



MEDICINSKA FAKULTETEN

Barnmorskors inställning till och förståelse av hormonella preventivmedel i samband med preventivmedelsrådgivning
– En intervjustudie

Midwives' attitudes towards and understanding of hormonal contraceptives in relation to contraceptive counselling
– An interview study

Författare: Bella Donander och Charlotte Christensen

Handledare: Maria Ekstrand Ragnar

Magisteruppsats

Våren 2024

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Bland hormonell antikonception finns det flera olika alternativ och kvinnors syn på dessa har utforskats grundligt. Däremot saknas det studier kring barnmorskans perspektiv trots att majoriteten av preventivmedel i Sverige förskrivs av barnmorskor.

Syfte: Att belysa barnmorskors inställning till och förståelse av hormonell antikonception i samband med preventivmedelsrådgivning.

Metod: 17 semistrukturerade individuella intervjuer genomfördes med barnmorskor från 13 mottagningar i Skåne. Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, enligt Graneheim och Lundman, identifierades olika kategorier med tillhörande subkategorier.

Resultat: Tre kategorier identifierades: *Hjälper många men passar inte alla*, *Kvinnan som påverkande faktor* och *Olika informationskällors inverkan*. Det framkom en positiv inställning till hormonella preventivmetoder, samtidigt som barnmorskorna såg olika på de specifika preparaten. Barnmorskornas inställning styrdes mycket av kvinnans önskemål, men även andra faktorer i omgivningen. Kollegor, forskning och egna erfarenheter nämndes som influenser på barnmorskors inställning och förståelse. Överlag efterfrågades mer utbildning kring preventivmedel av barnmorskorna.

Konklusion: Barnmorskorna reflekterade nyanserat kring de olika hormonella preventivmedlen och hade främst kvinnans välbefinnande i åtanke. Det behöver läggas större fokus på preventivmedel under barnmorskeutbildningar och vidareutbildningar via arbetsplatser.

Nyckelord

Antikonception, Barnmorska, Förståelse, Hormonella preventivmedel, Inställning, Preventivmedelsrådgivning

Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
Bakgrund.....	4
Preventivmedelsanvändning.....	5
Hormonell antikonception.....	5
Valmöjligheter.....	5
Hormonernas funktion.....	5
Hälsoeffekter och bieffekter.....	6
Kvinnors inställningar till hormonell antikonception.....	6
Barnmorskans ansvarsområde.....	7
Teoretisk referensram.....	8
Syfte.....	9
Metod.....	9
Urval.....	9
Instrument.....	10
Datainsamling.....	10
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Resultat.....	15
Hjälper många men passar inte alla.....	16
Hormoner anses bra men inte till varje pris.....	16
Skilda uppfattningar om enskilda hormonella preventivmedel.....	18
Balansera personliga och professionella erfarenheter av hormonella preventivmetoder i rådgivningen.....	19
Kvinnan som påverkande faktor.....	21
Vikten av att vara följsam till kvinnans önskemål och behov.....	21
Olika strategier för att bemöta kvinnans hormonrädsla.....	22
Olika informationskällors inverkan.....	23
En önskan efter mer utbildning kring preventivmedel.....	23
Eget intresse bidrar till ökad kunskap.....	24
Kollegor som bollplank och influens.....	25
Diskussion.....	26
Metoddiskussion.....	26
Resultatdiskussion.....	29
Konklusion och implikationer.....	33
Referenser.....	34
Bilaga 1 (1).....	40

Introduktion

Över 85% av alla preventivmedel i Sverige förskrivs av barnmorskor (Ribeiro & Blanck, 2022). Barnmorskan har rätt att förskriva preventivmedel i antikonceptionellt syfte (Socialstyrelsens föreskrifter om Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte [SOSFS], 1996). Preventivmedelsrådgivningen som ges skall vara informativ och individanpassad, emellertid finns faktorer som enligt Vikström och Lilliehöök (2021) kan inverka på den preventivmedelsrådgivning barnmorskan erbjuder kvinnan. Dessa faktorer är barnmorskans individuella värderingar, kunskap och förmåga (Vikström & Lilliehöök, 2021). Vidare framkommer det i en intervjustudie av Ekelunds och Petersens (2017) att barnmorskors individuella preferenser av preventivmedel kan påverka informationen de ger till kvinnor. Enligt Svenska Barnmorskeförbundet (2019) skall barnmorskan ha förmågan att analysera svagheter och styrkor i sin egen professionella kompetens samt kontinuerligt utveckla sina kunskaper inom yrket (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019).

Objektiv rådgivning hos barnmorskan är viktig för kvinnans möjligheter att göra egna och informerade val, angående sin reproduktiva och sexuella hälsa. Värderingar kan påverka preventivrådgivningen, varför barnmorskors inställning till och förståelse av hormonella preventivmedel i samband med preventivmedelsrådgivning är viktigt att utforska.

Bakgrund

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) grundas på mänskliga rättigheter och innebär att alla människor har rätt till en god sexuell och reproduktiv hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2023). En god sexuell och reproduktiv hälsa kan åstadkommas genom att alla människor har rätten att bestämma över sin egen kropp samt att alla får samma möjlighet att göra egna val gällande samlag, äktenskap, könsidentitet, sexuell identitet, könsuttryck och barnalstring. Några insatser som kan möjliggöra dessa rättigheter är skolors sexualundervisning, mödra- och förlossningsvård, förebyggande och behandling av sexuellt överförbara sjukdomar samt preventivrådgivning och tillgång till preventivmedel (Folkhälsomyndigheten, 2023).

Preventivmedelsanvändning

Enligt Statistiska centralbyrån (2021) använde 78% av kvinnorna i åldrarna 16-29 år och 90% av kvinnorna i åldrarna 30-44 år preventivmedel under 2017 i Sverige. Samtidigt visar senare studier på en hög andel av så kallad underanvändning av preventivmedel av kvinnor trots att de inte önskar att bli gravida (Envall et al., 2022; Hellström et al., 2019). Ändå ses en kontinuerlig minskning av antalet aborter hos unga kvinnor sedan 2006, vilket tros bero på ökad användning av långtidsverkande preventivmetoder samt kostnadsfria preventivmetoder som regioner erbjuder kvinnor (Socialstyrelsen, 2022).

Hormonell antikonception

Valmöjligheter

I Sverige erbjuds hormonella preventivmedel (HPM) i form av kombinerade hormonella preventivmetoder och gestagena metoder (Läkemedelsverket, 2014). De kombinerade hormonella preventivmetoderna innehåller hormonerna *östrogen* och *gestagen* (Läkemedelsverket, 2014). De gestagena metoderna innehåller enbart hormonet *gestagen*. Kombinerade hormonella metoder och gestagena metoder innehåller båda olika varianter och doser av hormon. De kombinerade HPM finns i form av p-piller, p-ring och p-plåster (Teal & Edelman, 2021). Dessa kan brukas i en form av långcykelbehandling, där en bortfallsblödning inte släpps fram (Teal & Edelman, 2021). De gestagena metoderna finns i form av mellanpiller, minipiller, p-stav, p-spruta och hormonspiral, där p-staven och hormonspiralen ingår i paraplybegreppet *LARC* (long-acting reversible contraceptive) och är långverkande metoder (Teal & Edelman, 2021).

Hormonernas funktion

Samtliga HPM innehåller gestagen, vilket är en syntetiskt framställd version av det kroppsegna könshormonet progesteron (gulkroppshormon) (Brynhildsen et al., 2022). Vid tillförsel av gestagen förändras cervixsekretet och blir ogenomträngligt för spermier, samtidigt som det påverkar livmoderslemhinnans tillväxtförmåga (Teal & Edelman, 2021). Till följd av tillväxthämningen blir livmoderslemhinnan förtunnad och oförmögen att ta emot en befruktad äggcell. Beroende på gestagendoserna hindras även ovulationen (ägglossningen) i olika grader (Teal & Edelman, 2021).

Det finns både syntetiska versioner av östrogen (etinylöstradiol) och naturligt förekommande östrogen (estradiol) i kombinerade metoder (Läkemedelsverket, 2014). Vilket gestagen som kombineras med östrogenet varierar och ger därmed även olika biverkningsprofiler (Odlind & Milsom, 2022). Samtliga kombinerade metoders funktion går ut på en hämning av ovulationen via hypofysen och hypothalamus (Teal & Edelman, 2021). Den gestagena komponenten påverkar ovulationshämningen, medan den östrogena komponenten stimulerar livmoderslemhinnans tillväxt vilket i sin tur skapar bättre blödningskontroll (Teal & Edelman, 2021).

Hälsoeffekter och bieffekter

Hormonell antikonception kan ge både positiva och negativa hälsoeffekter (Brussel Gidlöf et al., 2023). Användning av kombinerade metoder medför minskad blödningsmängd, minskad menstruationssmärta, mer regelbundna blödningar samt minskad risk för utveckling av livmoder-, äggstocks- och koloncancer (Läkemedelsverket, 2014; Teal & Edelman, 2021). Kombinerade preventivmetoder ger däremot en ökad risk för venös tromboembolism (blodpropp), en risk som gestagena metoder inte medför (Teal & Edelman, 2021). Övriga biverkningar kan inkludera humörsvängningar, minskad libido, bröstspänningar, huvudvärk, mellanblödningar, illamående och ökad aptit (Läkemedelsverket, 2014). Gestagena metoders biverkningar tenderar att vara bröstsvullnad, ökad aptit, akne, humörsvängningar och oregelbundna blödningar, medan potentiellt positiva effekter inkluderar mindre blödningsmängd eller utebliven menstruation (Läkemedelsverket, 2014; Teal & Edelman, 2021).

Kvinnors inställningar till hormonell antikonception

Studier visar att kvinnor upplever kontrollen över sitt blödningsmönster och möjligheten att undvika månatliga blödningar, som en positiv effekt av kombinerade metoder, tillsammans med lindrigare menstruationssmärter (Borg & Zakrisson, 2018; Hellström et al., 2019; Envall et al., 2022). Det framkommer att effektiviteten av preventivmedlet utgör den viktigaste egenskapen enligt kvinnor, däremot överskattas effektiviteten av oral hormonell antikonception medan effektiviteten av LARC-metoder underskattas (Envall et al., 2022; Hellström et al., 2019).

