	1	1	2
	God	3	2	4	2
<i>n</i> = 14	Svært god	2	4	2	1
Alle	Lav	8	7	7	8
	Begrenset	8	5	6	9
	Middels	4	8	1	11
	God	26	22	22	25
<i>n</i> = 87	Svært god	41	43	50	33

Tabell 4: Hvor ofte LARC-prosedyrer utføres

		Sette inn spiral	Sette inn p-stav	Fjerne spiral	Fjerne p-stav
		<i>n</i> = 87	<i>n</i> = 86 (<i>missing</i> 1 fastlege)	<i>n</i> = 86 (<i>missing</i> 1 helsesøster)	<i>n</i> = 85 (<i>missing</i> 1 gynekolog, 1 fastlege)
Fastlege	Aldri	0	2	0	0
	1-6 ganger årlig	3	16	6	17
	6-12 ganger årlig	10	13	13	13
	>12 ganger årlig	28	9	22	10
Gynekolog	Aldri	2	3	2	0
	1-6 ganger årlig	4	15	4	12
	6-12 ganger årlig	5	2	5	4
	>12 ganger årlig	14	5	14	3
Helsesøster	Aldri	6	5	6	6
	1-6 ganger årlig	1	0	0	0
	6-12 ganger årlig	0	1	0	0
	>12 ganger årlig	0	1	0	1
<i>n</i> = 7					

Jordmor <i>n = 14</i>	Aldri	9	9	9	11
	1-6 ganger årlig	2	2	4	3
	6-12 ganger årlig	3	1	1	0
	>12 ganger årlig	0	2	0	0
Totalt <i>n = 87</i>	Aldri	17	19	17	22
	1-6 ganger årlig	9	33	14	32
	6-12 ganger årlig	15	17	19	17
	>12 ganger årlig	46	17	36	14

Tabell 5: Medvirkende årsaker til at spiral og p-stav *aldri* settes inn av helsepersonell med forskrivningsrett, oppgitt i antall forskrivere

Spiral <i>n = 17</i>	Mangler mengdetrening	9
	Mangler utstyr (for eksempel gynekologisk undersøkelsesbenk)	4
	Mangelfull opplæring	3
	Mangel på tid i konsultasjonen	1
	Etiske aspekter	1
P-stav <i>n = 19</i>	Mangler mengdetrening	10
	Mangelfull opplæring	5
	Mangler utstyr	5
	Mangel på tid i konsultasjonen	2

Tabell 6: Helsepersonell som, hvis de fikk tilbudet, ville vært interessert i følgende tilbud, i antall (prosent) av besvarelsene innenfor hver yrkesgruppene:

	Videreutdanningskurs med fysisk oppmøte og veiledning	Videreutdanningskurs på internett	Kvalitetssikrede repetisjonsvideoer /prosedyrevideoer	Veileder- eller mentorordning	Har ikke behov for mer opplæring
Fastlege	14 (34)	18 (44)	16 (39)	3 (7)	11 (27)
Gynekolog	4 (16)	7 (28)	7 (28)	2 (8)	12 (48)
Helsesøster	5 (56)	6 (44)	6 (67)	5 (56)	2 (22)
Jordmor	21 (72)	12 (28)	12 (41)	13 (45)	7 (24)

Tabell 7: Medvirkende årsaker til at spiral og p-stav ikke har blitt forskrevet hos helsepersonell som forskriver LARC minst én gang årlig, oppgitt i antall forskrivere

		Antall forskrivere (% av deltagere med rett til å forskrive LARC)	Kommentar
Har manglet tid i konsultasjonen <i>n = 87</i> <i>(missing = 1 fastlege)</i>	Én gang	2 (2)	Av dem som oppgir at mangel på tid i konsultasjonen har forhindret dem i å forskrive spiral eller p-stav, er syv fastleger og syv gynekologer.
	Flere ganger	16 (18)	
	Totalt	18 (20)	
Har manglet utstyr/materiell til innsetting av spral <i>n = 87</i>	Én gang	1 (1)	Dem som oppgir at mangel på utstyr har forhindret dem fra å forskrive spiral, jobber enten som gynekolog eller jordmor.
	Flere ganger	3 (3)	
	Totalt	4 (4)	
Har manglet utstyr/materiell til innsetting av p-stav <i>n = 87</i>	Én gang	2 (2)	Av dem som oppgir at mangel på utstyr har forhindret dem i å forskrive p-stav, er fire gynekologer og tre jordmødre.
	Flere ganger	5 (6)	
	Totalt	7 (8)	

