

Examensarbete:

Att välja preventivmetod

- En kvalitativ intervjustudie om unga kvinnors
upplevelser av preventivmedelsrådgivningen

Utvecklingsarbete:

Skolhälsovårdarens preventivmedelshandbok

- En produkt som hjälper hälsovårdaren inom skol- och
studerandehälsovården att ge unga kvinnor råd och
information om preventivmetoder: handbok med
tillhörande broschyr

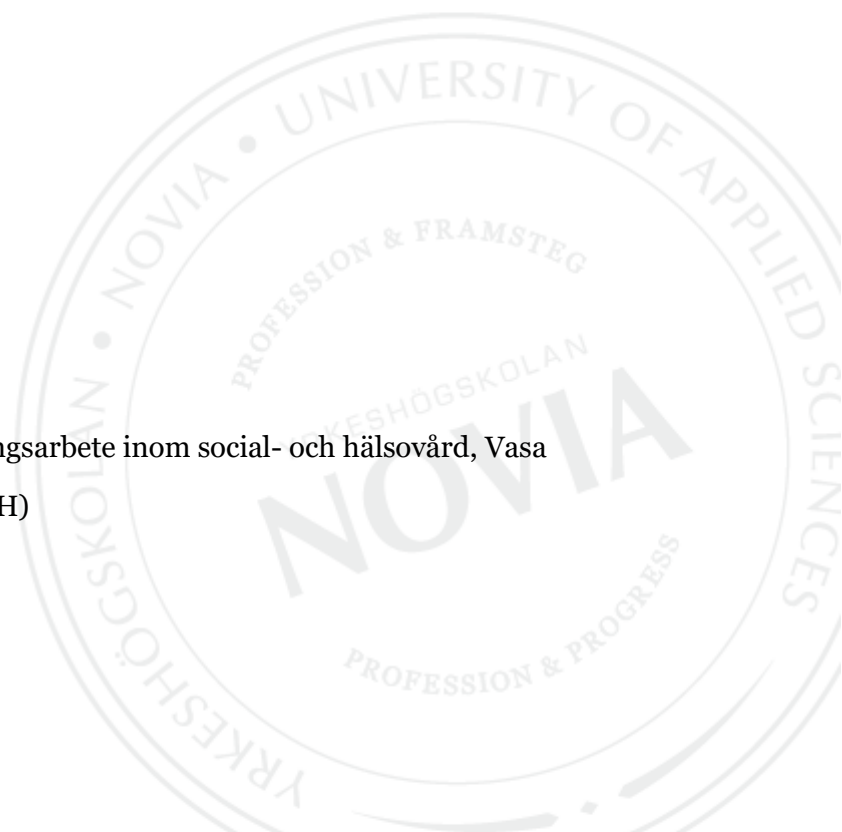
Cathrine Envall

Iréne Lithén

Examensarbete och utvecklingsarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Cathrine Envall & Iréne Lithén

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Att välja preventivmetod – En kvalitativ studie om unga kvinnors upplevelser av preventivmedelsrådgivningen

Datum: November 2016

Sidantal: 56

Bilagor: 4

Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att undersöka vilka upplevelser och erfarenheter unga kvinnor har av att få preventivmedelsrådgivning. Våra frågeställningar är: Hur upplever kvinnorna det bemötande de fått under rådgivningen? Vilka erfarenheter av och kunskaper om olika preventivmetoder har kvinnor och hur har detta beaktats i rådgivningen? Hur har kvinnornas situation och levnadsvanor tagits i beaktande i preventivmedelsrådgivningen? Hurdan stöd har kvinnorna fått av rådgivaren i sina val av preventivmetod?

Som teoretiska utgångspunkter har vi använt oss av Sigridur Halldorsdottirs omvårdnadsteori och Anneli Sarvimäkis och Bettina Stenbock-Hults beskrivningar av vårdförhållandet och självbestämmanderätten. Vårt datamaterial består av sex intervjuer med unga kvinnor i åldrarna 20-23. Materialet har vi analyserat med kvalitativ innehållsanalys och resultatet har vi tolkat genom att spegla det mot våra teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning.

I resultatet framkom att kvinnorna haft både positiva och negativa upplevelser av preventivmedelsrådgivningen. Ofta ansåg kvinnorna att de fått för lite information. Det framkom också faktorer som påverkar kvinnans val av preventivmetod. Kvinnorna uttryckte en del önskemål på rådgivningen, bland annat ville de ha mer information om preventivmetodernas biverkningar och om alternativa metoder. De ville även att rådgivaren skulle stöda deras val av preventivmetod och dessutom uppmärksamma den sexuella hälsan hos unga kvinnor.

Språk: Svenska

Nyckelord: Preventivmedel, preventivmedelsrådgivning, unga kvinnor, upplevelser, sexuell hälsa, biverkningar, information

OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Cathrine Envall & Iréne Lithén

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Terveystieteiden ja terveyskasvatustieteiden osasto, Vaasa

Ohjaaja: Marie Hjortell

Nimike: Ehkäisymenetelmän valinta – Laadullinen tutkimus nuorten naisten kokemuksista ehkäisyneuvolasta

Päivämäärä: Marraskuu 2016

Sivumäärä: 56

Liitteet: 4

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, minkälaisia kokemuksia nuorilla naisilla on ehkäisyneuvolasta. Meidän kysymykset ovat: Miten naiset kokeilevat kohdallisuus, jota he ovat saaneet neuvolakäynnillä? Minkälaisia kokemuksia ja tietoja naisilla on erilaisista ehkäisyvaihtoehdoista ja miten se on otettu huomioon neuvolassa? Miten naisien tilannetta ja elämäntapoja on otettu huomioon ehkäisyneuvolassa? Minkälaista tukea naiset ovat saaneet neuvonantajalta ehkäisymenetelmän valinnassa?

Teoreettisinä lähtökohtina olemme käyttäneet Sigridur Halldorsdottirin hoitotyöteoria ja Anneli Sarvimäen ja Bettina Stenbock-Hultin kuvaus hoitosuhteesta ja itsemääräämisoikeudesta. Aineistomme sisältää kuusi haastattelua 20–23-ikäisillä nuorilla naisilla. Tutkimusmetodinamme olemme käyttäneet laadullinen sisällysanalyysi. Tutkimusmateriaali olemme analysoineet laadullisella sisällysanalyysillä ja tulokset olemme tulkinneet peilaamalla teoreettisiin lähtökohtiimme ja aikaisempiin tutkimuksiin.

Tuloksista kävi ilmi että naisilla ovat kokeneet sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia ehkäisyneuvolasta. Naiset väittivät usein, etteivät he olivat saaneet riittävästi informaatiota. Tuli myös ilmi tekijöitä, jotka vaikuttivat naisten ehkäisyvalintaan. Naiset ilmaisivat muutama toivomusta neuvolasta, muun muassa he halusivat enemmän tietoja ehkäisymenetelmien haittavaikutuksista ja vaihtoehtoisista ehkäisymenetelmistä. He halusivat myös että neuvonantaja tukisi heitä ehkäisymenetelmän valinnassa ja myös ottaisi huomioon nuoren naisen seksuaalinen terveys.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Ehkäisymenetelmä, ehkäisyneuvonta, nuoria naisia, kokemuksia, seksuaaliterveys, haittavaikutukset, tietoja

BACHELOR'S THESIS

Authors: Cathrine Envall & Iréne Lithén

Education and place: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title: Choosing contraceptive method – A qualitative study about young women's experiences of contraceptive counseling

Date: November 2016

Number of pages: 56

Appendices: 4

Summary

The aim of this study is to examine young women's experiences of contraceptive counseling. Our questions are: How do women experience the encounters in contraceptive counseling? What experiences with and knowledge about different contraceptive methods do women have and how have these been taken into consideration in contraceptive counseling? How have women's situation and lifestyle been taken into consideration in contraceptive counseling? What kind of support in the choice of contraceptive method have women received from the counselor?

As theoretical framework, we have used Sigridur Halldorsdottir's Theory of Caring and Anneli Sarvimäki's and Bettina Stenbock-Hult's descriptions of the caring relationship and the patient autonomy. Our data consist of six interviews with young women aged 20-23. We have analyzed the data using qualitative content analysis and we have interpreted the result by reflecting it against our theoretical framework and previous research.

The result showed that women had had both positive and negative experiences of contraceptive counseling. Women often felt that they had received too little information. It also emerged some factors that can affect women's choice of contraceptive method. The women expressed some requests of the contraceptive counseling, including wanting more information about side effects of contraceptives and about alternative methods. They also wanted the counselor to support their choice of contraceptive method and furthermore to pay attention to young women's sexual health.

Language: Swedish

Key words: Contraceptive, contraceptive counseling, young women, experiences, sexual health, side effects, information

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställningar	2
3 Teoretiska utgångspunkter	3
3.1 Halldorsdottirs omvårdnadsteori	3
3.2 Vårdförhållandet och självbestämmanderätten enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult	4
4 Teoretisk bakgrund	6
4.1 Målet med preventivmedelsrådgivningen.....	6
4.2 Barriärmetoder	6
4.2.1 Kondom	6
4.2.2 Pessar	7
4.2.3 Spermiedödande medel.....	7
4.3 Hormonella preventivmetoder	8
4.3.1 P-piller och minipiller	8
4.3.2 P-plåster och P-ring	9
4.3.3 P-stav och P-spruta	10
4.3.4 Akut p-piller.....	10
4.4 Intrauterina preventivmetoder	11
4.4.1 Hormonspiral	11
4.4.2 Kopparspiral	11
4.5 Naturliga preventivmetoder	12
4.6 Sterilisering.....	13
4.7 Preventivmedelsrådgivarens roll	13
4.8 Att ordinera preventivmedel.....	14
4.8.1 Preventivmetodernas effektivitet och säkerhet.....	14
4.8.2 Kvinnans bakgrund	14
4.8.3 Tillstånd som påverkar valet av metod	15
5 Tidigare forskning	18
5.1 Rådgivarens roll i valet av preventivmetod	18
5.2 Kvinnors attityder till preventivmetoder	19
5.3 Rådgivares metoder i preventivmedelsrådgivning	21
5.4 Kvinnors åsikter om preventivmedelsrådgivning	23
6 Metod	25
6.1 Intervju som datainsamlingsmetod	25

6.2 Urval	26
6.3 Forskningsetik.....	26
6.4 Kvalitativ innehållsanalys.....	27
6.5 Genomförandet av studien.....	27
7 Resultat	28
7.1 Upplevelser av rådgivningen	28
7.1.1 Positiva upplevelser	28
7.1.2 Negativa upplevelser	30
7.2 Faktorer som påverkar valet av preventivmetod	33
7.2.1 Upplevelser av olika preventivmetoder	34
7.2.2 Egenskaper hos preventivmetoden	35
7.2.3 Egenskaper hos kvinnan	37
7.3 Önskemål på rådgivningen	38
7.3.1 Information	39
7.3.2 Rådgivarens roll	40
8 Tolkning.....	43
8.1 Upplevelser av rådgivningen	43
8.2 Faktorer som påverkar valet av preventivmetod	45
8.3 Önskemål på rådgivningen	47
9 Kritisk granskning	49
9.1 Intern logik.....	49
9.2 Struktur	50
9.3 Empirisk förankring.....	50
10 Sammanfattande diskussion.....	51
Källförteckning	53

Bilagor

Bilaga 1	Artikelöversikt
Bilaga 2	Intervjuguide
Bilaga 3	Informationsblankett
Bilaga 4	Resultatöversikt

1 Inledning

Detta examensarbete handlar om kvinnors upplevelser av att få preventivmedelsrådgivning. Ämnet intresserar oss eftersom vi som blivande hälsovårdare troligtvis i något skede kommer att diskutera preventivmedel med våra klienter oberoende av vilket område vi jobbar inom. Dessutom upplever vi att detta ämne diskuteras mycket i samhället och att det finns mycket delade åsikter om preventivmetoderna och preventivmedelsrådgivningen. I vår studie kommer vi därför att fokusera på kvinnors åsikter och upplevelser gällande detta.

De första p-pillren kom ut på marknaden i Finland 1962 och i mitten av 60-talet införde man sexualundervisning i skolorna. Kopparspiralen kom till Finland 1973 och hormonspiralen lite senare 1976. I mitten av 1970-talet hade allas rätt till preventivmedelsrådgivning och abort stadgats i Lagen om avbrytande av havandeskap (239/1970) och Folkhälsolagen (66/1972). Ansvar för att informera invånarna om preventivmedel lades på de kommunala hälsostationerna där allmänläkare och hälsovårdare utförde detta arbete. Dessa förändringar innebar att det blev lättare för finländska par att skjuta upp barnafödandet vilket möjliggjorde för kvinnorna att skaffa en högre utbildning och göra karriär. (Ritamies, 2000, s. 34; Pasila, 2011, s. 55-57, 60, 63).

För några år sedan i Finland fick man för det mesta preventivmedelsrådgivning i anslutning till andra rådgivningar, t.ex. mödra- och barnrådgivningen. De flesta unga kvinnor har fått preventivmedelsrådgivning från skol- och studerandehälsovården. Numera finns det fler separata preventivmedelsrådgivningar där det finns expertkunskap kring preventivmedel. (Klemetti & Raussi-Lehto, 2014, s. 122).

Tack vare preventivmedelsrådgivningen har antalet aborter i Finland minskat märkbart, särskilt bland unga kvinnor under 20 år. 2014 var antalet aborter lägst på över 15 år. (Institutet för hälsa och välfärd, 2015).

Vårt mål med detta examensarbete är att få en bättre förståelse för den situation kvinnan befinner sig i när hon får preventivmedelsrådgivning och vad hon vill få ut av och förväntar sig av rådgivningen. Tidigare forskning (Dehlendorf, Levy, Kelley, Grumbach & Steinauer, 2013) har visat att många kvinnor önskar att preventivmedelsrådgivaren skulle delta mer i kvinnans val av preventivmetod genom att vara en informationskälla men även ett stöd.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att undersöka vilka upplevelser och erfarenheter unga kvinnor har av att få preventivmedelsrådgivning. Valet av preventivmetod är ett viktigt val eftersom man använder preventivmedel under en stor del av sitt liv. Preventivmedelsrådgivaren har därmed en viktig uppgift i att stöda och hjälpa kvinnan i detta val. Med hjälp av en kvalitativ intervjustudie kommer vi att söka svar på dessa frågeställningar:

- Hur upplever kvinnorna det bemötande de fått under rådgivningen?
- Vilka erfarenheter av och kunskaper om olika preventivmetoder har kvinnor och hur har detta beaktats i rådgivningen?
- Hur har kvinnornas situation och levnadsvanor tagits i beaktande i preventivmedelsrådgivningen?
- Hurudant stöd har kvinnorna fått av rådgivaren i sina val av preventivmetod?

3 Teoretiska utgångspunkter

I detta examensarbete har vi valt att utgå från Sigridur Halldorsdottirs teori om vårdande och icke-vårdande möten mellan vårdgivare och vårdmottagare för att belysa vikten av en god vård och ett gott bemötande inom preventivmedelsrådgivningen. De olika begreppen i teorin har vi försökt översätta från engelska så korrekt som möjligt. Därtill har vi använt oss av Anneli Sarvimäkis och Bettina Stenbock-Hults beskrivningar av vårdförhållandet och patientens självbestämmanderätt, detta för att ytterligare lyfta fram faktorer som är av betydelse för preventivmedelsrådgivningens kvalitet.

3.1 Halldorsdottirs omvårdnadsteori

Halldorsdottirs teori handlar om patienters upplevelser av vårdande och icke-vårdande möten med vårdare inom hälso- och sjukvården. I teorin beskrivs två större metaforer, en *bro* och en *mur*. En *bro* skapas mellan vårdaren och patienten när det finns en öppenhet i kommunikationen mellan dem och patienten upplever samhörighet med vårdaren. Ett sådant möte upplevs som vårdande. *Muren* å andra sidan uppkommer i ett icke-vårdande möte när patienten upplever att vårdaren är likgiltig, inte bryr sig och inte kan kommunicera. (Halldorsdottir, 1996, s. 31).

Professionell omsorg är ett viktigt begrepp i teorin. Det innefattar *kompetens*, *vårdande* och en *gemenskap* mellan vårdgivare och vårdmottagare. *Kompetens* innebär att vårdaren kan uppmuntra patienten, bygga relationer, lära ut, göra kliniska omdömen samt att hon kan agera och vidta åtgärder å patientens vägnar. *Vårdande* innebär att vårdaren är öppen och mottaglig, att hon är uppriktigt intresserad av patienten och att hon är engagerad i dennes vård. En *gemenskap* mellan vårdare och patient innebär både en s.k. *professionell intimitet*, detta innebär information om patientens tillstånd och känslor vilket vårdaren behöver för att kunna ge vård enligt patientens individuella behov och ett *professionellt avstånd*, dvs. ett bekvämt avstånd som skapas utgående ifrån respekt och medlidande och som behövs för att hålla vården på en professionell nivå. (Halldorsdottir, 1996, s. 31-32).

Bristande professionell omsorg innebär att patienten upplever *icke-vårdande* och *inkompetens* hos vårdaren. Vårdaren har ett *icke-vårdande* sätt då hon upplevs som hänsynslös, okänslig, respektlös och ointresserad av patienten. *Inkompetens* kan vara att patienten upplever att vårdaren är brysk, inte kan kommunicera, inte tar initiativ, inte respekterar patientens behov av information eller inte förstår vad patienten går igenom. (Halldorsdottir, 1996, s. 32).

Om patienten upplever mötet med vårdpersonalen som icke-vårdande och det skapas en mur mellan dem leder det till att patienten förlorar förtroendet för vårdaren. Ett sådant möte leder till *misströstan* hos patienten och dennes upplevelse av hälsa och välbefinnande minskar. Patienten kan också börja känna sig osäker, stressad och orolig samt upplever en minskad känsla av kontroll. (Halldorsdottir, 1996, s. 35, 37).

När mötet upplevs som vårdande och en bro skapas mellan vårdgivare och vårdmottagare känner patienten en ökad känsla av hälsa och välbefinnande. Patienten får en bättre självbild, en ökad känsla av kontroll och känner sig trygg och säker. Halldorsdottir kallar detta för *egenmakt*, dvs. att patienten känner att han eller hon har inflytande över sin egen vård och sitt eget välbefinnande. (Halldorsdottir, 1996, s. 35).

3.2 Vårdförhållandet och självbestämmanderätten enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult

Vårdförhållandet, det vill säga förhållandet mellan vårdare och patient, är en viktig utgångspunkt för vårdverksamheten. Det beskrivs som en subjekt-subjektrelation vilket innebär att både vårdaren och patienten ses som subjekt och har egen vilja, egna mål och avsikter. När patienten ses som ett subjekt innebär det att patientens önskemål gällande hans eller hennes vård tas i beaktande. Patienten får också möjlighet att ta ansvar över sig själv. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996, s. 95).

Omsorgen är viktig i vårdförhållandet. Det finns olika slags omsorg. En *behärskande eller kompenserande omsorg* innebär att göra någonting i patientens ställe, att göra det som patienten inte själv klarar av. En *instruerande eller befriande omsorg* innebär att man visar patienten hans eller hennes möjligheter. Då handlar det om att samtala eller att undervisa och instruera. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996, s. 98).

I ett vårdförhållande kan det uppstå problem i form av beroende. Patienten och vårdaren är beroende av varandra men patienten är den som är mer utsatt och sårbar. Ett skadligt beroende grundar sig ofta i otrygghet hos någondera parten. Är patienten otrygg kan han eller hon bli passiv och överlämna sig åt vårdaren. Om vårdaren går med på detta förstärks beroendet och patientens förmåga att fungera självständigt hämmas. Å andra sidan kan patienten visa att han eller hon fortfarande vill ha ansvar och kontroll över sin situation, till exempel genom att ställa frågor och vilja diskutera. Om vårdaren är osäker kanske hon undviker frågorna eller blir arg och irriterad vilket orsakar osäkerhet även hos patienten och det skadliga beroendet förstärks. Man bör sträva till ett konstruktivt beroendeförhållande.

Då jobbar vårdaren för att patienten ska bli mera självständig och så småningom bli oberoende av vårdaren. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996, s. 104-105).

Att man respekterar patienters och klienters rätt till självbestämmande och integritet är utgångspunkten för en etiskt god vård. Som vårdare bör man respektera andra människor som unika individer. Det här innebär bland annat att man ska respektera individens självbestämmanderätt, dennes värderingar, övertygelser och personliga livsstil. Alla har rätt att bli bemötta så att ens personliga historia, minnen, erfarenheter, upplevelser och föreställningar beaktas. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008, s. 130-131).

I vården kan självbestämmanderätten också beskrivas som rätt till delaktighet och rätt till medbestämmande. Delaktighet kan ta sig uttryck på olika sätt. Emotionell delaktighet innebär att patienten känner sig viktig och känner att hans eller hennes åsikter tas i beaktande. Intellektuell delaktighet är att patienten får svar på sina frågor och får information. Vid social delaktighet är patienten del av ett socialt sammanhang och får vara med och bestämma. Patienten får påverka sin egen vård och vara med och besluta om olika behandlingsalternativ. Man pratar också om informerat samtycke, det här betyder att patienten accepterar det som vårdaren föreslår och antingen går med på det eller inte. Detta ska basera sig på att patienten har fått tillräckligt med information om vården och att patienten har förstått denna information. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008, s. 134-137).

4 Teoretisk bakgrund

I vår teoretiska bakgrund har vi valt att ta upp målet med preventivmedelsrådgivningen i Finland, vilka olika preventivmetoder som finns, preventivmedelsrådgivarens roll samt faktorer som bör tas i beaktande när man ordinerar preventivmedel. Dessa ämnen anser vi är relevanta med tanke på den studie vi kommer att göra. Det finns flera sätt att klassificera preventivmetoderna men här har vi valt att dela in dem i barriärmetoder, hormonella metoder, intrauterina metoder, naturliga metoder och sterilisering.

4.1 Målet med preventivmedelsrådgivningen

Man försöker hela tiden göra preventivmedelsrådgivningen bättre och effektivare. Att försöka få kvinnans partner med på rådgivningen är bland annat något man strävar efter. Dessutom skulle man vilja sänka tröskeln för de unga kvinnorna att söka sig till preventivmedelsrådgivningen samt få kommunen eller FPA att ersätta preventivmedel för kvinnor under 25 år eftersom detta kanske skulle kunna bidra till att fler unga skaffar preventivmedel. Att från kvinnans perspektiv kunna ge den bästa möjliga rådgivningen där man berättar om smärtfria och pålitliga alternativ samt preventivmetoder som är lätta att använda är också något man strävar till och som man försöker bli bättre på hela tiden. Många kvinnor har fördomar om spiraler och detta vill man ändra på. Preventivmedelsrådgivarna borde börja ta upp spiralen som ett alternativ, även för kvinnor som inte fött barn eftersom många av dem antagligen kommer behöva ett preventivmedel några år till och då skulle spiralen kunna vara ett bra alternativ. (Klemetti & Raussi-Lehto, 2014, s. 122).

4.2 Barriärmetoder

Barriärmetoder är preventivmetoder som har den effekten att de på mekanisk eller kemisk väg hindrar spermier från att komma in i livmodern. Till dessa hör manlig kondom, kvinnlig kondom (femidom), pessar, spermicider och p-svamp. Pessar, spermicider, p-svamp och femidom finns inte att köpa i Finland men går att beställa på nätet. (Piltone n, 2015; Smith & Wise, 2015, s. 270-271).

4.2.1 Kondom

Kondomer finns för både män och kvinnor och är den enda preventivmetoden som också skyddar mot sexuellt överförbara sjukdomar. De är väldigt säkra om de används på rätt sätt. Förutom latexkondomer finns det även kondomer av plast för personer som har latexallergi.

Plastkondomerna spricker dock lättare än latexkondomerna. Med vissa kondomer kan det även följa med spermiedödande medel, vilket ger ytterligare säkerhet. Fördelarna med kondom är att de, om de används på rätt sätt, skyddar mot graviditet och könssjukdomar, de är lätta att använda, inte så dyra, ger sällan några biverkningar och dessutom krävs det ingen medverkan av läkare, hälsovårdare eller barnmorska. Nackdelarna är få men vissa kan uppleva att det känns mindre under samlag om man använder kondom eller att det på ett eller annat sätt stör situationen. Användning av oljebaserade glidmedel eller läkemedel i slidan kan leda till att kondomen går sönder. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009, s. 503-504; Piltonen, 2015; Smith & Wise, 2015, s. 270-271).

Kvinnliga kondomer kallas femidom. Femidomerna är tillverkade av plast och endast avsedda för engångsbruk, precis som de manliga kondomerna. Även femidom kan användas i kombination med spermiedödande medel. (Kaplan, et.al., 2009, s. 503-504; Smith & Wise, 2015, s. 270-271).

4.2.2 Pessar

Pessar sätts in i slidan och täcker livmoderhalsen. För att det ska vara riktigt effektivt så rekommenderar man att använda pessar i kombination med spermiedödande medel. Pessaret måste vara på plats varje gång kvinnan har sex. Det är en bra metod för de kvinnor som inte vill ha hormonbaserade preventivmedel. Fördelarna med pessar är bl.a. att det är samlagsbundet och inte behöver användas hela tiden, medför mindre risk för infektioner på livmoderhalsen och livmodertappen, har hög säkerhet vid rätt användning samt minskar risken för cervixcancer. Nackdelarna kan vara att det krävs planering, det kan av vissa upplevas som kladdigt om spermiedödande medel används samtidigt samt att det är en relativt dyr metod. Blåsfunktionen kan också bli nedsatt för kvinnor som använder pessar, antagligen p.g.a. colibakterier i slidan, vilket verkar förekomma mer hos pessaranvändarna än hos andra kvinnor. (Kaplan, et.al., 2009, s.505,507; Smith & Wise, 2015, s. 270-271).

4.2.3 Spermiedödande medel

Spermiedödande medel, som också kallas spermicider, verkar som en fysisk barriär och gör så att pH-värdet i slidan blir så pass lågt att spermier inte överlever där. Spermicidkräm eller gel ska, som tidigare nämnts, gärna användas i kombination med pessar eller kondom. Man för krämen eller gelen, med en doseringsspruta, in i slidan där den får verka några minuter. Fördelarna med spermicider är att det bl.a. fuktar slidan om man, t.ex. vid amningsperioden, har svårt att få lubrikation, det ökar säkerheten vid användning av kondom

och pessar, är lätt att använda och verkar endast lokalt. Nackdelarna med spermicider är att det enligt vissa känns kladdigt och blött vid samlag, att det måste föras in i slidan precis före samlaget samt att det kan framkalla lokala besvär som klåda och flytningar hos känsliga personer. (Kaplan, et.al., 2009, s. 504-505).

4.3 Hormonella preventivmetoder

Till hormonella metoder hör sådana preventivmedel som innehåller ett eller flera hormoner. Kombinerade hormonella preventivmedel innehåller både östrogen och progesteron och förhindrar att ägglossning sker. Till denna grupp hör p-piller, p-plåster och p-ring. Utöver dessa finns minipiller, p-stav och p-spruta som endast innehåller progesteron, dessa förhindrar också ägglossning helt eller delvis samt gör att slemmet i livmoderhalsen blir mindre genomträngligt för spermier och har även påverkan på livmoderslemhinnan och äggledarna. (Piltonen, 2015). Hormonspiralen kan också räknas som ett hormonellt preventivmedel men här har vi valt att inkludera den i kapitlet om intrauterina metoder.

4.3.1 P-piller och minipiller

Kombinerade p-piller innehåller två hormoner: progesteron och östrogen och minipiller innehåller endast progesteron. Beroende på sort tas pillren antingen varje dag eller i tre veckors tid med en veckas paus. Kombinerade p-piller ökar risken för tromboembolism, särskilt hos kvinnor som annars tillhör riskgrupper, t.ex. rökare. För dessa kvinnor kan minipiller vara ett bättre alternativ. Ammande kvinnor bör inte använda kombinerade p-piller eftersom det påverkar mjölkproduktionen. Till dessa kvinnor rekommenderas istället minipiller. (Smith & Wise, 2015, s. 272-273).

En fördel med minipiller är, eftersom det endast innehåller progesteron och inte östrogen, att det oftast medför färre biverkningar än vanliga p-piller som innehåller östrogen. Till nackdelarna räknas eventuella blödningsrubbingar som kan förekomma hos vissa kvinnor. (Kaplan, et.al., 2009, s. 520).

Vid användning av p-piller kan blodtrycket stiga en aning. Om blodtrycket upprepade gånger ligger över 140/90 mmHg bör man avsluta p-pillerbehandlingen samt följa upp blodtrycket efteråt och se att det normaliseras. På grund av detta är det alltid nödvändigt att mäta blodtrycket före man skriver ut p-piller åt en kvinna samt att mäta blodtrycket vid varje återbesök. Detta minskar risken för tromboemboliska sjukdomar. Kvinnor som lider av essentiell hypertoni bör man noga utreda före man skriver ut p-piller eftersom det har visat

sig att dessa kvinnor har en högre risk för att drabbas av kardiovaskulär sjukdom i samband med p-pilleranvändning. (Kaplan, et.al, 2009, s. 511-512).

Många kvinnor slutar ofta med p-piller p.g.a. biverkningar de fått av dem. Biverkningarna kan vara t.ex. humörförändringar eller nedstämdhet. Huvudvärk är en annan biverkning som är vanligt under den första tiden och det framträder ofta under den tablettfria veckan. Kvinnor som tidigare lidit av huvudvärk kan slippa detta då de börjar använda p-piller, men i värsta fall kan huvudvärken också bli värre. Även illamående och kräkningar kan förekomma i början men det är inte lika vanligt. Dessutom tycks många kvinnor sluta med p-piller på grund av viktuppgång, men det finns egentligen inga bevis som tyder på att hormonella metoder skulle påverka vikten. Samtidigt som man skriver ut p-piller bör man ge hälsouppllysning i form av råd om kost och motion för att förebygga oönskad viktuppgång. Hudförändringar är också något som är vanligt förekommande vid p-pilleranvändning. Om man lider av acne så kan hyn både bli bättre eller sämre av hormonerna. Förtunning av håret kan också förekomma men brukar gå tillbaka till det normala då man slutat med p-piller. En del kvinnor kan också drabbas av slemhinneförändringar, detta kan t.ex. ge besvär som torrhet och minskad sekretion vid samlag och då bör man fundera över andra alternativa metoder som skulle passa kvinnan bättre. Liksom vid användning av minipiller så kan blödningsproblem, så som mellanblödningar, förekomma i början. (Kaplan, et.al., 2009, s. 514-515).