En oro och rädsla kopplad till HPM är enligt flertal studier vanligt bland kvinnor (Hellström et al., 2019; Le Guen et al., 2021; Svahn et al., 2021). Oron var främst kopplad till fysiska och psykiska biverkningar, framtida fertilitet och negativ inverkan på sexualiteten (Borg & Zakrisson, 2018; Envall et al., 2022; Le Guen et al., 2021; Svahn et al., 2021). Det visade sig även att rädsla för hormoner, som anledning till att inte använda preventivmedel i åldersgruppen 30-39 år, hade stigit mellan 2013 och 2017 samt den främsta anledningen till att kvinnor i åldersspannet 21-29 år inte använde preventivmedel var upplevda biverkningar (Hellström et al., 2019). För övrigt uppgav vissa kvinnor att de trots negativa biverkningar kände sig tvungna att använda hormonella preparat för att säkerställa ett skydd mot graviditet (Borg & Zakrisson, 2018). Samtidigt ansåg en del kvinnor att de negativa biverkningarna inte vägde tyngre än fördelarna med HPM (Borg & Zakrisson, 2018).

Barnmorskans ansvarsområde

Preventivmedelsrådgivning är ett av barnmorskans ansvarsområden där barnmorskan självständigt förskriver och rådger kring preventivmedel till friska kvinnor med behov av antikonception (Läkemedelsverket, 2014). Enligt Svenska Barnmorskeförbundets (2019) kompetensbeskrivning skall barnmorskan ha kompetens inom sexuell hälsa samt förse kvinnor med information och rådge om olika preventivmedel. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) skall all information som barnmorskan ger vara individanpassad. Vidare skall barnmorskan enligt *International Confederation of Midwives* [ICM] (2014) använda sig av uppdaterad och evidensbaserad kunskap för att bibehålla patientsäkerheten. Den vårdsökande kvinnans fysiska, psykiska, emotionella och andliga behov skall tillgodoses av barnmorskan (ICM, 2014).

En svensk studie från 2011 visar att kvinnors osäkerhet kring val av preventivmedel kunde reduceras signifikant efter rådgivning med barnmorskor, då deras kunskap kring olika metoder vidgades (Gemzell-Danielsson et al., 2011). I studien av Borg och Zakrisson (2018) vände sig de flesta av kvinnorna till en barnmorska för preventivrådgivning, men upplevde barnmorskan som aningen vinklad gällande HPM's för- och nackdelar. I en intervjustudie från 2011 undersöktes hur barnmorskor tänker och agerar i sin roll som preventivmedelsrådgivare (Wätterbjörk et al., 2011). Författarna kom fram till fem olika teman med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Temana handlade om att utforska kvinnans situation, ge information om preventivmedel, utföra medicinska undersökningar, guida kvinnans beslutsprocess och

slutligen att hålla i uppföljningar. Barnmorskorna utvecklade sina egna strategier för rådgivning genom att kombinera teori och praktik. Wätterbjörk et al. (2011) skriver också att vissa barnmorskor inte nämner alla preventivmedel, utan i stället gör en bedömning utifrån kvinnans anamnes och behov. Andra barnmorskor tog i stället chansen att informera om nya och olika preventivmetoder. Barnmorskorna i studien hade olika åsikter om andelen information som bör ges till kvinnorna gällande biverkningar. Vissa barnmorskor menade att med god information kan följsamheten förbättras och kvinnan blir mer benägen att söka kontakt med vårdgivare vid behov. Samtidigt ansåg andra barnmorskor att biverkningarna inte utgjorde ett problem och därför gav de inte information om biverkningar utom om kvinnan frågade (Wätterbjörk et al., 2011).

Teoretisk referensram

Halldórsdóttir och Karlsdóttir publicerade år 2011 en teori för barnmorskor vid namnet *The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery* som har reviderats till *A Theory of Professionalism in Midwifery for the Empowerment of Childbearing Women* (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Teorins huvudsakliga fokus är egenskaper som en barnmorska behöver besitta för att framstå som professionell. Grunderna till barnmorsketeorin utgörs av fem principer. Den första principen *Professional Competence*; barnmorskan skall ha kompetens i att upprätthålla evidensbaserad vård samt att säkerställa att denna är trygg och säker. *Professional Caring*, den andra principen; barnmorskan skall vara respektfull, fördomsfri och lyhörd till kvinnans behov samt tillgodose kvinnans självbestämmanderätt. Nästa princip, *Interpersonal Competence*; barnmorskan skall med sin kommunikationsförmåga lägga grunden för ett partnerskap med kvinnan baserat i ömsesidig respekt för varandras kunskap. Den fjärde principen är *Professional Wisdom*; barnmorskan skall utnyttja sin visdom i praktiken, genom att tillämpa sin individuella kunskap och erfarenhet samt evidensbaserad vård. *Personal and Professional Development*, den sista principen; barnmorskan måste bevara sitt eget välmående i arbetet genom att balansera yrkeslivet och privatlivet (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Den valda barnmorsketeorin för denna studie är formulerad utifrån relationen mellan den gravida kvinnan, hennes familj och barnmorskan. Författarna i denna studie tolkar att huvudtanken för teorin är barnmorskans professionella förhållningssätt, men även andra

önskvärda egenskaper som en barnmorska skall ha i alla möten med kvinnan. Därav anses nämnda barnmorsketeori vara applicerbar på aktuellt ämnesområde.

Syfte

Syftet med denna studie är att belysa barnmorskors inställning till och förståelse av hormonell antikonception i samband med preventivmedelsrådgivning.

Metod

För att besvara syftet genomfördes en kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats. En kvalitativ forskningsmetodik syftar till att skapa en fördjupad förståelse för ett fenomen eller en specifik kontext (Olsson & Sörensen, 2021). Forskningsmetodiken utgår från beskrivande data som innebär att det är studiedeltagarnas egna ord och observerbara beteenden som analyseras (Olsson & Sörensen, 2021). Kvalitativa studier vill studera människan i sin sociala miljö utan att förlora det väsentliga i människans upplevelser och livserfarenheter (Taylor et al., 2016). Genom kvalitativa studier ges tillgång till människans inre livsvärld utifrån känslor, värderingar, uppfattningar, upplevelser, konflikter, inställningar och attityder (Taylor et al., 2016). Den induktiva ansatsen innebär en utgångspunkt i verkligheten, där gemensamma mönster tas fram ur insamlingsdatan och vidare formuleras kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017; Olsson & Sörensen, 2021).

Urval

Urvalet bestod av legitimerade barnmorskor utifrån inklusionskriterierna att de skulle vara verksamma i Skåne och ha erfarenhet av att ge preventivmedelsrådgivning till kvinnor inom det senaste året. Exklusionskriterierna till denna studie var barnmorskor som saknade erfarenhet av arbete på barnmorskemottagning eller ungdomsmottagning samt icke-svensktalande barnmorskor.

Instrument

I denna studie användes en intervjuguide (se Bilaga 1) till samtliga intervjuer. Intervjuguiden var semistrukturerad i syfte att få ut så mycket som möjligt av deltagarnas egna svar, då de fick möjlighet att tala fritt och utveckla sina svar utifrån öppna frågor (Alvehus, 2019). Intervjumetoden utgör en tillgång genom att det tillåter åtkomst till människors syn på livsvärlden och intervjustudier inom kvalitativ forskning skapar möjligheten att tillåta deltagarna att öppna upp kring sina personliga synpunkter (Alvehus, 2019). En pilotintervju av en barnmorska utfördes enligt ovan nämnda inklusionskriterier och utifrån resultatet av denna, korrigerades intervjuguidens upplägg. En följdfråga lades till samt en uppskattning av intervjutiden gjordes. Den genomförda pilotintervjuns datamaterial inkluderas också i analysen.

Huvudfrågan baserades på studiens huvudsakliga syfte, medan följdfrågorna tjänade till att bredda samtalsämnet och väcka tankar hos deltagarna. Stödfrågorna bistod deltagarna i att utveckla sina svar ytterligare. Bakgrundsfrågorna berörde ämnen såsom utbildningsstad, antal verksamma år som barnmorska samt hur länge de hade gett preventivmedelsrådgivning.

Datainsamling

Enskilda semistrukturerade intervjuer med barnmorskor utfördes, utifrån intervjuguiden (se Bilaga 1). Inledningsvis skickades en ansökan till *Vårdvetenskapliga etiknämnden* (VEN) och 2023-06-19 erhöles ett utlåtande att VEN inte hade några invändningar mot genomförandet av studien. Efter utlämnat rådgivande yttrande påbörjades rekryteringsprocessen.

Rekryteringsprocessen inleddes med att söka kontaktuppgifter till aktuella enhetschefer på olika regionala barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar i Skåne, genom att kontakta Region Skånes pressjour. Privata barnmorskemottagningar kontaktades via mail eller telefonsamtal och därigenom tillfrågades om aktuella enhetschefer kontaktuppgifter.

Samtliga enhetschefer kontaktades via mail och vid ansökan om tillstånd från dessa enhetschefer skickades ett informationsbrev ut. Efter tillåtelse att utföra studien av aktuella enhetschefer, vidarebefordrades en mailkontakt till barnmorskemottagningarnas olika verksamhetschefer för medgivande och skriftliga medgivande erhöles. Medgivande att genomföra studien på ungdomsmottagningarna, erhöles skriftligt av mottagningarnas enhetschefer då en kontakt med aktuell verksamhetschef ej kunde etableras.

Därefter påbörjades rekryteringen av barnmorskor på mottagningarna där medgivande erhöles. Detta genom att lämna ut informationsbrev med information om studien samt studieförfattarnas kontaktuppgifter. Utifrån vad cheferna på aktuella mottagningar föredrog, erhöles mailadresser till barnmorskor eller kontaktades dessa av enhetschefen direkt. Intresserade barnmorskor kunde efter erhållet informationsbrev återkoppla till studiens författare.