Tabell 8: Egenvurdert kunnskap om ulike prevensjonsmidler i ulike yrkesgrupper

		P-piller	Minipiller, Cerazette	P-plaster	P-ring	P-sprøyte	P-stav	Kobber- spiral	Hormon- spiral
<i>n = 105</i>		Antall (% av besvarelser innenfor de ulike yrkesgruppene)							
Fastlege	Dårlig	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Begrenset	0 (0)	0 (0)	4 (10)	7 (17)	3 (7)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
	Middels	5 (12)	6 (15)	8 (20)	4 (10)	10 (24)	6 (15)	10 (24)	3 (7)
	God	17 (41)	16 (39)	16 (39)	16 (39)	17 (41)	17 (41)	17 (41)	17 (41)
	Svært god	19 (46)	19 (46)	12 (29)	14 (34)	10 (24)	18 (44)	13 (32)	21 (51)
<i>n = 41</i>									
Gynekolog	Dårlig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Begrenset	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Middels	1 (4)	1 (4)	4 (10)	3 (7)	4 (10)	3 (7)	0 (0)	0 (0)
	God	7 (28)	7 (28)	7 (17)	9 (22)	7 (17)	5 (12)	7 (17)	5 (12)
	Svært god	17 (68)	17 (68)	14 (34)	13 (32)	14 (34)	17 (41)	8 (44)	20 (49)
<i>n = 25</i>									
Helsesøster	Dårlig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Begrenset	0 (0)	0 (0)	2 (5)	1 (2)	2 (5)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
	Middels	2 (20)	2 (20)	2 (5)	4 (10)	1 (2)	1 (2)	3 (7)	1 (2)
	God	6 (60)	7 (70)	5 (12)	4 (10)	6 (15)	5 (12)	5 (12)	6 (15)

<i>n</i> = 10	Svært god	2 (20)	1 (10)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	4 (10)	1 (2)	3 (7)
Jordmor	Dårlig	0 (0)	0 (0)	2 (5)	2 (5)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
	Begrenset	2 (7)	2 (7)	10 (24)	9 (22)	7 (17)	5 (12)	5 (12)	2 (5)
	Middels	12 (41)	12 (41)	10 (24)	9 (22)	13 (32)	9 (22)	12 (29)	8 (20)
	God	14 (48)	14 (48)	6 (15)	8 (20)	7 (17)	10 (24)	10 (24)	16 (39)
	Svært god	1 (3)	1 (3)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	4 (10)	2 (5)	3 (7)
<i>n</i> = 29									

Tabell 9: Prevensjonsveiledning til kvinner under 16 år (uten kontraindikasjoner)

		P-piller	Minipiller	P-plaster	P-ring	P-sprøyte	P-stav	Kobberspiral	Hormonspiral
		Antall (% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene)							
Fastlege	Egnet prevensjonsmiddel til kvinne under 16 år	33 (83)	16 (40)	10 (25)	10 (25)	6 (15)	18 (45)	2 (5)	17 (43)
	Ikke egnet prevensjonsmiddel til kvinne under 16 år	6 (15)	23 (58)	29 (73)	29 (73)	33 (83)	21 (53)	37 (93)	22 (55)
	Ville ikke gitt prevensjonsveiledning til en kvinne under 16 år	1 (3)							
<i>n</i> = 41 (missing = 1)									
	Gynekolog								
Gynekolog	Egnet prevensjonsmiddel til kvinne under 16 år	23 (92)	14 (56)	12 (48)	11 (44)	2 (8)	14 (56)	1 (4)	10 (40)
	Ikke egnet prevensjonsmiddel til kvinne under 16 år	2 (8)	11 (44)	13 (52)	14 (56)	23 (92)	11 (44)	24 (96)	15 (60)