P-piller har inte bara negativa hälsoeffekter utan även positiva. En positiv sak är att man ofta får mindre menstruationssmärter, vilket många lider av. Benigna brösttumörer har visat sig vara färre hos p-pilleranvändare och så minskar det risken med 50 % att drabbas av cancer i livmodersslemhinnan och äggstockarna. Det förekommer även färre fall av järnbristanemi och infektioner vid p-pilleranvändning. (Kaplan, et.al., 2009, s. 516).

4.3.2 P-plåster och P-ring

P-plåster och p-ring är båda alternativa metoder till p-piller om man är dålig på att komma ihåg att ta ett piller varje dag. Plåstret sätts på huden och frigör östrogen och progesteron till blodomloppet. Man bör inte placera plåstret på bröstet eller på hud som är irriterad. Plåstret ska bytas en gång i veckan i tre veckor och därefter följer en veckas paus för menstruation. Varje gång man byter plåster ska man även byta plats. P-plåster passar inte för kvinnor med högt BMI, högt blodtryck eller för kvinnor som är rökare. Fördelarna med p-plåster är att hormondosen är låg och jämn, mensens brukar minska och bli regelbunden, risken för cancer i tjocktarm, äggstockar och livmoder minskar, man kan skjuta fram mensens

och skyddet påverkas inte ifall man kräks eller får diarré. Nackdelar med p-plåster är att man kan få sämre hy, huvudvärk eller minskad sexlust samt att huden kan bli irriterad av plåstret. (Kaplan, et.al., 2009, s. 517,519; Smith & Wise, 2015, s. 272-273; UMO, u.å., *P-plåster*).

P-ringen är gjord av plast och sätts in i slidan för tre veckor och därefter tas den bort en vecka för att möjliggöra menstruationsblödning. Östrogendosen är lägre än om man använder p-plåster eller kombinerade p-piller. För-och nackdelarna är de samma som vid användning av p-plåster. (Smith & Wise, 2015, s. 272-273; UMO, u.å., *P-ring*).

4.3.3 P-stav och P-spruta

Implantat eller p-stav är en långverkande metod, den sätts in under huden på underarmen och frigör progesteron. Implantatet måste bytas med några års mellanrum. För kvinnor som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag och för de som är känsliga för östrogen är detta en bra metod. Byte av implantatet görs av hälsovårdspersonal vart tredje till femte år beroende på preparat. Effekten av metoden är med andra ord långvarig och har hög säkerhet. Den är även relativt billig med tanke på att man har den flera år. Det första året är det rätt så vanligt att man har mellanblödningar eller överlag ett oregelbundet blödningsmönster eftersom frisättningen av progesteron är högst under denna tid. Biverkningar i form av akne, humörförändringar samt minskad sexlust förekommer hos en del kvinnor. Vid leversjukdom bör p-stav undvikas. (Kaplan, et.al., 2009, s. 521).

P-spruta är en annan långverkande metod som också innehåller progesteron och det går ut på att man får en intramuskulär injektion var tolfte vecka. Även p-spruta ska undvikas om man lider av leversjukdom. Blödningsrubbingar kan förekomma och det är vanligt att man i början har oregelbundna blödningar och mellanblödningar. Hos vissa kvinnor kan minskad sexlust samt sänkt sinnesstämning förekomma. En liten viktökning kan också drabba vissa kvinnor, vilket anses bero på ökad aptit. Bröstspänningar är också ganska vanligt. Fördelarna med p-spruta är att man inte behöver komma ihåg det varje dag, det har en hög säkerhet, är rätt så billigt och är i princip osynligt. Det kan ta längre tid att bli gravid efter att man slutat med den här preventivmetoden eftersom effekten kan finnas kvar en tid efteråt. (Kaplan, et.al., 2009, s. 522-523; Smith & Wise, 2015, s. 274).

4.3.4 Akut p-piller

Akut p-piller räknas också som en hormonell preventivmetod och används om en annan preventivmetod misslyckas eller om man haft sex utan att använda något annat

preventivmedel. Akut p-piller bör endast användas i nödfall och kan köpas receptfritt på apoteket. Tabletten ska tas senast 72 timmar efter samlaget men desto snabbare man tar det desto högre är effektiviteten. Ifall implantation redan har skett har tabletten ingen verkan. Biverkningar som t.ex. illamående, kräkningar, huvudvärk och yrsel kan förekomma. Meningen med akut p-piller är att det förhindrar eller försenar ägglossningen. Om kvinnan kastar upp under de tre första timmarna efter att hon tagit tabletten så bör hon ta en ny. (Odlind, Bygdeman & Milsom, 2008, s. 67; Kaplan, et.al., 2009, s. 538; Piltonen, 2015; Smith & Wise, 2015, s. 276).

4.4 Intrauterina preventivmetoder

Intrauterina preventivmetoder är spiraler. Dessa förs in i livmodern och verkar lokalt. Både hormonspiral och kopparspiral passar för kvinnor i alla åldrar, både de som har fött barn och de som inte har fött barn. Det finns flera olika modeller på marknaden. (Piltonen, 2015).

4.4.1 Hormonspiral

Hormonspiral är en långverkande hormonell preventivmetod. Spiralen sätts in i livmodern av hälsovårdspersonal. Hormonspiralen frigör progesteron och fungerar på så sätt att den gör slemmet i livmoderhalsen tjockare vilket gör det svårare för spermerna att passera. Dessutom påverkar den livmoderslemhinnan och gör det svårare för ett embryo att fastna där. Ovulationen kan också förhindras helt eller delvis. Upp till fem år kan man ha spiralen före den måste bytas. Fördelarna med spiral är att man har ett kontinuerligt skydd under en längre tid, den har hög säkerhet, få komplikationer och det behövs inga regelbundna besök hos hälsovårdspersonal. Dessutom brukar användningen av spiral leda till att menstruationsblödningarna minskar eller upphör helt samt att menstruationssmärtona minskar. Under det första halvåret man använder spiral kan det förekomma små blödningar, svullnader, ömhet i bröstet och ibland lindrig akne och fett hår. (Kaplan, et.al., 2009, s. 526; Piltonen, 2015; Smith & Wise, 2015, s. 274-275).

4.4.2 Kopparspiral

Kopparspiral är likadan till utseendet som hormonspiral men den innehåller inga hormoner utan påverkar livmoderhalsen så att spermier inte kan ta sig in i livmodern. Kopparspiralen måste bytas med fem till tio års mellanrum beroende på hurdan sorts kopparspiral man har. Denna metod passar bra för kvinnor som inte vill använda sig av hormonella preventivmedel. Spiralen måste sättas in av hälsovårdspersonal. Kopparspiral kan också användas som en

akut preventivmetod, spiralen sätts då in i livmodern inom fem dygn efter ett oskyddat samlag. Den försvagar spermernas rörlighet och förhindrar också att ett befruktat ägg fastnar i livmoderslemhinnan. (Piltonen, 2015; Smith & Wise, 2015, s. 274-275).

Kopparspiralen verkar lokalt och kan ibland orsaka besvär för användaren. Det vanligaste besväret är rikliga flytningar som kan bero på ökad sekretion från körtlarna i livmodertappen. Bakteriell vaginos förekommer oftare hos kvinnor med spiral jämfört med andra kvinnor. Kopparspiralen ger ofta rikligare menstruationer som också pågår längre och är mer smärtsamma. Om man har långvariga blödningar kan man överväga att byta till hormonspiral eftersom den har motsatt effekt på blödningarna. Risken för ektopisk graviditet är också något högre för kopparspiral användare. (Kaplan, et.al., 2009, s. 526; Piltonen, 2015).

4.5 Naturliga preventivmetoder

Utöver dessa finns även olika naturliga preventivmetoder, t.ex. rytmmetoden och laktationsamenorrémetoden. Rytmmetoden går ut på att man känner igen sina fertila och infertila perioder i menstruationscykeln och kan planera när man ska undvika sex. Det här kräver att man mäter kroppstemperaturen. Man ska även vara medveten om menstruationscykelns längd. Det finns olika system som utgår från samma princip som rytmmetoden, exempelvis p-dator och p-appen Natural Cycles. (Kaplan, et.al., 2009, s. 530; Smith & Wise, 2015, s. 275; Preventivmedel.com, 2016).

Laktationsamenorrémetoden eller amningsmetoden innebär att kvinnan inte kan bli gravid medan hon ammar. Detta är effektivt fram till att menssen kommer tillbaka efter graviditeten. Den här metoden ses som ganska opålitlig men om mamman helammar, om hon ännu inte fått sin mens efter förlossningen och om barnet är yngre än sex månader så har laktationsamenorrémetoden en säkerhet som är högre än 98 %. Efter att någon av dessa förutsättningar har upphört är det viktigt att kvinnan och hennes partner har tillgång till något säkert preventivmedel. Fördelarna med denna metod, förutom hög effektivitet upp till sex månader efter förlossning, är att det inte kostar något, det förbättrar amningsmönstret, stör inte sexlivet, har inga biverkningar, är bekvämt och är helt enkelt en naturlig metod. Nackdelarna är att detta endast kan användas av fullt ammande kvinnor under en viss period, man är bunden till intensiv amning samt nattamning, pappan kan inte mata barnet och det skyddar inte mot könssjukdomar. (Kaplan, et.al., 2009, s. 530-532; Smith & Wise, 2015, s. 275).

4.6 Sterilisering

Sterilisering räknas också som preventivmetod. Både män och kvinnor kan sterilisera sig. Kvinnlig sterilisering är vanligare än manlig och i vissa länder är det till och med förbjudet med manlig sterilisering. Kvinnlig sterilisering innebär att ägglarna skärs av, knyts eller blockeras på något annat sätt vilket förhindrar graviditet. Operationen kan göras genom laparoskopi. Vid korrekt utförd sterilisering brukar inga komplikationer uppkomma men några studier har ändå visat att vissa kvinnor drabbats av buksmärter eller menstruationssmärter efter sterilisering. (Kaplan, et.al., 2009, s. 541; Smith & Wise, 2015, s. 277).

Manlig sterilisering kallas också vasektomi och operationen kan göras i lokalbedövning och innebär att sädesledarna skärs av på båda sidorna. Efter steriliseringen kan blödning eller hematom uppstå i operationsområdet och mannen bör då undvika både samlag och masturbation de fem första dyggen efter operationen. Det kan finnas levande spermier kvar en tid efter steriliseringen så det är viktigt att informera mannen om att helt avstå från samlag de två till tre första månaderna efter ingreppet alternativt att använda preventivmedel de 10-15 första gångerna vid ejakulation. Potensproblem kan förekomma hos en del män under den första tiden efter steriliseringen, men detta brukar försvinna. (Kaplan, et.al., 2009, s. 542; Smith & Wise, 2015, s. 277).

4.7 Preventivmedelsrådgivarens roll

Under första besöket på preventivmedelsrådgivningen är det viktigt att rådgivaren ställer klara och tydliga frågor men även tänker på att detta kan vara ett känsligt ämne för vissa kvinnor. När man talar om sådant som berör exempelvis sex eller menstruation bör man få klienten att känna sig så bekväm som möjligt. En god kommunikation mellan vårdpersonal och klient är viktigt för att komma fram till vilken preventivmetod som passar bäst åt den enskilda kvinnan. Som rådgivare är det även mycket viktigt att lyssna på kvinnan och hennes önskemål eftersom det är hon som ska använda preventivmedlet. Preventivmedelsrådgivarens uppgift i detta fall är att hjälpa kvinnan att hitta ett preventivmedel som uppfyller hennes önskemål. Den preventivmetod som passar kvinnan bäst är en metod som är effektiv samt överensstämmer med kvinnans egen vilja och förmåga att använda preventivmetoden. Rådgivaren måste dessutom vara medveten om vilka olika metoder det finns, veta deras kontraindikationer samt vilka alternativ det finns för kvinnor

med olika sjukdomar. Det är även viktigt att rådgivaren vet hur metoderna ska användas, deras pålitlighet och eventuella biverkningar. (Kipps, 2014, s. 296-297; Perry, 2015, s. 236).

Ofta har kvinnorna hört från sina vänner och bekanta om hur någon preventivmetod påverkade denne negativt, därför är det viktigt att preventivmedelsrådgivaren berättar att alla inte påverkas på samma sätt av ett preventivmedel utan att man kan reagera på olika sätt av hormonerna. Om kvinnan sedan själv märker av någon biverkning ska hon inte ge upp eller avsluta metoden direkt eftersom vissa biverkningar kan försvinna inom de tre första användningsmånaderna. Detta är också en sak som rådgivaren bör ta upp under första besöket. Om kvinnan inser efter en tid att den valda metoden inte passar henne så ska hon få rådgivning om någon annan preventivmetod som eventuellt skulle kunna passa henne bättre. (Dixon, 2014, s. 174-175).

4.8 Att ordinera preventivmedel

När man ordinerar preventivmedel finns det en del faktorer som bör tas i beaktande. Alla preventivmetoder passar inte alla kvinnor. Nedan har vi tagit upp en del saker man behöver tänka på som preventivmedelsrådgivare när man hjälper kvinnan att välja sin preventivmetod.

4.8.1 Preventivmetodernas effektivitet och säkerhet

Preventivmetoder räknas som säkra om de utgör ingen eller en endast en ytterst liten risk för allvarliga biverkningar eller skada hos användaren. Tyvärr har många preventivmedel biverkningar som kan begränsa användningen. En låg risk för biverkningar kan accepteras om nyttan med preventivmetoden är större än riskerna. (Odlind, et.al., 2008, s. 34).

Effektiviteten av ett preventivmedel bestäms genom Pearl Index. Med Pearl Index får man reda på hur många graviditeter som, under ett år, inträffar hos 100 kvinnor. Till Pearl Index räknas både metodfel, alltså att metoden är otillräcklig, samt användarfel om preventivmedlet används på fel sätt. (Odlind, et.al., 2008, s. 33).

4.8.2 Kvinnans bakgrund

För att komma fram till vilken metod som skulle passa kvinnan bäst så börjar man med att fråga och ta reda på en del viktiga saker gällande hennes bakgrund. Man frågar bland annat om hennes familj, eventuella tidigare förlossningar, menstruation, sjukdomar samt sexualitet. När man tar upp om menstruationen så ska man fråga när kvinnan senast haft

mens, mensens längd samt regelbundenhet. Kvinnans ålder, allergier och eventuell rökning och alkoholkonsumtion är också viktigt att fråga om och så bör man mäta blodtrycket samt räkna ut kvinnans BMI. Man ska även ta reda på om kvinnan har glutenintolerans samt hur hennes egen kroppsuppfattning är och om hon lidit eller lider av någon ätstörning. (Kipps, 2014, s. 296-297; Wilson, 2014, s. 46-47).

Till bakgrundsinformation hör också eventuella tidigare missfall eller aborter. Det här är viktigt att veta eftersom vissa preventivmedel inte ska användas om man råkat ut för något av detta. Om kvinnan haft en ektopisk graviditet tidigare och eventuellt vill bli gravid igen så bör man föreslå ett preventivmedel som är anovulant, det vill säga ett preventivmedel som ger utebliven ägglossning eftersom detta då ger maximalt skydd åt den äggladare som finns kvar och fungerar normalt. (Kipps, 2014, s. 296-297; Wilson, 2014, s. 47).

Kvinnan själv vill ofta ha ett preventivmedel som går ihop med hennes kultur och religion, hennes tolerans mot biverkningar t.ex. blödning samt medicinsk status, det vill säga något som passar henne även om hon lider av en sjukdom, äter någon viss medicin eller blivit opererad tidigare. Har kvinnan tidigare fått biverkningar eller haft problem med något preventivmedel inverkar detta ofta på hennes val av preventivmetod. Hon kanske också önskar en preventivmetod som är lätt att avsluta ifall hon snabbt vill bli gravid i ett senare skede. Det kan vara så att det preventivmedel som vårdaren anser vara idealiskt för kvinnan kanske kvinnan inte alls vill ha, vilket i sådana fall bör respekteras. (Kipps, 2014, s. 296; Wilson, 2014, s. 48).

Inom vissa kulturer är det oacceptabelt med amenorré, det vill säga utebliven mens. Detta bör rådgivaren respektera. För dessa kvinnor bör man alltså inte föreslå en preventivmetod som kan ge amenorré utan istället en metod som månatligen ger menstruationsblödning. (Wilson, 2014, s. 48).

4.8.3 Tillstånd som påverkar valet av metod

Om en kvinna planerar att bli gravid inom en kort tid men ändå vill använda något preventivmedel under tiden, så är det inte optimalt att föreslå och ordinera p-spruta eftersom substansen kan finnas kvar i kroppen upp till ett år efter att man slutat med injektionerna. Det är alltså svårt att säga exakt när medlet gått ur kroppen och man kan bli gravid igen. I detta fall är det bättre att föreslå en metod som direkt slutar verka i kroppen då man avslutar användningen. P-spruta ska inte ordineras till kvinnor som har risk för kardiovaskulär sjukdom. (Kipps, 2014, s. 297; Wilson, 2014, s. 48; Perry, 2015, s. 240).

Gällande kvinnors kroppsbyggnad, om de till exempel är över- eller underviktiga finns det några saker att tänka på angående ordinerings av preventivmedel. Kvinnor som har ett BMI som är över 35 har en stor risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom som innebär sjukdom i hjärnans blodkärl samt venös tromboembolisk sjukdom. Risken förhöjs dessutom om kvinnan äter p-piller. När man ordinerar preventivmedel åt en kvinna med ett BMI över 35 bör man inte ordinera p-piller åt henne. Angående tromboemboli så är det störst risk att drabbas av det under det första användningsåret, om man är överviktig, äldre än 35 år, om det finns historia av tromboemboliska sjukdomar i släkten eller om man förlöst ett barn en vecka före man börjar med p-piller. För kvinnor som lider av en ätstörning ska man inte ordinera p-spruta eftersom benstommens densitet hos dessa kvinnor är nedsatt. Bulimiker ska inte ordinerats något preventivmedel som tas oralt eftersom det då kanske inte alltid hinner tas upp av kroppen och detta kan leda till att hormonbalansen blir ojämn och ger minskat skydd mot graviditet. Till dessa kvinnor brukar man rekommendera något intrauterint preventivmedel, en barriärmetod, p-plåster eller p-ring. (Dixon, 2014, s. 170; Kipps, 2014, s. 300; Perry, 2015, s. 237).

Minipiller är en lämplig metod för rökare, ammande kvinnor och äldre kvinnor. Minipiller är kontraindicerade för de kvinnor som inom de fem senaste åren haft eller som just nu har bröstcancer, de kvinnor som tidigare haft stroke, de som haft eller har hjärtproblem samt de som har en leversjukdom. Kopparspiral är en annan metod som inte heller passar åt alla. Kvinnor som har en könssjukdom, cancer på livmodertappen eller i bukhålan, ett onormalt hålrum i livmodern som gör det svårt att få spiralen på plats samt kvinnor som tidigare haft en bäckeninflammation ska inte ordinerats kopparspiral. (Perry, 2015, s. 238-239).

P-stav, alltså implantat, är något som passar äldre kvinnor upp till 50 år, vilket anses vara positivt med denna preventivmetod. P-stav ska dock inte ordinerats åt kvinnor som har en leversjukdom eller levertumör, odiagnostiserad vaginal blödning samt tidigare bröstcancer. (Perry, 2015, s. 239).

För kvinnor som blöder mycket under menstruationen kan man rekommendera hormonspiral eftersom denna brukar minska blödningen och samtidigt göra menstruationscykeln mer regelbunden. För kvinnor med diabetes var p-piller tidigare förbjudet men idag kan diabetiker använda samma metoder som icke-diabetiker bara ens diabetes är välkontrollerad och man inte fått några komplikationer av sjukdomen. Man följer dock ännu noggrannare med blodtryck och kvinnans vikt om hon har diabetes och använder något preventivmedel. Då man ska ordinera preventivmedel åt en epileptiker bör man noga kontrollera kvinnans

läkemedel före ordineringsen. Om hon äter antiepileptiskt läkemedel som framkallar leverenzym i kroppen så bör man inte ordinera kombinerade preventivmetoder, minipiller eller p-stav eftersom läkemedlet kan minska effekten av dessa. Till kvinnor som lider av Crohns sjukdom ska man inte föreslå någon metod som tas oralt eftersom absorptionen i tarmen då är nedsatt. (Kipps, 2014, s. 298-299).

Ammande kvinnor bör också använda preventivmedel även om amningen i sig också ger ett visst skydd mot graviditet, speciellt helamning. Alla preventivmetoder passar dock inte för dessa kvinnor men det finns några metoder som kan användas. Som tidigare nämnts är minipiller ett alternativ för ammande kvinnor och om det tas på rätt sätt så har de en 99 procents säkerhet. Dock ska minipiller inte börja intas före det gått minst 21 dagar sedan förlossningen. P-spruta och P-stav är också lämpliga alternativ. En liten del av substansen kan eventuellt hamna i bröstmjölken med det är inget som visat sig ha skadlig effekt på fostret. P-sprutan kan man börja injicera tidigast sex veckor efter förlossningen. Kvinnorna kan också använda hormonspiral under amningsperioden och även den ska sättas in tidigast sex veckor post-partum. Det samma gäller kopparspiral. Barriärmetoder passar alla kvinnor, ammande som icke-ammande. Under amningsperioden skyddar även kondom och pessar mot, förutom könssjukdomar, endometrios som kvinnor kan drabbas av efter förlossningen. P-piller och p-plåster är egentligen de enda preventivmetoderna som inte är lämpliga för ammande kvinnor eftersom de har visat sig att dessa minskar mjölkproduktionen samt ändrar bröstmjölkens sammansättning. (Hale, 2007, s. 305-306, 308).

5 Tidigare forskning

I detta kapitel har vi samlat tidigare studier kring preventivmedelsrådgivning. Vi har sökt artiklar i databasen CINAHL med sökorden *contraceptive, contraceptive services, counseling, young women, contraceptive choice, family planning, experiences* och *provider*. Sökningarna begränsades till fulltext och peer reviewed. Från sökträffarna valde vi ut de artiklar som verkade lämpliga med tanke på vårt syfte och sorterade ytterligare bort en del artiklar efter att ha läst abstrakten så att vi slutligen hade ett urval av studier som vi ansåg svara på våra frågeställningar. Från referenserna i dessa hittade vi ytterligare några studier som inkluderades. I detta kapitel presenterar vi de delar av resultaten som är väsentliga med tanke på vår egen studie, vi har delat in dem i rådgivarens roll i valet av metod, kvinnors attityder till olika preventivmetoder, rådgivares metoder i preventivmedelsrådgivningen och kvinnors åsikter om preventivmedelsrådgivningen. En översikt över alla artiklar i alfabetisk ordning enligt författarnamnen hittas som bilaga 1.

5.1 Rådgivarens roll i valet av preventivmetod

Preventivmedelsrådgivaren har en viktig roll i att hjälpa unga att välja rätt preventivmetod. I en amerikansk studie som utfördes mellan åren 2009 och 2012 visade resultatet att 21 % av de unga kvinnor som inte hade velat ha en hormonell eller långverkande preventivmetod valde en sådan efter att ha fått rådgivning. Rådgivningen kunde vara interaktiv och då var den inriktad särskilt på den unga kvinnan och vad som kunde påverka hennes preventivmedelsanvändning, med diskussioner kring t.ex. vad kvinnan men även hennes vänner och familj hade för erfarenheter av olika preventivmetoder och vilka eventuella rädslor som fanns kring biverkningar. Det framkom även en icke-interaktiv rådgivning där kvinnan inte engagerades desto mer vilket slutligen ledde till att rådgivaren valde preventivmetoden åt henne. Vid en uppföljning sex månader efter rådgivningsbesöket var användningen av effektiva metoder högre hos de kvinnor som fått en interaktiv rådgivning. (Minnis, Napierala Mavedzenge, Luecke & Dehlendorf, 2014, s. 223, 226, 229).

Resultatet i en annan amerikansk studie visade att 89 % av de kvinnor som deltog ansåg att de valt sin metod själva utan rådgivarens hjälp medan endast 11 % ansåg att de valt metod tillsammans med rådgivaren. Men när man sedan såg på faktorer som hade påverkat valet av preventivmetod hade över hälften av kvinnorna valt metod utgående ifrån vad rådgivaren hade berättat för dem. De kvinnor som hade valt p-plåster eller p-ring uppgav oftare att de valt metod tillsammans med rådgivaren. (Harper, Brown, Foster-Rosales & Raine, 2010).

Rådgivning minskar även risken för att kvinnor har oskyddat sex, visar en studie från 2011. Hälsovårdspersonal kan bidra till att förbättra kvinnors preventivmedelsanvändning. Resultatet i studien visade att kvinnor som fått preventivmedelsrådgivning med större sannolikhet använde sig av något preventivmedel följande gång de hade sex. Den som gav rådgivning kunde också påverka vilken metod kvinnan använde. Ifall rådgivaren pratade om hormonella metoder var det större sannolikhet att kvinnorna rapporterade att de använt en sådan metod vid senaste samlag. (Lee, Parisi, Akers, Borrerro & Schwarz, 2011, s. 733, 735).

Rådgivaren kan hjälpa kvinnan att hitta alternativa preventivmetoder. I en studie som utfördes mellan 2009 och 2010 i elva olika länder i Europa visade det sig att 47 % av kvinnorna valde en annan hormonell metod än vad de hade tänkt sig från början. För det mesta valde de p-plåster eller p-ring framom p-piller efter att ha fått rådgivning. En sådan rådgivning som uppmuntrar kvinnan att välja mellan alternativa metoder ökar sannolikheten för att metoden ska passa ihop med hennes behov och livsstil. (Bitzer, et.al., 2012, s. 70, 74, 77).

Liknande resultat visar en belgisk studie från 2011. Man undersökte vilken effekt strukturerad rådgivning har på kvinnors val av preventivmetod och resultatet visade att rådgivningen ofta fick kvinnorna att välja en annan metod än planerat. Användningen av p-plåster och p-ring ökade men p-piller förblev ändå den mest använda metoden. Kvinnor som var osäkra vilken metod de skulle välja valde ofta den metod som rådgivaren rekommenderade. Vid rådgivningstillfället användes en broschyr som hjälpmedel för att göra rådgivningen mer strukturerad, denna uppfattades för det mesta som väldigt användbar både av kvinnor och rådgivare. (Merckx, Donders, Grandjean, Van de Sande & Weyers, 2011, s. 421-423).

5.2 Kvinnors attityder till preventivmetoder

En europeisk studie från 2013 undersökte orsakerna till att kvinnor valde en viss preventivmetod. Enligt denna studie var det viktigt för kvinnorna att preventivmedlet är lätt och bekvämt att använda och att det medför regelbundna menstruationsblödningar. Kvinnor som använde p-plåster eller p-ring tyckte också det var viktigt att inte behöva administrera preventivmedlet varje dag. De vanligaste orsakerna till att kvinnor inte valde att börja använda p-piller var att de var rädda att glömma att ta pillret varje dag samt att effekten av p-piller minskar om man spyrr eller får diarré. Många kvinnor ansåg även att p-piller kunde vara farliga för hälsan och var oroliga över biverkningar. Orsaker till att inte välja p-plåster

var att det syns och inte är diskret samt att det kan falla av. En orsak till att inte välja p-ring var att man inte tyckte om tanken på att ha ett främmande föremål i kroppen, man ansåg att det fanns mer bekväma metoder att tillgå. De flesta kvinnor i Europa föredrar fortfarande p-piller eftersom det är den metod som de bäst känner till. Viktigt för hälsovårdspersonal inom preventivmedelsrådgivningen att känna till är att en kvinnas uppfattning om hur enkel en metod är att använda kan vara viktigare än metodens effektivitet eller hälsoeffekter. (Egarter, et.al., 2013).

Enligt en australiensisk studie anser kvinnor att de mest tilltalande egenskaperna hos ett preventivmedel är att det administreras med längre än ett års mellanrum och att det medför mindre eller ingen menstruationsblödning. De minst tilltalande egenskaperna hos ett preventivmedel var enligt kvinnorna att det medförde stora, smärtsamma och oregelbundna menstruationsblödningar och att det var dyrt. Kvinnorna ansåg att p-plåster var den bästa produkten och p-ring den sämsta, därav drar man slutsatsen att p-ringen behöver marknadsföras mer för att kvinnorna ska bli av med sina negativa uppfattningar om den. (Knox, et.al., 2012, s. 1187-1188, 1196-1198, 1201).

Enligt en studie som gjordes i Skottland baserar kvinnor sina val av preventivmetod på uppfattningar om preventivmedlets säkerhet, effektivitet, pålitlighet och tillgänglighet samt hur lätt det är att använda och vilka biverkningar det har. Bland kvinnorna i den här studien var kondom och p-piller de mest använda preventivmetoderna och överlag var kvinnorna negativt inställda till långverkande metoder. Kondomer ansågs fördelaktiga bland annat för att de var lätta att använda, lätta att få tag på och fria från hormoner. Kondomer ansågs dock vara obekväma och man var medveten om att de kunde spricka. P-piller upplevdes som effektiva, bekanta, bekväma, lätta att fråga efter och mindre krångliga än kondomer. Men kvinnorna var också medvetna om att man måste komma ihåg att regelbundet ta pillret vilket de inte alltid gjorde. De var också medvetna om att pillren kunde ha biverkningar som huvudvärk, illamående och viktuppgång. Kvinnorna hade inte lika bra kunskaper om de långverkande preventivmetoderna och baserade sina uppfattningar om dessa på mestadels negativa historier som de fått ta del av från vänner och media. Negativa uppfattningar om p-stav och p-spruta baserade sig på att kvinnorna inte tyckte om tanken på att de krävde ett ingrepp eller en injektion. Gällande spiralen oroade man sig över dess effektivitet samt insättningen av den. Även biverkningar och påverkan på fertiliteten var sådant som bidrog till kvinnornas negativa syn på långverkande preventivmetoder. (Glasier, Scorer & Bigrigg, 2008, s. 215-216).