Femton barnmorskor var intresserade av att delta i studien och kontaktade författarna via mail. En form av snöbollsrekrytering skedde också, då redan deltagande barnmorskor uppgav att två av deras kollegor var intresserade av att delta i studien. Författarna fick därmed i uppgift att ta första kontakten med dessa barnmorskor, således ingick 17 barnmorskor i studien. Av de 17 deltagande barnmorskor arbetade fyra på ungdomsmottagning och övriga 13 på barnmorskemottagning. Sammanlagt deltog barnmorskor från 11 olika barnmorskemottagningar samt två olika ungdomsmottagningar. Barnmorskorna fick möjlighet att bestämma tid och plats för intervjun via de etablerade mailkontakterna. Samtliga deltagare valde att genomföra intervjun digitalt via kommunikationstjänsten Zoom. Studiedeltagarna skrev i förväg eller i samband med intervjutillfället under en samtyckesblankett och den ifyllda blanketten skickades via mail eller post till författarna. Vid intervjutillfällena upprepades muntligt studiedeltagarnas rätt att återkalla samtycke närhelst samt information om inspelning av intervjuerna.

Intervjuerna ägde rum mellan oktober och december 2023 samt under april 2024. Båda författarna var närvarande vid samtliga intervjutillfällen bortsett från ett, relaterat till sjukdom. Under intervjutillfället höll en författare i intervjun medan den andra förde anteckningar samt tillade eventuella frågor och detta gjordes växelvis mellan författarna. Intervjutillfällena varade mellan 12 och 35 minuter samt spelades in via röstmemo på mobiltelefon. I genomsnitt var intervjuerna 20 minuter långa. Efter genomförda intervjuer transkriberades allt inspelat intervjumaterial med hjälp av Microsoft Word 365 transkriberingsfunktion. Det transkriberade datamaterialet kontrollästes tillsammans med ljudfilen. Ljudfiler och transkriberade dokument anonymiserades och lösenordsskyddades på författarnas datorer.

Analys av data

Analys av insamlad data genomfördes utifrån *kvalitativ innehållsanalys* enligt Graneheim och Lundman (2004), med en induktiv ansats som grund. Stegen i en kvalitativ innehållsanalys består av att identifiera meningsbärande enheter som kondenseras och abstraheras till koder. Koderna grupperas till kategorier i den insamlade datan. Kategorierna formulerades med hjälp av manifest analys, vilket innebär en textnära beskrivning av det apparenta innehållet (Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjumaterialet lästes igenom två gånger enskilt av författarna och sedan identifierades tillsammans meningsbärande enheter, vilka bestod av stycken, meningar och ord med liknande innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna diskuterade sinsemellan huruvida de meningsbärande enheterna var relevanta för studiens syfte samt hur dessa relaterar till varandra. De meningsbärande enheterna konstruerades varken för brett eller för snävt, så att det endast förekom ett ämne i varje meningsbärande enhet och att dessa ämnen inte fragmenterades. Dessa meningsbärande enheter kondenserades, det vill säga förkortades utan att det centrala innehållet gick förlorat. En av författarna läste upp de identifierade meningsenheterna medan den andra kondenserade dem i ett annat dokument växelvis, under kontinuerliga gemensamma reflektioner. Som nästa steg abstraherades koder utifrån de kondenserade meningsbärande delarna, där allt väsentligt innehåll kvarblev och de kondenserade meningsenheterna beskrevs kort. När det kom till koderna förekom en viss tolkning, men för det mesta var koderna någorlunda nära originaltexten. Under diskussion jämfördes koderna, samt fördes samman i olika kategorier utefter kodernas innehåll och dess likheter. Slutligen arbetades kategorier och subkategorier fram baserat på hela analysprocessen men även den insamlade datan som helhet (Graneheim & Lundman, 2004). Se *Tabell 1* för exempel på manifest analys av data utifrån kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Tabell 1.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
<p><i>”Vi fick kanske inte så jättemycket preventivmedel liksom i vår utbildning eller i alla fall inte lika mycket som förlossning ju och inte alls mycket gyn och så heller ju. Vilket man kan tycka är lite synd, kanske för alla vill ju kanske inte förlösa, liksom att det är det som är det primära.”</i> (Studiedeltagare 7)</p>	<p>Fick inte mycket utbildning om preventivmedel. Mer om förlossning. Kan tycka det är synd. Alla vill ju inte förlösa.</p>	<p>Avsaknad av utbildning</p>	<p>En önskan efter mer utbildning kring preventivmedel</p>	<p>Olika informationskällors inverkan</p>
<p><i>”Jo, men det tänker jag så är det ju med allt, det man är intresserad av kan man ju ofta lite mer av. Det gäller ju alla liksom och det är klart har vi andra kollegor som inte är intresserade av preventivmedelsrådgivning utan tycker något annat område är roligare så faller det så naturligt att man kanske snappar upp liksom nya rön i media eller så.”</i> (Studiedeltagare 4)</p>	<p>Det man är intresserad av kan man mer av. Andra kollegor är inte intresserade.</p>	<p>Eget intresse</p>	<p>Eget intresse bidrar till ökad kunskap</p>	

Forskningsetiska avvägningar

Att upprätthålla ett forskningsetiskt perspektiv vid utformning av studien eftersträvades. Därför tog författarna i föreliggande studie hänsyn till *autonomiprincipen*, vilket beskriver vikten av självbestämmande (Olsson & Sörensen, 2021). Detta upprätthölls genom att informera deltagarna muntligt och skriftligt om studiens syfte samt genomförande. Därmed möjliggjordes att deltagarna kunde ge informerat samtycke. Dessutom informerades deltagarna om hur de oavsett tidpunkt hade rätt att avbryta sitt deltagande i studien och ta tillbaka sitt samtycke. *Helsingforsdeklarationen* fastställer kravet på frivilligt deltagande, vilket författarna till denna studie respekterade (World Medical Association [WMA], 2022). Enligt Helsingforsdeklarationen ska även försiktighetsåtgärder vidtas i syfte att värna om

studiedeltagarnas sekretess och konfidentialitet, vilket överensstämmer med *icke-skada principen* (Olsson & Sörensen, 2021; WMA, 2022). Med detta menas att inga obehöriga hade tillgång till insamlad data, datamaterialet förvarades med lösenordsskydd och allt material anonymiserades (Olsson & Sörensen, 2021). Även aktuellt för icke-skada principen är risken att deltagarna skulle känna sig utelämnade och därav ställdes intervjufrågorna på ett så neutralt sätt som möjligt samt att intervjuaren förhöll sig objektivt till intervjun. Utöver det fick deltagarna möjlighet att välja intervjuplats själva. Med utgångspunkt i *godhetsprincipen*, vilken nämner vikten av att göra gott, kan föreliggande studie bidra till kunskap och en större medvetenhet för barnmorskor verksamma inom preventivmedelsrådgivning (Olsson & Sörensen, 2021).

Enligt *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor* (2003) får forskning endast utföras om samtycke har erhållits från forskningspersonen, vilket har erhållits skriftligen från varje studiedeltagare i föreliggande studie. Dessutom fastställer lagen respekten för människovärdet och att forskning först ska genomföras efter att en etikprövning har gjorts. Därav skickades en ansökan till VEN på Lunds universitet för rådgivande yttrande av studiens genomförande.

Resultat

Resultatet har framställts utifrån 17 deltagande barnmorskors utsago, vilka i genomsnitt hade tagit barnmorskeexamen för 12,5 år sedan. Utifrån studiens syfte har en sammanställning gjorts på hur länge deltagarna har arbetat med att ge specifikt preventivmedelsrådgivning. Verksamma år inom preventivmedelsrådgivning skilde sig från 1 år till 25 år, med ett genomsnitt på 9 år. Majoriteten hade tagit examen i Lund, medan resterande är fördelade över Helsingborg, Borås, Stockholm, Falun och Göteborg. Fördelning av antal år bland barnmorskorna finns sammanställt nedan i *Tabell 2*. Efter genomförd innehållsanalys framställdes tre kategorier samt åtta subkategorier, vilka redovisas i *Tabell 3* nedan.

Tabell 2.

Antal år sedan examen	Antal deltagare
1-5	5
5-10	4
10-20	4
>20	4
Verksamma år inom preventivmedelsrådgivning	
1-5	7
5-10	4
10-20	4
>20	2

Tabell 3.

Kategorier:	Subkategorier:
Hjälper många men passar inte alla	Hormoner anses bra men inte till varje pris
	Skilda uppfattningar om enskilda hormonella preventivmedel
	Balansera personliga och professionella erfarenheter av hormonella preventivmedel i rådgivningen
Kvinnan som påverkande faktor	Vikten av att vara följsam till kvinnans önskemål och behov
	Olika strategier för att bemöta kvinnans hormonrädsla
Olika informationskällors inverkan	En önskan efter mer utbildning kring preventivmedel
	Eget intresse bidrar till ökad kunskap
	Kollegor som bollplank och influens

Hjälper många men passar inte alla

Huvudfrågan under intervjun avseende barnmorskornas inställning till HPM väckte tankar kring egna erfarenheter av HPM, såväl privat som professionellt. Under följande subkategorier presenteras barnmorskornas inställning samt hur deras erfarenheter kan komma att inverka på hur de förhåller sig till HPM.

Hormoner anses bra men inte till varje pris

Det fanns en bred samstämmighet bland barnmorskorna gällande deras inställning till HPM, då de uppgav sig vara positiva. För de vars inställning hade utvecklats till att bli mer positiv, beskrevs förändringen komma med barnmorskeutbildningen, utvecklad kunskap om ämnesområdet och kännedom om preventivmedlets historia.