<i>n</i> = 25	Ville ikke gitt prevensjonsveiledning til en kvinne under 16 år	0 (0)							
Helsesøster / jordmor	Egnet prevensjonsmiddel til kvinne under 16 år	10 (26)	9 (23)	3 (8)	1 (3)	2 (5)	19 (49)	1 (3)	13 (33)
	<i>Ikke</i> egnet prevensjonsmiddel til kvinne under 16 år	17 (44)	18 (46)	24 (62)	26 (67)	25 (64)	8 (21)	26 (67)	14 (36)
<i>n</i> = 21	Ville ikke gitt prevensjonsveiledning til en kvinne under 16 år	12 (31)							
Totalt	Egnet prevensjonsmiddel til kvinne under 16 år	66 (63)	39 (38)	25 (24)	22 (21)	10 (10)	51 (49)	4 (4)	40 (38)
	<i>Ikke</i> egnet prevensjonsmiddel til kvinne under 16 år	25 (24)	52 (50)	66 (63)	69 (66)	81 (78)	40 (38)	87 (84)	51 (49)
<i>n</i> = 105	Ville ikke gitt prevensjonsveiledning til en kvinne under 16 år	13 (13)							

Tabell 10: Prevensjonsanbefalinger til kvinner i alderen 16-19 år										
		P-piller	Cerazette	P-plaster	P-ring	P-sprøyte	P-stav	Kobberspiral	Hormonspiral	Kun kondom
		Antall (% av besvarelser innenfor ulike yrkesgrupper)								
Fastlege <i>n</i> = 41	Dårlig	0 (0)	3 (8)	8 (22)	9 (25)	24 (67)	5 (13)	26 (72)	2 (5)	29 (78)
	Middels	7 (18)	16 (43)	13 (35)	15 (42)	7 (19)	13 (33)	8 (22)	9 (23)	5 (14)
	God	32 (82)	18 (49)	16 (43)	12 (33)	5 (14)	21 (54)	2 (6)	29 (73)	3 (8)
Gynekolog	Dårlig	0 (0)	2 (9)	1 (4)	1 (4)	10 (43)	0 (0)	10 (43)	2 (8)	16 (70)
	Middels	2 (8)	9 (39)	4 (17)	7 (30)	8 (35)	3 (12)	11 (48)	4 (17)	5 (22)

<i>n</i> = 25	God	23 (92)	12 (52)	19 (79)	15 (65)	5 (22)	22 (88)	2 (9)	18 (75)	2 (9)
Helsesøster	Dårlig	0 (0)	0 (0)	2 (20)	4 (40)	8 (80)	0 (0)	6 (60)	0 (0)	4 (40)
	Middels	5 (50)	8 (80)	7 (70)	6 (60)	2 (20)	0 (0)	4 (40)	0 (0)	5 (50)
	God	5 (50)	2 (20)	1 (10)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	0 (0)	10 (100)	1 (10)
<i>n</i> = 10										
Jordmor	Dårlig	7 (25)	15 (54)	9 (56)	16 (59)	5 (19)	0 (0)	17 (65)	8 (30)	14 (50)
	Middels	8 (29)	7 (25)	13 (26)	11 (41)	11 (41)	4 (15)	7 (27)	5 (19)	10 (36)
	God	13 (46)	6 (21)	5 (22)	0 (0)	11 (41)	23 (85)	2 (8)	14 (52)	4 (14)
<i>n</i> = 29										
Totalt	Dårlig	7 (7)	20 (20)	20 (20)	30 (31)	47 (49)	5 (5)	59 (62)	12 (12)	63 (64)
	Middels	22 (22)	40 (41)	27 (28)	39 (41)	28 (29)	20 (20)	30 (32)	18 (18)	25 (26)
	God	73 (72)	38 (39)	41 (42)	27 (28)	21 (22)	76 (75)	6 (6)	71 (70)	10 (10)
<i>n</i> = 105										
	<i>n</i> =	102	98	88	96	96	101	95	101	98