En studie utförd i Storbritannien undersökte kvinnors uppfattningar om intrauterina preventivmetoder. Övervägande negativa attityder till dessa preventivmetoder framkom. Kvinnorna kände sig osäkra och ansåg att de var dåligt informerade om intrauterina metoder. De var också oroliga över biverkningar men hade ofta fått felaktig information om detta, i de flesta fall från vänner och släktingar. De var även bekymrade över att partnern skulle kunna känna spiralen under samlaget. Den största orsaken till att kvinnorna inte övervägde spiral var dock själva insättandet av den. Detta upplevdes rörigt och genant. Kvinnorna såg också spiralen som en infektionsrisk och upplevde den som ohygienisk. Utöver detta tyckte de också att de hade för lite kontroll över en spiral och ville t.ex. kunna sluta med preventivmedlet när de själva ville utan medverkan av hälsovårdspersonal. Kvinnorna var också rädda att spiralen inte skulle hållas på plats och trodde att den kunde försvinna ut i kroppen. Trots att kvinnorna var medvetna om att en del av informationen de fått inte var tillförlitlig använde de den ändå som ett stöd för sitt beslut att inte använda en intrauterin preventivmetod. (Asker, Stokes-Lampard, Beavan & Wilson, 2006, s. 91-92).

Det råder ett allmänt missnöje över preventivmetoder hos kvinnor i alla åldrar, enligt en australiensisk studie från 2006. Kvinnorna som deltog i studien var missnöjda över att alla preventivmedel, särskilt p-piller och spiraler, hade mycket biverkningar men också över att det överlag fanns ett dåligt utbud av preventivmetoder och att det inte fanns någon helt felfri metod. Nästan alla kvinnor i studien använde eller hade använt p-piller, eftersom det "hörde till" och det var egentligen det enda säkra alternativet eftersom många upplevde att det var besvärligt att få män att gå med på att använda kondom. Många hade upplevt negativa biverkningar av p-piller men hade ändå fortsatt använda dem trots att de mådde dåligt. Äldre kvinnor i 30- och 40-årsåldern var de enda i studien som hade erfarenhet av att använda spiral. Spiralen ansågs vara ett vettigt alternativ till p-piller men många kvinnor blev avskräckta att använda spiral eftersom de hade hört mycket negativt om dem. (Mills & Barclay, 2006, s. 393-395).

5.3 Rådgivares metoder i preventivmedelsrådgivning

En amerikansk studie, utförd mellan 2009 och 2012 i San Francisco, identifierade tre huvudsakliga metoder som användes av personalen i preventivmedelsrådgivningen. Den vanligaste var en avskärmande metod (*foreclosed approach*) där rådgivaren enbart gav information om den eller de metoder som kvinnan själv nämnde och inte hade någon roll i kvinnans val av metod, därav blev det ingen diskussion om sådana metoder som kvinnan kanske inte kände till. Diskussion kring preventivmedelsbiverkningar och kvinnans situation

och erfarenheter av preventivmetoder uteblev också ofta när rådgivaren tillämpade denna rådgivningsmetod. Den näst vanligaste metoden var informativ val (*informed choiche approach*) då rådgivaren introducerade och gav mycket information om flera olika metoder, men lät kvinnan fatta beslut om valet av metod själv. Några rådgivare använde sig av delat beslutsfattande (*shared decision-making approach*) och fungerade då som en källa till information men deltog samtidigt i kvinnans val av metod genom att diskutera kring kvinnans behov och önskemål, preventivmedlens egenskaper och eventuella biverkningar. Man upptäckte att rådgivarnas metoder varierade beroende på kvinnans ålder, kvinnor under 25 fick oftare uppleva en avskärmade rådgivningsmetod medan kvinnor över 35 för det mesta fick rådgivning med delat beslutsfattande. (Dehlendorf, Kimport, Levy & Steinauer, 2014, s. 234-238).

En svensk studie från 2011 undersökte hur barnmorskor tänkte och agerade i rollen som preventivmedelsrådgivare. Man kom fram till att barnmorskorna hade utvecklat egna modeller för preventivmedelsrådgivning. I dessa modeller ingick fem kategorier: att kartlägga kvinnans situation, att ge information om preventivmetoder, att göra en medicinsk bedömning, att vägleda i valet av preventivmetod och att följa upp rådgivningen. Alla barnmorskor som deltog i studien ansåg att det var viktigt att förstå kvinnans situation och individuella behov. Barnmorskorna hade olika modeller för att informera om preventivmetoder, vissa pratade inte om olika metoder om inte kvinnan tog upp det, andra såg en möjlighet att informera om nya eller annorlunda preventivmetoder. Det fanns delade åsikter om hur mycket information om biverkningar man behövde ge. En del av barnmorskorna förenklade informationen när de gav rådgivning åt invandrarkvinnor. I vägledningen i valet av preventivmetod använde barnmorskorna väldigt olika strategier. Ofta fick kvinnorna inte tillräckligt med hjälp att välja metod, kanske för att barnmorskorna inte ville påverka för mycket i ett så personligt val. Gällande uppföljning av rådgivningen hade bara några barnmorskor en klar strategi, den vanligaste var att uppmuntra kvinnan att ta kontakt ifall det uppstod problem. (Wätterbjörk, Häggström-Nordin & Hägglund, 2011, s. 297-300).

I en engelsk studie från 2007 kom det fram att preventivmedelsrådgivare ofta använde samtalsmetoder som kom att stärka betydelsen av preventivmetodernas effektivitet och förminska betydelsen av biverkningar. Rådgivarna pratade på olika sätt om effektivitet och biverkningar. När effektiviteten diskuterades hänvisade man ofta till forskning och statistik för att framhäva vikten av att använda en effektiv preventivmetod. Biverkningarna försökte man normalisera genom att beskriva biverkningar med fraser som ”lite illamående” eller

”*liten* viktuppgång”. Dessutom hade rådgivarna en tendens att försöka normalisera biverkningar genom att göra jämförelser med andra kvinnor. Man jämförde även biverkningarna med sådana symptom som kunde uppstå vid en graviditet och antydde att kvinnorna med tanke på detta kunde acceptera vissa biverkningar från preventivmedlet i fråga. Rådgivarna använde sig inte alls i lika stor utsträckning av forskning när de diskuterade biverkningar. (Hayter, 2007, s. 362-364).

5.4 Kvinnors åsikter om preventivmedelsrådgivning

De flesta kvinnor vill ha kontroll över sitt val av preventivmetod men vill samtidigt att preventivmedelsrådgivaren ska vara delaktig i detta beslut, visar en amerikansk studie från 2013. Flera kvinnor tyckte det var positivt att rådgivarna gav förslag på metod, men då ville de också ha en förklaring till förslaget. Vissa ansåg att rådgivarens förslag endast var välkomna om kvinnan hade frågat efter det. Att rådgivaren gav förslag ansågs ibland också negativt, ofta när kvinnorna kände sig tvingade att börja använda en viss preventivmetod. Kvinnorna ville också känna sig bekväma under preventivmedelsrådgivningen och önskade en mer familjär eller vänskaplig relation med sin rådgivare. Det var också uppskattat att få träffa samma rådgivare under en längre tid så att rådgivaren kände till kvinnans historia. (Dehlendorf, et.al., 2013).

För kvinnorna var det även viktigt att få fullständig information under rådgivningen. Det var uppskattat att få höra om olika alternativa metoder även om de kanske hade bestämt sig redan före besöket. För de flesta kvinnor var det särskilt viktigt att få information om biverkningar. I vissa fall när de inte hade förstått information eller inte alls hade fått information om biverkningar visste de inte om de ville fortsätta använda preventivmedlet. För kvinnorna var familjemedlemmars och vänners åsikter om och erfarenheter av preventivmetoder viktiga, men rådgivningen hade ofta misslyckats med att bemöta de bekymmer kvinnorna fått från dessa källor. (Dehlendorf, et.al., 2013).

En annan studie har visat kvinnor uppfattar beslut som görs om preventivmedel på ett annat sätt än beslut om andra former av vård. Majoriteten av kvinnorna som deltog i studien föredrog att självständigt besluta om sin preventivmetod. Det framkom också att dessa kvinnor var mer nöjda med den metod de valt och att de med större sannolikhet fick den preventivmetod de hade önskat från början. Några få kvinnor önskade att rådgivaren skulle välja preventivmetod åt dem och resultatet visade att kvaliteten på den rådgivning dessa

kvinnor fick var något sämre, förmodligen på grund av att de var mindre aktiva under besöket. (Dehlendorf, Diedrich, Drey, Postone & Steinauer, 2010).

6 Metod

Kvalitativ design innebär att man undersöker människors upplevda erfarenheter av någonting. Då finns det ingen direkt sanning eftersom en erfarenhet inte kan vara fel. När vi planerar hur vi ska göra vår studie och hur vi ska bearbeta och analysera den har vi funderat på hur vi ska få kunskap om bl.a. hur det är att få preventivmedelsrådgivning. Vi har också funderat på vem som kan och vill berätta om sina erfarenheter och hur vi ska samla in och analysera data. (Henricson & Billhult, 2012, s. 130).

Det finns många sätt att samla in kvalitativ data, t.ex. genom intervjuer, berättelser eller observation. Vi använder oss av intervjuer. Vid intervjun bör man ta i beaktande att eftersom den som intervjuar också är med och skapar intervjutexten blir resultatet inte oberoende av undersökaren. (Henricson & Billhult, 2012, s. 133-134).

6.1 Intervju som datainsamlingsmetod

En intervju gör det möjligt att förstå informanternas erfarenheter när de berättar om situationer de varit med om. En kvalitativ intervju kan se ut på många olika sätt, den kan vara strukturerad eller ostrukturerad. Semistrukturerad intervju innebär att frågorna inte behöver tas i samma ordning utan man kan anpassa det till vad som kommer på tal under intervjun. Man bör då se till att man inte låter sig styras för mycket av intervjuguiden. Under frågorna i intervjuguiden kan man då t.ex. ha stödord som man kan diskutera kring. (Danielson, 2012a, s. 167).

När man planerar studien ska man ge intervjun tillräckligt med tid så att den kan ge så bra resultat som möjligt. Man ska också lägga tid på att läsa in sig på ämnet före så att man kan formulera bra frågor som tjänar syftet med studien. När man formulerar frågorna kan man börja med att göra en disposition över vad man ska fråga. När man sedan har planerat intervjun färdigt kan det vara bra att göra en provintervju för att man ska komma in i situationen att vara den som intervjuar, för att testa om den tid man planerat för intervjun är tillräcklig och för att se om de planerade frågorna var ändamålsenliga. (Danielson, 2012a, s. 164-169).

Vi använder oss av en semistrukturerad intervju med öppna frågor. Frågorna formulerar vi i en intervjuguide som vi använder som stöd under intervjuerna. Intervjuguiden bifogas som bilaga 2. Vi gör även en provintervju där vi testar intervjuguiden genom att intervjuar varandra.

6.2 Urval

I en kvalitativ studie är det viktigt att informanterna inte väljs ut slumpmässigt eftersom det är deras upplevelser och erfarenheter som undersöks. Informanterna måste ha upplevt det fenomen som är i fokus i studien. (Henricson & Billhult, 2012, s. 134). I detta fall måste informanterna ha fått preventivmedelsrådgivning. Informanterna har vi valt ut bland våra egna bekanta och vi intervjuar sex kvinnor i åldrarna 20-23.

6.3 Forskningsetik

Genom hela examensarbetet bör man ha etiken i åtanke, även gällande valet av ämne och frågeställningar samt genomförandet av studien och presentation av resultatet. Vid forskning ska man skydda den enskilda människan och respektera människovärdet och man ska undvika att kränka den personliga integriteten hos människor. Man ska respektera människors självbestämmande och deras åsikter och val. (Kjellström, 2012, s. 70-72). Vi spelar in våra intervjuer och då är det viktigt att vi får informantens godkännande att spela in. Vi ser också till att informantens identitet skyddas på så sätt att det inte på något sätt kan framkomma vem som deltagit i vår studie.

Informerat samtycke betyder att deltagarna har rätt att bestämma om de vill delta i studien. Deltagarna ska få information om studiens syfte och hur man samlar in data och kunna förstå informationen för att kunna fatta beslut om att delta. De bör också få tillräckligt med betänketid för att fatta beslutet. Deltagandet ska vara frivilligt och deltagarna kan också i ett senare skede, t.ex. när intervjun genomförts, avbryta sitt deltagande. (Kjellström, 2012, s. 82-84). Vi ger våra informanter både muntlig och skriftlig information om studien och om deras rätt att avbryta deltagandet. Den skriftliga informationen bifogar vi som bilaga 3.

När man gör en kvalitativ studie så kommer man ofta nära informanterna på ett annat sätt än vid kvantitativa metoder. Närheten kan skapa risker eftersom man i misstag kan påverka den man intervjuar. De som intervjuas kanske anpassar sina svar och svarar vad de tror att man vill höra. Intervjun kan också upplevas påtvingande. En annan sak som kan bli ett etiskt dilemma är känsliga ämnen och då kan deltagarna reagera negativt på intervjufrågor. (Kjellström, 2012, s. 85-86). För många kan frågor kring sexuell hälsa vara känsligt och vi måste kunna anpassa oss till olika situationer och vara finkänsliga när vi intervjuar.

6.4 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys används för att analysera datamaterial i kvalitativa studier, det går ut på att strukturera och beskriva insamlat material. (Danielson, 2012b, s. 330). När man analyserar data i en kvalitativ studie finns det många sätt att gå till väga men vanligtvis brukar man följa tre olika steg. Först läser man allt insamlat material flera gånger i sin helhet. Sedan väljer man ut den text som svarar på ens frågeställningar och detta formas sedan till kategorier och teman. Det sista steget är att det skapas en ny helhet av materialet. (Henricson & Billhult, 2012, s. 135).

6.5 Genomförandet av studien

Vi samlade in vårt material genom att intervjua sex unga kvinnor i åldrarna 20-23. Dessa har varit på preventivmedelsrådgivning någon gång under de senaste åren, en del av dem har varit endast en gång och andra har varit flera gånger. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan. De transkriberade intervjuerna utgjorde vårt analysmaterial. När vi analyserade materialet läste vi först igenom intervjuerna i sin helhet för att sedan markera de delar som svarade på vårt syfte och våra frågeställningar. Vi klippte ut citaten och delade in dem i teman, kategorier och underkategorier och dessa bildar vårt resultat.

7 Resultat

I analysen kom vi fram till tre olika teman: upplevelser av rådgivningen, faktorer som påverkar valet av preventivmetod och önskemål på rådgivningen. I resultatredovisningen har vi markerat kategorierna med **fet stil** och underkategorierna med *fet kursiv stil*. En översikt över resultatet i tabellform hittas som bilaga 4.

7.1 Upplevelser av rådgivningen

Vi bad våra informanter att beskriva sina upplevelser av att få preventivmedelsrådgivning. De hade haft väldigt olika upplevelser, en del hade enbart positiva upplevelser, andra negativa. Några informanter berättade både om positiva och negativa upplevelser. När vi analyserade informanternas svar på hur de upplevt preventivmedelsrådgivningen kom vi fram till två kategorier: **positiva upplevelser** och **negativa upplevelser**.

7.1.1 Positiva upplevelser

Utgående ifrån de positiva upplevelser av preventivmedelsrådgivning som informanterna berättade om har vi kommit fram till fyra underkategorier: *beaktande av hälsan, tillräcklig information, bra bemötande* och *möjlighet att själv påverka valet av preventivmetod*.

Tre av informanterna berättade att rådgivaren hade frågat om och diskuterat kring deras hälsa under rådgivningstillfället. Det här kunde till exempel handla om att rådgivaren tog kvinnans hälsotillstånd i beaktande när man funderade vilken preventivmetod som skulle passa henne. Det kunde också handla om att man diskuterade kring kvinnans allmänna hälsa på så sätt att man frågade om hennes mat- och motionsvanor samt rökning och alkoholvanor. Tre informanter nämnde också att rådgivaren frågat om någon släkting haft blodpropp. Här följer några citat som beskriver underkategorin *beaktande av hälsan*:

”och så gick vi just igenom att passar det här till mig med tanke på min migrän och så... hon frågade hurdan migrän jag har.”

”Jo de gick nog igenom matvanor och vikten och längden. Blodtrycket mättes och så frågades om matvanor och rökning... och om blodproppar i släkten.”

”vi diskuterade hur jag äter, om jag äter morgonmål och hurdana måltider jag äter och sånt. Och just om jag röker och hur ofta jag dricker och om jag rör på mig...”

Fyra av våra informanter upplevde att de hade fått **tillräcklig information** på rådgivningen. Tre av informanterna nämnde information om biverkningar, två av dem berättade att de hade fått information om biverkningar och det hade de upplevt som bra, den tredje hade inte fått information men upplevde ändå det som en positiv sak i och med att hon trodde att hon annars skulle ha blivit avskräckt från att använda sin preventivmetod. På så sätt upplevde hon ändå att informationen varit tillräcklig. Två informanter berättade att de hade fått information om olika preventivmetoder och de tyckte att det var bra att de hade fått höra om fler alternativ än ett.

”Ja, hon gjorde nog det. Det här, just det här att man får ju, man kan få mera mensvärk oh längre mens.”

”Jag tänkte att om hon skulle ha varit så här, det här kan hända, det här kan hända, du kan gå upp i vikt, du kan bli deprimerad, du kan tappa sexlusten. Så då kanske man skulle minnas att man som, skulle ha blivit lite skräm, typ.”

”men hon sa ju att, det finns ju risk att det inte passar för dig, och då har jag de här andra alternativen, och jag sa också, om jag minns rätt, att jag vill helst liksom, alltså, att p-piller är väl ungefär sista alternativet då, så, hon pratade om, om det nu var, p-ring minns jag i alla fall, och, hormonspiral och så rekommenderade hon också ett p-pillermärke åt mig. Så hon pratade ju nog om alternativ och det tycker jag nog var bra ändå.”

Fem av informanterna tyckte att de hade fått **bra bemötande** på rådgivningen och att rådgivaren hade varit trevlig. Fyra informanter berättade att rådgivaren hade fått dem att känna sig bekväma och avslappnade i situationen. Två informanter tyckte att rådgivaren hade varit intresserad av att hjälpa dem och två tyckte att rådgivaren hade varit trevlig. En nämnde också att hon tyckte att hon hade blivit individuellt bemött.

”trevligt bemötande har jag nog fått och så har dom varit, liksom sådär, förstått att man kanske är nervös och sådär, är i ganska ung ålder och, och som sagt att man ska slappna av och sådär att... Att de haft som förståelse för det.”

”jag kände mig nog sådär bekväm. Jag slappnade av direkt.”

”Det kändes som lite småprat, men nog kan det ju vara helt bra att värma upp före man börjar fråga alltför privata frågor.”

”Men hon verka nog sådär genuint intresserad att hjälpa, det gjorde hon nog.”

”den där själva hälsovårdaren, hon var nog jättetrevlig och sådär.”

”man blev nog individuellt bemött.”

Fyra av informanterna tyckte att de hade fått **möjlighet att själv påverka valet av preventivmetod**. Tre av dem visste redan före de kom till rådgivningstillfället vilken preventivmetod de ville ha och de berättade att rådgivaren nog hade accepterat det. En informant visste inte alls vilken preventivmetod hon ville ha och berättade att hon ändå hade fått flera möjligheter att välja själv.

”och det var inte som att hon försökte övertala mig att ta något annat heller.”

”med tanke på att jag liksom inte visste så mycket från förut så tycker jag nog... Hon gav mig flera möjligheter att välja.”

7.1.2 Negativa upplevelser

Alla våra informanter beskrev olika negativa upplevelser som de haft av preventivmedelsrådgivningen. Vi har delat in dessa upplevelser i sex olika underkategorier: **rutinmässigt bemötande**, **dåligt bemötande**, **bristande kompetens**, **dålig information om biverkningar**, **dålig information om alternativ** och **dålig möjlighet att själv påverka valet av preventivmetod**.

Tre informanter ansåg att rådgivaren jobbade för mycket på rutin och att de därmed inte fick tillräckligt individuell rådgivning. De tyckte att rådgivaren frågade det som måste frågas men att det sedan inte blev någon vidare diskussion. En informant upplevde att rådgivaren inte ens lyssnade på vad hon sa utan bara ställde fråga efter fråga. Två informanter beskrev att rådgivaren pratade om vad som passar de flesta och inte vad som skulle passa just dem. Här följer några citat i underkategorin **rutinmässigt bemötande**:

”nog är de ju som helt trevliga men nog är de ju också ganska så där, okej, du vill ha det här, så ta det, och så går du, härifrån... Typ.”

”Alltså hon var väl nog bara ganska sådär vanlig. Alltså ganska sådär gör-sitt-jobb-vanlig.”

”Inte tycker jag nu att hon brydde sig särskilt mycket om mig utan hon, fast alltså, det är ju som så svårt att säga för inte var hon ju otrevlig på något sätt, men hon var, det var som bara sådär standard, hon hade typ ett papper som hon läste av, sådär, har du blodpropp i familjen? Nej. Har du bröstcancer i familjen? Okej, din faster. Röker du? Nej. Tar du droger? Nej. Dricker du? Måttligt.”

”jag vet inte, att blev det egentligen som någon diskussion alls utan det kanske mera blev sådär att hon ställde en fråga och så svarade man... Sen ställde hon nästa fråga, och så svarade man... Men sådär, inte vet jag egentligen att lyssnade hon vad jag sade eller sådär att skulle det ha haft någon betydelse alls vad man sen sa.”

”det kändes inte sådär jätteindividuellt eller att man nu skulle ha planera sådär att vad är bäst för just dig utan mera just sådär kanske att i allmänhet fungerar det sådär och de flesta anser såhär.”

Två informanter hade upplevt att de fått **dåligt bemötande** vid rådgivningstillfället. En av dem berättade att rådgivaren hade fnittrat under hela tillfället, en annan hade upplevt att rådgivaren tyckte hon var löjlig.

”förutom en gång när jag skulle förnya mitt recept och måste fara till hälsocentralen, så då var det en fnittrande läkare... Så det var inte så kul. Det var en allmänläkare som skulle förnya mitt recept bara och så gick vi igenom alla frågor igen och sexpartners och... Men hon fnittrade igenom hela intervjun.”

”jag tycker kanske lite att hon verka tycka kanske att jag var löjlig på något sätt då jag liksom ifrågasatte mycket av sådant hon sade eller att jag ställde mycket frågor och ville veta mera”

En informant upplevde **bristande kompetens** hos rådgivaren och tyckte att rådgivaren kunde för lite om preventivmedlen. Hon ville ha mer fakta men upplevde att rådgivaren inte kunde svara på hennes frågor.

”och sen frågade jag henne nog om olika alternativ och sen just då höll det just på att komma till marknaden det där... Eller hade kommit... De där med naturligt östrogen... De där pillren. Så det skulle jag ha varit intresserad av men hon visste ingenting om saken egentligen... Och hon tyckte sådär just att då de där andra vanliga har använts så jättelänge att dom nog liksom är bra och sådär.”

”och ville veta kanske mera sådan där fakta och vetenskapligt bevis på olika saker och ting men hon verka nog lite kanske ta illa upp... Det var ju inte liksom som att jag tentade henne men... Hon verkade lite sådär bli upprörd över det kanske, eller sådär att hon inte hemskt gärna diskuterade... Hon tyckte nu bara att om man inte har något som säger emot så är det liksom kombinationspiller som är alternativet.”

Fem informanter tyckte att de hade fått *dålig information om biverkningar*. En informant tyckte att hon hade fått felaktig information om biverkningar i jämförelse med vad hon senare upplevde själv. Tre informanter berättade att de nog fått information om biverkningar med de tyckte att det var för lite. En informant sa att hon inte hade fått någon information alls vid ett tillfälle och vid ett annat hade hon fått information först efter att hon frågat efter det.

”alltså hon sa nog att man kan ha humörsvängningar under de första månaderna... men jag hade ju sådana säkert två år...”

”dålig information och lite information har jag fått”

”Jag vet inte om hon berättade så mycket om biverkningar, kanske någonting sa hon men, men... Inte fick man ju, så himla mycket.”

”utan det var som bara, gav mig p-piller men ingen information.”

”Det var ju lite, ungefär jag som frågade då också, nästan. Att det var ju som inte någonting de berättade av sig själv.”

Fyra av informanterna upplevde att de bara hade fått information och en preventivmetod. Alla dessa hade enbart fått information om p-piller och berättade att rådgivaren direkt hade föreslagit att de skulle börja med p-piller. En informant upplevde att rådgivaren inte ens var intresserad av att diskutera några andra alternativ än p-piller trots att hon försökte fråga om andra metoder. Två informanter uttryckte att de gärna hade velat ha information om andra alternativ trots att de vid rådgivningstillfället inte själva hade frågat efter det. Här följer några citat i underkategorin *dålig information om alternativ*:

”och sen då jag inte hade det så tyckte hon att det liksom var det bästa alternativet och sen var hon inte riktigt sådär jätteintresserad av att diskutera några andra alternativ.”

”Men det är ju nog det mest använda... Och fungerar säkert för de flesta men... Nog skulle det vara bra att höra om något annat. Och sen frågade jag om det där temperaturmätarsystemet, Natural Cycles... Att det var nu inte då så jättestor grej men det höll på att komma då, men nej det tyckte dom nog också att var helt löjligt... Men det var ju så nytt då förstås att det kanske inte då fungerade ännu... Men det var i alla fall då helt otänkbart...”

”Båda gångerna tror jag faktiskt att det bara var de här p-pillren, det var som inga andra alternativ de föreslog, eller någonting. Inte för att, jag frågade ju inte heller men, men de föreslog inte åt mig heller så.”

”det har som aldrig varit några andra alternativ än, än p-piller som det har varit tal om. Fast det finns hur mycket som helst.”

”Fast jag tycker ju nog ändå att de skulle ha kunnat berätta om... Alla andra sätt som skulle ha...”

”de skulle ju ha behövt berätta det för mig första gången jag ville ha preventivmedel, när jag precis hade börjat vara sexuellt aktiv.”

Tre informanter tyckte att de vid rådgivningstillfället inte hade fått någon möjlighet att själva påverka vilken preventivmetod de skulle ha. Två av informanterna upplevde att rådgivaren direkt bestämde vilken preventivmetod de skulle få, den tredje hade upplevt att rådgivaren försökte få henne att välja en viss metod. Här är några citat i underkategorin **dålig möjlighet att själv påverka valet av preventivmetod:**

”hon gav nog en massa broschyrer och sånt men då det på något sätt bestämdes där hos henne då att vad det nu sen skulle bli och sen skicka hon mig vidare till en läkare som skulle skriva recept. Så det bestämdes egentligen där då att jag kunde inte sen mera jättemycket kanske ändra mig...”

”Hon tyckte att jag eventuellt kunde börja på med p-piller och då fick jag väl egentligen inte så mycket rådgivning utan hon sa att det kan vara bra det här så behöver du inte vara rädd att bli gravid ungefär och så fick jag utskrivet några p-piller som jag sedan mådde jättedåligt av.”

”men det var nog inte så att hon blev arg eller så men ändå att hon kanske skulle ha velat att jag skulle ha valt p-ringen.”

7.2 Faktorer som påverkar valet av preventivmetod

Vi bad våra informanter berätta om vad de tycker om olika preventivmetoder och vilka egenskaper hos ett preventivmedel som de finner tilltalande. Utgående ifrån svaren fick vi fram vilka faktorer som kunde påverka deras val av preventivmetod, dessa faktorer har vi i analysen delat in i kategorierna **upplevelser av olika preventivmetoder, egenskaper hos preventivmetoden** samt **egenskaper hos kvinnan**.

7.2.1 Upplevelser av olika preventivmetoder

Informanterna berättade att deras egna upplevelser av preventivmetoder påverkade deras val, det kunde vara att de valde en ny metod eller att de fortsatte med samma metod. Dessutom kunde även andras upplevelser och erfarenheter av olika preventivmetoder ha påverkat dem i deras val. Vi har delat in dessa upplevelser i tre underkategorier: **positiva upplevelser**, **negativa upplevelser** och **andras erfarenheter**.

Fem informanter hade haft **positiva upplevelser** av de preventivmedel de använt. En upplevde att hon hade fått bättre hy av sina p-piller, två informanter nämnde att deras p-piller haft en positiv inverkan på menstruationen så att de fått mindre blödningar, mindre menstruationssmärter och mer regelbundna blödningar. Tre informanter tyckte det var en positiv upplevelse att de kände sig trygga i den bemärkelsen att de inte behövde oroa sig för en oönskad graviditet samt att de inte behövde tänka på att ha med sig kondomer. Flera nämnde också att de fortsatte med sin nuvarande metod för att den helt enkelt fungerade bra för dem, vilket också kan anses vara en positiv effekt eftersom de trivdes med sin preventivmetod.

”jag tycker att min hy har blivit... Alltså mycket mindre finnar och pormaskar och sånt.”

”P-piller fungerade bra för mig när mensen blev lite bättre för jag blödde ju jättemycket före och hade oregelbunden mens men när jag började så blev den regelbunden.”

”alltså jag har ju fått... Mindre mensvärk av mina p-piller.”

”det är som skönt att det är där och det funkar, liksom hela tiden.”

”man har fått vara trygg och liksom, säker och inte behövt oroa sig hela tiden för att man ska bli gravid och sånt där...”

”kopparspiralen funkar ju bra för mig, jag har, liksom de där biverkningarna som dom kan ha så lite har jag känt av det men absolut inte så att det stör, så att, sådär i det stora hela har det varit bra upplevelse.”

Fem informanter beskrev negativa saker som de upplevt när de använt ett preventivmedel. Dessa **negativa upplevelser** hade för tre av informanterna lett till att de valt att byta preventivmetod. Det handlade mestadels om biverkningar men två av informanterna pratade också om att behöva komma ihåg att ta ett piller varje dag. Detta hade de tyckt var lite besvärligt. Tre av informanterna hade upplevt humörsvängningar och påverkan på det

psykiska välmåendet. En informant upplevde att hon hade fått betydligt fler födelsemärken. Andra biverkningar som nämndes var huvudvärk, trötthet, torra slemhinnor, jästsvampinfektioner, viktuppgång och minskad sexlust. Två av informanterna upplevde att det inte fanns något passande preventivmedel vilket hade lett till att de använde kondom eller ingen preventivmetod alls.

”jag tyckte det var jobbigt att komma ihåg att ta dem varje kväll”

”jag mådde som psykiskt började jag må jättedåligt att, var helt uppnödd och, grät jättemycket och, fick riktigt sådär... Självedstruktiva tankar och... Jag mådde inte alls bra. Sen när jag bytte så funkade det hur bra som helst.”