“När man skapade p-pillret som det ändå var från början så var det ju utifrån inställningen att det här var ju någonting som skulle ge kvinnor frihet. Att bestämma över sin egen kropp, över sin sexualitet, över, när, var och hur många gånger och med vem jag valde att skaffa barn. (...) Och när man glömmer bort det, då har man glömt lite av sin historia.”

– Studiedeltagare 12

Deltagarna upplevde andra barnmorskor i deras omgivning som lika positiva till HPM. Barnmorskorna betonade dock att deras inställning inte ska vara av betydelse, då det är kvinnan som ska bruka preventivmedlet. Samtidigt menade de att deras inställning mycket väl skulle kunna påverka rådgivningen.

“Det är jätteviktigt ämne och lyfta fram, för om vi sitter med attityder alltså som rådgivare som barnmorska, det påverkar ju rådgivningen. Attityder, inställning och kunskap - det är en kärnfråga.”

– Studiedeltagare 2

Deltagande barnmorskorna uttryckte att det inte går att vara negativt inställd till HPM och arbeta inom reproduktiv- och sexuell hälsa, då det går emot barnmorskans etiska kod. Andra uttryckte att det inte går att arbeta med kollegor som är negativt inställda till HPM. Emellertid var det ingen deltagare i studien som uttryckte en negativ inställning till HPM som helhet.

“När jag började jobba på ungdomsmottagningen, så sa chefen, men om man jobbar här måste man vara positivt inställd till hormonella preventivmedel.”

– Studiedeltagare 3

Barnmorskorna uppgav att de olika preventivmetoderna utgörs till största del av HPM och därmed finns det inte mycket annat att välja på, däremot menade de att HPM erbjöd stor variation och olika former av preventivmedel. Deltagande barnmorskor uttryckte att HPM hjälper många kvinnor, men att det är högst individuellt och HPM passar inte alla.

“Vissa säger att ‘ja men jag vill ha ett hormonfritt alternativ’, ja... (...) men vi har inte så mycket att berätta då (...). Det är ju det att det är rätt så begränsat på den sidan. Vilket gör att vi oftast pratar om hormonella preventivmedel.”

– Studiedeltagare 10

Fördelar som ofta nämndes angående HPM generellt var minskad dysmenorré, minskade PMS-besvär, säker metod mot ofrivillig graviditet samt hjälp mot specifika gynekologiska tillstånd såsom endometriosis och PCOS. Utöver det talades det gott om hur HPM minskar kvinnors blödningsmängd och därmed även risken för anemi. Nackdelarna som ofta togs upp med HPM var blödningstrassel, blodproppsrisk, nedstämdhet, nedsatt libido och akne. Kostnad som faktor nämndes frekvent, då barnmorskorna uppgav en motvillighet att skriva ut vissa preparat vilka medförde en hög kostnad för kvinnan, trots dess fördelar. Detta bekymmer gällde främst unga personer ifall preparatet inte är subventionerat av Region Skåne.

Barnmorskorna påpekade hur deras positiva inställning till hormonella preparat inte medför en negativ inställning gentemot hormonfria preparat, däremot medgav en andel att de är sämre på att informera om hormonfria alternativ. Barnmorskorna tog upp andra alternativ utöver hormonella preventivmedel, såsom cyklokapron mot riklig blödning, antidepressiva mot PMS samt smärtlindring mot dysmenorré.

“Det finns inte något preventivmedel, varken hormonellt eller naturligt eller något, som funkar för alla. Den inställningen tycker jag att det är viktigt att behålla.”

– Studiedeltagare 1

“Det är ju inte så att man behöver kasta hormoner på alla om inte... [sic] om det finns andra vägar att gå.”

– Studiedeltagare 8

Skilda uppfattningar om enskilda hormonella preventivmedel

Barnmorskor nämnde specifikt kombinerade HPM som någonting positivt. Det betonades också hur många valmöjligheter som finns bland kombinerade p-piller och att kvinnan då även har möjlighet att styra biverkningarna, genom att prova preparat med mer eller mindre androgena effekter. Den framträdande attityden var att bara för att ett typ av p-piller inte fungerar för kvinnan, betyder inte det att det inte finns andra p-piller som kommer fungera för henne. Samtidigt som barnmorskorna uppgav att de inte kan mycket om de specifika olika p-pillerna, talades det gott om vissa p-piller och att barnmorskorna oftare skriver ut dessa framför andra.

De barnmorskor som uppgav sig vara positiva mot p-ring, menade att de sällan informerar om det då de själva glömmer bort att metoden finns på grund av få användare. Ytterligare ett perspektiv om p-ring var att det föredrogs framför p-piller till unga kvinnor, på grund av den minskade glömskerisken. Samtidigt förskrevs inte p-ring på grund av den höga kostnaden. Liknande sades om p-plåster och här uppgavs även andra anledningar till att inte rekommendera p-plåster, såsom klisterallergi samt hur lätt plåstret trillar av. Barnmorskorna var positiva till långcykelbehandling och menade att de gärna rekommenderar det till kvinnor. Fördelar som uppgavs med kombinerade HPM var möjligheten att styra sin menstruation, minskad akne och skyddet mot olika cancerformer. En annan fördelaktig sida av kombinerade metoder är kvinnans möjlighet att avsluta behandlingen själv vid vilken tidpunkt som helst. Däremot nämndes även den ökade blodproppsrisk. Andra insikter barnmorskorna hade om upplevda negativa biverkningar gällande kombinerade HPM var illamående, spända bröst, nedstämdhet och påverkad libido.

“Vi är inte negativa mot p-piller eller andra, p-ring eller p-plåstret heller. Men det blir lite mindre av den förskrivningen också i och med LARC som ändå rekommenderas.”

– Studiedeltagare 2

Gällande specifikt gestagena HPM var åsikterna delade. Generellt var de positiva till de på grund av den höga säkerheten mot oönskad graviditet. Den negativa synen till gestagena HPM var främst på grund av risken för oförutsägbara blödningsmönster, men även risken för andra biverkningar såsom akne, påverkat psykiskt mående och minskad libido. Det starka skyddet mot graviditet som gestagena metoder ger gäller främst LARC-metoder, vilka barnmorskorna gärna rekommenderade. De förklarade hur de ofta vill att kvinnor ska använda LARC på grund av dess okänslighet för glömska, att skyddet alltid finns där, jämnare hormonnivåer samt hur väl det passar de kvinnor som önskar låga hormonnivåer. De nämnde också att LARC-metoder uppskattas på grund av dess relation till det minskade aborttalet i Sverige. Generellt sett föredrog barnmorskorna hormonspiral över p-stav och i vissa fall hade de blivit mer positiva till metoden sedan sin barnmorskeutbildning. Hormonspiralen gav enligt barnmorskorna få biverkningar, lång hållbarhet och hög trivsel hos kvinnorna. En tveksamhet för hormonspiralen förekom också hos barnmorskor, eftersom proceduren för insättning kunde vara smärtsam för kvinnan.

“Jag har ju ett favorit preventivmedel, eller jag vet inte. Men jag har ju något som jag inte så ofta liksom föreslår för att jag har då en bild av att ”nej, men det är nog inte så bra” och det är till exempel p-stav.”

– Studiedeltagare 3

Inställningen till p-stav var mestadels negativt bland de barnmorskor som talade specifikt om den, detta kunde relateras till dess benägenhet att skapa oregelbundna blödningar hos kvinnan. Samtidigt ville de betona hur nöjda vissa kvinnor ändå var med sin p-stav. Preventivmetoden p-spruta fanns det en tveksamhet till, på grund av den höga hormondosen och därmed rekommenderades inte metoden. Andra orsaker uppgavs vara att p-sprutan gav klimakterieliknande besvär och längre fördröjning av ägglossning efter upphörd användning hos kvinnorna. Emellertid menade andra att alltför många barnmorskekollegor är rädda för de höga hormonnivåerna som den medför.

Balansera personliga och professionella erfarenheter av hormonella preventivmetoder i rådgivningen

Barnmorskor i föreliggande studie tog upp sina egna erfarenheter av preventivmedel, både personliga men även gällande personer i deras omgivning. Av de som uppgav att de hade haft

en god personlig erfarenhet av HPM menade vissa att denna erfarenhet kan komma att påverka preventivmedelsrådgivningen. Det uppgavs även en dålig personlig erfarenhet av HPM och där menade barnmorskorna att de aktivt försökte skilja på dessa erfarenheter under preventivmedelsrådgivning. Trots detta uppgavs egna erfarenheter kunna påverka inställningen till HPM.

“Sen personligt så kan man väl kanske också känna att har man testat en hormonspiral som är klockren för ens egna PMS besvär, så tror jag att det kan påverka oss att vilja få kvinnan att prova, det tror jag.”

– Studiedeltagare 7

Det nämndes att barnmorskor inte sällan har ett favorit-preventivmedel. Dessutom informerade inte barnmorskor lika mycket om alla preventivmedel som finns och anledningen kunde vara egen preferens, men även att de glömde bort preparatets existens.

“Och jag tror att egna preferenser lyser genom rätt så mycket vad man själv har för erfarenheter.”

– Studiedeltagare 8

Utöver det nämnde barnmorskorna hur den professionella erfarenheten, vad de har varit med om inom yrket, också har en viss inverkan på deras inställning gällande HPM.

“Man måste ju vara objektiv, ens egna värderingar ska ju inte komma in. Vilket är jättesvårt. (...) Får man fråga liksom: skulle du sätta in det eller skulle du sätta in det till din dotter? Så tänker jag: hmm kanske inte.”

– Studiedeltagare 9

Majoriteten av barnmorskorna berättade att de alltid försöker lyfta fördelarna med olika sorters HPM vid rådgivning. De betonade dock även vikten av att informera om potentiella negativa biverkningar, samtidigt som det fanns en rädsla för att berätta för mycket om dessa. Rädslan grundar sig i att kvinnan inte skulle våga prova något HPM och i stället riskerade att bli ofrivilligt gravid. En del biverkningar antogs kunna gå över efter ett tag om kvinnan gav det en chans och det påpekades hur biverkningar både kan vara positiva eller negativa.