Tabell 11: Prevensjonsanbefalinger til kvinner i alderen 20-25 år

		P-piller	Cerazette	P-plaster	P-ring	P-sprøyte	P-stav	Kobberspiral	Hormonspiral	Kun kondom
		Antall (% av besvarelser innenfor ulike yrkesgrupper)								
Fastlege	Dårlig	0 (0)	2 (5)	4 (11)	2 (5)	21 (55)	4 (10)	18 (47)	0 (0)	24 (65)
	Middels	6 (16)	14 (38)	17 (46)	16 (43)	10 (26)	14 (36)	13 (34)	1 (2)	11 (30)

<i>n</i> = 41	God	32 (84)	21 (57)	16 (43)	19 (51)	7 (18)	21 (54)	7 (18)	40 (98)	2 (5)
Gynekolog	Dårlig	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	4 (17)	0 (0)	6 (26)	1 (4)	14 (64)
	Middels	2 (8)	5 (21)	4 (17)	4 (17)	7 (30)	4 (16)	10 (43)	1 (4)	5 (23)
	God	23 (92)	18 (75)	20 (83)	19 (83)	12 (52)	21 (84)	7 (30)	23 (92)	3 (14)
<i>n</i> = 25										
Helsesøster	Dårlig	0 (0)	1 (10)	2 (20)	1 (10)	5 (50)	0 (0)	1 (10)	0 (0)	6 (60)
	Middels	5 (50)	5 (50)	5 (50)	6 (60)	5 (50)	0 (0)	8 (80)	0 (0)	3 (30)
	God	5 (50)	4 (40)	3 (30)	3 (30)	0 (0)	10 (100)	1 (10)	10 (100)	1 (10)
<i>n</i> = 10										
Jordmor	Dårlig	1 (3)	4 (14)	5 (14)	8 (29)	6 (21)	0 (0)	6 (22)	2 (7)	13 (46)
	Middels	10 (34)	16 (55)	14 (57)	18 (64)	10 (36)	6 (21)	14 (52)	6 (21)	12 (43)
	God	18 (62)	9 (31)	9 (2)	2 (7)	12 (43)	23 (79)	7 (26)	21 (72)	3 (11)
<i>n</i> = 29										
Totalt	Dårlig	1 (1)	8 (8)	11 (11)	11 (11)	36 (36)	4 (4)	31 (32)	3 (3)	57 (59)
	Middels	23 (23)	40 (40)	40 (40)	44 (45)	32 (32)	24 (23)	45 (46)	8 (8)	31 (32)
	God	78 (76)	52 (52)	48 (48)	43 (44)	31 (31)	75 (73)	22 (22)	94 (90)	9 (9)
<i>n</i> = 105										
	<i>n</i> =	102	100	99	98	99	103	98	105	97

Tabell 12: Prevensjonsanbefalinger til kvinner over 25 år

		P-piller	Cerazette	P-plaster	P-ring	P-sprøyte	P-stav	Kobberspiral	Hormonspiral	Kun kondom
		Antall (% av besvarelser innenfor ulike yrkesgrupper)								
Fastlege <i>n = 41</i>	Dårlig	0 (0)	1 (3)	5 (14)	4 (11)	23 (62)	6 (15)	14 (37)	0 (0)	24 (65)
	Middels	8 (21)	12 (33)	16 (43)	14 (38)	10 (27)	13 (33)	14 (37)	0 (0)	11 (30)
	God	30 (79)	23 (64)	16 (43)	19 (51)	4 (11)	20 (51)	10 (26)	41 (100)	2 (5)
Gynekolog <i>n = 25</i>	Dårlig	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	3 (13)	1 (4)	3 (13)	0 (0)	12 (55)
	Middels	1 (4)	4 (17)	3 (12)	4 (17)	8 (33)	4 (16)	11 (46)	1 (4)	7 (32)
	God	24 (96)	19 (79)	22 (88)	20 (83)	13 (54)	20 (80)	10 (42)	24 (96)	3 (14)
Helsesøster <i>n = 10</i>	Dårlig	1 (10)	0 (0)	2 (20)	1 (10)	0 (0)	0 (0)	1 (10)	0 (0)	6 (60)
	Middels	5 (50)	6 (60)	5 (50)	7 (70)	6 (60)	2 (20)	7 (70)	0 (0)	3 (30)
	God	4 (40)	4 (40)	3 (30)	2 (20)	4 (40)	8 (80)	2 (20)	10 (100)	1 (10)
Jordmor <i>n = 29</i>	Dårlig	2 (7)	7 (25)	4 (15)	7 (26)	6 (22)	1 (4)	6 (22)	0 (0)	13 (48)
	Middels	12 (41)	10 (36)	13 (50)	15 (56)	12 (44)	7 (25)	9 (33)	3 (11)	8 (30)
	God	15 (52)	11 (39)	9 (35)	5 (19)	9 (33)	20 (71)	12 (44)	24 (89)	6 (22)
Totalt	Dårlig	3 (3)	9 (9)	11 (11)	12 (12)	38 (39)	8 (8)	24 (24)	0 (0)	55 (57)