”bara att jag har fått jättemycket födelsemärken.”

”Nå just humörsvängningar och sen jästsvampinfektioner i slidan... Torra slemhinnor, minskad sexlust och liksom... Nä det var inte alls bra!”

”nåj kanske det skulle vara bra om det skulle finnas några fler alternativ för män också...”

”inte finns det riktigt någonting som jag tycker att skulle vara bra.”

Fyra informanter nämnde också **andras erfarenheter** som något som påverkat deras val av preventivmetod. Det kunde handla om både positiva och negativa erfarenheter som de hade hört att någon annan hade haft.

”Någon har testat något som funkar jättebra så kanske man själv funderar på att man kanske skulle kunna testa det istället.”

”med hormonspiral så har en massa kompisar haft dåliga erfarenheter av så sen har jag blivit lite sådär fundersam med det”

”jag har hört då folk har så mycket problem med p-piller, att, när dom äter dom, att dom får humörsvängningar och sexlusten far liksom på grund av det och, liksom en, en massa olika problem”

7.2.2 Egenskaper hos preventivmetoden

Egenskaper hos en preventivmetod kunde också påverka vilken man valde. Det kunde handla om hur man administrerade preventivmedlet eller vad det kostade. För flera av informanterna var det viktigt att veta hur preventivmetoden kunde påverka dem. Vi har delat in

informanternas svar i följande underkategorier: *administreringssätt, pris, påverkan på det psykiska välmåendet* och *påverkan på kroppen*.

Tre informanter tyckte det hade betydelse hur man använde preventivmetoden. Mest funderade de på *administreringssättet* för p-plåster och p-ring. Plåstret ansågs vara för synligt och dessutom trodde man att det kunde lossna. P-ringen upplevdes som obehaglig och därför ville man inte prova använda den. En informant nämnde också kondom och pratade om att den skavde och var obekvämt.

”Nå plåster syns... Det tycker jag inte att är så jätte... Plus att det lossnar och stör. Och den där ringen så tycker jag sen att det skulle bli så krångligt då den sen ska ut och så ska den in.”

”jag tyckte att den där p-ringen var obehaglig och jag tänkte att plåstren lossnar eller så...”

”Kondom tycker jag därför inte om för att det känns att... Jag vet inte... Det skavar och det är obekvämt.”

Två informanter tyckte att kostnaderna var viktiga och kunde avgöra vilken preventivmetod de valde. Preventivmedlet skulle ha ett rimligt *pris*.

”men det känns ändå att man inte vill använda hur mycket pengar som helst... Och att man ändå kan få ett motsvarande preventivmedel billigare.”

”Och att det inte ska vara som, alltför dyrt utan ha en såndär, summa som är, man kan hantera.”

För tre informanter var preventivmetodens *påverkan på det psykiska välmåendet* viktigt. En av dem påpekade att det är viktigt att känna till att hormonella preventivmetoder kan påverka humöret så att man kan byta preventivmedel och på sätt förebygga psykisk ohälsa. En annan ville själv undvika hormonella preparat eftersom hon hört om många andra som fått problem med den psykiska hälsan.

”att man ska må bra av det.”

”för det behöver ju inte nödvändigtvis vara p-pillren, men, det är en mycket stor chans att det är det och då kan man spara jättemånga år eller månader av depression.”

”jag har hört då folk har så mycket problem med p-piller, att, när dom äter dom, att dom får humörsvingningar och sexlusten far liksom på grund av det och, liksom en, en massa olika problem”

För fyra av informanterna var preventivmedlets **påverkan på kroppen** av betydelse. Det var viktigt för dem att man skulle kunna använda sin preventivmetod utan biverkningar och utan att kroppen förändrades. För en informant var det viktigt att ha ett preventivmedel som medförde regelbundna menstruationer, en annan tyckte det var av betydelse att användningen av en preventivmetod inte innebar någon risk att få blodpropp.

”vissa bara, åh det är så skönt att ha ett preventivmedel som gör att man inte får mens för att vissa minipiller och såna kan ju ge sånt och så, att man inte får mens alls. Och, på ett sätt så håller jag med om att det skulle vara skönt, på ett annat sätt, så tror jag att jag hela tiden skulle gå runt och vara osäker på ifall jag var gravid.”

”att det är just jättevanligt att man får blodpropp och något sånt där, så skulle jag nog undvika det.”

”och liksom kunna använda det utan problem och biverkningar och, att kroppen förändras en massa och sånt där.”

7.2.3 Egenskaper hos kvinnan

Egenskaper hos kvinnan själv påverkade också i hög grad valet av preventivmetod för våra informanter. Vilken kunskap kvinnan hade sedan tidigare hade stor betydelse i valet av metod. För flera var det också viktigt att preventivmedlet var lätt att använda. En del hade väldigt starka åsikter om hormonpreparat vilket i hög grad påverkade deras val. De egenskaper hos kvinnan själv som kommit fram har vi delat in i underkategorierna **bekvämlighet, negativ inställning till hormonpreparat** och **ingen tidigare kunskap**.

För en del informanter var **bekvämlighet** viktigt. Fem informanter ansåg att en preventivmetod ska vara lätt och bekväm att använda. Två informanter hade valt spiral och tyckte det var bra eftersom de inte behövde tänka på att ta ett piller varje dag. En informant som hade p-piller hade valt sina piller utgående ifrån vilken p-pillerkarta som hon tyckt var lättast att förstå.

”För mig är det väl nog bara som, bekvämlighet som vinner mest.”

”jag ska nu byta till spiral för jag glömmer att ta pillren emellanåt så jag tänkte att det skulle passa bättre med spiral.”

”Nå just det där också att jag vill inte behöva komma ihåg att ta ett piller varje dag.”

”jag minns inte varför jag just valde Yaz men jag tyckte att den var ganska... Hon visade många olika kartor och jag tyckte att den här var en av de enklare att förstå.”

Två informanter uttryckte en **negativ inställning till hormonpreparat**, denna åsikt hade för båda lett till att de använde sig av icke-hormonella metoder.

”jag vill liksom undvika hormoner så långt det går och då var ju kopparspiral ett ganska självklart alternativ.”

”jo, både vänner och sen mammas åsikter... Eller att hon har nu alltid varit ganska emot just hormonella preventivmedel och liksom poängterat att man ska tänka efter vad man sätter i sig... Att nog har det säkert påverkat att jag redan från början var lite sådär negativt inställd till det.”

Tre informanter berättade att de före sitt första preventivrådgivningstillfälle hade haft väldigt lite kunskap eller **ingen tidigare kunskap** alls om preventivmedel. Det här hade för dem lett till att de valde den metod som rådgivaren föreslog.

”Jag lyssnade ganska mycket på henne eftersom jag inte visste så mycket före.”

”och då man inte visste så mycket om något annat heller så det blev det och de funkade ju helt bra för mig också så.”

”man hade ju typ en vag aning om att det fanns andra, men, man visste ju också om att man, p-piller är liksom, det slags preventivmedel som man får. Alltså det är liksom det vanligaste, så då, ville man ju ha... Eller då kom man ju dit och tänkte att man skulle ha det.”

7.3 Önskemål på rådgivningen

Vi frågade våra informanter vad de tycker att rådgivarens roll är i preventivmedelsrådgivningen och om de vill att rådgivaren ska vara delaktig i deras val av preventivmetod. Utgående ifrån svaren fick vi i analysen fram temat önskemål på rådgivningen och kategorierna **information** och **rådgivarens roll**.

7.3.1 Information

Nästan alla informanter berättade att de vill ha mer information från rådgivningen. Viktigast var att få information om *olika alternativ*, om *hur preventivmetoderna fungerar* och om *biverkningar*, dessa är våra underkategorier.

Fyra informanter tyckte att de vill ha mer information om *olika alternativ* och att de på preventivmedelsrådgivningen ska få veta vilka preventivmetoder man kan välja mellan. Alla fyra sa att det är viktigt att rådgivaren berättar om alla metoder som finns. En informant påpekade att det är viktigt för att alla ska kunna hitta en preventivmetod som passar dem.

”Jag tycker att hon ska berätta om alla olika möjligheter som finns”

”Jag tycker nog det är rådgivaren för det är ändå de som är pålästa och har kunskap i det här så, så jag tycker nog att de kan erbjuda olika, olika för man kan ju inte kanske veta allting heller.”

”Och just att man som berättar vilka olika metoder som finns skulle ju vara jättebra för att man, allihop skulle hitta en metod som passar sig, liksom sig själv bra och, och sådär och, ja, jag tycker dom har nog faktiskt en jätteviktig roll.”

En informant tyckte att man borde få mera information från rådgivningen om *hur preventivmetoderna fungerar* och hur de inverkar på kroppen. Hon tyckte också att informationen ska vara mer vetenskaplig och ingående.

”men jag tycker på något sätt att jag oftast skulle vilja ha mera vetenskaplig information. Det känns på något sätt att det är så ytligt och ofta de där texterna är ytskrapade... De hjälper inte mig sådär på något sätt jättemycket... Nog vet jag vilka alternativ det finns och vad det går ut på och sådär, men sen att vad som nu egentligen... Hur det nu sen egentligen fungerar eller hur de påverkar oss så skulle vara intressant att veta.”

”Men jag tycker nog att de skulle kunna sprida lite mera information om hur preventivmedlen egentligen inverkar på kvinnans kropp. Alla bara äter dem som godis.”

En informant tog upp att det är viktigt att rådgivaren informerar om eventuella biverkningar som man kan få av ett preventivmedel. Särskilt viktigt tyckte hon att det är att informera om att hormonpreparat kan påverka humöret. Hon påpekade också att information om *biverkningar* ska framföras på rätt sätt så att det inte är avskräckande.

”men man kan ju också lägga upp det som på ett väldigt sånt sätt att, att dom allra flesta får inte biverkningar, men, eller jag, för att en sak tycker jag skulle vara väldigt viktigt att nämna för att, just att jag har läst om väldigt många, som har liksom, blivit deprimerade av sina p-piller, men aldrig kopplat ihop depressionen med sina p-piller”

”jag tycker att det är viktigt att de informerar om att, de allra flesta får inga biverkningar, men, du ska vara väldigt uppmärksam på, liksom, psykiska välmåendet”

7.3.2 Rådgivarens roll

Alla informanter tyckte att rådgivaren har en väldigt viktig roll och de hade många olika tankar och önskemål om hur rådgivaren borde vara. Svaren har vi delat in i underkategorierna *stöda valet, ge möjlighet att bestämma själv, diskutera, vara professionell* och *uppmärksamma sexuell hälsa*.

Tre informanter framhöll att de ville att rådgivaren skulle *stöda valet* av preventivmetod. De ville att rådgivaren skulle vara delaktig i deras val genom att vara ett stöd och bekräfta deras val. En berättade att hon trots att hon bestämt sig på förhand vilken preventivmetod hon ville ha ändå behövde en slags bekräftelse från rådgivaren.

”jag tycker det är viktigt att man har det där rådgivningstillfället före för att inte var ju jag säker på att jag skulle ha kopparspiralen då innan, för jag ville ju diskutera det”

”men sen igen kanske någon har jätteklart för sig att det här ska jag absolut ha så då tycker jag att hon nog ska lyssna på den men kanske ändå ge andra alternativ men ändå ta i beaktande... Så tillsammans lite bestämma jo”

Fyra informanter framhöll vikten av att själv få välja sin preventivmetod. De ville att rådgivaren skulle *ge dem möjlighet att bestämma själv*. De ansåg att rådgivaren bör vara objektiv, hon ska ge råd om man är osäker men som klient ska man ha sista ordet själv.

”Jag tycker att, att hennes uppgift är att vara objektiv och informera om alla olika val som finns”

”Och i alla fall om man, om man själv är osäker. Men de ska inte kunna bestämma det åt en, man ska ju ha sista ordet själv.”

”Men jag tycker också att, om man har bestämt sig för det, en preventivmetod som man känner är bra åt sig själv, så ska man nog som få prova den, och att dom inte ska, kanske, börja övertala en så mycket.”

”Jag tycker att dom kan ge råd och sådär men jag tycker inte att de ska bestämma någonting vad jag ska ta.”

Tre informanter ansåg att det var viktigt att få **diskutera** med rådgivaren. De tyckte att en diskussion behövdes för att komma fram till vilken preventivmetod som passade en bäst ifall man inte riktigt var säker på vad man ville ha och inte hade någon kunskap om preventivmetoder sedan tidigare. En informant tyckte att trots att man kanske på förhand bestämt vilken metod man vill ha ändå behövde få diskutera det med rådgivaren för att känna sig säker i sitt val.

”Jag ville ju diskutera förstås med henne att, eftersom det inte passar för allihop”

”om man inte har en aning, öh, vad man vill ha och vad som man tror ska passa en, så då har dom ju en ganska viktig roll att diskutera och komma fram till vad som skulle kunna passa en”

Två informanter framhöll att rådgivaren ska **vara professionell**. Till det hör att uppträda professionellt, att kunna svara objektivt på frågor och att vara säker på sin sak och utstråla trygghet.

”Och just också vara säker på sin sak och svara på frågor och vara professionell.”

”Nå hon borde ju inte ha några egna åsikter om... Hon borde ju berätta allmänt om alla alternativ och inte säga att den där är bättre än den här.”

Tre informanter nämnde också att förutom själva preventivmedelsrådgivningen ville de också att rådgivaren skulle **uppmärksamma sexuell hälsa**. Två pratade om att det är viktigt med uppföljning åtminstone för de som använder hormonpreparat för att se hur det påverkar deras hälsa. Alla tre tyckte att rådgivaren också borde diskutera den sexuella hälsan, särskilt med yngre kvinnor och flickor som kanske precis börjat vara sexuellt aktiva. En tyckte också att rådgivaren kan vara ett stöd för unga kvinnor genom att få dem att inse att de bestämmer över sin egen kropp.

”men att hon som såhär stöttar i att, att man är såhär ansvar över sin egen kropp och att man, och att liksom att man får, får såhär, göra vad man vill så länge man typ tar hand om sig själv.”

”att man skulle som sprida den där kunskapen så att man kanske skulle minska på könssjukdomar och, och onödiga graviditeter och allt sånt där och, och just att förebygga

hälsa genom att man liksom följer upp allihop som äter sånt där, unga människor och allting så att, skulle det vara mera fungerade”

8 Tolkning

I detta kapitel tolkar vi vårt resultat genom att spegla det mot våra teoretiska utgångspunkter och den tidigare forskning som vi presenterat i examensarbetet. Som teoretiska utgångspunkter har vi använt oss av Sigridur Halldorsdottirs omvårdnadsteori samt Anneli Sarvimäki och Bettina Stenbock-Hults beskrivningar av vårdförhållandet och självbestämmanderätten i vården. Vi presenterar tolkningen i samma ordning som resultatet enligt temarubrikerna och med kategorierna markerade med **fet stil**.

8.1 Upplevelser av rådgivningen

I vårt resultat framkom det olika **positiva upplevelser** som informanterna haft av preventivmedelsrådgivningen. Att rådgivaren diskuterade kvinnans hälsa och tog den i beaktande upplevdes som en bra sak. Enligt Halldorsdottirs omvårdnadsteori hör det till en professionell omsorg att vara kompetent och vårdande, vilket innebär att man som vårdare kan göra kliniska bedömningar och visa att man är uppriktigt intresserad av sin patient. Vårdaren ska även kunna bilda en gemenskap med patienten genom att samla information om patientens tillstånd och känslor, vilket behövs för att kunna ge vård enligt patientens individuella behov. (Halldorsdottir, 1996, s. 31-32). Enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996, s. 130-131) har alla patienter rätt att bli bemötta så att ens personliga historia, minnen, erfarenheter, upplevelser och föreställningar tas i beaktande.

Flera av våra informanter upplevde det också som positivt att de på rådgivningen fick information om flera olika preventivmetoder samt information om vilka biverkningar preventivmetoderna kan ha. Halldorsdottir lyfter i sin teori också fram att det hör till vårdarens kompetens att kunna undervisa och lära ut (Halldorsdottir, s. 31-32). Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996, s. 134-137) beskriver patientens självbestämmanderätt och rätt till delaktighet, dit hör patientens rätt att få svar på sina frågor och att få information. I en amerikansk studie från 2013 kom man fram till att kvinnorna som deltog i studien uppskattade att få information om olika alternativa preventivmetoder samt om deras biverkningar (Dehlendorf, et.al, 2013). I en studie från 2012 visade resultatet att en rådgivning som uppmuntrar kvinnan att välja mellan olika alternativa preventivmetoder ökar sannolikheten för att metoden ska passa henne (Bitzer, et.al., 2012, s. 70-77).

En annan positiv upplevelse som våra informanter berättade om var att rådgivaren varit trevlig och intresserad samt fått dem att känna sig bekväma i situationen. Halldorsdottir (1996, s. 31-32) beskriver ett vårdande sätt som innebär att vårdaren visar uppriktigt intresse

och engagemang för sin patient och dennes vård. Dehlendorf et al. (2013) kom i sin studie fram till att kvinnor vill känna sig bekväma och avslappnade under preventivmedelsrådgivningen och ha en mer vänskaplig relation med sin rådgivare.

Våra informanter upplevde det också som en bra sak att deras rådgivare gav dem möjlighet att själv påverka i valet av preventivmetod. Enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996, s. 95) ska patienten ses som ett subjekt vilket innebär att patientens önskemål gällande hans eller hennes vård ska tas i beaktande och att patienten ska få möjlighet att ta ansvar över sig själv. Det hör också till patientens självbestämmanderätt att patienten får påverka sin egen vård och får känna att hans eller hennes åsikter tas i beaktande (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996, s. 134-137). Även Halldorsdottir (1996, s. 35) framhåller att en *professionell omsorg* som innefattar *kompetens, vårdande och gemenskap* får patienten att känna att han eller hon har inflytande över sin egen vård och patienten upplever mötet som vårdande, detta gör att det skapas en *bro* mellan vårdare och patient.

I vårt resultat framkom även en del **negativa upplevelser** av preventivmedelsrådgivningen. Några kvinnor ansåg att det bemötande de fått varit för rutinmässigt, andra att de fått dåligt bemötande i allmänhet. Halldorsdottir beskriver i sin omvårdnadsteori att vårdaren kan ha ett icke-vårdande sätt vilket innebär att vårdaren upplevs som okänslig, respektlös och ointresserad av patienten (Halldorsdottir, 1996, s. 32).

Våra informanter hade även upplevt bristande kompetens hos rådgivaren när rådgivaren inte kunde svara på frågor. Andra negativa upplevelser var att man fått dålig information om biverkningar och dålig information om alternativ, ofta bara information om en preventivmetod. Några informanter uttryckte att de gärna velat ha information om olika alternativ trots att de inte hade frågat efter det vid rådgivningstillfället. Enligt Halldorsdottir (1996, s. 32) upplevs vårdaren som inkompetent när hon inte kan kommunicera och inte visar respekt för patientens behov av information. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996, s. 104-105) beskriver ett skadligt beroende som kan uppstå i vårdförhållandet, om vårdaren är osäker när patienten ställer frågor och vill diskutera kanske vårdaren undviker frågorna eller blir arg och irriterad vilket gör även patienten osäker. En studie från 2014 visade att kvinnor under 25 oftare fick uppleva en avskärmande rådgivningsmetod med endast lite information om alternativ och biverkningar. Diskussion om kvinnans situation och erfarenheter av olika preventivmetoder uteblev också ofta när denna rådgivningsmetod användes. (Dehlendorf, et.al., 2014, s. 234-238). Wätterbjörk et al. (2011, s. 297-300) kom i sin studie fram till att vissa rådgivare inte alls pratade om olika preventivmetoder om inte kvinnan själv tog upp

det samt att det fanns delade åsikter bland rådgivare om hur mycket information om biverkningar man bör ge. En annan studie visade att när kvinnor fått dålig information eller ingen information alls om biverkningar visste de inte om de ville fortsätta använda sin preventivmetod (Dehlendorf, et.al., 2013). En studie från 2007 visade att rådgivare ofta försökte förminska betydelsen av biverkningar genom att göra jämförelser med andra kvinnor eller med symtom som kan uppkomma vid en graviditet och antydde på så sätt att kvinnorna borde acceptera vissa biverkningar från preventivmedel (Hayter, 2007, s. 362-364).

Våra informanter upplevde det även som negativt när de inte fick möjlighet att själva påverka sitt val av preventivmetod. Halldorsdottir (1996, s. 35, 37) menar att när patienten upplever vårdaren som *icke-vårdande* och *inkompetent* blir patienten osäker och upplever en minskad känsla av kontroll, då bildas en *mur* mellan vårdare och patient. En studie från 2013 visade att de flesta kvinnor vill ha kontroll över sitt val av preventivmetod men att rådgivaren ska vara delaktig i beslutet. Vissa kvinnor ansåg att rådgivarens förslag på preventivmetod endast var välkommet om kvinnan frågade efter det. Ibland ansågs det negativt att rådgivaren gav förslag på metod eftersom kvinnorna kände sig tvingade att börja använda en viss preventivmetod. (Dehlendorf, et.al., 2013). I en annan studie föredrog majoriteten av kvinnorna att självständigt välja sin preventivmetod och att dessa kvinnor var mer nöjda med sin metod. (Dehlendorf, et.al., 2010).

8.2 Faktorer som påverkar valet av preventivmetod

I vårt resultat framkom olika attityder till preventivmetoder och faktorer som påverkar valet av preventivmetod. Dessa faktorer kunde vara **upplevelser av olika preventivmetoder**, **egenskaper hos preventivmetoden** och **egenskaper hos kvinnan** själv.

Upplevelser av olika preventivmetoder, positiva och negativa, kunde påverka våra informanternas val av metod. Även andras positiva eller negativa erfarenheter kunde påverka valet. Upplevelserna kunde leda till att kvinnorna valde en ny preventivmetod eller fortsatte med samma metod. Positiva upplevelser kunde vara att preventivmedlet påverkade kroppen på ett sätt som upplevdes bra eller att kvinnan kände sig trygg och trivdes bra med sin preventivmetod. Negativa upplevelser handlade för det mesta om biverkningar men vissa upplevde det också som negativt att behöva komma ihåg ett piller varje dag. Glasier et al. (2008, s. 215-216) kom i sin studie fram till att kvinnorna som deltog i studien hade dåliga kunskaper om långverkande preventivmetoder och baserade sina uppfattningar om dessa på

andras negativa erfarenheter. Samma studie visade att trots att p-piller var det preventivmedel som användes mest tyckte kvinnorna att det var besvärligt att komma ihåg att ta dem regelbundet.

Dessutom upplevde några av våra informanter det som negativt att det inte fanns någon passande preventivmetod alls och därför använde de sporadiskt kondom eller inget preventivmedel alls. Mills och Barclay (2006, s. 393-395) kom i sin studie fram till att kvinnor är missnöjda över att det finns ett dåligt utbud av preventivmetoder och över att preventivmetoderna ofta har mycket biverkningar.

Vårt resultat visade också att **egenskaper hos preventivmetoden** påverkade kvinnans val av metod. Det kunde vara att preventivmetodens administreringsätt upplevdes som obehagligt, t.ex. p-ring, eller att det var för synligt, t.ex. p-plåster, att det var för dyrt eller att det påverkade det psykiska välmåendet eller kroppen på ett negativt sätt. För kvinnor na var det viktigt att kunna använda en preventivmetod utan att få biverkningar eller att kroppen förändrades. Enligt en europeisk studie från 2013 påverkade preventivmedlets administreringsätt om kvinnan valde det eller inte. Ofta valde kvinnor inte p-plåster eftersom att det syns och inte är diskret. P-ring valde man inte därför att man inte tyckte om tanken att ha ett främmande föremål i kroppen. I samma studie framkom att kvinnor var oroliga för hur p-piller kunde påverka hälsan (Egarter, et.al., 2013). En australiensisk studie visar att kvinnor anser att de minst tilltalade egenskaperna hos ett preventivmedel är att det medför stora, smärtsamma och oregelbundna menstruationsblödningar och att preventivmedlet är dyrt (Knox, et.al., 2012, s. 1187-1188).

I vårt resultat framkom även att **egenskaper hos kvinnan** själv kunde påverka vilken preventivmetod hon valde. En del kvinnor valde metod utgående ifrån bekvämlighet vilket bl.a. kunde handla om att inte behöva komma ihåg ett piller varje dag. Några kvinnor hade en negativ inställning till hormonella preventivmedel, vilket ledde till att de endast valde bland de icke-hormonella preparaten. Att kvinnan inte hade någon tidigare kunskap om preventivmedel påverkade också valet på så sätt att man för det mesta valde den preventivmetod som rådgivaren föreslog. I en europeisk studie från 2013 kom man fram till att det är viktigt för kvinnor att ett preventivmedel är lätt och bekvämt att använda. En vanlig orsak till att kvinnor inte valde p-piller var att de var rädda att inte komma ihåg att ta pillret varje dag. (Egarter, et.al., 2013). Enligt en skotsk studie ansåg kvinnor att en bra egenskap hos kondomer var att de var fria från hormoner. Man ansåg också att kondomer var lätta att använda. Även p-piller ansågs bekväma och lätta att använda. (Glasier, et.al., 2008, s. 215-

216). En studie från 2011 visade att de kvinnor som var osäkra på vilken metod de skulle välja i de flesta fall valde den metod som rådgivaren föreslog (Merckx, et.al., 2011, s. 421-423).

8.3 Önskemål på rådgivningen

I vårt resultat framkom det att våra informanter önskade mera **information** från rådgivningen. De ville ha mera information om vilka preventivmetoder man kan välja mellan så att alla kan hitta en preventivmetod som passar dem. Även information om hur preventivmetoderna fungerar och inverkar på kroppen önskades samt information om eventuella biverkningar. Man ansåg också att information om biverkningar ska framföras på ett sådant sätt att det inte är avskräckande. Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008, s. 134-137) beskriver självbestämmanderätten och rätten till delaktighet, dit hör en intellektuell delaktighet vilket innebär att patienten ska få information. Resultatet i en studie från 2010 visade att över hälften av kvinnorna som deltog hade valt sin preventivmetod utgående ifrån den information de fått av rådgivaren (Harper, et.al., 2010). Bitzer et al. (2012, s.77) kom i sin studie fram till att när rådgivaren uppmuntrar kvinnan att välja mellan olika preventivmetoder ökar sannolikheten för att metoden passar ihop med hennes behov och livsstil. Dehlendorf et al. (2013) kom i sin studie fram till att det var uppskattat av kvinnorna att få information om olika alternativa preventivmetoder även om de redan hade bestämt sig för vilken de ville ha. För kvinnorna var det också viktigt att få information om biverkningar och när de inte hade fått sådan information visste de inte om de ville fortsätta använda sitt preventivmedel.

Våra informanter beskrev olika önskemål gällande **rådgivarens roll** i preventivmedelsrådgivningen. En del ville att rådgivaren skulle stöda och bekräfta deras val av preventivmetod men samtidigt ge dem möjlighet att bestämma själv vilken metod de vill ha. De ville även få möjlighet att diskutera valet av preventivmetod med rådgivaren. De önskade också att rådgivaren ska uppträda professionellt, vara objektiv och utstråla trygghet. Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008, s. 134-137) beskriver rätten till delaktighet och att delaktigheten kan ta sig i uttryck på olika sätt. En emotionell delaktighet innebär att patienten känner att hans eller hennes åsikter beaktas, intellektuell delaktighet att patienten får svar på frågor och får information och social delaktighet att patienten får vara med och besluta om sin egen vård. I en studie från 2014 kom man fram till att preventivmedelsrådgivningen kan vara interaktiv eller icke-interaktiv, en interaktiv rådgivning innebär att man fokuserar på kvinnan och diskuterar olika saker som kan påverka hennes preventivmedelsanvändning

medan en icke-interaktiv rådgivning innebär att kvinnan inte engageras desto mer utan rådgivaren beslutar om hennes preventivmetod (Minnis, et.al., 2014, s. 223, 226, 229). Dehlendorf et al. (2014, s. 234-238) fann i sin studie en rådgivningsmetod som man kallar för delat beslutsfattande och det innebär att rådgivaren är en informationskälla men samtidigt deltar i kvinnans val av preventivmetod genom diskussion kring kvinnans önskemål, preventivmetoders egenskaper och eventuella biverkningar. Det var tyvärr ovanligt att rådgivarna använde denna metod om klienten var en kvinna under 25 år. I en studie från 2010 kom man fram till att majoriteten av de kvinnor som deltog självständigt ville välja sin preventivmetod och att dessa kvinnor också var mer nöjda med sin metod (Dehlendorf, et.al., 2010).

I vårt resultat framkom det också att informanterna ville att rådgivaren skulle uppmärksamma sexuell hälsa utöver själva preventivmedelsrådgivningen. Informanterna ansåg att rådgivaren kunde diskutera den sexuella hälsan och stöda unga kvinnor i att de bestämmer över sin egna kroppar. Lee et al. (2011, s. 733, 735) kom i sin studie fram till att rådgivning förbättrar kvinnors användning av preventivmedel och bidrar till att kvinnor har mindre oskyddat sex.

9 Kritisk granskning

I den kritiska granskningen av resultatet har vi valt att använda oss av Staffan Larssons kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Larsson delar in kvalitetskriterierna i tre olika rubriker: *kvaliteter i framställningen som helhet*, *kvaliteter i resultaten* och *validitetskriterier*. Vi har valt att använda oss av ett kvalitetskriterium från varje rubrik, dessa är *intern logik*, *struktur* och *empirisk förankring*. (Larsson, 1994, s. 165).

9.1 Intern logik

Enligt Larsson innebär intern logik att det råder harmoni mellan frågeställningar, datainsamling och analys. Frågeställningarna ska styra hur man samlar in och analyserar data, det här innebär att man inte ska binda sig till någon viss datainsamlings- eller analysmetod förrän frågeställningarna är klara. Intern logik innebär även att studiens alla delar ska bilda en helhet. (Larsson, 1994, s. 168, 170).

Vi anser att alla delar i vår studie utgör en helhet. Eftersom syftet med studien var att undersöka vilka upplevelser och erfarenheter unga kvinnor har av att få preventivmedelsrådgivning valde vi att tillämpa en kvalitativ metod för att få ett resultat som beskriver just upplevelser och erfarenheter. Vi gjorde en intervjustudie där vi använde oss av en intervjuguide. När vi utformade intervjuguiden utgick vi ifrån våra frågeställningar vilket tydligt kan ses i intervjuguiden (bilaga 2).