Kvinnan som påverkande faktor

Att individanpassa vården föreföll centralt när barnmorskorna reflekterade över sin inställning till HPM. Det var tydligt att barnmorskornas inställning till HPM berodde på vilken kvinna de hade framför sig och hur de upplevde att tidigare patienter hade trivts med HPM.

Vikten av att vara följsam till kvinnans önskemål och behov

Hormonella preventivmedel ansågs vara något som främjade kvinnans autonomi, då kvinnan enligt barnmorskorna får möjligheten att bestämma över sin kropp. Detta bland annat genom reglering av sin menstruation, minskning av menstruella besvär och graviditetsskydd där kvinnan själv får avgöra om hon ska ha barn. Barnmorskorna ansåg vidare att kvinnan själv bör välja vilket preventivmedel som är aktuellt för henne utifrån rekommendationer, information och eget tycke.

“Hon ska aldrig gå därifrån och bli påprackad om ett preventivmedel utan hon ska gå härifrån och känna att med den informationen man har fått har hon gjort valet själv [sic].”

– Studiedeltagare 12

Kvinnans självbestämmande betonades av barnmorskorna och de hävdade att deras inställning till HPM styrdes utifrån kvinnans behov, önskemål, kunskapsnivå, mående, riskfaktorer och livssituation. Riskfaktorerna som deltagarna nämnde utgjordes av kvinnans BMI, sjukdomar, medicinering, hereditet och rökning.

*“Det är det jag kan ju dra mig lite för en tjej som har en... depression eller har precis börjat och så där med medicinering kanske och terapi. (...)
Så då just i den stunden kanske jag inte känner mig så positiv till det [HPM] då.”*

– Studiedeltagare 16

Kvinnornas inställning till HPM ansågs vara viktigare än barnmorskans egen inställning till det. Deltagande barnmorskor lyfte vikten av att kvinnan får grundlig information om de olika preparaten så att hon kan göra ett informerat val. Tillsammans med informerat val belystes följsamhet och eget ansvar, där barnmorskorna menade att följsamhet inte går att uppnå om kvinnan inte själv valt sitt preventivmedel och därmed är motiverad att fullfölja metoden.

“Man måste ju ta utgångspunkt utifrån, vem har jag framför mig? Om den kvinnan absolut tycker att hormoner verkar dödsläskigt. Så blir det ju ingen compliance om inte hon tror på sin metod. Så där tänker jag att min inställning kan ju inte färga vad hon ska ha. Det måste ändå få vara hennes val.”

– Studiedeltagare 5

Kvinnans trivsel var en central aspekt vilken uppmärksammades av barnmorskorna. De uttryckte att det var roligt att förskriva ut HPM när de såg att kvinnan mår bättre av det och de blev mer motiverade till att förskriva det igen till andra kvinnor. Samtidigt uttryckte barnmorskorna frustration när inget preventivmedel hjälpte och det framkom även en rädsla för att göra fel och försämra kvinnans mående vid förskrivning av ett HPM.

Olika strategier för att bemöta kvinnans hormonrädsla

Ett ämne som deltagarna frekvent tog upp under de olika intervjuerna var hormonrädsla. Det sades att: *“Folk idag är mer medvetna om hormoner,”* på tal om de nya bioidentiska hormonpreparaten som kommit på marknaden. Barnmorskorna talade om hur många kvinnor vill ha hormonfria preventivmedel eller åtminstone så låga doser som möjligt, relaterat till rädslan för att tillföra hormoner i kroppen. Mycket av hormonrädslan grundar sig enligt barnmorskorna i att det skulle vara onaturligt och oron för att få blodproppar. Samtidigt informerade dessa barnmorskor kvinnorna att de inte bör vara rädda eftersom det tillkommer större mängder hormoner vid en graviditet, som i sin tur medför en större risk för att utveckla blodproppar.

“Om du skulle bli ofrivilligt gravid så är ju risken för blodpropp mycket, mycket högre än om du tar ditt p-piller varje dag och det tror jag inte många förstår heller.”

– Studiedeltagare 7

Barnmorskorna använde sig av olika strategier för att informera sina patienter och lindra deras hormonrädsla. Exempelvis grafer för att visa sannolikheten för att utveckla blodpropp vid graviditet, p-pillerbruk respektive habitualtillstånd. Ytterligare verktyg för att undervisa om HPM inkluderade Pearl Index som barnmorskorna använde för att visa hur effektiva HPM är mot ofrivillig graviditet.

Barnmorskorna tog upp exempel på varifrån de menade att kvinnornas hormonrädsla härstammar såsom familj eller vänners erfarenheter med HPM, men även vad kvinnor idag konsumerar via social media. Argumentet att HPM är onaturligt bemötte barnmorskorna med att lyfta hur naturligt det egentligen är med hormoner och att de förekommer i våra kroppar oavsett. De menade att det mest naturliga alternativet för kvinnor är att vara gravida en stor del av livet, men för att förhindra detta krävs effektiva preventivmetoder. Utöver det påpekades hur onaturligt det är att ha så pass rikliga menstruationer att personen riskerar att drabbas av järnbristanemi.

“Jag brukar berätta för dem att det mest naturliga för en kvinna är ju egentligen att få jättemånga barn, jättemånga fler barn, än vad vi får idag och att också amma våra barn under många år, mycket längre än vad vi gör. (...) Det är ju liknande att liksom ta hormonella preventivmedel som gör att man har ägglossning till mindre utsträckning.”

– Studiedeltagare 7

Olika informationskällors inverkan

När barnmorskorna talade om förståelsen kring preventivmedel blev det prevalent hur utbildning inverkade på denna. De berättade även om var de får ny information och kunskap om preventivmedel från, vilket presenteras under följande subkategorier.

En önskan efter mer utbildning kring preventivmedel

Barnmorskorna uttryckte att det fanns för lite utbildning om preventivmedel, både i form av teori och praktik, och önskade att de hade fått mer av det när de studerade. I stället lärde de sig mycket på plats när de väl började arbeta. De barnmorskor som hade tagit sin examen nyligen upplevde att de hade fått en bra grund om preventivmedel från skolan, men uttryckte att den inte var så djupgående som de hade önskat. Barnmorskorna beskrev att utbildningen lade större fokus på ämnena graviditet och förlossning jämfört med preventivmedel. Ett annat ämne som kom på tal var vidareutbildningarna via arbetsplatsen och även här tyckte deltagare från barnmorskemottagningarna att kurserna lade mer fokus på graviditet. De önskade mer kurser om preventivmedel, vilket antogs vara begränsade på grund av kostnadsfrågor. Barnmorskorna på ungdomsmottagningarna upplevde att de fick möjlighet att kontinuerligt delta i kurser om preventivmedel och bekräftade att barnmorskemottagningar erbjöd för lite vidareutbildning om ämnet.

Det var enligt deltagarna vanligt att läkemedelsföretagen regelbundet besöker mottagningarna och det framkom en uppskattning för informationen de gav om specifika preventivmedel. Läkemedelsföretagens besök beskrevs som ett sätt för barnmorskorna att hålla sig uppdaterade om de nya preparaten, även om informationen tycktes vara vinklad då det rör sig om en typ av marknadsföring. Barnmorskorna påtalade då vikten av att göra uppföljningar med kvinnan så de kunde skapa en egen uppfattning om det nya preventivmedlet.

“Vi har ganska ofta tycker jag också olika läkemedelsföretag som kommer till mottagningen och liksom försöker marknadsföra sina läkemedel, sina p-piller. Där brukar min inställning vara att jag är ändå ganska... lite skeptisk. För att jag tänker att de vill också sälja och det ska ju vara utifrån vad kvinnan vill ha för någonting. Så jag tänker det är bra att de berättar, så vet jag att det finns.”

– Studiedeltagare 11

Eget intresse bidrar till ökad kunskap

En god förståelse för HPM var enligt barnmorskorna prevalent hos deras kollegor och hos sig själv, men de uppgav att förståelsen kunde variera med individuella intressen. Det ansågs att eget intresse för HPM leder till ökad kunskap och förståelse hos barnmorskor, då detta motiverar dem att hålla sig uppdaterade via olika informationskällor. Somliga barnmorskor uppgav att de var intresserade av HPM och gick extra utbildningar. De läste även om ny forskning, följde konton på social media som tog upp preventivmedel samt läste via övrig media om de senaste rönen, vilket enligt deltagarna utvecklade kunskapsnivån hos dem.

“Har du större intresse så kommer du läsa in dig mer om det, och då har du fler som kommer till dig för det. Så vet du mer om det.”

– Studiedeltagare 15

Sociala medier-konton som tar upp HPM men även konton som enbart talar om hormonfria preventivmedel, ansågs vara intressant för barnmorskorna. De barnmorskor som höll sig uppdaterade via forskning ansåg att det var deras plikt. Strävan efter att vara nyfikna och hålla sig uppdaterad inom ämnesområdet framkom under intervjuerna. Det ansågs tillhöra barnmorskeyrket att vara fullt uppdaterad och kunnig inom preventivmedelsområdet, genom

att exempelvis delta i utbildningar. När det kommer till kunskapen om nya HPM på marknaden uppgav barnmorskorna ha olika skäl till sin begränsning i den. Barnmorskorna medgav att de inte aktivt tog reda på saker om nya HPM samt hade svårt att hålla sig uppdaterade då det kommer ny information hela tiden.

“Vårt egna intresse av att hela tiden lära sig, liksom. Alltså utvecklas för att lära sig, att hålla sig ajour, ta reda på mer och delta i utbildningar. Det är jätteviktigt för hela barnmorskekarriären.”