<i>n</i> = 105	Middels	26 (25)	32 (33)	37 (38)	40 (41)	34 (35)	26 (25)	41 (41)	4 (4)	29 (30)
	God	73 (72)	57 (58)	50 (51)	46 (47)	26 (27)	68 (67)	34 (34)	99 (96)	12 (13)
	<i>n</i> =	102	98	98	98	98	102	99	103	96

Tabell 13: "Kvinner som ikke har født, bør ikke bruke spiral"

		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene	
<i>n</i> = 41	Fastlege	Uenig	40	98
		Verken enig eller uenig	0	0
		Enig	1	2
<i>n</i> = 25	Gynekolog	Uenig	23	92
		Verken enig eller uenig	1	4
		Enig	1	4
<i>n</i> = 10	Helsesøster	Uenig	9	90
		Verken enig eller uenig	0	0
		Enig	1	10
<i>n</i> = 29	Jordmor	Uenig	20	69
		Verken enig eller uenig	3	10
		Enig	6	21
<i>n</i> = 105	Totalt	Uenig	92	88
		Verken enig eller uenig	4	4
		Enig	9	9

Tabell 14: "Jeg vegrer meg for å legge inn spiral på unge kvinner fordi det krever gynekologisk undersøkelse"

		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Uenig	33	80
	Verken enig eller uenig	2	5
	Enig	6	15
Gynekolog <i>n = 25</i>	Uenig	24	96
	Verken enig eller uenig	0	0
	Enig	1	4
Helsesøster <i>n = 10</i>	Uenig	4	40
	Verken enig eller uenig	5	50
	Enig	1	10
Jordmor <i>n = 29</i>	Uenig	15	52
	Verken enig eller uenig	11	38
	Enig	3	10
Totalt <i>n = 105</i>	Uenig	76	72
	Verken enig eller uenig	18	17
	Enig	11	10

Tabell 15: "Fastleger er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning"			
		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	1	2
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	3	7
	Helt enig	37	90
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	1	4
	Litt uenig	2	8
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	4	16
	Helt enig	18	72
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	2	20
	Litt enig	4	40
	Helt enig	4	40
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	1	3
	Litt uenig	4	14
	Verken enig eller uenig	5	17
	Litt enig	8	28
	Helt enig	11	38
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	2	2
	Litt uenig	7	7
	Verken enig eller uenig	7	7
	Litt enig	19	18
	Helt enig	70	67

Tabell 16: "Gynekologer er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning"			
		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	6	15
	Helt enig	35	85
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	1	4
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	0	0
	Helt enig	24	96
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	0	0
	Helt enig	10	100
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	2	7
	Helt enig	27	93
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	1	1
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	8	8
	Helt enig	96	91

Tabell 17: "Helsesøstre er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning"			
		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	3	7
	Verken enig eller uenig	10	24
	Litt enig	15	37
	Helt enig	13	32
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	1	4
	Litt uenig	1	4
	Verken enig eller uenig	4	16
	Litt enig	8	32
	Helt enig	11	44
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	0	0
	Helt enig	10	100
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	2	7
	Litt uenig	1	3
	Verken enig eller uenig	2	7
	Litt enig	10	34
	Helt enig	14	48
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	3	3
	Litt uenig	5	5
	Verken enig eller uenig	16	15
	Litt enig	33	31
	Helt enig	48	46