När vi jämför frågeställningarna med resultatet kan vi konstatera att vi har svarat på alla frågeställningar. Dock har vi en frågeställning som lyder ”Vilka erfarenheter av och kunskaper om olika preventivmetoder har kvinnor och hur har detta beaktats i rådgivningen?” och i denna har vi två frågor i samma frågeställning. Svaret på vilka erfarenheter av och kunskaper om olika preventivmetoder kvinnor har framkommer bra i vårt resultat, medan svaret på den andra frågan, hur detta har beaktats i rådgivningen, inte framkommer tydligt. Här borde vi i analysen bättre ha tagit fasta på frågeställningen och lyft fram svaret tydligare i resultatet.

I vårt resultat framkom även temat ”önskemål på rådgivningen”. Här har vi i analysen inte hållit oss till syftet och frågeställningarna. Vi valde ändå att ta fasta på detta eftersom dessa önskemål utgjorde en stor del av vårt insamlade material. I efterhand anser vi att detta är något vi kunde ha inkluderat i syftet och frågeställningarna. Larsson (1994, s. 170)

konstaterar också att det inte alltid är oproblematiskt att låta frågeställningarna styra eftersom andra faktorer kan påverka studien.

9.2 Struktur

Larsson menar att resultatet av en studie bör vara strukturerat och överskådligt. Det ska vara klart och enkelt. Resultatet får inte vara suddigt utan när man tar fasta på det som finns i materialet ska man i resultatet framställa det på ett tydligt och exakt sätt. Det bör också finnas en röd tråd och man ska kunna avgöra vad som är huvudsak och bisak i texten. (Larsson, 1994, s. 173-175).

Vi anser att vårt resultat är tydligt strukturerat med teman, kategorier och underkategorier och det följer en röd tråd. Texten är tydlig och lätt att förstå. Vi har förklarat kategorierna och underkategorierna genom att ta fasta på materialet och beskriva det på ett tydligt sätt.

9.3 Empirisk förankring

Empirisk förankring handlar om hur väl verklighet och tolkning stämmer överens. I en empirisk studie bör man ha flera olika källor som stöd. Ett tecken på validitet är att källorna stämmer överens. Olika källor kan ha olika svar på samma fenomen, detta betyder inte att någon källa är osann. (Larsson, 1994, s. 180-183).

I tolkningskapitlet jämförde vi vårt resultat med våra teoretiska utgångspunkter och med tidigare forskning. Vårt resultat stämde bra överens med det man kommit fram till i tidigare studier. Även våra teoretiska utgångspunkter stöder vårt resultat.

10 Sammanfattande diskussion

Syftet med detta examensarbete var att undersöka unga kvinnors upplevelser och erfarenheter av att få preventivmedelsrådgivning. Vi gjorde en kvalitativ intervjustudie där vi intervjuade sex stycken unga kvinnor som nyligen varit på preventivmedelsrådgivning. Intervjuerna transkriberades och analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

I resultatet framkom det att informanterna haft både positiva och negativa upplevelser av preventivmedelsrådgivningen. Positiva upplevelser som informanterna beskrev var t.ex. att de hade fått bra bemötande på preventivmedelsrådgivningen, att de hade fått tillräckligt med information samt att de hade getts möjlighet att själva få påverka vilken preventivmetod de fick. Negativa upplevelser som informanterna haft kunde vara att de fått ett för rutinmässigt bemötande, att de upplevt rådgivaren som inkompetent, att de fått dålig information och att de fått dålig möjlighet att själva påverka sitt val av preventivmetod. I resultatet framkom också olika faktorer som kunde påverka kvinnans val av preventivmetod. Det kunde vara upplevelser av olika preventivmetoder, egenskaper hos en preventivmetod och egenskaper hos kvinnan själv. Slutligen framgick det också i vårt resultat vad informanterna önskar sig från rådgivningen. De ville få bättre information om olika alternativa preventivmetoder, om biverkningar och om hur preventivmetoderna fungerar. Informanterna hade också en del önskemål på preventivmedelsrådgivarens roll. De ville att rådgivaren skulle stöda deras val av preventivmetod men samtidigt ge dem möjlighet att själv besluta om vilken metod de ville ha. Dessutom ansåg informanterna att rådgivaren i allmänhet borde uppmärksamma hälsan hos sina klienter, särskilt den sexuella hälsan.

Vi har fått ett väldigt brett resultat och egentligen är det den första delen av resultatet som svarar på vårt syfte. Flera av våra informanter beskrev negativa upplevelser som de hade haft av preventivmedelsrådgivningen, vilket förstås är tråkigt men för oss var det inte helt oväntat. Vi upplever att det i allmänhet råder ett missnöje med både preventivmedelsrådgivningen och med tillgängliga preventivmetoder. Några informanter uttryckte direkt att det inte finns någon bra preventivmetod, här funderar vi om rådgivningen kanske har misslyckats t.ex. med att ge tillräckligt med information. Tidigare forskning har visat att kvinnor som fått för lite information om sin preventivmetod ofta är missnöjda med den (Dehlendorf, et.al., 2013). Vi tror att en bra preventivmedelsrådgivning med tillräcklig information och diskussion skulle leda till att kvinnor skulle känna sig tryggare i användningen av sin preventivmetod.

Det som framkom i vårt resultat om faktorer som påverkar kvinnans val av preventivmetod är också något som vi anser är viktigt att känna till för den som ger preventivmedelsrådgivning. För rådgivaren kan det vara en fördel att känna till hur kvinnor tänker om olika preventivmetoder för att kunna ge en bra och individuell rådgivning. De önskemål på rådgivningen som framkom i resultatet är något vi kommer att ta fasta på när vi gör vårt utvecklingsarbete.

Källförteckning

Asker, C., Stokes-Lampard, H., Beavan, J. & Wilson, S., 2006. What is it about intrauterine devices that women find unacceptable? Factors that make women non-users: a qualitative study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 32(2), s. 89-94.

Danielson, E., 2012a. Kvalitativ forskningsintervju. I: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. S. 164-174. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E., 2012b. Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. S. 329-343. Lund: Studentlitteratur.

Dehlendorf, C., Diedrich, J., Drey, E., Postone, A. & Steinauer, J., 2010. Preferences for Decision-Making About Contraception and General Health Care Among Reproductive Age Women at an Abortion Clinic. *Patient Education and Counseling*, 81(3), s. 343-348.

Dehlendorf, C., Kimport, K., Levy, K. & Steinauer, J., 2014. A Qualitative Analysis of Approaches To Contraceptive Counseling. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(4), s. 233-240.

Dehlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K. & Steinauer, J., 2013. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*, 88(2), s. 250-256.

Dixon, V., 2014. Special considerations when providing contraception advice and information to young people. *British Journal of School Nursing*, 9(4), s. 170-176.

Egarter, C., Tirri, B.F., Bitzer, J., Kaminsky, V., Odden, B.J., Prilepskaya, V., Yeshaya, A., Marintcheva-Petrova, M. & Weyers, S., 2013. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *BMC Women's Health*, 13(9).

Glasier, A., Scorer, J. & Bigrigg, A., 2008. Attitudes of women in Scotland to contraception: a qualitative study to explore the acceptability of long-acting methods. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(4), s. 213-217.

Hale, R., 2007. Choices in contraception. *British Journal of Midwifery*, 15(5), s. 305-309.

Halldorsdottir, S., 1996. *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care – Developing a Theory*. Linköping: Linköpings Universitet.

Harper, C.C., Brown, B.A., Foster-Rosales, A. & Raine, T.R., 2010. Hormonal contraceptive method choice among young, low-income women: How important is the provider? *Patient Education and Counseling*, 81(3), s. 349-354.

Hayter, M., 2007. Nurses' discourse in contraceptive prescribing: an analysis using Foucault's 'procedures of exclusion'. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), s. 358-367.

Henricson, M. & Billhult, A., 2012. Kvalitativ design. I: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. S. 129-137. Lund: Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd, 2015. *Aborter 2014*. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter> [hämtat: 5.5.2016].

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I., 2009. *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Kipps, S., 2014. Prescribing contraception safely and effectively. *Better Practice*, 12(6), s. 296-301.

Kjellström, S., 2012. Forskningsetik. I: M. Henricson red. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. S. 69-92. Lund: Studentlitteratur.

Klemetti, R & Raussi-Lehto, E., 2014. *Edistä, ehkäise, vaikuta: Seksuaali- ja lisäntymisterveysten toimintaohjelma 2014-2020*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Knox, S.A., Viney, R.C., Street, D.J., Haas, M.R., Fiebig, D.G., Weisberg, E. & Bateson, D., 2012. What's Good and Bad About Contraceptive Products? A Best-Worst Attribute Experiment Comparing the Values of Women Consumers and GPs. *Pharmacoeconomics*, 30(12), s. 1187-1202.

Larsson, S., 1994. Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. i: B. Starrin & P. Svensson red. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lee, J.K., Parisi, S.M., Akers, A.Y., Borrerro, S. & Schwarz, E.B., 2011. The Impact of Contraceptive Counseling in Primary Care on Contraceptive Use. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), s. 731-736.

- Merckx, M., Donders, G.G., Grandjean, P., Van de Sande, T. & Weyers, S., 2011. Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, s. 418-429.
- Mills, A. & Barclay, L., 2006. None of them were satisfactory: women's experiences with contraception. *Health Care for Women International*, 27(5), s. 379-398.
- Minnis, A.M., Napierala Mavedzenge, S., Luecke, E. & Dehlendorf, C., 2014. Provider Counseling to Young Women Seeking Family Planning Services. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(4), s. 223-231.
- Odlind, V., Bygdeman, M. & Milsom, I., 2008. *Familjeplanering. Preventivmetoder, aborter och rådgivning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pasila, A., 2011. Early History of the Oral Contraceptive Pill in Finland: Diffusion of the New Contraceptive and Fertility Patterns. *Finnish Yearbook of Population Research*, 46, s. 49-70.
- Perry, M., 2015. Choices and contraindications. *Clinical Focus*, 13(5), s. 236-240.
- Piltonen, T., 2015. *Raskauden ehkäisy. Käypä hoito*. [Online] <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50104> [hämtat: 5.5.2016].
- Preventivmedel.com, 2016. *P-app (kalendermetoden)*. [Online] www.preventivmedel.com/preventivmetoder/p-app/ [hämtat: 20.10.2016].
- Ritamies, M., 2000. The Development of Family Planning in Finland from the 1960s to the 1990s. *Yearbook of Population Research in Finland*, 36, s. 29-45.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B., 2008. *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B., 1996. *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.
- Smith, L. & Wise, S., 2015. Contraception and family planning. In: L. Lewis ed. *Fundamentals of Midwifery: A Textbook for Students*. S. 266-280. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- UMO, (u.å.). *P-plåster*. [Online] <http://www.umo.se/sex/Skydd-mot-graviditet/P-plaster/> [hämtat: 14.4.2016].

UMO, (u.å.). *P-ring*. [Online] <http://www.umo.se/Sex/Skydd-mot-graviditet/P-ring/>
[hämtat: 14.4.2016].

Wilson, E., 2014. Nurse-led management of contraceptive services. *Nursing Standard*, 28(43), s. 45-49.

Wätterbjörk, I., Häggström-Nordin, E. & Hägglund, D., 2011. Provider strategies for contraceptive counselling among Swedish midwives. *British Journal of Midwifery*, 19(5), s. 296-301.

Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Metod	Resultat
Asker, C., Stokes-Lampard, H., Beavan, J. & Wilson, S., 2006. What is it about intrauterine devices that women find unacceptable? Factors that make women non-users: a qualitative study. <i>Journal of Family Planning and Reproductive Health Care</i> , 32(2), s. 89-94.	Att undersöka hur kvinnors övertygelser och uppfattningar om intrauterina preventivmetoder leder till att de förkastar dessa metoder.	En kvalitativ undersökning gjord i Storbritannien. 10 kvinnor deltog i semistrukturerade intervjuer som sedan analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.	Fem olika teman framkom: brist på saklig information om intrauterina preventivmedel, rapporterade biverkningar, oro över insättandet, infektionsrisk och brist på kontroll över preventivmedlet.
Bitzer, J., Gemzell-Danielsson, K., Roumen, F., Marintcheva-Petrova, M., van Bakel, B. & Oddens, B.J., 2012. The CHOICE study: Effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. <i>The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care</i> , 17, s. 65-78.	Att uppmuntra hälsovårdspersonal att ge kvinnor rådgivning om alternative hormonella preventivmetoder och att studera inverkan av rådgivningen på kvinnans val av preventivmetod.	Kvantitativ studie som utfördes i 11 olika länder i Europa. Kvinnor i åldrarna 15-40 och deras rådgivare fick båda fylla i enkäter.	47 % av kvinnorna valde en annan hormonell metod än vad de ursprungligen hade planerat. En fjärdedel av de kvinnor som hade tänkt börja använda p-piller valde en annan metod. Användningen av p-plåster ökade från 5% till 8%. Användningen av p-ring fyrdubblades nästan, från 8% till 30%. Nästan alla kvinnor som inte hade bestämt sig för metod före rådgivningen hade valt metod efteråt.
Dehlendorf, C., Diedrich, J., Drey,	Att jämföra kvinnors åsikter om beslutsfattandet gällande	Kvantitativ metod med enkäter. 257 kvinnor	Kvinnorna ville med större sannolikhet att ett beslut

<p>E., Postone, A. & Steinauer, J., 2010. Preferences for Decision-Making About Contraception and General Health Care Among Reproductive Age Women at an Abortion Clinic. <i>Patient Education and Counseling</i>, 81(3), s. 343-348.</p>	<p>preventivmedel med beslutsfattandet gällande allmän hälsovård.</p>	<p>som besökt en abortklinik deltog.</p>	<p>om preventivmedel skulle vara självständigt medan beslut om annan vård gärna fick göras med ett delat beslutsfattande.</p>
<p>Dehlendorf, C., Kimport, K., Levy, K. & Steinauer, J., 2014. A Qualitative Analysis of Approaches To Contraceptive Counseling. <i>Perspectives on Sexual and Reproductive Health</i>, 46(4), s. 233-240.</p>	<p>Att beskriva rådgivarnas preventivrådgivningsmetoder och mönster i användningen av dessa metoder.</p>	<p>Kvalitativ analys av 50 ljudinspelade patientbesök, som skett mellan 2009 och 2012 på familjeplaneringsklinikerna i San Francisco.</p>	<p>Rådgivarna använde sig av tre olika metoder när de gav preventivmedelsrådgivning: en avskärmande metod, informerat val samt delat beslutsfattande. Användningen av dessa metoder varierade med patientens ålder.</p>
<p>Dehlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K. & Steinauer, J., 2013. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. <i>Contraception</i>, 88(2), s. 250-256.</p>	<p>Att göra en bedömning av kvinnors inställning till preventivmedelsrådgivning med fokus på beslutsfattandeprocessen.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Man intervjuade 42 kvinnor och de transkriberade intervjuerna analyserades med en grounded theory-metod.</p>	<p>Kvinnorna ville ha kontroll över sitt val av preventivmetod men ville också att rådgivaren skulle delta i beslutsfattandeprocessen på ett så sätt att de fungerade som ett stöd för kvinnan. Kvinnorna ville ha en vänskaplig relation med sin rådgivare och ville också få omfattande information om olika</p>

			preventivmetoder, särskilt om biverkningar.
Egarter, C., Tirri, B.F., Bitzer, J., Kaminsky, V., Oddens, B.J., Prilepskaya, V., Yeshaya, A., Marintcheva-Petrova, M. & Weyers, S., 2013. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. <i>BMC Women's Health</i> , 13(9).	Att ta reda på vilka orsaker kvinnorna som deltog i studien hade när de valde en viss preventivmetod samt vilka uppfattningar de hade om p-piller, p-plåster och p-ring efter att ha fått rådgivning.	En kvantitativ enkätstudie där 18 787 kvinnor i åldrarna 15-40 deltog. Denna studie var en del av CHOICE-studien, en europeisk undersökning som utfördes i 11 olika länder.	För att en kvinna ska välja en preventivmetod behöver den vara lätt att använda, bekväm och medföra regelbundna menstruationsblödningar. Att inte behöva administrera preventivmedlet varje dag var en viktig orsak till att kvinnor valde p-ring eller p-plåster. Orsaker till att inte välja p-piller var daglig användning och att man var rädd att glömma ta pillret, orsaker till att inte välja p-plåster var att det var synligt och kunde falla av och orsaker till att inte välja p-ring var att man inte ville ha ett främmande föremål i sig.
Glasier, A., Scorer, J. & Bigrigg, A., 2008. Attitudes of women in Scotland to contraception: a qualitative study to explore the acceptability of long-acting methods. <i>Journal of Family Planning and Reproductive Health Care</i> , 34(4), s. 213-217.	Att förbättra förståelsen för kvinnors attityder till preventivmedel och oplanerade graviditeter, anledningen till att de väljer de populära preventivmetoderna samt deras medvetenhet, kunskap och eventuella intresse för långverkande preventivmetoder.	Kvalitativ studie med 8 fokusgrupper i två olika städer i Skottland. 55 kvinnor deltog totalt.	Kvinnorna förstod att det är viktigt att använda preventivmedel med medgav också att de ibland tog risker. P-piller och kondomer var bekanta och accepterade trots att de kunde ha biverkningar. Kvinnorna visste väldigt lite om långverkande preventivmetoder och hade ofta felaktiga uppfattningar om metodernas säkerhet och biverkningar. De tyckte inte heller om att metoderna krävde ett

			invasivt ingrepp eller vaginal undersökning.
Harper, C.C., Brown, B.A., Foster-Rosales, A. & Raine, T.R., 2010. Hormonal contraceptive method choice among young, low-income women: How important is the provider? <i>Patient Education and Counseling</i> , 81(3), s. 349-354.	Att undersöka vilka faktorer hos rådgivaren som har ett samband med kvinnans val av en ny preventivmetod.	En kvantitativ kohortstudie där 1387 kvinnor som började använda p-ring, p-plåster, p-piller eller p-spruta i åldrarna 15-24 deltog.	De kvinnor som började använda p-ring eller p-plåster rapporterade oftare att de valt sin metod enligt den rådgivning de fått. Överlag var kunskapen om preventivmedel låg, men de kvinnor som började använda p-ring hade med större sannolikhet bättre kunskap om alla preventivmetoder. Rådgivningsstället påverkade också vilken metod kvinnorna valde.
Hayter, M., 2007. Nurses' discourse in contraceptive prescribing: an analysis using Foucault's 'procedures of exclusion'. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 58(4), s. 358-367.	Att analysera sjuksköterskors samtal om preventivmetoders effektivitet och biverkningar när de ordinerar preventivmedel.	Kvalitativ studie. 49 konsultationer mellan sjuksköterskor och kvinnor spelades in och analyserades med hjälp av Foucaults diskursanalys.	Sjuksköterskorna använde vissa diskursiva strategier när de diskuterade preventivmedel. När de pratade om preventivmetoders effektivitet hänvisade de ofta till forskning och statistisk och medan biverkningar beskrevs på ett mer världsigt sätt som minimerade deras betydelse.
Knox, S.A., Viney, R.C., Street, D.J., Haas, M.R., Fiebig, D.G., Weisberg, E. & Bateson, D., 2012. What's Good and Bad About Contraceptive Products? A Best-Worst Attribute	Att undersöka kvinnors inställning till och rådgivares åsikter om existerande och nya preventivmetoder och vilka faktorer som ökar acceptansen för olika metoder.	En kvantitativ studie som utfördes med hjälp av en Best-Worst Attribute Task, där deltagarna fick välja den bästa och den sämsta egenskapen hos hypotetiskt beskrivna preventivmedel.	De mest tilltalande egenskaperna hos en preventivmetod för både kvinnor och rådgivare var en administreringsfrekvens på längre än ett år samt att preventivmedlet medförde liten eller ingen menstruationsblödning. För kvinnorna var de

<p>Experiment Comparing the Values of Women Consumers and GPs. <i>Pharmacoeconomics</i> , 30(12), s. 1187- 1202.</p>			<p>värsta egenskaperna hos preventivmedlet att det medförde stora och mer smärtsamma menstruationsblödningar, att det var dyrt, att det medförde oregelbundna blödningar och att det inte var effektivt. Rådgivarna fokuserade mer på preventivmetodernas effektivitet än vad kvinnorna gjorde och för dem var den minst tilltalande egenskapen att ett preventivmedel hade låg effektivitet.</p>
<p>Lee, J.K., Parisi, S.M., Akers, A.Y., Borrero, S. & Schwarz, E.B., 2011. The Impact of Contraceptive Counseling in Primary Care on Contraceptive Use. <i>Journal of General Internal Medicine</i>, 26(7), s. 731-736.</p>	<p>Att utvärdera sambandet mellan preventivmedelsrådgivningen i primärvården och patienternas användning av preventivmedel.</p>	<p>En kvantitativ undersökning utförd i Pennsylvania. Kvinnor i åldrarna 18-50 som besökte en hälsostation inbjöds att fylla i en enkät några dagar efter besöket.</p>	<p>Kvinnor som fått preventivmedelsrådgivning rapporterade med större sannolikhet att de använt en hormonell preventivmetod när de senast hade sexuellt umgänge. Rådgivning om specifika preventivmetoder innebar en ökad användning av dessa metoder.</p>
<p>Merckx, M., Donders, G.G., Grandjean, P., Van de Sande, T. & Weyers, S., 2011. Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? <i>The</i></p>	<p>Att utvärdera effekten av strukturerad rådgivning på kvinnors val av preventivmetod och att utvärdera gynekologers uppfattningar om omfattande preventivmedelsrådgivning.</p>	<p>En kvantitativ studie utförd i Belgien. Kvinnorna fick rådgivning av gynekologer som använde sig av en omfattande broschyr om hormonella preventivmetoder. Både kvinnorna och rådgivarna fyllde i</p>	<p>Nästan alla kvinnor kunde välja en preventivmetod efter rådgivningen. Många kvinnor valde en annan metod än vad de tänkt från början, både användning av p-plåster och p-ring ökade. De kvinnor som före rådgivningen var osäkra på vilken metod de skulle välja kom ofta att</p>

<p><i>European Journal of Contraception and Reproductive Health Care</i>, 16, s. 418-429.</p>		<p>frågeformulär efter rådgivningen.</p>	<p>välja den metod som rådgivaren rekommenderade.</p>
<p>Mills, A. & Barclay, L., 2006. None of them were satisfactory: women's experiences with contraception. <i>Health Care for Women International</i>, 27(5), s. 379-398.</p>	<p>Att undersöka kvinnors erfarenheter av preventivmedel och hur detta påverkar deras framtida val av preventivmetod.</p>	<p>En kvalitativ studie med 12 fokusgrupper där 72 kvinnor i åldrarna 18-49 deltog. Fokusgrupperna var indelade enligt kvinnornas ålder. Studien utfördes i Australien.</p>	<p>Det fanns både likheter och olikheter mellan kvinnorna i de olika åldersgrupperna. De yngre kvinnorna påverkades mer av yttranden från hälsovårdspersonal och vad andra skulle tycka om dem medan de äldre var kritiska till information från hälsovårdspersonal och baserade valet av preventivmetod på egna och andras erfarenheter. De flesta kvinnor i alla åldersgrupper hade använt p-piller. Överlag var kvinnorna missnöjda med preventivmetoderna, både över biverkningar och över utbudet av metoder.</p>
<p>Minnis, A.M., Napierala Mavedzenge, S., Luecke, E. & Dehlendorf, C., 2014. Provider Counseling to Young Women Seeking Family Planning Services. <i>Perspectives on Sexual and Reproductive</i></p>	<p>Att undersöka interaktionerna mellan patient och rådgivare under unga kvinnors besök på familjeplaneringen.</p>	<p>Kvalitativ studie där 67 kvinnors (i åldrarna 16-21) besök på familjeplaneringskliniker i San Francisco spelades in. Kvinnorna fyllde också i ett frågeformulär före besöket och intervjuades via telefon tre och sex månader efter besöket.</p>	<p>21 % av kvinnorna som före besöket inte hade velat ha en hormonell långverkande metod valde en sådan efter att ha fått rådgivning. Fortsatt användning av en hormonell långverkande metod var vid uppföljningen vanligare hos de kvinnor som fått en interaktiv rådgivning där rådgivaren vägledde dem i valet av preventivmetod än</p>

<p><i>Health</i>, 46(4), s. 223-231.</p>			<p>hos kvinnor som inte fått en sådan rådgivning. Man märkte också att rådgivarna ofta missade möjligheten att ta upp diskussion om andra faktorer som är viktiga i den sexuella hälsan, så som parförhållande, sexuellt beteende och könssjukdomar.</p>
<p>Wätterbjörk, I., Häggström-Nordin, E. & Hägglund, D., 2011. Provider strategies for contraceptive counselling among Swedish midwives. <i>British Journal of Midwifery</i>, 19(5), s. 296-301.</p>	<p>Att beskriva hur en grupp svenska barnmorskor tänker och agerar i sina roller som preventivmedelsrådgivare.</p>	<p>En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Data från intervjuer med 16 barnmorskor analyserades med kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Barnmorskorna hade utvecklat egna strategier för preventivmedelsrådgivning . Man identifierade 5 olika kategorier: att undersöka kvinnans situation, att ge information om preventivmetoder, att göra en medicinsk bedömning, att vägleda i valet av preventivmetod och att följa upp rådgivningen.</p>

Intervjuguide

Det här är en semistrukturerad intervju som utgår ifrån våra frågeställningar. Frågorna ställs inte nödvändigtvis i denna ordning utan enligt vad som kommer på tal och vi försöker hålla intervjun mer som en diskussion. Under de huvudsakliga frågorna finns följdfrågor som stöd och dessa ställs ifall svaren inte framkommer från början.

Inledande frågor

- Vilken preventivmetod använder du just nu?
 - o Fungerar det bra för dig?
- När var du senast på preventivmedelsrådgivning?
- Var fick du preventivmedelsrådgivning?
- Berätta om de tillfällen då du varit på preventivmedelsrådgivning.
 - o Hur upplevde du det?

Upplevelser av bemötande på rådgivningen

- Berätta om hur du blev bemött på preventivmedelsrådgivningen.
- Hur upplevde du rådgivaren?
 - o Kompetent, rutinmässig, verkar bry sig, intresserad...

Erfarenheter och kunskaper om preventivmetoder och hur detta har beaktats

- Vad har du för erfarenheter av olika preventivmetoder?
 - o Biverkningar?
 - o Positiva effekter?
- Berätta om varifrån du har fått information om olika preventivmetoder?
 - o Anser du att dina vänners eller din familjs åsikter och erfarenheter om preventivmedel påverkar dig? På vilket sätt?
 - o Hur påverkas du av sådant som du läser på internet och sociala medier om preventivmetoder?
- Vad har du fått för information från rådgivningen om olika preventivmetoder?
 - o Diskuterades flera metoder eller bara en?
 - o Diskuterades biverkningar?
- Berätta om dina åsikter om olika preventivmedel.

- Vad får dig att välja en viss preventivmetod?
- Vad får dig att inte välja en preventivmetod?
- Upplever du att dina åsikter togs i beaktande när du fick preventivmedelsrådgivning?

Situation och levnadsvanor och hur dessa har beaktats

- Berätta om vad som diskuterades kring dina levnadsvanor och din hälsa på preventivmedelsrådgivningen.
 - Tillstånd eller situation som påverkar vilken preventivmetod du kan använda?
- Hur beaktades din situation i rådgivningen?
 - t.ex. rutiner, parförhållande...

Stöd i valet av preventivmetod

- Berätta om varför du valde din nuvarande preventivmetod.
- Tycker du att du fick bra hjälp på rådgivningen att välja preventivmetod?
- Vilken roll anser du att preventivmedelsrådgivaren har när du skaffar ett preventivmedel?
 - Hur vill du att rådgivaren ska vara?
- Vill du att preventivmedelsrådgivaren ska vara delaktig i ditt val av preventivmetod?
 - På vilket sätt?

Informationsblankett

Tack för att vi får intervjua Dig till vårt examensarbete! Här följer lite mer information kring studien som Du kommer att delta i.

Syftet med vårt examensarbete är att undersöka unga kvinnors upplevelser och erfarenheter av att få preventivmedelsrådgivning. Eftersom vi båda är blivande hälsovårdare är detta något som intresserar oss och vi tror att vi i vårt framtida yrke kan ha nytta av denna studie. Det finns idag många olika preventivmetoder att välja mellan och preventivmedelsrådgivaren har en viktig roll i att stöda kvinnan i hennes val av metod.

När Du deltar i studien är Du helt anonym. Vi kommer att spela in intervjutillfället men det är bara vi som kommer att lyssna på inspelningen. Deltagandet i studien är förstås helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta ditt deltagande, även efter att intervjun gjorts. Ämnet för studien kan eventuellt upplevas lite känsligt och om det är någon fråga som Du känner att Du inte vill svara på så behöver Du naturligtvis inte göra det. Vårt examensarbete kommer sedan att publiceras elektroniskt på theseus.fi som är en databas för examensarbeten skriva av studeranden vid yrkeshögskolor. Om Du har frågor utöver detta svarar vi gärna på dem.

Tack för att Du valt att delta, Dina svar är viktiga för oss!