– Studiedeltagare 2

Kollegor som bollplank och influens

Kollegors kunskapsnivå framstod som övervägande god, enligt barnmorskorna. Däremot upplevdes att äldre kollegor inte besatt en lika god kunskapsnivå, samt framkom det en viss rädsla för HPM bland dessa äldre barnmorskor som då förblev “fyrkantiga” i sitt arbete. De äldre barnmorskorna tros ha vittnat om fler komplikationer som följd av de äldre och starkare preparaten, och antas därmed vara mer rädda för hormoner. Däremot drar de sig inte för att be om hjälp eller diskutera med kollegor. Deltagande barnmorskor berättade att de ofta diskuterar med sina kollegor gällande preventivmedel och det kunde handla om favoritpreventivmedel, svåra patientfall, vilka HPM som de rekommenderar samt för- och nackdelar med specifika HPM. Via diskussioner med sina kollegor lärde sig barnmorskor av varandra och andras erfarenheter samtidigt som det kunde leda till att deras inställningar påverkades. Diskussioner och samtal skedde även med läkare på mottagningarna, men där upplevdes läkarna inte alltid tänka utifrån kvinnans behov på samma sätt som barnmorskor gör.

“Hon [läkaren] som vi har är väldigt positiv till hormonella preventivmedel och förespråkar LARC-metoden såklart, men även långcykelbehandling av p-piller. Det är liksom positivt. Det är den inställningen som förs ut till oss.”

– Studiedeltagare 1

Det kom på tal hur medicinska rådgivare är behjälpliga när barnmorskorna själva inte kan svara på en fråga. Dessutom tar deras medicinska rådgivare reda på ny information och håller sig uppdaterade för att sedan dela med sig av detta till mottagningarnas barnmorskor. Medicinska rådgivare informerar också barnmorskorna när riktlinjer och rekommendationer

uppdateras. Barnmorskorna använde rekommendationer och riktlinjer i sitt arbete samt menade de att dessa styr deras förhållningssätt till HPM. Exempelvis genomsyrar LARC-metoder rekommendationerna på grund av deras höga säkerhet och Prionelle för dess låga blodproppsrisk. Barnmorskorna betonade vikten av att se individens behov oavsett riktlinjer, någonting som inte alla upplevde att deras kollegor gör.

“Det är som en slags balansgång mellan vad det var riktlinjerna säger från regionen, från Läkeemedelsverket och sen min erfarenhet eller vad jag hör från olika patienter.”

– Studiedeltagare 11

Diskussion

Metoddiskussion

I syfte att täcka flera breda aspekter av barnmorskors inställning och förståelse valde författarna att använda sig av semistrukturerade intervjuer, där intervjudeltagaren har möjlighet att tala mer fritt om vad de kopplar till ämnet och dess huvudfrågor jämfört med strukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes individuellt för att säkerställa att deltagarna kunde tala fritt utan att påverkas av varandras uttalanden. Fokusgruppsintervjuer hade medfört styrkan att väcka funderingar hos deltagarna för att få fram ett brett spektrum av synpunkter, där barnmorskorna hade kunnat bolla tankar med varandra (Kvale & Brinkmann, 2014). Samtidigt som fokusgruppsintervjuer hade kunnat skapa en mer tillåtande miljö för andras åsikter samt gett utrymme för mer spontana och emotionella uttryck, finns enligt författarna även risken att enstaka deltagare inte skulle våga uttrycka sig fritt eller ta lika stor plats i intervjun. Utöver det ger fokusgruppsintervjuer lägre kontroll till moderatören och intervjuens förlopp (Kvale & Brinkmann, 2014).

Oavsett intervjuform finns risken att deltagarna inte var bekväma att uttrycka sig helt fritt, då ämnet enligt författarna kan vara aningen kontroversiellt och till viss del berör barnmorskors prestation i yrket. Därav behövde författarna även se till att resultatet var en spegling av vad intervjupersonerna faktiskt uttryckte (Kvale & Brinkmann, 2014). Det gjordes bland annat genom att transkribering skedde ordagrant samt att en manifest analysmetod valdes, där

deltagarnas svar tolkades mer textnära och på en lägre abstraktionsnivå än vid exempelvis latent analys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är ytterligare en svaghet av intervjustudier att det alltid förekommer en ojämn maktbalans mellan deltagare och intervjuare, en så kallad maktasymmetri. Maktasymmetrin som uppstår kan förklaras bland annat med att författarna i föreliggande studie som intervjuare har en vetenskaplig kompetens om intervjuämnet, fastställer intervjuämnet, ställer frågorna utifrån det samt inleder och avslutar intervjun. I föreliggande studies fall var maktasymmetrin, gällande kompetens, något lägre då intervjudeltagarna är utbildade barnmorskor med professionell erfarenhet och intervjuarna är barnmorskestudenter. Samtidigt kan en deltagare i en studie utföra en motkontroll genom att inte ge ifrån sig all information och prata runt ämnet. Det gäller som intervjuare att reflektera kontinuerligt över sin roll och beakta den interpersonella relationen samt skapa en gynnsam intervjusituation för deltagaren (Kvale & Brinkmann, 2014).

Vid kvalitativa intervjuer med innehållsanalys talas det enligt Graneheim och Lundman (2004) om trovärdighet och hur dess olika aspekter kan förklaras med begreppen *giltighet*, *överförbarhet*, *tillförlitlighet* och *delaktighet*. Genom att författarna växelvis höll i intervjuerna stärktes *tillförlitligheten*, eftersom det ökade möjligheten att fånga upp variationer av ämnet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Att författarna till föreliggande studie läst igenom alla intervjuer och genomfört all analys av data gemensamt ökar ytterligare tillförlitligheten. En annan aspekt är *giltighet* i ett resultat, vilket utmärker tillvägagångssättet av datainsamling, datamättnad och val av deltagare (Graneheim & Lundman, 2004). Det gäller att välja deltagare med varierande erfarenheter eftersom det ökar möjligheten att belysa intervjuämnet ur olika aspekter, vilket uppnåddes genom att inkludera barnmorskor i olika åldrar, med varierande arbetslivserfarenhet samt varierat antal verksamma år som barnmorska. Mängden data i studien anses enligt författarna vara tillräcklig för ett betydande resultat, då 17 barnmorskor deltog och det fanns tydliga mönster av likheter och skillnader i det transkriberade materialet.

Tre av 17 intervjuer varade mindre än 15 minuter och det gick inte att finna några uppenbara anledningar till detta, då de tre kortare intervjuerna förekom sporadiskt under intervjuprocessen. Det kan antas bero på individuella variationer hos deltagarna och att författarna inte riktigt nådde fram till dem. Författarna bad barnmorskorna att fördjupa sina

svar och ställde frekvent följdfrågor samt stödfrågor enligt intervjuguiden, men i slutändan var det barnmorskorna som ledde hur mycket de ville säga om varje fråga. Om intervjuerna hade skett i person snarare än via Zoom, kanske detta hade motiverat deltagarna till att dela med sig av mer. Det finns alltid en risk att digitala intervjuer blir alltför opersonliga.

Det förekom till viss del en snöbollsrekrytering samt att barnmorskorna själva anmälde sig utefter intresse som ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2018). Sannolikheten att deltagarna hade ett särskilt intresse för ämnet och var insatta i detta, är således hög på grund av hur de rekryterades. Däremot togs den initiala kontakten med barnmorskorna via deras chefer och författarna hade därmed ingen kontroll över den delen av rekryteringen. Fördelen med detta var att barnmorskorna redan hade en etablerad kontakt med sina chefer och det blev därför enklare att förmedla information på detta vis. Den potentiella nackdelen var att barnmorskorna kan ha känt sig pressade att delta i studien för att göra ett gott intryck på sin chef. Därav var det ännu viktigare att författarna upprepade deltagarnas rätt att backa ur studien samt erhöll både skriftligt och muntligt samtycke från dem.

Delaktighet beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim (2017) som den nivå forskarna är involverade i datainsamlingen. I föreliggande studies fall var båda författare högst involverade i intervjuerna och därmed anses författarna vara medskapare av intervjutexten. Därför kan inte en kvalitativ studies resultat anses vara oberoende av författarna samt kan det förekomma en viss grad av förförståelse. Med förförståelse menas bilden som en författare har av ämnet som skall studeras och innefattar bland annat teoretisk kunskap, individuella erfarenheter och fördomar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Då författarna till föreliggande studie studerar på barnmorskeprogrammet förekom det en viss förförståelse. Därav har författarna varit medvetna om och reflekterat kring detta kontinuerligt genom hela arbetsprocessen, i syfte att minska den eventuella inverkan. En studies *överförbarhet* beskriver hur dess metod och resultat har potential att appliceras till andra omständigheter och sammanhang. För att främja detta vinnlade sig författarna om en strukturerad metodbeskrivning där det tydligt framgick en beskrivning av sammanhang, urval, datainsamling och dataanalys. Författarna anser sig ha gjort detta genom deras strukturerade metodbeskrivning, men enligt Graneheim och Lundman (2004) är det enbart läsaren som kan avgöra dess överförbarhet.

Resultatdiskussion

Det mest framträdande resultatet som framkom i föreliggande studie, var barnmorskornas positiva inställning till HPM samtidigt som de på en djupare nivå visade sig ha mycket skilda åsikter gällande specifika typer av HPM. Det framkom emellertid även mindre positiva tankegångar, exempelvis beträffande p-stav, medan det varierade huruvida de föredrog hormonspiral eller ej. De barnmorskor som inte var positiva till hormonspiral hade även en negativ syn på p-stav, vilket kunde kopplas till deras generella tveksamhet till gestagena preparatens biverkningar. Det framkom ingen direkt negativ inställning till specifikt kombinerade p-piller, men barnmorskorna var tydliga med att LARC-metoder är det mest effektiva preventivmedlet mot oönskad graviditet.