Tabell 18: "Jordmødre er godt egnet til å gi prevensjonsveiledning"			
		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	3	7
	Verken enig eller uenig	12	29
	Litt enig	16	39
	Helt enig	10	24
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	1	4
	Litt uenig	4	16
	Verken enig eller uenig	4	16
	Litt enig	6	24
	Helt enig	10	40
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	0	0
	Helt enig	10	100
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	2	7
	Helt enig	27	93
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	1	1
	Litt uenig	7	7
	Verken enig eller uenig	16	15
	Litt enig	24	23
	Helt enig	57	54

Tabell 19: "Det er vanskelig å sette inn p-stav"			
		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	35	85
	Litt uenig	4	10
	Verken enig eller uenig	2	5
	Litt enig	0	0
	Helt enig	0	0
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	18	72
	Litt uenig	2	8
	Verken enig eller uenig	2	8
	Litt enig	3	12
	Helt enig	0	0
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	3	30
	Litt uenig	1	10
	Verken enig eller uenig	6	60
	Litt enig	0	0
	Helt enig	0	0
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	17	59
	Litt uenig	2	7
	Verken enig eller uenig	8	28
	Litt enig	2	7
	Helt enig	0	0
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	73	70
	Litt uenig	9	9
	Verken enig eller uenig	18	17
	Litt enig	5	5
	Helt enig	0	0

Tabell 20: "Det er vanskelig å fjerne p-stav"			
		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	17	41
	Litt uenig	9	22
	Verken enig eller uenig	11	27
	Litt enig	0	0
	Helt enig	4	10
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	5	20
	Litt uenig	5	20
	Verken enig eller uenig	7	28
	Litt enig	8	32
	Helt enig	0	0
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	1	10
	Verken enig eller uenig	9	90
	Litt enig	0	0
	Helt enig	0	0
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	8	28
	Litt uenig	5	17
	Verken enig eller uenig	11	38
	Litt enig	5	17
	Helt enig	0	0
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	30	29
	Litt uenig	20	19
	Verken enig eller uenig	38	36
	Litt enig	13	12
	Helt enig	4	4

Tabell 21: "Langtidsvirkende prevensjon bør være førstevalg til kvinner i alderen 16-19 år"

		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	1	2
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	9	22
	Litt enig	15	37
	Helt enig	16	39
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	3	12
	Litt uenig	3	12
	Verken enig eller uenig	3	12
	Litt enig	4	16
	Helt enig	12	48
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	2	20
	Helt enig	8	80
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	1	3
	Litt uenig	1	3
	Verken enig eller uenig	4	14
	Litt enig	7	24
	Helt enig	16	55
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	5	5
	Litt uenig	4	4
	Verken enig eller uenig	16	15
	Litt enig	28	27
	Helt enig	52	50

Tabell 22: "Gratis spiral eller p-stav til kvinner i alderen 16-19 år vil gi færre uønskede graviditeter"

		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	4	10
	Litt enig	12	29
	Helt enig	25	61
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	4	16
	Litt uenig	1	4
	Verken enig eller uenig	3	12
	Litt enig	3	12
	Helt enig	14	56
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	1	10
	Litt enig	0	0
	Helt enig	9	90
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	1	3
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	4	14
	Litt enig	4	14
	Helt enig	20	69
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	4	4
	Litt uenig	2	2
	Verken enig eller uenig	12	11
	Litt enig	19	18
	Helt enig	68	65

Tabell 23: "Gratis spiral eller p-stav til kvinner i alderen 20-25 år vil gi færre uønskede graviditeter"