Med vänliga hälsningar

Cathrine Envall cathrine.envall@novia.fi

Irène Lithén irene.lithen@novia.fi

Resultatöversikt

Tema	Kategori	Underkategori
Upplevelser av rådgivningen	Positiva upplevelser	Beaktande av hälsan
		Tillräcklig information
		Bra bemötande
		Möjlighet att själv påverka valet av preventivmetod
	Negativa upplevelser	Rutinmässigt bemötande
		Dåligt bemötande
		Bristande kompetens
		Dålig information om biverkningar
		Dålig information om alternativ
		Dålig möjlighet att själva påverka valet av preventivmetod
Faktorer som påverkar valet av preventivmetod	Upplevelser av olika preventivmetoder	Positiva upplevelser
		Negativa upplevelser
		Andras erfarenheter
	Egenskaper hos preventivmetoden	Administreringssätt
		Pris
		Påverkan på det psykiska välmåendet
		Påverkan på kroppen
	Egenskaper hos kvinnan	Bekvämlighet
		Negativ inställning till hormonpreparat
		Ingen tidigare kunskap
Önskemål på rådgivningen	Information	Olika alternativ
		Hur preventivmetoderna fungerar
		Biverkningar
	Rådgivarens roll	Stöda valet
		Ge möjlighet att bestämma själv
		Diskutera
		Vara professionell
		Uppmärksamma sexuell hälsa

Skolhälsovårdarens preventivmedelshandbok

En produkt som hjälper hälsovårdaren inom skol- och studerandehälsovården att ge unga kvinnor råd och information om preventivmetoder: handbok med tillhörande broschyr

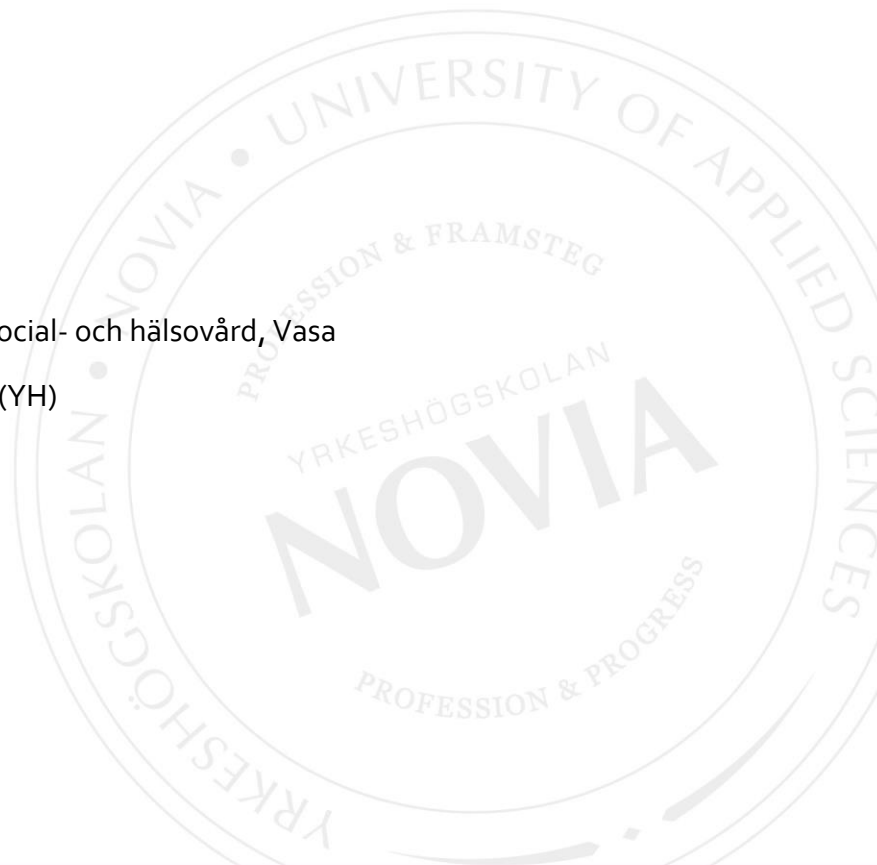
Cathrine Envall

Irène Lithén

Utvecklingsarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2017



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Cathrine Envall & Iréne Lithén

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Skolhälsovårdarens preventivmedelshandbok – En produkt som hjälper hälsovårdaren inom skol- och studerandehälsovården att ge unga kvinnor råd och information om preventivmetoder: handbok med tillhörande broschyr

Datum: Maj 2017

Sidantal: 20

Bilagor: 3

Abstrakt

Syftet med detta utvecklingsarbete är att utforma en produkt som hjälper hälsovårdaren inom skol- och studerandehälsovården att ge unga kvinnor råd och information om preventivmetoder.

Utvecklingsarbetet baserar sig på examensarbetet "Att välja preventivmetod – en kvalitativ intervjustudie om unga kvinnors upplevelser av preventivmedelsrådgivningen" (Envall & Lithén, 2016). I resultatet i examensarbetet framkom att unga kvinnor önskar att de hade fått mer information om preventivmetoders biverkningar och om alternativa preventivmetoder i samband med preventivmedelsrådgivningen. Med detta utvecklingsarbete vill vi hjälpa hälsovårdaren att förse sina klienter med denna information. Vi har valt att fokusera på skol- och studerandehälsovårdarna eftersom deras klienter är i samma åldersgrupp som de kvinnor som intervjuades till examensarbetet.

Utvecklingsarbetet består av en handbok om preventivmetoder som hälsovårdaren kan använda sig av för att slå upp information om specifika metoder samt en tillhörande broschyr. Broschyren kan delas ut i samband med ett besök hos hälsovårdaren eller finnas i väntrummet att plocka åt sig.

Språk: Svenska

Nyckelord: preventivmedelsrådgivning, preventivmetoder, skolhälsovårdare, skolhälsovård, studerandehälsovård, handbok, broschyr, unga kvinnor

KEHITYSTYÖ

Tekijä: Cathrine Envall & Iréne Lithén

Koulutus ja paikkakunta: Terveystenhoitaja, Vaasa

Ohjaaja: Marie Hjortell

Nimike: Kouluterveydenhoitajan ehkäisymenetelmäkäsikirja – Tuote, joka auttaa terveydenhoitaja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa antamaan neuvoja ja tietoja ehkäisymenetelmistä nuorille naisille – käsikirja ja siihen liittyvä esite

Päivämäärä: Toukokuu 2017

Sivumäärä: 20

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on laatia tuotteen, joka auttaa terveydenhoitaja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa antamaan neuvoja ja tietoja ehkäisymenetelmistä nuorille naisille.

Kehittämistyön perustuu opinnäytetyöhön ”Ehkäisymenetelmän valinta – Laadullinen tutkimus nuorten naisten kokemuksista ehkäisyneuvolasta” (Envall & Lithén, 2016). Opinnäytetyön tuloksesta tuli esiin että nuoret naiset toivoivat että he olisivat saaneet enemmän tietoja ehkäisymenetelmien haittavaikutuksista ja vaihtoehtoisista ehkäisymenetelmistä ehkäisyneuvolan yhteydessä. Tällä kehittämistyöllä haluamme auttaa terveydenhoitajaa tarjoamaan tätä informaatiota hänen asiakkaalleen. Olemme päättäneet keskittyä koulu- ja opiskeluterveydenhoitajiin, koska heidän asiakkaansa ovat samassa ikäryhmässä kuin ne naiset, jotka haastattelimme opinnäytetyössämme.

Kehittämistyöhömme kuuluu käsikirja ehkäisymenetelmistä, joka terveydenhoitaja voi käyttää saadakseen informaatiota erityisistä menetelmistä sekä siihen liittyvä esite. Esitettä voidaan jakaa terveydenhoitajakäynnin yhteydessä tai se voi olla noudettavissa odotushuoneesta.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: ehkäisyneuvonta, ehkäisymenetyt, kouluterveydenhoitaja, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto, käsikirja, esite, nuoret naiset

DEVELOPMENT PROJECT

Authors: Cathrine Envall & Iréne Lithén

Degree Programme: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title: The school nurse's handbook on contraception – A product that helps the public health nurse who works in school and student health care to provide young women advice and information about contraceptive methods: handbook with brochure

Date: May 2017

Number of pages: 20

Appendices: 3

Abstract

The aim of this development project is to create a product that helps the public health nurse who works in school and student health care to provide young women advice and information about contraceptive methods.

The development project is based on the bachelor's thesis "Choosing contraceptive method – A qualitative study about young women's experiences of contraceptive counseling" (Envall & Lithén, 2016). The result of the thesis showed that young women wish that they had gotten more information about the side effects of contraceptives and alternative contraceptive methods at the contraceptive counseling. With this development project, we want to help the public health nurse to provide her clients such information. We have chosen to focus on the public health nurses working in school and student health care since their clients are in the same age group as the women interviewed for the thesis.

The development project consists of a handbook on methods of contraception, which the public health nurse can use to look up information about specific methods, and a brochure. The brochure can be handed out at a visit to the public health nurse or be found in the waiting room for the clients to take.

Language: Swedish

Key words: contraceptive counseling, contraceptives, school nurse, school health care, student health care, handbook, brochure, young women

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte	1
3	Teoretisk utgångspunkt.....	1
4	Teoretisk bakgrund	2
4.1	Preventivmetoder	2
4.1.1	Barriärmetoder	2
4.1.2	Kombinerade hormonella preventivmetoder	4
4.1.3	Hormonella preventivmetoder innehållande endast progesteron	5
4.1.4	Övriga preventivmetoder	8
4.1.5	Akuta preventivmetoder	11
4.2	Skolhälsovårdarens roll i preventivmedelsrådgivningen	11
5	Produktutveckling	13
5.1	Planering av produkten	13
5.2	Design och layout	14
5.2.1	Format.....	15
5.2.2	Disposition	15
5.2.3	Text.....	15
5.2.4	Bilder och färger	16
6	Kritisk granskning och diskussion	17
	Källförteckning	19

Bilagor

Bilaga 1	Idéskiss
Bilaga 2	Handbok
Bilaga 3	Broschyr

1 Inledning

Detta utvecklingsarbete bygger på examensarbetet *Att välja preventivmetod- En kvalitativ intervjustudie om unga kvinnors upplevelser av preventivmedelsrådgivningen* (Envall & Lithén, 2016). I resultatet i examensarbetet framkom bl.a. att unga kvinnor upplever att de fått för lite information då de fått preventivmedelsrådgivning och att de önskar att de skulle ha fått mer information om biverkningar och alternativa preventivmetoder.

Resultatet av examensarbetet tyder på att det finns ett behov av att utveckla preventivmedelsrådgivningen så att den på ett bättre sätt svarar på kvinnors behov av information.

De kvinnor som blev intervjuade till examensarbetet hade fått preventivmedelsrådgivning på olika ställen; av gynekolog, av skolhälsovårdare, på familjeplaneringen. I detta utvecklingsarbete har vi dock valt att enbart fokusera på skol- och studerandehälsovårdare som träffar unga kvinnor i samma åldersgrupp som de informanter vi intervjuade till vårt examensarbete.

2 Syfte

Syftet med detta utvecklingsarbete är att utforma en produkt som hjälper hälsovårdaren inom skol- och studerandehälsovården att ge unga kvinnor råd och information om preventivmetoder.

3 Teoretisk utgångspunkt

I examensarbetet (Envall & Lithén, 2016, s. 3-4) utgick vi från Sigridur Halldorsdottirs omvårdnadsteori om vårdande och icke-vårdande möten mellan vårdare och patient. I detta utvecklingsarbete utgår vi från samma teori.

Halldorsdottir beskriver i sin teori begreppen professionell omsorg och bristande professionell omsorg. Professionell omsorg innebär att vårdaren upplevs som kompetent och vårdande och att hon kan bilda en gemenskap med patienten. Vårdaren kan t.ex. uppmuntra patienten, göra kliniska omdömen, lära ut saker åt patienten, är uppriktigt intresserad av patienten och engagerad i patientens vård. Bristande professionell omsorg å sin sida innebär att vårdaren upplevs som icke-vårdande och inkompetent, exempelvis upplevs vårdaren som

okänslig, ointresserad, brysk och att hon inte respekterar patientens behov av att få information. (Halldorsdottir, 1996, s. 31-32).

4 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden i examensarbetet (Envall & Lithén, 2016, s. 6-17) beskrevs målet med preventivmedelsrådgivningen, olika preventivmetoder, vilken roll preventivmedelsrådgivaren har samt vad man bör tänka på när man ordinerar preventivmedel.

I den teoretiska bakgrunden i vårt utvecklingsarbete utgår vi från samma teori som beskrivs i examensarbetet men vi har tillfört mer fakta om olika preventivmetoder. Dessutom har vi valt att kort ta upp om skol- och studerandehälsovårdarens roll som preventivmedelsrådgivare.

4.1 Preventivmetoder

Detta kapitel innehåller mer utförlig information om preventivmetoder. Vi har delat in dem på ett annat sätt än i examensarbetet, här i barriärmetoder, kombinerade hormonella preventivmetoder, preventivmetoder innehållande endast progesteron, övriga preventivmetoder och akuta preventivmetoder. Preparatnamn och kostnader för olika preventivmedel har vi slagit upp på Duodecim lääkemedelskatalogen och Yliopiston apteekkis hemsidor.

4.1.1 Barriärmetoder

I examensarbetet (Envall & Lithén, 2016, s. 6-8) beskrevs kort de preventivmetoder som klassas som barriärmetoder, dvs. kondomer, femidomer och pessarer. I samband med barriärmetoderna beskrevs även spermicider, spermiedödande medel, som kan användas i kombination med någon barriärmetod. Detta kapitel innehåller mer detaljerad information om dessa metoder.

Av manliga kondomer finns det olika storlekar, smaker och former. Vissa kondomer är färdigt behandlade med glidmedel. Eftersom det finns så många olika sorter kan man behöva prova sig fram för att hitta den som passar bäst. Vissa kondomer är också behandlade med spermicider, men det finns inga bevis på att dessa har ett bättre skydd än kondomer utan spermicider. Kondomen ska alltid sättas på före samlaget påbörjas och även före kontakt

mellan genitalier, annars finns det risk för att kvinnan blir gravid. Även sprickor i kondomen eller att kondomen glider av kan leda till en oönskad graviditet. Kondomer kan användas av nästan alla och passar bra för dem som har tillfälliga förbindelser och behöver skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar. De passar mindre bra för dem som vill ha en preventivmetod med hög effektivitet. Pearl Index för manlig kondom är 2 vid korrekt användning och 15 vid typisk användning. (Percy & Mansour, 2016, s. 82-84; Piltonen, 2015).

Det finns många fördelar med kondomer. De behöver bara användas under samlaget, innehåller inga hormoner, finns i olika storlekar, är lätta att få tag på och det finns latexfria alternativ. Nackdelarna med kondomer är att de måste sättas på före det sker någon intim kontakt, kondomen måste tas av innan penis slaknat och kondomen kan gå sönder eller glida av under samlaget vilket innebär att den inte anses vara en lika effektiv preventivmetod. I kondopaketen medföljer alltid anvisningar för hur kondomförpackningen ska öppnas samt hur man sätter på och använder kondomen. Det finns många olika märken på kondomer men exempelvis Sultan, Rfsu och Durex säljs i Finland. (Percy & Mansour, 2016, s. 85-86).

Femidomer är gjorda av plast eller gummi. I ena änden av femidomen finns en stor plastring som ska hindra den från att glida in i slidan eller ändtarmen och i andra ändan finns en mindre ring som håller femidomen på plats från insidan. Femidomen ska föras så långt in i slidan som möjligt men den större ringen ska lämna på utsidan. (Lundmark, 2014). Femidomer har liknande egenskaper som kondomer, de måste t.ex. sättas på före intim kontakt. De passar för dem som vill skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar. De kvinnor som använder femidom behöver vara bekväma med att röra vid sina genitala områden eftersom femidomen ska föras långt in i slidan. Femidomer är inte idealiskt för dem som vill ha en preventivmetod med hög effektivitet. Pearl Index för femidom är 5 vid korrekt användning och 21 vid typisk användning. Fördelarna med femidomer är att de kan sättas in upp till åtta timmar före samlag och det är mindre risk att de spricker än manliga kondomer. Nackdelarna med femidomer är att de kan glida ut ur eller tryckas in i slidan, den inre ringen kan kännas obekväma under samlaget och femidomen kan ge mycket ljud ifrån sig under samlaget. Det är viktigt att tänka på att penis måste sättas in genom den yttre ringen och inte mellan femidomen och slidan. (Percy & Mansour, 2016, s. 82, 84-85; Piltonen, 2015).

Pessar är en liten kopp gjord av silikon. Den smörjs in med spermicidgel och sätts sedan in i slidan så att den täcker livmodertappen. Det finns två olika pessarer: cervixpessar och slidpessar. Cervixpessaret är lite mindre och ska sitta direkt på livmodertappen medan

slidpessaret är större och täcker ett större område i slidan. Pessarer går att beställa via internet. (Åkerman, 2014c).

Ett pessar måste lämnas i slidan i minst sex timmar efter ett samlag men får inte lämnas längre än 24-48 timmar, beroende på sort. Fördelar med pessarer är att de kan sättas in i slidan flera timmar före samlag vilket möjliggör mer spontanitet och att kvinnan har kontroll över preventivmedelsanvändningen. Nackdelar med pessarer är de inte skyddar mot sexuellt överförbara sjukdomar och att det kan upplevas besvärligt att man måste lämna kvar dem i slidan i sex timmar efter samlaget. Pessarets effektivitet kan minska om det går sönder, om man har fel storlek och om livmodertappen inte är täckt, om det används utan spermicidgel, om det tas ut för snabbt efter samlaget, om man har samlag flera gånger utan att tillsätta mer spermicidgel samt om man använder oljebaserade produkter som kan skada pessaret. Pessarer passar bäst för kvinnor som känner sig bekväma med att beröra sina genitala områden eftersom pessaret ska sättas in i slidan. Det passar inte för kvinnor som har slappa slidväggar eftersom pessaret då kan flytta på sig under samlaget och således inte täcka livmodertappen. Kvinnor som har en ovanlig position eller form på livmodertappen bör inte heller använda pessar eftersom det kan vara svårt att sätta det på rätt plats. Pearl Index för pessar är 6 vid korrekt användning och 16 vid typisk användning. (Percy & Mansour, 2016, s. 82, 84-85, 88; Piltonen, 2015).

4.1.2 Kombinerade hormonella preventivmetoder

I examensarbetet (Envall & Lithén, 2016, s. 8-10) beskrivs p-piller, p-plåster och p-ring, vilka hör till de kombinerade hormonella preventivmetoderna som innehåller både östrogen och progesteron. I detta kapitel följer ytterligare information om dessa.

Kombinerade hormonella preventivmetoder fungerar på så sätt att de förhindrar ägglossning genom att hejda frisättningen av två hormoner, luteniserande hormon och follikelstimulerande hormon. Dessutom påverkar de slemmet i livmoderhalsen så att det blir svårare för spermier att slippa igenom samt dämpar tillväxten av livmoderslemhinnan vilket minskar sannolikheten för att ett befruktat ägg ska fästa där. (Percy & Mansour, 2016, s. 25).

Kombinerade hormonella preventivmedel kan ordineras även i andra syften än som prevention, exempelvis mot kraftiga menstruationssmärter, PMS-besvär, kraftig menstruationsblödning eller akne. Kombinerade hormonella preventivmetoder kan användas från menarche till 50 års ålder ifall det inte finns några kontraindikationer för detta. Dessa preventivmetoder har väldigt hög effektivitet. Pearl Index för p-piller är vid korrekt

användning 0,0-1,26 och vid typisk användning 0,0-2,8. För p-ringen är Pearl Index vid korrekt användning 0,31-0,96 och vid typisk användning 0,25-1,23 och p-plåstrets Pearl Index är 0,59-0,99 vid korrekt användning och vid typisk användning 0,71-1,24. (Percy & Mansour, 2016, s. 22, 25; Piltonen, 2015).

Kombinerade hormonella preventivmetoder passar inte för kvinnor som lider av migrän med aura, de som har eller har haft bröstcancer, de som har ett BMI över 35, kvinnor över 35 år som röker, de som har flera riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar, de som har diabetes med retinopati, nefropati, neuropati eller annan vaskulär sjukdom, de som har levercirros eller levertumör och de som haft en stroke. (Percy & Mansour, 2016, s. 22-23).

Fördelarna med kombinerade hormonella preventivmetoder är förutom det som nämnts i examensarbetet (Envall & Lithén, 2016, s. 9) att kvinnan har kontroll över preventivmedelsanvändningen, de skyddar mot ektopisk graviditet i och med att det förhindrar ägglossningen, de minskar förekomsten av endometrios samt skyddar mot bäckeninflammation. Nackdelarna är att risken för bröstcancer och stroke ökar, p-plåster kan orsaka lokala hudreaktioner för vissa kvinnor och p-ringen kan orsaka vaginala infektioner hos vissa. (Percy & Mansour, 2016, s. 24-26).

Några exempel på preparatnamn för p-piller är Yasminelle, Yaz och Stefaminelle. P-ring finns det endast ett märke av i Finland och det är NuvaRing. Av p-plåster finns det två preparatnamn på marknaden: Evra och Lisvy.

4.1.3 Hormonella preventivmetoder innehållande endast progesteron

I examensarbetet (Envall & Lithén, 2016, s. 8-9, 10, 11) beskrivs de hormonella preventivmetoder som endast innehåller progesteron. Dessa är minipiller, p-spruta, p-stav och hormonspiral. I detta kapitel har vi tillsatt ytterligare information om dessa.

Minipiller fungerar på liknande sätt som kombinerade hormonella preventivmetoder, men huruvida de förhindrar ägglossning varierar beroende på vilken sorts minipiller man använder. Minipiller påverkar också slemmet i livmoderhalsen och gör det mindre genomträngligt för spermier samt tunnar ut livmoderslemhinnan. Dessutom påverkar de spermiernas rörlighet och funktion. Minipiller passar för nästan alla kvinnor utom de som haft bröstcancer de senaste fem åren, de som har levercirros eller levertumör och de som är känsliga för något av innehållsämnen i pillren. Ifall man äter minipiller och drabbas av

ischemisk hjärt- eller cerebrovaskulär sjukdom bör man sluta med pillren. (Percy & Mansour, 2016, s. 36-37).

Minipiller är väldigt effektiva om de tas på rätt sätt, exakt samma tid på dygnet varje dag. Pearl Index för minipiller är 0,14 vid korrekt användning och 0,41 vid typisk användning. Det finns många olika minipillermärken men exempelvis Cerazette, Desogestrel och Zarelle finns att få i Finland. Fördelarna med minipiller är liknande som de med p-piller, men dessutom kan de minska på migränbesvär och passar bättre för kvinnor som lider av biverkningar från kombinerade hormonella preventivmetoder, de passar för kvinnor över 35 som röker, de kan användas av kvinnor som är överviktiga eller obesa, de kan användas vid tillstånd som innebär en kontraindikation för användning av kombinerade hormonella preventivmetoder, exempelvis högt blodtryck och migrän med aura. Det finns ingen ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar, blodpropp eller stroke vid användning av minipiller och de passar också bättre för diabetiker. Nackdelarna med minipiller är att vissa kvinnor kan få biverkningar så som ömma bröst, humörsvängningar, huvudvärk eller akne samt att risken för ektopisk graviditet ökar om man inte tar pillren på rätt sätt. (Percy & Mansour, 2016, s. 37-38; Piltonen, 2015).

P-sprutan fungerar på liknande sätt som minipiller och p-piller, den förhindrar ägglossning genom att dämpa utsöndringen av luteniserande hormon och till en viss del även utsöndringen av follikelstimulerande hormon. Dessutom påverkas slemmet i livmoderhalsen, livmoderslemhinnan och spermiernas funktion. Pearl Index för p-spruta är 0,3 vid korrekt användning och 3 vid typisk användning. Preparatnamnet för p-spruta är Depo-Provera. P-spruta passar för de flesta kvinnor ända fram till menopausen, men inte för de som lider av någon kardiovaskulär eller cerebrovaskulär sjukdom eller har flera riskfaktorer för dessa, de som har eller har haft bröstcancer, de som lider av en oförklarlig vaginal blödning samt de som har hög risk för att drabbas av osteoporos. (Percy & Mansour, 2016, s. 42-43; Piltonen, 2015).

Fördelarna med p-sprutan är att den kan användas av ammande kvinnor, den kan minska ägglossningssmärter, den kan ge mindre menstruationsblödningar och används ofta som behandling för kraftiga menstruationssmärter och endometriossmärter och den kan minska risken för äggstocks- och endometriecancer. Nackdelarna är att man kan drabbas av viktökning under de första sex månaderna av användningen, vissa kan uppleva humörsvängningar, huvudvärk och minskad sexlust, för långtidsanvändare finns en ökad risk

för livmoderhalscancer och på injektionsstället kan det uppstå lokala reaktioner. (Percy & Mansour, 2016, s. 43-45).

P-staven fungerar på samma sätt som minipiller och p-spruta. Den förhindrar ägglossning, gör slemmet i livmoderhalsen mindre genomträngligt, påverkar livmoderslemhinnan och spermernas rörlighet och funktion. 5% av kvinnorna som använder p-stav kan dock ha ägglossning under det tredje året innan staven blivit bytt. Pearl Index för p-stav är 0,05 vid korrekt användning och även 0,05 vid typisk användning. Det finns tre olika preparatnamn på p-stavar och dessa är Nexplanon, Jadelle och Microluton. P-stav passar inte för de kvinnor som har eller har haft bröstcancer under de senaste fem åren, de som är känsliga för något av innehållsämnen i implantatet, de som har någon oförklarlig vaginal blödning samt de som drabbas av en ischemisk hjärt- eller cerebrovaskulär sjukdom medan de använder p-stav. (Percy & Mansour, 2016, s. 50-51; Piltonen, 2015).

P-staven är ett relativt effektivt preventivmedel, men hos stora kvinnor kan effektiviteten vara något nedsatt och p-staven kan eventuellt behöva bytas lite tidigare. Fördelarna med p-stav är att risken för ektopisk graviditet är liten, den påverkar inte framtida fertilitet, ifall man råkar bli gravid trots att man har en p-stav påverkas inte graviditeten eller fostret negativt, den kan minska smärtor vid ägglossning och menstruation, den minskar blodförlusten vid menstruation, den kan användas av kvinnor som lider av migrän med aura och den har liten påverkan på blodsocker och leverfunktion. Nackdelarna är att insättningen av p-staven kräver ett litet ingrepp med lokal anestesi, akne kan förvärras, kring p-staven kan det ske en förtvining av fett, vissa kan uppleva obehag efter insättning och borttagande av p-staven, insättningsstället kan bli infekterat och kvinnan har inte själv kontroll över fortsatt användning eller avbrytande av användning av p-staven. (Percy & Mansour, 2016, s. 51-52).

Hormonspiralen passar för att kvinnor i fertil ålder, även kvinnor som inte varit gravida. Hormonspiralen kan också användas som behandling för kraftiga menstruationsblödningar och besvärliga menstruationssmärter. Hormonspiralen passar inte för kvinnor med oförklarliga vaginala blödningar, kvinnor som haft blodförgiftning efter förlossning eller abort, kvinnor med livmoderhalscancer och endometriecancer, pågående bäckeninflammation, pågående obehandlad klamydia eller gonorré med symptom eller för kvinnor som fött barn för mindre än fyra veckor sedan. (Percy & Mansour, 2016, s. 59-60).

Fördelarna med hormonspiralen är att fertiliteten snabbt återgår till det normala efter borttagning av spiralen, det kan vara en bra behandling för kvinnor som lider av endometrios,

den minskar risken för ektopisk graviditet, minskar risken för bäckeninflammation och kan skydda mot endometriehyperplasi. Nackdelarna är att insättningen av spiralen kan göra ont och det finns en liten risk för infektion efter insättning. Pearl Index för hormonspiral är 0,1-0,2 både vid korrekt och vid typisk användning. (Percy & Mansour, 2016, s. 61-62; Piltonen, 2015).

I Finland finns det nu tre olika hormonspiraler på marknaden: Mirena, Jaydess och Kyleena. Mirena innehåller 52 mg levongestrel och ska bytas med fem års mellanrum. Jaydess innehåller 13,5 mg levongestrel och byts med tre års mellanrum. Kyleena är nyast på marknaden. Den innehåller 19,5 mg levongestrel och kan bytas med fem års mellanrum. Jaydess och Kyleena är mindre än Mirena och kan därför användas av unga, oförlösta kvinnor. (Heikinheimo, 2017, s. 13, Lääkeinfo.fi, 2016).

4.1.4 Övriga preventivmetoder

Kopparspiralen beskrevs kort i examensarbetet (Envall & Lithén, 2016) på sidorna 11-12. Här följer en mer utförlig beskrivning av den.

Kopparspiralen fungerar på så sätt att den genom att frigöra kopparjoner orsakar en reaktion i livmodern. Spiralen gör att antalet leukocyter i endometriet ökar vilket orsakar en slags inflammatorisk reaktion som förhindrar implantation av ett befruktat ägg. (Percy & Mansour, 2016, s. 72).

Kopparspiralen kan användas ända fram till menopausen, förutsatt att det inte finns några kontraindikationer. Både kvinnor som har fått barn och kvinnor som inte varit gravida kan ha en kopparspiral. Kopparspiralen är ett effektivt och långverkande preventivmedel vilket gör att den är ett bra alternativ till sterilisering för kvinnor som inte vill få fler barn. Pearl Index för kopparspiral är 0,6 vid korrekt användning och 0,8 vid typisk användning. Det finns tre olika kopparspiraler på marknaden för tillfället, dessa är NovaT 380, Flexi-T300 och Flexi-T+380. De två förstnämnda passar för kvinnor som inte fött barn. Kopparspiralen passar inte för kvinnor som lider av en oförklarlig vaginal blödning, kvinnor som haft blodförgiftning efter förlossning eller efter en abort, kvinnor med obehandlad livmoderhalscancer, kvinnor med endometriecancer, kvinnor med pågående bäckeninflammation, kvinnor med aktiv och obehandlad klamydia eller gonorré och kvinnor med allvarliga arytmier. Kopparspiralen får inte heller sättas in förrän fyra veckor efter en förlossning. (Percy & Mansour, 2016, s. 70-71; Piltonen, 2015).

Fördelar med kopparspiralen är att den är långverkande och effektiv och inte påverkar fertiliteten efter borttagandet, den kan användas av ammande kvinnor, det är en billig preventivmetod och den kan ge ett visst skydd mot endometrie-cancer. Nackdelarna är att den kan orsaka oregelbundna menstruationsblödningar som för det mesta upphör sex månader efter insättning, man kan känna smärtor i flera dagar efter insättning av spiralen, den skyddar inte mot könssjukdomar och insättning av spiralen medför en viss risk för bäckeninflammation. (Percy & Mansour, 2016, s. 73-74).

I examensarbetet (Envall & Lithén, 2016, s. 12) beskrevs naturliga preventivmetoder. De som togs upp var rytmmetoden och anningsmetoden. Här beskrivs endast rytmmetoden mer ingående och vi tar upp olika sätt som kvinnan kan hålla reda på sina fertila dagar.