I en australiensisk kvalitativ studie av Black et al. (2021) undersöktes följsamheten 12 månader efter att kvinnor erhållit p-piller, hormonspiral eller p-stav, där resultatet visade att nöjdheten var störst bland dem med hormonspiral, vilket också barnmorskorna i föreliggande studie föredrog samt uppgav att kvinnorna hade hög trivsel av. De som visade minst följsamhet i studien av Black et al. (2021) var kvinnorna med p-piller, vilket dock kan diskuteras utifrån det faktum att kvinnor själva kan avsluta sin p-pillerbehandling medan en professionell behöver ta ut spiral och p-stav. Ett faktum som även barnmorskorna i föreliggande studie påpekade kunde vara en fördel, då kvinnor själva kan bestämma att avsluta sin p-pillerbehandling oavsett tidpunkt. I studien av Wätterbjörk et al. (2011) uppgav barnmorskorna att följsamheten hos en kvinna styrks om hon erhåller gedigen pålitlig och omfattande information. Likt hur barnmorskorna i föreliggande studie lade stor vikt på kvinnans åsikt, informerat val och självbestämmande, uttryckte även deltagare i en amerikansk intervjustudie av Stevens (2018) att de inte skriver ut preventivmedel till kvinnan om hon är osäker på metoden. Detta då en osäkerhet på preventivmetoden sannolikt inte ger god följsamhet hos henne

I en skotsk kvalitativ studie av McCance och Cameron (2014) tas det upp hur de flesta barnmorskorna i deras studie föredrog att rekommendera LARC-metoder framför p-piller på grund av deras tillförlitlighet, vilket också framkom i föreliggande studie när det gällde barnmorskans värdering och rekommendation vid LARC-metoder. Detta går att koppla till första principen i Karlsdóttirs och Halldórsdóttirs (2022) teori, *Professional Competence*, där det lyfts att barnmorskan ska erbjuda säker vård. Säker vård i detta fall innebär att kvinnan

erhåller ett bevisat säkert skydd mot ofrivillig graviditet där barnmorskan först har uteslutit eventuella kontraindikationer. För att enligt denna princip upprätthålla evidensbaserad vård bör barnmorskor även hålla sig uppdaterade (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022), någonting som flera deltagare i föreliggande studie ansåg vara deras plikt. Detta uppges av ICM (2014) i deras etiska kod, att barnmorskan skall upprätthålla en patientsäkerhet genom att använda sig av uppdaterad och evidensbaserad kunskap.

Både i föreliggande studie och i studien av McCance och Cameron (2014) menade flera barnmorskor på hur svårt det var att hålla sig uppdaterade när det kommer till nya preventivmedel. Enligt barnmorskorna i föreliggande studie baseras mycket av deras kunskap om preventivmedel på deras eget intresse för detta, medan det var tydligt att grundutbildningen kring ämnesområdet var otillräcklig och många även saknade vidareutbildning via arbetet. Även i en studie av Walker et al. (2021) menade brittiska barnmorskor att deras grundutbildning och vidareutbildning kring preventivmedel var bristfällig och de hade känt sig säkrare i sin roll om de hade fått träna mer på de praktiska momenten. Likt barnmorskorna i föreliggande studie, nämnde barnmorskorna i studien från Walker et al. (2021) kostnaden av kurser och vidareutbildning via arbetsplatsen som en möjlig anledning till begränsningen. Barnmorskor i studien av McCance och Cameron (2014) tar också upp hur grundutbildningen brister gällande preventivmedel då det endast nämndes sparsamt i utbildningen de erhöll. Barnmorskorna uttryckte även att de inte hade tillräcklig kunskap för att ge detaljerad preventivmedelsrådgivning. Grundutbildningens avsaknad av fördjupat innehåll gällande preventivmedel, togs även upp i föreliggande studie tillsammans med deras önskan efter fler kurser i ämnet under utbildningstiden.

I studien av Stevens (2018) visade det sig att vissa barnmorskor och sjuksköterskor ansåg att kvinnorna bör stå ut med eventuella biverkningar i upp till sex månader, därför att ett effektivt graviditetsskydd överväger biverkningarna som dessutom är övergående. Detta perspektiv speglas även i föreliggande studie, där barnmorskor menade att vissa biverkningar kan gå över om kvinnan bara har tålamod och ger preventivmetoden en chans. Detta kan enligt författarna tolkas som oförenligt med principerna *Professional Caring* och *Interpersonal Competence* vilka lyfter vikten av att vara lyhörd till kvinnans behov och främja hennes självbestämmanderätt samt att ha respekt för varandras kunskap (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). I detta fall kvinnans kunskap om sitt eget mående och sin kropp. Samtidigt menade deltagarna i föreliggande studie samt Stevens (2018) studie att de ser till att informera om

biverkningar innan de förskriver ett preventivmedel, även om det framkom en viss rädsla för att uppmärksamma negativa biverkningar alltför tydligt. Detta framfördes även i studien av Wätterbjörk et al. (2011) där barnmorskorna informerades om biverkningar av ett preventivmedel men det kunde variera hur mycket information de gav om det. I den svenska intervjustudien av Borg och Zakrisson (2018) framkom det bland fokusgrupper med kvinnor att barnmorskors information om preventivmedel kan upplevas en aning vinklad, när det gäller HPM's fördelar och nackdelar.

En biverkan betyder enligt Läkemedelsverket (u.å.) en effekt av ett läkemedel som anses vara skadligt eller oavsiktligt. Barnmorskorna i denna studie beskrev biverkningar av HPM som någonting vilket både kan vara positivt och negativt. Denna beskrivning gavs även av Brussel Gidlöf et al. (2023) som uppgav att HPM kan ge positiva och negativa hälsoeffekter. Hur detta perspektiv framfördes av barnmorskorna i föreliggande studie, är enligt författarna intresseväckande, då barnmorskorna beskrev HPM's positiva biverkningar som fördelar för kvinnan och lyfte dessa i samband med preventivmedelsrådgivning. Enligt författarna skildras biverkningar allmänt som någonting negativt i folkmun, men i detta sammanhang kunde biverkningar innebära ett positivt fenomen.

Samtalsämnen från föreliggande studie som lyfter principen *Professional Caring* enligt Karlsdóttir och Halldórsdóttir (2022), är deltagande barnmorskors tålamod och förståelse för kvinnors hormonrädsla, samt hur tydliga de var med vikten av kvinnans önskemål och självbestämmanderätt. I föreliggande studie framkom det också att barnmorskorna bemötte kvinnornas hormonrädsla med att ge dem information. I en svensk intervjustudie av Kolak et al. (2022) tas kvinnors hormonrädsla upp och även där bemötte barnmorskorna denna med information, vilket upplevdes av kvinnorna vara uppmuntrande och stärkande. I Stevens (2018) studie framkom också att barnmorskorna och sjuksköterskorna bemötte kvinnornas hormonrädsla med att ge information, men vissa upplevde att detta kunde resultera i en fientlig stämning i patientrelationen. Detta kopplar författarna till principen om *Interpersonal Competence*, vilken berör barnmorskans förmåga att bygga upp ett partnerskap med kvinnan, där båda respekterar varandras kunskap (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Hormonrädslans uppkomst uppgavs i denna studie härstamma bland annat från vänners och familjers erfarenheter, vilket även speglas i studierna av Kolak et al. (2022) och Stevens (2018).

I en litteraturstudie av Soin et al. (2022) belystes vårdpersonalens värderingar och preferenser gällande preventivmedelsmetoder. I vårdpersonal ingick barnmorskor, läkare, sjuksköterskor och andra som arbetade med preventivmedelsrådgivning globalt i 27 länder. I studien framkom att vårdpersonalens värderingar och preferenser, gällande preventivmetoder, påverkades av faktorer relaterade till preventivmedlets egenskaper, kvinnans anamnes samt vårdpersonalens egen utbildningsnivå och omgivning. Med preventivmedlets egenskaper menades exempelvis effektivitet, säkerhet, påverkan på blödningsmönstret, kontraindikationer, kostnad, glömskemarginal och hur lätt det var att avsluta behandlingen (Soin et al., 2022). Dessa är faktorer som även i föreliggande studie sades påverka barnmorskornas inställning till specifika preventivmedel. Med kvinnans anamnes menade Soin et al. (2022) ålder, sjukdomshistoria, riskfaktorer, reproduktiv livsplan samt kvinnans specifika behov. Föreliggande studie visar ett snarlikt resultat, där barnmorskorna uppgav samma påverkande faktorer. Även vårdpersonalens utbildning och omgivning är i linje med föreliggande studies resultat. Vårdpersonalen i studien av Soin et al. (2022) nämnde nämligen vårdpersonalens varierande kunskapsnivåer om preventivmedel, deras erfarenheter, brist på fördjupande praktik och antal verksamma år. Samma studie tar upp kollegor och arbetsmiljö som influenser, likt barnmorskorna i föreliggande studie.

I föreliggande studie visade det sig att barnmorskornas inställning även var färgad av deras egna erfarenheter, vilket kan relateras till principen *Professional Wisdom* med fokus på barnmorskans arbete utifrån sin kunskap och tidigare erfarenheter (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Noterbart var hur Soin et al. (2022) talar om hur vårdpersonal har tydliga preferenser bland preventivmedel, vilket även var framträdande i föreliggande studies resultat. Detta ligger i linje med Ekelunds och Petersens (2017) intervjustudie, vilken belyser att barnmorskors individuella preferenser av preventivmedel kan påverka informationen de ger till sina patienter.

Konklusion och implikationer

I föreliggande studie har barnmorskor en överlag positiv inställning till hormonella preventivmedel, främst på grund av dess potential till att hjälpa kvinnor med graviditetsskydd samt andra menstruella besvär, såsom dysmenorré och menorrhagi. På ett djupare plan ses däremot mer variationer bland inställningen till specifika preparat och dessa är mer kopplade till barnmorskans egna erfarenheter, både professionellt och privat. Kollegor och styrdokument tenderar också att ha inflytande på barnmorskans inställning till och förståelse av hormonella preventivmedel. Även utbildning, grundutbildning såväl som vidareutbildning via arbetsplatsen, var avgörande för deras syn på och förståelse av ämnet. Det egna intresset och tendensen att uppdatera sig via forskning visade sig ha stor betydelse för hur insatta barnmorskorna var i nya preventivmedel samt dess användningsområden.