		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	2	5
	Verken enig eller uenig	7	17
	Litt enig	10	24
	Helt enig	22	54
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	4	16
	Litt uenig	2	8
	Verken enig eller uenig	3	12
	Litt enig	0	0
	Helt enig	16	64
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	2	20
	Helt enig	8	80
Jordmor <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	3	10
	Verken enig eller uenig	6	21
	Litt enig	6	21
	Helt enig	14	48
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	4	4
	Litt uenig	7	7
	Verken enig eller uenig	16	15
	Litt enig	18	17
	Helt enig	60	57

Tabell 24: "Jordmødre bør bruke mer av arbeidstiden på kjerneoppgaver, som veiledning og undersøkelse av gravide, og mindre tid på prevensjonsveiledning og forskrivning av prevensjon"

		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	1	2
	Litt uenig	1	2
	Verken enig eller uenig	15	37
	Litt enig	12	29
	Helt enig	12	29
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	1	4
	Litt uenig	1	4
	Verken enig eller uenig	9	36
	Litt enig	9	36
	Helt enig	5	20
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	2	20
	Litt uenig	3	30
	Verken enig eller uenig	3	30
	Litt enig	2	20
	Helt enig	0	0
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	11	38
	Litt uenig	7	24
	Verken enig eller uenig	8	28
	Litt enig	3	10
	Helt enig	0	0
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	15	14
	Litt uenig	12	11
	Verken enig eller uenig	35	33
	Litt enig	26	25
	Helt enig	17	16

Tabell 25: "Kvinner under 16 år bør inkluderes i statens subsidieordning for prevensjon"			
		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	4	10
	Verken enig eller uenig	10	24
	Litt enig	8	20
	Helt enig	19	46
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	1	4
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	5	20
	Litt enig	4	16
	Helt enig	15	60
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	0	0
	Verken enig eller uenig	0	0
	Litt enig	1	10
	Helt enig	9	90
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	1	3
	Litt uenig	2	7
	Verken enig eller uenig	4	14
	Litt enig	5	17
	Helt enig	17	59
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	2	2
	Litt uenig	6	6
	Verken enig eller uenig	19	18
	Litt enig	18	17
	Helt enig	60	57

Tabell 26: "Jordmødre og helsesøstre må få rett til å forskrive prevensjon til kvinner under 16 år"

		Antall	% av deltagerne i de ulike yrkesgruppene
Fastlege <i>n = 41</i>	Helt uenig	13	32
	Litt uenig	9	22
	Verken enig eller uenig	11	27
	Litt enig	6	15
	Helt enig	2	5
Gynekolog <i>n = 25</i>	Helt uenig	6	24
	Litt uenig	5	20
	Verken enig eller uenig	6	24
	Litt enig	3	12
	Helt enig	5	20
Helsesøster <i>n = 10</i>	Helt uenig	0	0
	Litt uenig	2	20
	Verken enig eller uenig	1	10
	Litt enig	2	20
	Helt enig	5	50
Jordmor <i>n = 29</i>	Helt uenig	1	3
	Litt uenig	1	3
	Verken enig eller uenig	12	41
	Litt enig	4	14
	Helt enig	11	38
Totalt <i>n = 105</i>	Helt uenig	20	19
	Litt uenig	17	16
	Verken enig eller uenig	30	29
	Litt enig	15	14
	Helt enig	23	22

Tabell 27: Helsedirektoratets retningslinjer				
Kjenner til helsedirektoratets nye retningslinjer fra 2010			Har endret praksis etter Helsedirektoratets nye retningslinjer	
Antall				
Fastlege	Nei	22	Ikke relevant, hadde ikke forskrivningsrett før 2010	1
	Ja	18	Ja	13
			Nei	4
Gynekolog	Nei	7	Ikke relevant, hadde ikke forskrivningsrett før 2010	2
	Ja	18	Ja	8
			Nei	8
Helsesøster	Nei	1	Ikke relevant, hadde ikke forskrivningsrett før 2010	8
	Ja	9	Ja	0
			Nei	1
Jordmor	Nei	16	Ikke relevant, hadde ikke forskrivningsrett før 2010	8
	Ja	13	Ja	3
			Nei	2
Total	Nei	46	Ikke relevant, hadde ikke forskrivningsrett før 2010	29
	Ja	58	Ja	24
			Nei	15