Rytmmetoden är den metod som ofta kallas för säkra perioder. Genom denna metod kan man antingen planera en graviditet eller undvika graviditet utan att behöva använda sig av hormonella preventivmetoder. Rytmmetoden går ut på att man håller reda på sina fertila dagar. Spermier kan överleva i upp till 7 dagar och ägget kan befruktas under 24 timmar. Man räknar med att den fertila fasen kan vara upp till 9 dagar. Under den fertila fasen antingen undviker man sexuellt umgänge eller använder sig av någon barriärmetod för att förhindra graviditet. Övriga dagar kan man ha sexuellt umgänge utan något preventivmedel. (Percy & Mansour, 2016, s. 91, 93).

Rytmmetoden passar för de som inte vill använda hormonella preventivmetoder eller ett preventivmedel som stör den sexuella akten samt för par som inte vill få barn så tätt inpå varandra men som ändå skulle acceptera en oplanerad graviditet. Kvinnor som använder sig av denna metod måste ha en regelbunden menscykel och god kroppskänedom. Metoden passar inte för dem som vill ha en effektiv preventivmetod, kvinnor för vilka en graviditet skulle innebära en allvarlig hälsorisk, kvinnor som inte ammar efter förlossningen och kvinnor som nyligen har avslutat en hormonell preventivmetod och inte haft minst tre regelbundna blödningar efter detta. (Percy & Mansour, 2016, s. 91-92).

Fördelarna med rytmmetoden är att den inte har några fysiska biverkningar och att den är acceptabel i alla kulturer och religioner. Nackdelarna är att det är relativt stor risk att metoden misslyckas ifall man bara använder sig av ett sätt att hålla reda på sina fertila dagar, att sjukdom kan påverka kroppstemperaturen och att det kan ta tid att lära sig metoden. Pearl Index för denna metod är 0,4 vid korrekt genomförande och 24 vid typiskt genomförande. (Percy & Mansour, 2016, s. 94; Piltonen, 2015).

Det finns olika metoder för att följa med sina fertila dagar. Ett sätt är att mäta kroppstemperaturen, som stiger vid ägglossning. Man tar tempen på morgonen före man stiger upp. Ett annat sätt är billingsmetoden som går ut på att undersöka konsistensen och utseendet på sina flytningar. Under ägglossningsfasen blir sekretet från livmoderhalsen rikligare, mer elastiskt och liknar rå äggvita. När man först noterar detta innebär det att den fertila fasen har börjat och man bör undvika samlag eller använda en barriärmetod. När flytningarna sedan blir tjockare och mindre rikliga och har sett ut på det viset i tre dagar räknar man med att den fertila fasen är över. (Åkerman, 2014a; Percy & Mansour, 2016, s. 95).

Det finns olika hjälpmedel man kan använda sig av för att hålla koll på sina fertila dagar. Ett exempel är p-dator. Det finns olika slags p-datorer, vissa mäter mängden av ett visst hormon i morgonurinen och andra mäter kroppstemperaturen för att avgöra när ägglossning sker. (Åkerman, 2014b).

Ett annat hjälpmedel är p-appen Natural Cycles som nyligen godkänts som den första p-appen som får marknadsföras som certifierat preventivmedel inom EU. Appen används på så sätt att man mäter kroppstemperaturen samma tid varje dag och matar in resultatet i appen, då räknar appen ut när ägglossningen sker och när kvinnan är fertil. Fertila dagar blir röda i kalendern och de dagar när det är osannolikt att befruktning sker blir gröna. Efter några menstruationscykler har appen fått så mycket information att den kan schemalägga hur kvinnans menscykel ser ut. Natural Cycles tar också i beaktande att spermier kan överleva flera dagar i kvinnans kropp och därför blir det också några röda dagar före ägglossningen. (Frantz & Norrena, 2017).

Vissa par använder också avbrutet samlag som en preventivmetod. Det är den äldsta preventivmetoden man känner till och en av de mest populära naturliga preventivmetoderna i världen. Metoden innebär att mannen drar ut sin penis ur slidan innan ejakulationen sker. Detta är en väldigt osäker metod och den misslyckas ofta, antingen för att mannen inte hinner dra ut sin penis i tid eller för att det kan finnas spermier i försatsen. Det kan kännas otillfredsställande för båda parter och sexet känns ofta ofullständigt. Pearl Index för denna metod är 4 vid korrekt användning och 27 vid typisk användning. (Percy & Mansour, 2016, s. 93, 96; Piltonen, 2015).

4.1.5 Akuta preventivmetoder

I examensarbetet (Envall & Lithén, 2016) beskrevs akut p-piller på sidorna 10-11. I detta kapitel presenteras ytterligare information om akuta preventivmetoder.

Akut prevention innebär att man förhindrar en graviditet efter att samlaget redan har skett men före implantation. Akut prevention är effektivare ju snabbare efter samlaget det utförs och om implantationen redan har skett så kan det inte avbryta graviditeten. Akuta preventivmedel är akut p-piller och kopparspiral, varav kopparspiral är den mest effektiva. (Piltonen, 2015).

När kopparspiralen används som ett akut preventivmedel förhindrar den först och främst befruktning, men om befruktningen av ägget redan har skett kan spiralen hindra ägget från att fästa i livmodern. Spiralen ska sättas in inom fem dygn efter ett oskyddat samlag. Tre till fyra veckor efter insättningen av spiralen ska man göra ett graviditetstest för att försäkra sig om att man inte är gravid. Efter att man gjort graviditetstestet kan man ta ut spiralen, men den kan också vid behov lämna kvar som långvarigt preventivmedel. Kopparspiral passar för de flesta som akut preventivmetod, men inte för kvinnor med pågående bäckeninflammation eller kvinnor med kopparallergi. (Persson, 2016; Percy & Mansour, 2016, s. 111; Piltonen, 2015).

Akut p-piller kan man få från apoteket utan recept. Det finns inte heller någon åldersgräns för när man får köpa dem. De finns två olika akuta p-piller, NorLevo som innehåller levonorgestrel och EllaOne som innehåller ulipristalacetat. NorLevo ska tas inom 72 timmar efter oskyddat samlag, men kan tas ända upp till 96 timmar efter samlaget. För NorLevo finns inga kontraindikationer, förutom allergi mot något av innehållsämnen. Det fungerar på så sätt att det försenar ägglossningen med 5-7 dagar vilket innebär att spermier dör innan ägglossningen sker. EllaOne ska tas inom 120 timmar eller fem dygn efter oskyddat samlag. Det passar inte för dem som är känsliga mot ulipristalacetat, de som lider av allvarlig astma, de som har nedsatt leverfunktion och de som ammar. EllaOne fungerar på så sätt att det påverkar hormonet progesteron så att ägglossningen skjuts upp med upp till fem dagar. (Kivijärvi, 2016; Percy & Mansour, 2016, s. 110-113).

4.2 Skolhälsovårdarens roll i preventivmedelsrådgivningen

I främjandet av sexuell hälsa hos ungdomar är de viktigaste målen att bevara fruktsamheten, förhindra oönskade graviditeter, bekämpa sexuellt överförbara sjukdomar och sprida

information om sexuell hälsa. Elever och studerande bör ha enkel och snabb tillgång till preventivtjänster och preventivmedelsrådgivning. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2006, s. 131).

Under det första preventivmedelsrådgivningstillfället bedöms tillsammans med klienten behovet av preventivmedel och en lämplig preventivmetod väljs ut. Under besöket bedöms även risken för sexuellt överförda sjukdomar. Enligt det behov som klienten uttrycker ges sexualrådgivning. Därefter ordnas uppföljningsbesök där man följer med preventivmetodens lämplighet och eventuella biverkningar samt gör klamydiatest, tar papa-prov och ger sexualrådgivning. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2006, s. 131).

I England har man skrivit en artikel om skolhälsovårdarens roll gällande könssjukdomar och preventivmedel. Skolhälsovårdaren har en viktig roll då det handlar om att säkerställa den sexuella hälsan hos ungdomar. Detta kan skolhälsovårdaren göra t.ex. genom att ge råd om hur man har säkert sex samt ge information om att testa sig mot könssjukdomar. (Voogd, 2014, s. 43)

Skolhälsovårdaren ska kunna erbjuda en helhetsbaserad sexualrådgivning genom att diskutera både preventivmedel och könssjukdomar med ungdomarna men även ta upp om t.ex. hur hälsosamma relationer ser ut. (Voogd, 2014, s. 43).

Några huvudrekommendationer då man diskuterar preventivmetoder med ungdomar är att man ska diskutera flera olika preventivmetoder, att berätta att ung ålder inte begränsar användningen av preventivmedel och att effekten av preventivmetoderna kan variera och behöver inte vara lika för alla. Det är alltså viktigt att få ungdomarna att förstå att alla preventivmetoder inte ger samma biverkningar för alla, eftersom många unga brukar vara skeptiska mot någon preventivmetod p.g.a. att någon bekant fått biverkningar av det, t.ex. akne, viktuppgång eller humörsvängningar. Under preventivmedelsrådgivningen ska, förutom olika preventivmetoder, även könssjukdomar och den emotionella hälsan diskuteras. Dessutom är det viktigt som skolhälsovårdare att komma ihåg att inte utesluta unga män från preventivmedelsrådgivningen. (Voogd, 2014, s.44-45).

I en annan artikel, som också är skriven i England, tar man upp om hur man bör ge preventivmedelsrådgivning åt ungdomar under 16 år. Skolhälsovårdaren är ofta den person som först informerar om preventivmedel åt ungdomar och är därför i en ideal position att diskutera olika preventivmetoder samt deras för- och nackdelar. (Hand, 2009, s. 58)

Eftersom kondom är det enda preventivmedlet för män, om man inte räknar med sterilisering, så är det väldigt sällan som skolhälsovårdaren diskuterar preventivmedel med pojkar. Kondom är lätt att få tag på själv och man behöver inte uppsöka preventivmedelsrådgivningen för att få kondomer. Detta betyder förstås att många pojkar missar information och personliga råd, t.ex. om hur en kondom ska användas, vilket de kunde få veta av skolhälsovårdaren. Detta leder då till att pojkarna måste förlita sig på den information de fått i skolan samt på instruktionerna på kondomförpackningen. (Hand, 2009, s. 59).

5 Produktutveckling

Vi har valt att utforma en produkt som hjälper hälsovårdaren inom skol- och studerandehälsovården att ge unga kvinnor råd och information om preventivmetoder. Produkten består av två delar, en handbok avsedd för hälsovårdaren och en broschyr avsedd för klienten. I detta kapitel beskrivs hur vi har tagit fram och designat produkten.

5.1 Planering av produkten

Ett projekt börjar alltid med planering. När man planerar en produkt eller en trycksak bör man först fundera på varför man ska göra produkten. Därefter planerar man vad som ska ingå i trycksaken och vem som ska få trycksaken. Man bör även tänka på var trycksaken ska finnas och hur den ska fungera. (Hansson, Kristiansson & Palmquist, 2004, s. 20).

Orsaken till att vi utformade denna produkt utgår från resultatet i vårt examensarbete. I resultatet framkom att unga kvinnor önskar få mera information om olika preventivmetoder, om hur dessa fungerar och om deras eventuella biverkningar. Dessutom visade det sig att kvinnorna önskade att preventivmedelsrådgivaren skulle stöda deras val av preventivmetod, ge dem möjlighet att välja metod själva, diskutera olika metoder med dem, ha ett professionellt förhållningssätt och även uppmärksamma sexuell hälsa i allmänhet. (Envall & Lithén, 2016, s. 38-42).

Vi valde att utforma en handbok som skol- och studerandehälsovårdaren kan använda när hon informerar och ger råd åt unga kvinnor om preventivmetoder. Orsaken till att vi valde att göra handboken för skol- och studerandehälsovården är för att de kvinnor som vi intervjuade för vårt examensarbete var i de åldrarna att de närmast hade kontakt med skol- eller studerandehälsovården och flera av dem hade fått preventivmedelsrådgivning därifrån.

Till handboken gjorde vi även en tillhörande broschyr om preventivmetoder som skol- eller studerandehälsovårdaren kan dela ut till sina klienter i samband med rådgivningstillfället eller ha i väntrummet.

I planeringen av vad som skulle ingå i trycksaken började vi med att planera handboken, som informationsmässigt skulle vara mer omfattande än broschyren. Handboken skulle innehålla information om hur man bör gå tillväga när man diskuterar preventivmetoder samt information om skolhälsovårdarens roll som preventivmedelsrådgivare. Den skulle också innehålla utförlig information om alla preventivmetoder som finns tillgängliga så att hälsovårdaren kan diskutera de olika metoderna med sin klient, även om det senare är läkaren som ordinerar preventivmedlet. Handboken skulle även innehålla information om sådana preventivmetoder som kvinnan inte kan få via hälsovården, så som pessarer och olika naturliga preventivmetoder. Även om hälsovårdaren inte bör rekommendera dessa metoder ska hon kunna svara på frågor och kunna ge saklig information om dem.

Den tillhörande broschyren skulle innehålla liknande information om preventivmetoder som handboken, men i en avkortad och mer lättförståelig form så det är enkelt för den unga kvinnan att ta till sig informationen. Broschyren ska fungera på så sätt att kvinnan antingen kan få med den hem efter besöket hos hälsovårdaren så att hon i lugn och ro kan läsa och fundera på vilken preventivmetod hon ska välja eller så att hon kan ha tagit den från hälsovårdarens väntrum på förhand och läst den före hon kommer till hälsovårdaren.

5.2 Design och layout

Layout innebär att lägga ut text och bild på en yta och att bestämma format, disponera innehållet, välja typsnitt och bilder och att välja färg och papperskvalitet. Detta gör man för att underlätta läsning av och förståelse för materialet. Det är viktigt att vara konsekvent och noggrann när man väljer och planerar färgsättning och vad som ska betonas och med vilka färger. För mycket dekorationer och färger leder lätt till att innehållet kamoufleras. Man bör vara tydlig, enkel och rak när man utformar layouten. Med layouten kan man göra kommunikationen enklare och intressantare för mottagaren. (Hansson, Kristiansson & Palmquist, 2004, s. 26-27).

Man kan börja med att göra en idéskiss för att få fram olika lösningar för trycksaken. Idéskisser framställs ofta i litet format. (Flessa, 2001, s. 226). Vi gjorde enkla idéskisser av både handboken och broschyren, dessa skisser hittas som bilaga 1. Vi valde sedan att göra

layouten för både handbok och broschyr Word eftersom det är ett program vi båda behärskar. Handboken hittas som bilaga 2 och broschyren som bilaga 3.

5.2.1 Format

Liggande format används mindre ofta men passar för sådana trycksaker som ska ligga öppna utan benägenhet att vilja slå igen. Trycksaken ska kunna ligga öppen medan man tar del av någon information samtidigt som man vill ha händerna fria. (Flessa, 2001, s. 209, 230). Handboken utformades i liggande format i A4 med spiralinbindning upptill.

Stående format är det vanligaste formatet vid de flesta trycksaker. Broschyr är en trycksak som är utformad som ett häfte. Den består av några fyrsidiga uppslag som är rygghäftade. (Flessa, 2001, s. 211, 230). Broschyren utformades som ett häfte i stående format i A5.

5.2.2 Disposition

I handboken presenteras varje preventivmetod på en skild sida, utom p-ring och p-plåster som finns på samma sida eftersom de har liknande egenskaper och det blev för lite information för att de skulle behöva varsin skild sida. På första sidan i handboken presentas allmän information om skolhälsovårdarens roll i preventivmedelsrådgivningen samt information om handboken. Preventivmetoderna presenteras i handboken i ordningen barriärmetoder, kombinerade hormonella preventivmetoder, preventivmetoder innehållande endast progesteron, kopparspiral, naturliga metoder och akuta preventivmetoder. Vi har använt samma disposition när vi har beskrivit preventivmetoderna, först har vi beskrivit hurudan metod det är, därefter hur den fungerar, Pearl Index, kostnader, vem det passar för och dem det inte passar för, fördelar och slutligen nackdelar.

Dispositionen i broschyren är aningen annorlunda eftersom vi har valt att placera de preventivmetoder som är minst säkra och minst aktuella för unga kvinnor på de sista sidorna i broschyren. Även broschyren innehåller en förstasida med allmän information, med bland annat förklaringar av olika termer och begrepp. I broschyren har vi också presenterat preventivmetoderna med samma disposition, först med en förklaring av vad preventivmedlet är och hur det fungerar, sedan vem det passar för, fördelar, nackdelar och sist kostnader.

5.2.3 Text

Vid valet av teckensnitt finns det några saker man behöver tänka på. Bokstäverna ska ha jämna och öppna former, vilka gör att ögat kan tolka varje bokstav lika lätt. Bokstäverna bör

också vara relativt lätta, dvs. tunna. I löpande text ska de ge ett jämnt intryck utan att någon bokstav framträder mer än de övriga. I större sammanhängande texter ska man undvika tjocka bokstavsformer. För att texten ska vara lätt att läsa behöver man också tänka på textstorleken, för bästa läsbarhet används storlekar mellan 9 och 12 punkter. (Flessa, 2001, s. 104; Hansson, Kristiansson & Palmquist, 2004, s. 68).

Rubriker hjälper till att strukturera textinformationen och sätts i större grader än brödtext för att fånga uppmärksamhet. De kan kombineras med linjer och andra ornamentala detaljer och kan placeras på olika sätt på sidan. Rubriker ska aldrig avslutas med punkt. Man bör inte ha för många rubriknivåer, inte fler än tre till fyra nivåer eftersom läsaren inte kan hålla isär för många rubriknivåer. (Flessa, 2001, s. 110-111; Hansson, Kristiansson & Palmquist, 2004, s. 69).

Teckensnittet vi valde att använda i både handboken och broschyren heter Segoe UI Light. Vi valde den eftersom den är jämn och lättläst. Vi har använt storlek 9 på brödtexten i handboken. Under arbetet med handboken printade vi ut delar av materialet för att se att texten såg bra ut och hade en läsbar storlek också i utprintat format. Huvudrubrikerna i handboken är betydligt större än brödtexten så att de direkt fångar läsarens uppmärksamhet. På vissa sidor har vi endast en rubriknivå och på andra sidor två nivåer.

I broschyren har vi använt storlek 11 på brödtexten men eftersom den printas i A5 blir texten i verkligheten mindre än så, därför har vi under arbetet med broschyren provat printa ut några sidor för att se att texten blir tillräckligt stor. I broschyren har vi två rubriknivåer. Huvudrubrikerna är betydligt större och underrubrikerna är två storlekar större än brödtexten men även svärtade för att synas tydligare.

5.2.4 Bilder och färger

När man planerar en trycksak bör man också tänka på eventuella illustrationer och hur dessa ska se ut (Flessa, 2001, s. 216). Bilder förtydligar innehållet och kompletterar texten i trycksaken. När man tillverkar en trycksak bör man gå igenom texterna och bedöma vad som kan åskådliggöras med en bild för att förtydliga innehållet. Man bör också planera hur bilderna ska tas fram, om man ska fotografera eller teckna dem. Man bör också tänka på upphovsrätten och att de flesta bilder kostar att använda, därför bör man försäkra sig om att man inte publicerar någon annans bild utan att ha betalat för den. (Hansson, Kristiansson & Palmquist, 2004, s. 136-137). Vi ansåg att vi behövde bilder till handboken och broschyren för att förtydliga innehållet, exempelvis hur ett pessar eller en spiral placeras i kroppen och

hur olika preventivmetoder ser ut. Vi valde att teckna bilderna själva eftersom vi då inte behöver ta upphovsrätt i beaktande. Vi valde att ha bilder på alla preventivmetoder i broschyren men i handboken endast vissa på grund av utrymmesbrist och eftersom vi utgår från att hälsovårdaren vet hur de flesta preventivmedel ser ut.

När man tillverkar en trycksak är färger också viktigt. Med färg kan man framhäva och särskilja. Man bör tänka på färgsymbolik och kontraster när man väljer färger. När man lägger text på en yta gör hög kontrast mellan mörka och ljusa färger texten lättare att läsa. (Flessa, 2001, s.134; Hansson, Kristiansson & Palmquist, 2004, s. 146).

Av praktiska skäl och för att bilderna skulle synas tydligt valde vi att ha svart text på vit bakgrund både i handboken och broschyren. Vi provade först med olika färger på bakgrunden men kom fram till att det blev för otydligt.

6 Kritisk granskning och diskussion

Syftet med detta utvecklingsarbete var att utforma en produkt som hjälper hälsovårdaren inom skol- och studerandehälsovården att ge unga kvinnor råd och information om preventivmetoder. Utvecklingsarbetet baseras på vårt examensarbete vars resultat visade att unga kvinnor önskar sig mer information om olika preventivmetoder och deras biverkningar. Utvecklingsarbetet resulterade i en handbok med tillhörande broschyr. Handboken innehåller utförlig information om de olika preventivmetoder som finns tillgängliga och är tänkt som en slags uppslagsbok som hälsovårdaren kan använda sig av. Broschyren innehåller mer kortfattad information om preventivmetoder och är riktad till unga kvinnor som ska välja preventivmetod. Broschyren kan delas ut i samband med besök hos hälsovårdaren eller finnas i väntrummet att plocka åt sig.

Vi anser att vi med vår produkt har uppnått syftet med detta utvecklingsarbete. Utvecklingsarbetet utgår även tydligt från examensarbetet i och med att vi har försökt utveckla ett hjälpmedel för att ge sådan information om preventivmetoder som det framkom att unga kvinnor vill ha.

När vi kritiskt granskar vår produkt utgår vi från användbarhet, tydlighet och layout. Vi anser att både handboken och broschyren har en användarvänlig utformning. Handboken innehåller mycket information men den är strukturerad så att man lätt hittar det man söker. Även broschyren är strukturerad och innehåller relevant information. Med tanke på användbarhet finns det dock en risk att produkten snabbt blir föråldrad i och med att det

kommer nya preventivmetoder och ny information samt att kostnader kan ändras. Handboken handlar väldigt lite om preventivmedelsrådgivning i sig och hur man borde gå tillväga. Den innehåller heller ingen information om hur man följer upp användningen av olika preventivmedel, vilket är något man kunde ha inkluderat. Samtidigt heter den ju ”Skolhälsovårdarens preventivmedelshandbok” och är huvudsakligen ämnad som uppslagsbok. Det som framkom i examensarbetet var ju också att kvinnorna önskade mer information om själva preventivmetoderna och i det fallet tjänar ju handboken sitt syfte.

Med tanke på tydlighet är utformningen av både handbok och broschyr sådan att det går lätt att hitta information i dem. Det är en viss skillnad på språket i broschyr och handbok, eftersom handboken är ämnad för vårdpersonal innehåller den mer medicinska termer medan broschyren har ett enklare språk. En del medicinska termer och begrepp har också förklarats i broschyren. Tanken är att broschyren ska vara lätt för unga att ta till sig. Teckensnittet och textstorleken gör också att både handboken och broschyren är lättlästa. Rubrikerna hjälper till att strukturera innehållet.

Layouten är enkel och tydlig och både handboken och broschyren innehåller bilder som piggar upp. Vi valde att göra dem med svart text på vit bakgrund. Vi försökte först göra produkterna i färg men kom fram till att det blev mer störande än snyggt. Broschyren kunde eventuellt ha varit lite roligare och mer tilltalande med tanke på färger. Vi ville dock att handboken och broschyren skulle ha liknande utseende för att det ska bli tydligt att de hör ihop.

Med tanke på vår teoretiska utgångspunkt hör det enligt Halldorsdottir till professionell omsorg att vårdaren upplevs som kompetent och kan lära ut saker åt patienten. Vår handbok kan ses som ett hjälpmedel som stärker hälsovårdarens kompetens och kunskaper om preventivmetoder. Denna kunskap kan hon föra vidare till sina klienter genom preventivmedelsrådgivningen. Handboken hjälper också hälsovårdaren att svara på sina klienters frågor om preventivmetoder och när hon har svar på frågor upplevs hon som kompetent.

Vi anser att arbetet med detta utvecklingsarbete har gått smidigt. Mest tid har gått åt till att söka upp mer information om preventivmetoder eftersom den information som vi presenterat i examensarbetet var ganska bristfällig. Mycket tid har också gått åt till att teckna bilderna och designa produkterna.

Källförteckning

Envall, C. & Lithén, I., 2016. *Att välja preventivmetod – En kvalitativ intervjustudie om unga kvinnors upplevelser av preventivmedelsrådgivningen*. Vasa: Yrkeshögskolan Novia.

Flessa, G., 2001. *Trycksaksboken*. Partille: Warne Förlag.

Frantz, E. & Norrena, H., P-appen nu godkänt preventivmedel - men passar inte alla, säger gynekologen. Svenska.yle.fi, 4.3.2017 [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/03/04/p-appen-nu-godkant-preventivmedel-men-passar-inte-alla-sager-gynekologen> [hämtat: 13.3.2017]

Halldorsdottir, S., 1996. *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care- Developing a Theory*. Linköping: Linköpings Universitet.

Hand, H., 2009. Contraception advice för under-16s: An overview. *British Journal of School Nursing*, 4(2), s. 58-64.

Hansson, L., Kristiansson, M. & Palmquist, E., 2004. *Grafisk design – en introduktion*. Värnamo: Bokförlaget Arena

Heikinheimo, O., 2017. Hormonaalisen ehkäisyn valikoima paranee. *Sic! Lääketietoa Fimeasta* (1) 2017, s. 12-13.

Kivijärvi, A. *Jälkiehkäisy*. Lääkäris käsikirja. [Online]. Kustannus Oy Duodecim, 10.5.2016.

Lundmark, E., 2014. *Femidom*. 1177 Vårdguiden. [Online]. <https://www.1177.se/Tema/Sex-och-relationer/Preventivmetoder/Femidom/> [hämtat: 8.3.2017].

Lääkeinfo.fi, 2016. *Kyleena intrauterint inlägg 19,5 mg*. [Online]. http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=25579&i=BAYER_KYLEENA [hämtat: 9.3.2017].

Percy, L. & Mansour, D., 2016. *Contraception made easy*. Banbury: Scion Publishing Ltd.

Persson, K., 2016. *Akuta metoder – akut-p-piller och kopparspiral*. 1177 Vårdguiden. [Online]. <https://www.1177.se/Tema/Sex-och-relationer/Preventivmetoder/Akuta-metoder/> [hämtat: 13.3.2017].

Piltonen, T., 2015. *Raskauden ehkäisy. Käypä hoito.* [Online] <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50104> [hämtat: 13.3.2017].

Social- och hälsovårdsministeriet, 2006. *Handbok för studerandehälsovården.* Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2006:13.

Voogd, C., 2014. Informing young people about STIs and contraception. *British Journal of School Nursing*, 10(1), s. 43-45.

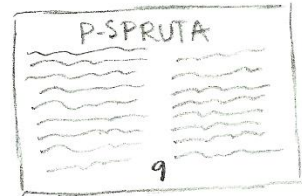
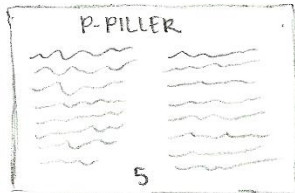
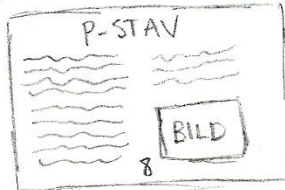
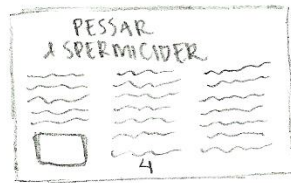
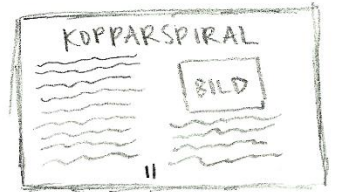
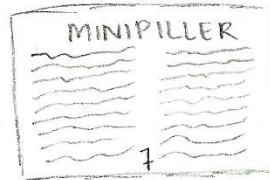
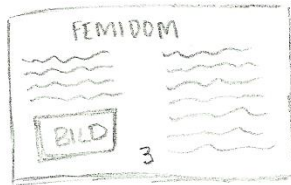
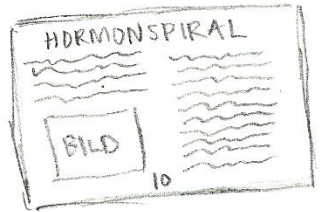
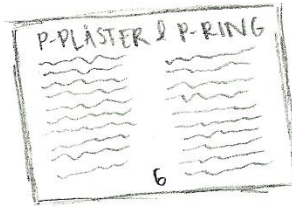
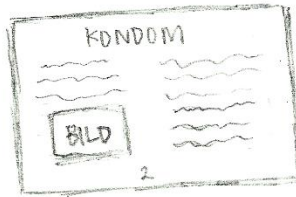
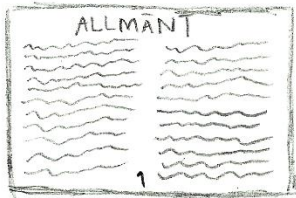
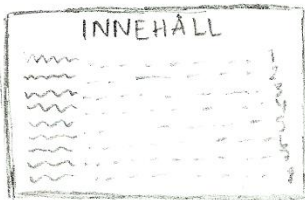
Åkerman, A., 2014a. *Billingsmetoden.* 1177 Vårdguiden. [Online]. <https://www.1177.se/Tema/Sex-och-relationer/Preventivmetoder/Billingsmetoden/> [hämtat: 13.3.2017].

Åkerman, A., 2014b. *P-dator.* 1177 Vårdguiden. <https://www.1177.se/Tema/Sex-och-relationer/Preventivmetoder/P-dator/> [hämtat: 13.3.2017].