Preventivmedelsrådgivning utgör en stor del av barnmorskans ansvarsområde och en majoritet av preventivmedel förskrivs av just barnmorskor. Förhoppningen är att barnmorskor som läser denna studie kan dra nytta av dess resultat och öka sin medvetenhet kring sin roll som preventivmedelsrådgivare. Studiens resultat visar tydligt att den egna inställningen och förståelsen kan ha en inverkan på preventivmedelsrådgivningen, varför det är av stor vikt att som barnmorska kontinuerligt reflektera över sitt eget förhållningssätt.

Det framkom tydligt en önskan efter större fokus på preventivmedel bland barnmorskor och enligt författarna är det viktigt att uppfylla denna, för att värna om barnmorskors förskrivningsrätt och kompetensområde. Det finns behov av vidare forskning kring området i en svensk kontext, men även globalt. För framtida forskning vore det intressant att uppnå ett urval av barnmorskor med mer skilda åsikter.

Referenser

Alvehus, J. (2019). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok* (2 uppl.). Liber.

Black, K. I., McGeechan, K., Watson, C. J., Lucke, J., Taft, A., McNamee, K., Haas, M., Peipert, J. F., & Mazza, D. (2021). Women's satisfaction with and ongoing use of hormonal long-acting methods compared to the oral contraceptive pill: Findings from an Australian general practice cluster randomised trial (ACCORD). *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *61*(3), 448–453. <https://doi.org/10.1111/ajo.13319>

Borg, A., & Zakrisson, C. (2018). Unga kvinnors erfarenheter av hormonell antikonception - En kvalitativ innehållsanalys. *Borås Högskola: Sexuell och Reproductiv Hälsa vid Akademien för Vård, Arbetsliv och Välfärd*. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1303390/FULLTEXT01.pdf>

Botfield, J. R., Tulloch, M., Contziu, H., Phipps, H., Bateson, D., Wright, S. M., McGeechan, K., & Black, K. I. (2021). Contraception provision in the postpartum period: Knowledge, views and practices of midwives. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, *34*(1), e1–e6. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.013>

Brussel Gidlöf, S., Almén, M., Bergström, M., Engberg, H., Flöter Rådestad, A., Rakhorst Wennström, A., Sjösten, A., Stenfelt, C., Söderman, L., & Wallström, T. (2023). *Riktlinjer för behandling med hormonella preventivmetoder*. Janusinfo. <https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlatanden/kvinnosjukdomarochforlossning/kvinnosjukdomarochforlossning/riktlinjerforbehandlingmedhormonellapreventivmetoder.5.6081a39c160e9b387319df.html#h-Gestagenametoder>

Brynhildsen, J., Kopp Kallner, H., & Kilander, H. (2022). Antikonception. I T. Bäckström, P. Kjølhede & B-M. Landgren. (Red.), *Gynekologi* (3 uppl., s. 243-260). Studentlitteratur.

Ekelund, J., & Petersen, E. (2017). Barnmorskans erfarenhet av samtal kring biverkningar av hormonella preventivmedel – En intervjustudie. *Lund Universitet: Medicinska Fakulteten*.

<https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=8898324&fileId=88984>

[27](#)

Envall, N., Wallström, T., Gemzell Danielsson, K., & Kopp Kallner, H. (2022). Use of contraception and attitudes towards contraceptive use in Swedish women: an internet-based nationwide survey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 27(5), 409–417.

<https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2094911>

Folkhälsomyndigheten. (21 februari 2023). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/#:~:text=Sexuella%20och%20reproduktiva%20rattigheter%20handlar,trakasserier%2C%20sexuellt%20vold%20eller%20stigmatisering>

Gemzell-Danielsson, K., Thunell, L., Lindeberg, M., Tydén, T., Marintcheva-Petrova, M., & Oddens, B. J. (2011). Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(8), 869–877.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01180.x>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hellström, A., Gemzell Danielsson, K., & Kopp Kallner, H. (2019). Trends in use and attitudes towards contraception in Sweden: results of a nationwide survey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 24(2), 154–160. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1581163>

International Confederation of Midwives (ICM). (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Karlsdóttir, S. I., & Halldórsdóttir, S. (2022). A Theory of Professionalism in Midwifery for the Empowerment of Childbearing Women. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfreðsdóttir, A. Wikberg & E. Aagaard Nohr (Red.), *Theories and Perspectives for Midwifery: A Nordic View* (1 uppl., s. 233-241). Studentlitteratur.

Kolak, M., Löfgren, C., Hansson, S. R., Rubertsson, C., & Agardh, A. (2022). Immigrant women's perspectives on contraceptive counselling provided by midwives in Sweden - a qualitative study. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 30(1), 2111796.

<https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2111796>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Studentlitteratur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Le Guen, M., Schantz, C., Régnier-Loilier, A., & de La Rochebrochard, E. (2021). Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), 284, 114247. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247>

Lukasse, M., Baglo, M. C. G., Engdal, E., Lassemo, R., & Forsberg, K. E. (2021). Norwegian women's experiences and opinions on contraceptive counselling: A systematic textcondensation study. *European Journal of Midwifery*, 5, 4.

<https://doi.org/10.18332/ejm/132224>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s. 219-234). Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (16 april 2014). *Antikonception – behandlingsrekommendation*.

<https://www.lakemedelsverket.se/48e08d/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-antikonception.pdf>

Läkemedelsverket. (u.å). Biverkan. <https://www.lakemedelsverket.se/sv/rapportera-biverkningar/lakemedel#:~:text=En%20biverkning%20är%20en%20skadlig,personer%20under%20en%20längre%20tid.>

McCance, K., & Cameron, S. (2014). Midwives' experiences and views of giving postpartum contraceptive advice and providing long-acting reversible contraception: a qualitative study. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 40(3), 177–183. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100770>

Odlind, V., & Milsom, I. (2022). Preventivmedel. I M. Bixo & I. Sundström Poromaa (Red.), *Problemorienterad gynekologi och obstetrik* (2 uppl., s. 124-138). Liber.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen* (4 uppl.). Liber.

Patientlag. (SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821#K3

Ribeiro, S., & Blanck, A. (2022). ”Utöka förskrivningsrätten för sjuksköterskor och barnmorskor”. *Dagens Medicin*. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/utoka-forskrivningsratten-for-sjukskoterskor-och-barnmorskor/>

Polit, D. F., & Beck, T. C. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (9 uppl.). Wolters Kluwer.

Rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte (SOSFS 1996:21). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/1996-10-21.pdf>

Socialstyrelsen. (21 juni 2022). *Statistik om aborter 2021*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/statistik/2022-6-8007.pdf>

Soin, K. S., Yeh, P. T., Gaffield, M. E., Ge, C., & Kennedy, C. E. (2022). Health workers' values and preferences regarding contraceptive methods globally: A systematic review.

Contraception, 111, 61–70. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.04.012>

Statistiska centralbyrån. (15 mars 2021). *Delmål 3.7 - Tillgängliggöra reproduktiv hälsovård, familjeplanering och utbildning för alla*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/agenda-2030/mal-3/delmal-3.7/>

Stevens, L. M. (2018). "We have to be mythbusters": Clinician attitudes about the legitimacy of patient concerns and dissatisfaction with contraception. *Social Science & Medicine* (1982), 212, 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.020>

Svahn, S., Niemeyer Hultstrand, J., Tydén, T., & Ekstrand Ragnar, M. (2021). Contraception use and attitudes: women's concerns regarding hormonal contraception and copper intrauterine devices. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 26(6), 473–478. <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1975267>

Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. L. (2016). *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource* (4 uppl.). Wiley.

Teal, S., & Edelman, A. (2021). Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. *JAMA*, 326(24), 2507–2518. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21392>

Tydén, T., & Ekstrand Ragnar, M. (2022). Antikonception. I H. Lindgren, K. Christensson & A. K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (2 uppl., s. 173-210). Studentlitteratur.

Vikström, M., & Lilliehöök, E. (2021). Preventivmedelsrådgivning. I M. Oscarsson & S. Georgsson (Red.), *Etik för barnmorskor* (s. 241-262). Studentlitteratur.

Walker, S. H., Hooks, C., & Blake, D. (2021). The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: a mixed method concurrent study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 411. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03895-2>

World Medical Association. (6 September 2022). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research involving Human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wätterbjörk, I., Häggström-Nordin, E., & Hägglund, D. (2011). Provider strategies for contraceptive counselling among Swedish midwives. *British Journal of Midwifery*, 19(5), 296–301. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.5.296>

Arbetsfördelning

Författarna till föreliggande studie har båda varit lika involverade i rekryteringsprocessen, datainsamlingen, dataanalysen och sammanställningen av all text utifrån gemensamma diskussioner och reflektioner. Samtliga intervjuer, bortsett från en, fördes tillsammans där författarna växelvis var den ledande parten. Således har båda författare varit lika delaktiga och bidragit med lika mycket genom hela arbetsprocessen.

Tackord

Vi vill tacka alla barnmorskor som tog sig tiden att delta i vår studie och bidra till ett mer mångfacetterat resultat. Vi vill även tacka vår handledare Maria Ekstrand Ragnar, som med kontinuerlig feedback och stöd hjälpte oss genom processen av vårt magisterarbete. Dina idéer och förslag gav arbetsprocessen ett bra flyt. Tack till vår examiner Anna-Karin Dykes för dina råd och konstruktiva lösningar som bidragit till ett bättre arbete.

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur länge har du varit verksam inom barnmorskeyrket?
- Vart tog du din examen?
- Hur många år har du erfarenhet av att ge preventivmedelsrådgivning?

Huvudfråga

- Vill du beskriva din inställning till hormonella preventivmedel?

Följdfrågor

- Hur upplever du att din inställning skiljer sig från andra barnmorskors inställning?
- Hur upplever du förståelsen för hormonella preventivmedel hos dagens barnmorskor?
- Hur har din inställning utvecklats sedan du tog examen?

Stödfrågor

- Vad tror du att detta kan bero på?
- Vilka bidragande faktorer kan du identifiera?
- Kan du ge ett exempel?
- Vill du tillägga något?
- Vill du utveckla?