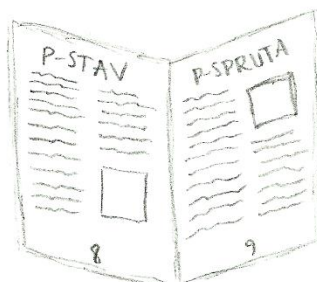
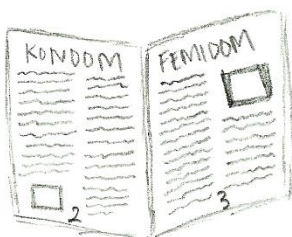
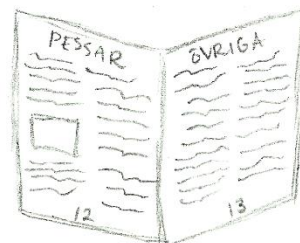
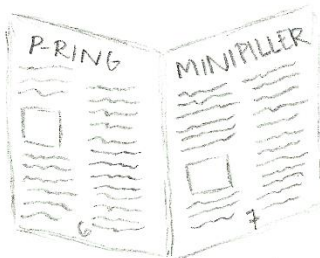
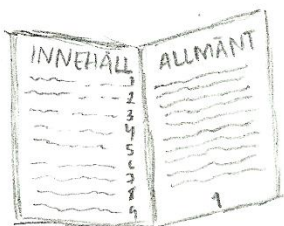
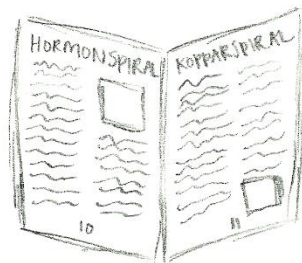
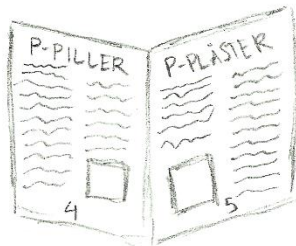
Åkerman, A., 2014c. *Pessar.* 1177 Vårdguiden. [Online]. <https://www.1177.se/Tema/Sex-och-relationer/Preventivmetoder/Pessar/> [hämtat: 8.3.2017].



A4



A5



SKOLHÄLSOVÅRDARENS PREVENTIVMEDELSHANDBOK

INNEHÅLL

Allmänt om preventivmedelsrådgivning	1
Kondom	2
Femidom	3
Pessar och spermicider	4
P-piller	5
P-plåster och p-ring	6
Minipiller	7
P-stav	8
P-spruta	9
Hormonspiral	10
Kopparspiral	11
Preventivmetoder baserade på säkra perioder	12
Akuta preventivmetoder	13

ALLMÄNT OM PREVENTIVMEDELSRÅDGIVNING

Skolhälsovårdaren som preventivmedelsrådgivare

Skolhälsovårdaren har en viktig roll i att ge sexualrådgivning och preventivmedelsrådgivning åt ungdomar. Skolhälsovårdaren är ofta den som först informerar ungdomar om preventivmedel. I samband med detta bör man även diskutera könssjukdomar och vikten av säkert sex samt hälsosamma relationer.

Det är viktigt att den unga kvinnan får en bra preventivmedelsrådgivning så att hon känner sig trygg med sin valda preventivmetod. God kommunikation är viktigt för att komma fram till vilken metod som passar bäst för den enskilda kvinnan. Man bör alltid lyssna på kvinnans egna önskemål för att komma fram till en effektiv preventivmetod som överensstämmer med kvinnans egen vilja och förmåga att använda metoden.

Det rekommenderas att man diskuterar flera olika preventivmetoder vid rådgivningstillfället. Man bör också informera om att ung ålder inte begränsar användningen av vissa preventivmetoder, exempelvis spiraler, och att preventivmetoder inte ger samma biverkningar för alla. Det är vanligt att unga kvinnor har förutfattade meningar om vissa preventivmetoder när de hört om att någon fått biverkningar av dessa. Detta måste man kunna bemöta på rätt sätt.

Efter det första rådgivningstillfället ordnas även uppföljningsbesök för att följa med preventivmetodens lämplighet och eventuella biverkningar. Vid uppföljningen kan också tas klamydiatest, papa-prov samt ges sexualrådgivning.

Pearl Index

Effektiviteten av preventivmedel bestäms med Pearl Index. Pearl Index står för hur många graviditeter som inträffar under ett år hos 100 kvinnor som använder ifrågavarande preventivmetod. Till Pearl Index räknas både metodfel och användarfel. I denna handbok nämns två olika Pearl Index för preventivmetoderna. Till det första som är vid korrekt användning räknas endast fel som har med metoden att göra och till det andra som är vid typisk användning räknas även användarfel.

Om handboken

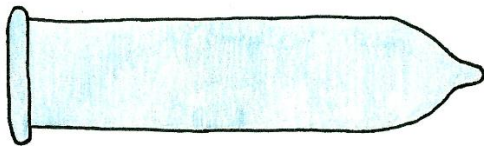
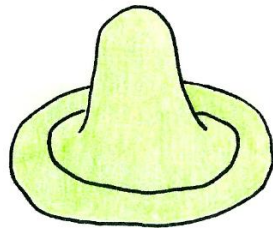
I denna handbok finns information om de preventivmetoder som kan vara aktuella för de unga kvinnor som har kontakt med skol- och studerandehälsovården. Kostnader och preparatnamn är sådant som ändras med tiden men här finns de som är aktuella just nu.

I handboken tas även upp om s.k. naturliga preventivmetoder. Dessa bör kanske inte rekommenderas åt någon men de finns med eftersom de är aktuella just nu när många är intresserade av hormonfria alternativ. Det är viktigt att hälsovårdaren känner till dem och kan informera och svara på eventuella frågor som den unga kvinnan har om dessa.

En preventivmetod som inte tas upp desto mer i handboken är avbrutet samlag, trots att det är den äldsta preventivmetoden man känner till och en av de mest populära naturliga preventivmetoderna i världen. För hälsovårdaren är det viktigt att informera om att denna metod är väldigt osäker och ofta misslyckas, antingen på grund av att mannen inte hinner dra ut sin penis i tid eller att det kan finnas spermier i försatsen. Pearl Index för avbrutet samlag är 4 vid korrekt utförande och 27 vid typiskt utförande.

KONDOM

Manliga kondomer finns i olika storlekar, smaker och former. Vissa är färdigt behandlade med glidmedel eller spermiedödande medel. De flesta kondomer är gjorda av latex, men för latexallergiker finns även kondomer gjorda av plast. Plastkondomerna spricker dock lättare än latexkondomerna. Kondomen ska alltid sättas på före samlaget börjar och även före kontakt mellan genitalier för att ge ett maximalt skydd. I kondompaketet medföljer alltid anvisningar för hur kondomförpackningen ska öppnas och hur man sätter på och använder kondomen. Kondomer finns att köpa i vanliga butiker. Det finns olika märken, så som *RFSU*, *Sultan* och *Durex*.



Funktion: Kondomen hindrar spermier från att komma in i livmodern. Den skyddar också mot sexuellt överförbara sjukdomar om den sätts på före kontakt mellan genitalier förekommer.

Pearl Index: 2 (korrekt användning), 15 (typisk användning).

Kostnader: Beror på sort och förpackningsstorlek, en kondom kostar 1-1,50 € i medeltal.

Passar för: Alla, för de som har tillfälliga förbindelser och behöver skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar samt för de som önskar en hormonfri preventivmetod.

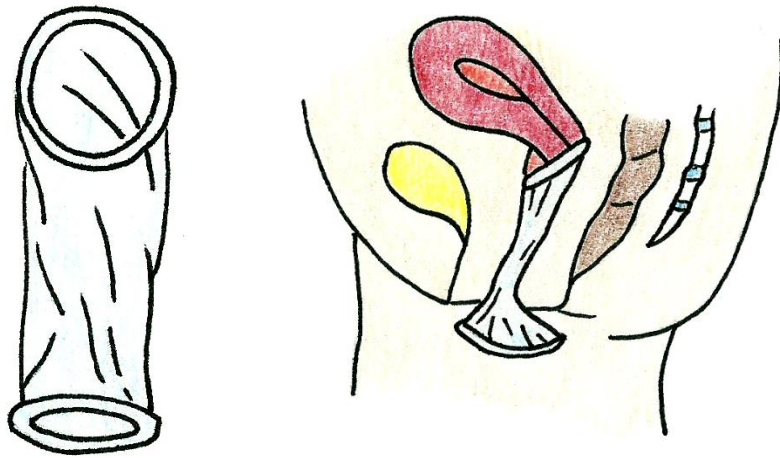
Passar inte för: De som vill ha en preventivmetod med hög effektivitet.

Fördelar: Kondomer skyddar även mot sexuellt överförbara sjukdomar, de är lätta att använda och lätta att få tag på, är relativt billiga, behöver bara användas under samlaget, är ett hormonfritt alternativ och finns i olika storlekar.

Nackdelar: Man kan uppleva att det känns mindre under samlaget och att påsättningen av kondomen blir ett avbrott i sexet, kondomen måste sättas på före kontakt mellan genitalier och tas av innan penis slaknat och den kan gå sönder eller glida av. Användning av oljebaserade glidmedel eller läkemedel i slidan kan leda till att kondomen går sönder.

FEMIDOM

Femidomer är kvinnliga kondomer. De är gjorda av plast eller gummi. I ena änden av femidomen finns en stor plastring och i andra änden en mindre ring. Den mindre ringen ska föras in i slidan så långt som möjligt och håller femidomen på plats från insidan. Den större ringen ska lämna på slidans utsida och hindrar femidomen från att glida in i slidan under samlaget. Liksom kondomen bör femidomen sättas på plats före kontakt mellan genitalier. Det är viktigt att penis hamnar genom den yttre ringen och inte mellan femidomen och slidan under samlaget. Femidomer går att köpa i apotek eller på nätet.



Funktion: Hindrar spermier från att komma in i livmodern. Skyddar även mot sexuellt överförbara sjukdomar om den används rätt.

Pearl Index: 5 (korrekt användning), 21 (typisk användning).

Kostnader: Mellan 3 € och 10 € för en förpackning med tre femidomer.

Passar för: De som har tillfälliga sexuella förbindelser och behöver skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar, de som önskar en hormonfri preventivmetod, för kvinnor som är bekväma med att röra vid sina genitala områden eftersom femidomen ska föras långt in i slidan.

Passar inte för: De som vill ha en preventivmetod med hög effektivitet.

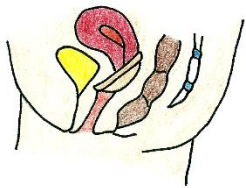
Fördelar: Femidomen skyddar också mot sexuellt överförbara sjukdomar, den kan sättas in upp till åtta timmar före samlag och det är mindre risk att en femidom spricker jämfört med en kondom.

Nackdelar: Femidomer är svårare att få tag på och även dyrare än kondomer, de kan glida ut eller tryckas in i slidan under samlaget, de kan ha mycket ljud under samlaget och den inre ringen kan kännas obekvämt.

PESSAR OCH SPERMICIDER

Pessar

Ett pessar är en kopp gjord av silikon. Den smörjs in med spermicidgel och sätts sedan in i slidan så att den täcker livmodertappen. Den finns två olika slags pessarer, cervixpessar och slidpessar. Cervixpessaret är mindre och ska sitta direkt på livmodertappen medan slidpessaret är större och täcker ett större område i slidan (se bilder). Ett pessar måste lämnas i slidan i minst sex timmar efter samlag men högst 24-48 timmar (beroende på märke). Pessarer kan beställas på nätet.



Slidpessar



Cervixpessar

Funktion: Pessaret fungerar som en barriär och hindrar spermier från att komma in i livmodern.

Pearl Index: 6 (korrekt användning), 21 (typisk användning).

Kostnader: Beror på sort och varifrån man beställer pessaret. *FemCap* cervixpessar kostar ca 80 € och *Caya* slidpessar ca 50 €.

Passar för: De som inte vill ha hormonbaserade preventivmedel och de som känner sig bekväma med att röra vid sina genitala områden, eftersom pessaret måste föras in i slidan.

Passar inte för: Kvinnor som har slappa slidväggar eftersom pessaret då kan flytta på sig under samlaget och således inte täcka livmodertappen och kvinnor som har en ovanlig position eller form på livmodertappen eftersom det kan vara svårt för dem att sätta pessaret på rätt plats.

Fördelar: Kvinnan själv har kontroll över preventivmedelsanvändningen, pessaret behöver inte användas hela tiden utan enbart i samband med samlag, det medför mindre risk för infektioner på livmoderhalsen och livmodertappen och det kan sättas in i slidan flera timmar före samlag vilket möjliggör mer spontanitet.

Nackdelar: Användning av pessar kräver en del planering, pessaret skyddar inte mot sexuellt överförbara sjukdomar, det kan upplevas som besvärligt när pessaret måste lämnas kvar i slidan efter samlaget och användning av pessar kan för vissa kvinnor medföra en nedsatt blåsfunktion. Effektiviteten kan minska om pessaret går sönder under samlaget, om man har fel storlek och

livmodertappen inte är täckt, om pessaret tas ut för snabbt efter samlaget, om det används utan spermicidgel eller om man har samlag flera gånger utan att tillsätta mer spermicidgel.

Spermicider

Spermicider är spermiedödande medel. Man kan smörja in pessaret med spermicidgel, men man bör också före samlaget föra in spermicidgelen med doseringsspruta i slidan och låta gelen verka några minuter. Spermicidgel brukar användas i kombination med pessar eller kondom.

Funktion: Gör att pH-värdet i slidan blir så lågt att spermier inte överlever där.

Kostnader: *Contragel* kostar kring 15 €.

Fördelar: Spermicidgelen fuktar slidan om man har svårt att få lubrikation, det ökar säkerheten vid användning av kondom och pessar, är lätt att använda och verkar lokalt.

Nackdelar och eventuella biverkningar: Det kan kännas blött och kladdigt vid samlag, spermicidgelen måste föras in i slidan precis före samlag och gelen kan ge lokala besvär som klåda och flytningar hos vissa.

KOMBINERADE P-PILLER

Kombinerade p-piller innehåller två hormoner: östrogen och progesteron. Det finns olika sorter och pillren tas antingen varje dag i fyra veckors tid eller under tre veckor med en veckas paus. P-piller kan också ordinerats i andra syften än som prevention, exempelvis mot kraftiga menstruationssmärter, PMS-besvär, kraftiga menstruationsblödningar eller besvärlig akne. En p-pillerförpackning brukar innehålla p-pillerkartor för tre månader. Det finns många olika p-pillermärken med olika innehållsämnen och styrkor, några exempel är Yasminelle, Yaz och Stefaminelle.

Funktion: Förhindrar ägglossning genom att förhindra frisättningen av två hormoner, luteniserande hormon och follikelstimulerande hormon. Dessutom påverkas slemmet i livmoderhalsen så att det blir svårare för spermier att slippa igenom och tillväxten av livmoderslemhinnan dämpas vilket minskar sannolikheten för att ett befruktat ägg ska fästa där.

Pearl Index: 0,0-1,26 (korrekt användning), 0,0-2,18 (typisk användning).

Kostnader: Beroende på märke kan en förpackning kosta mellan 13 € och 40 €.

Passar för: De som vill ha en preventivmetod med hög effektivitet. P-piller kan användas från menarche fram till 50 års ålder ifall det inte finns några kontraindikationer.

Passar inte för: Kvinnor som lider av migrän med aura, de som har eller har haft bröstcancer, de som har ett BMI över 35, kvinnor över 35 år som röker, de som har flera riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar, de som har diabetes med retinopati, nefropati, neuropati eller annan vaskulär sjukdom, de som har levercirros eller levertumör och de som haft en stroke.

Fördelar: Lindrigare menstruationssmärter och mindre menstruationsblödningar hos vissa kvinnor, mer regelbunden mens, menssen går att skjuta fram vid behov, kvinnan har kontroll över preventivmedelsanvändningen, skydd mot ektopisk graviditet i och med att p-piller förhindrar ägglossningen, minskad förekomst av endometrios, mindre risk för bäckeninflammation, benigna brösttumörer och cancer i livmoderslemhinnan och äggstockar samt mindre risk för järnbristanemi.

Nackdelar och eventuella biverkningar: Humörsvägningar, nedstämdhet, minskad sexlust, huvudvärk särskilt i början av användningen och under den tablettfria veckan, illamående och kräkningar främst i början av användningen, viktuppgång, hudförändringar, akne, förtunning av håret, slemhinneförändringar som kan ge besvär med torrhet och minskad sekretion vilket i sin tur kan leda till samlagssmärter, blödningsrubbnings i början av användningen samt ökad risk för bröstcancer och stroke. Dessutom kan skyddet påverkas om man kräks upp ett p-piller.

Om man har glömt att ta ett p-piller: Om det gått mindre än 12 timmar sedan man borde ha tagit pillret räcker det med att man tar det missade pillret så fort som möjligt och sedan fortsätter ta pillren som vanligt. Ifall det gått mer än tolv timmar kan skyddet mot graviditet vara försämrat, men det beror också på om man är i början eller slutet av p-pillerkartan och det kan variera lite mellan olika p-pillermärken. Ifall skyddet är försämrat bör man använda någon barriärmetod. Det finns alltid instruktioner i bipackssedeln för specifika p-piller hur man går tillväga när man glömt ett piller.

P-PLÅSTER OCH P-RING

P-plåster

P-plåstret sätts på huden och frigör östrogen och progesteron till blodloppet. Man bör inte placera plåstret på bröstet eller på hud som är irriterad. Plåstret ska bytas en gång i veckan i tre veckor och därefter följer en veckas paus för menstruation. Varje gång man byter plåster ska man även byta plats. Det finns två olika p-plåstermärken: *Evra* och *Lisvy*.

Funktion: Förhindrar ägglossning genom att förhindra frisättningen av två hormoner, luteniserande hormon och follikelstimulerande hormon. Dessutom påverkas slemmet i livmoderhalsen så att det blir svårare för spermier att slippa igenom och tillväxten av livmoderslemhinnan dämpas vilket minskar sannolikheten för att ett befruktat ägg ska fästa där.

Pearl Index: 0,59-0,99 (korrekt användning), 0,71-1,24 (typisk användning).

Kostnader: ca 37 € för en förpackning med 9 plåster.

Passar för: De som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag och de som vill ha en preventivmetod med hög säkerhet.

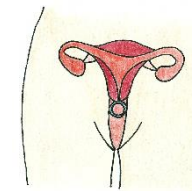
Passar inte för: Kvinnor som lider av migrän med aura, de som har eller har haft bröstcancer, de som har ett BMI över 35, kvinnor över 35 år som röker, de som har flera riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar, de som har diabetes med retinopati, nefropati, neuropati eller annan vaskulär sjukdom, de som har levercirros eller levertumör och de som haft en stroke.

Fördelar: Lindrigare menstruationssmärter och mindre menstruationsblödningar hos vissa kvinnor, mer regelbunden mens, mensen går att skjuta fram vid behov, kvinnan har kontroll över preventivmedelsanvändningen, skydd mot ektopisk graviditet i och med att ägglossningen förhindras, hormondosen är låg och jämn, minskad risk för cancer i tjocktarm, äggstockar och livmoder samt att skyddet inte påverkas av om man kräks eller får diarré.

Nackdelar och eventuella biverkningar: Sämre hy, huvudvärk, minskad sexlust, torra slemhinnor, ökad risk för stroke och bröstcancer samt att plåstret kan orsaka lokala hudreaktioner.

P-ring

P-ringen är gjord av plast och sätts in i slidan för tre veckor och därefter tas den bort en vecka för att möjliggöra menstruationsblödning. Östrogendosen är lägre än om man använder p-plåster eller kombinerade p-piller. Preparatnamnet är *NuvaRing*.



Funktion: Förhindrar ägglossning genom att förhindra frisättningen av två hormoner, luteniserande hormon och follikelstimulerande hormon. Dessutom påverkas slemmet i livmoderhalsen så att det blir svårare för spermier att slippa igenom och tillväxten av livmoderslemhinnan dämpas vilket minskar sannolikheten för att ett befruktat ägg ska fästa där.

Pearl Index: 0,31-0,96 (korrekt användning), 0,25-1,23 (typisk användning).

Kostnader: ca 45 € för 3 ringar.

Passar för: De som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag och som vill ha en preventivmetod med hög säkerhet.

Passar inte för: Kvinnor som lider av migrän med aura, de som har eller har haft bröstcancer, de som har ett BMI över 35, kvinnor över 35 år som röker, de som har flera riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar, de som har diabetes med retinopati, nefropati, neuropati eller annan vaskulär sjukdom, de som har levercirros eller levertumör och de som haft en stroke.

Fördelar: Hormondosen är låg och jämn, lindrigare menstruationssmärter, regelbunden mens, mindre menstruationsblödningar, kvinnan har kontroll över preventivmedelsanvändningen, mensen går att skjuta fram vid behov, skydd mot ektopisk graviditet, minskad risk för cancer i tjocktarm, äggstockar och livmoder och skyddet påverkas ej om man kräks eller får diarré.

Nackdelar och eventuella biverkningar: Hudförändringar, huvudvärk, minskad sexlust, torra slemhinnor, slemhinneförändringar som kan leda till samlagssmärter, ökad risk för stroke och bröstcancer och ökad risk för vaginala infektioner som t.ex. svamp i underlivet.

MINIPILLER

Minipiller är en preventivmetod i tablettform som endast innehåller progesteron. Eftersom minipiller bara innehåller ett hormon så brukar de ge få biverkningar. Minipiller måste tas samma tid varje dag för bästa effekt. Av minipiller finns också många olika märken, exempel är *Cerazette*, *Desogestrel* och *Zarelle*.

Funktion: Minipiller fungerar på liknande sätt som kombinerade hormonella preventivmetoder, men huruvida de förhindrar ägglossning varierar beroende på vilken sorts minipiller man använder. Minipiller påverkar också slemmet i livmoderhalsen och gör det mindre genomträngligt för spermier samt tunnar ut livmoderslemhinnan. Dessutom påverkar de spermiernas rörlighet och funktion.

Pearl Index: 0,14 (korrekt användning), 0,41 (typisk användning).

Kostnader: Mellan 16 € och 33 € beroende på märke.

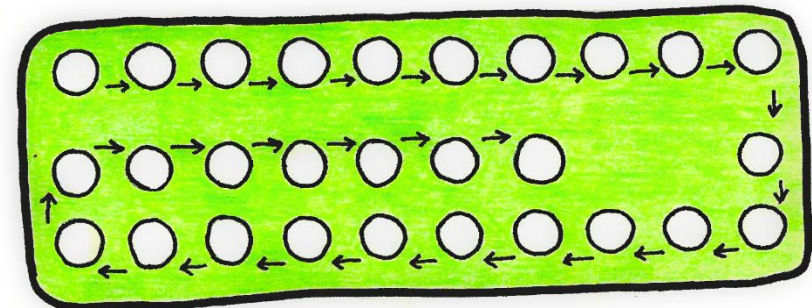
Passar för: De som vill ha en effektiv preventivmetod och som inte kan använda kombinerade p-piller av olika orsaker.

Passar inte för: Minipiller passar för de flesta kvinnor förutom för de som är känsliga för något av innehållsämnen, de som haft bröstcancer under de senaste fem åren samt för de som har levercirros eller en levertumör.

Fördelar: Minipiller är väldigt effektiva om de tas på rätt sätt. Minipiller har i princip samma fördelar som p-piller men de kan dessutom minska migränbesvär. Minipiller kan vara ett

bättre alternativ för kvinnor som fått mycket biverkningar av vanliga p-piller. Denna metod passar också för kvinnor som är över 35 år och rökare, de som är överviktiga eller obesa samt för de som har högt blodtryck eller migrän med aura. Det finns inte heller någon ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar, blodpropp eller stroke vid användning av minipiller. Dessutom passar minipiller bra för diabetiker.

Nackdelar och eventuella biverkningar: Vissa kvinnor kan få blödningsrubbnings, ömma bröst, humörsvingningar, huvudvärk eller akne av minipiller. Om pillren inte tas på rätt sätt så finns en ökad risk för ektopisk graviditet.



P-STAV

P-stav är ett implantat som sätts in under huden på överarmen och frigör progesteron. Implantatet byts var tredje till femte år beroende på preparat men hos större kvinnor kan effektiviteten vara något nedsatt och då måste implantatet eventuellt bytas tidigare. Bytet av implantatet görs av hälsovårdspersonal. Det finns tre olika p-stavsmärken: *Nexplanon*, *Jadelle* och *Microluton*.

Funktion: Progesteronet gör att ägglossningen förhindras och slemmet i livmoderhalsen blir mindre genomträngligt. Även livmoderslemhinnan och spermernas rörlighet och funktion påverkas.

Pearl Index: 0,05 (vid både korrekt användning och typisk användning).

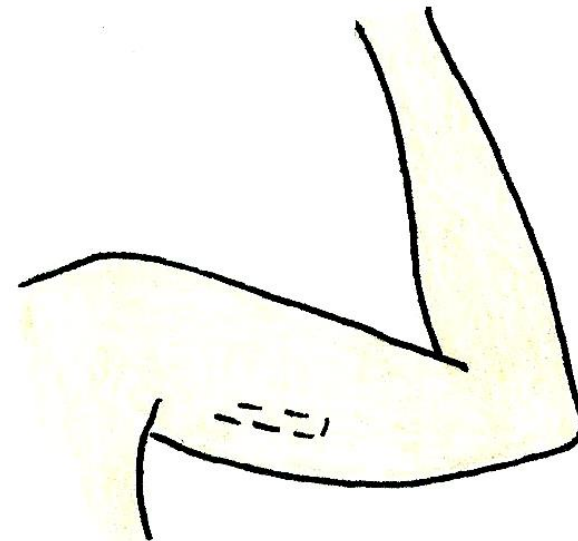
Kostnader: En p-stav kostar ca 175 €.

Passar för: De kvinnor som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag samt för de som är känsliga för östrogen.

Passar inte för: Kvinnor som har eller har haft bröstcancer under de senaste fem åren, för de som är känsliga mot något av innehållsämnen i implantatet samt för de som har oförklarliga vaginala blödningar. P-stav bör även undvikas av dem som har en leversjukdom. De kvinnor som drabbas av en ischemisk hjärt- eller cerebrovaskulär sjukdom under användning bör avsluta metoden.

Fördelar: Preventivmetoden är långvarig, effektiv och har hög säkerhet. Risken för ektopisk graviditet är liten, den påverkar inte framtida fertilitet och ifall man råkar bli gravid trots att man har en p-stav så påverkas inte graviditeten eller fostret negativt. Implantatet kan också minska smärtor vid ägglossning och menstruation, den minskar även blodförlusten vid menstruation, den kan användas av kvinnor som lider av migrän med aura och den har endast en liten påverkan på blodsockret och leverfunktionen. P-stav är dessutom en relativt billig metod med tanke på att man kan ha den flera år.

Nackdelar och eventuella biverkningar: En nackdel med p-staven är att insättningen kräver ett litet ingrepp med lokal anestesi. Även akne kan förvärras, kring implantatet kan det ske en förtvining av fett, en del kvinnor upplever obehag efter insättning och borttagande av p-staven, insättningsstället kan bli infekterat och kvinnan har inte själv kontroll över fortsatt användning eller avbrytande av användningen. Det första användningsåret är det vanligt att man har mellanblödningar eller överlag ett oregelbundet blödningsmönster eftersom frisättningen av progesteron är högst under denna tid. En del kvinnor kan även uppleva biverkningar i form av akne, humörsvingningar och minskad sexlust.



P-SPRUTA

P-spruta är en preventivmetod i form av en injektion, som ges i muskeln var tolfte vecka. Preparatnamnet är *Depo-Provera*.

Funktion: Förhindrar ägglossning genom att dämpa utsöndringen av luteniserande hormon samt även till en viss del utsöndringen av follikelstimulerande hormon. Preventivmetoden påverkar även slemmet i livmoderhalsen, livmoderslemhinnan samt spermernas funktionsduglighet.

Pearl Index: 0,3 (korrekt användning), 3 (typisk användning).

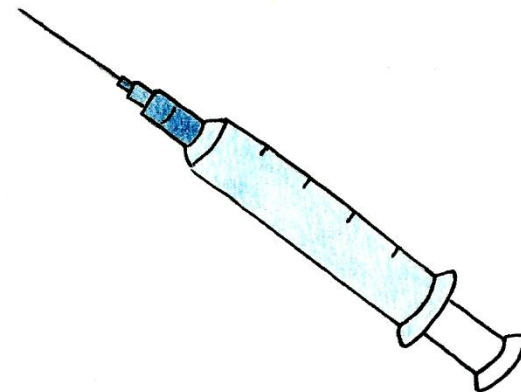
Kostnader: En injektion kostar ca 19 € per gång.

Passar för: De som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag och de som är känsliga för östrogen.

Passar inte för: De som lider av en kardio- eller cerebrovaskulär sjukdom eller de som har risk för att få dessa. Metoden passar inte heller inte för de som har eller har haft bröstcancer, de som lider av oförklarliga vaginala blödningar eller de som har hög risk för att drabbas av osteoporos. Dessutom ska p-spruta undvikas om man lider av en leversjukdom.

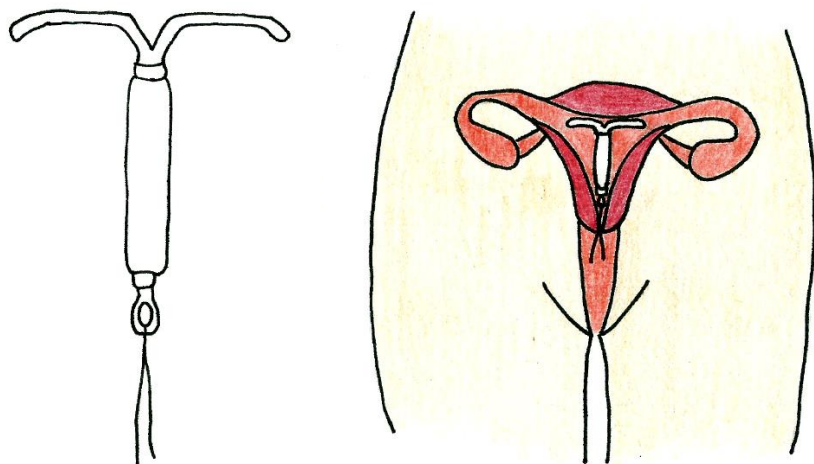
Fördelar: Hög säkerhet, det är en relativt billig metod, man behöver inte komma ihåg att ta den varje dag och den är i princip osynlig. Dessutom kan denna metod också minska ägglossningssmärter, menstruationssmärter samt menstruationsblödningar och smärter vid endometrios. P-spruta kan även minska risken för äggstocks- och endometrie-cancer. Metoden passar bra för ammande kvinnor.

Nackdelar och eventuella biverkningar: Blödningsrubbingar kan förekomma och dessutom är det vanligt att man i början har oregelbundna blödningar och mellanblödningar. En minskad sexlust samt sänkt sinnesstämning kan förekomma hos vissa kvinnor, likaså en liten viktökning p.g.a. eventuell ökad aptit. Även bröstspänningar, humörsvängningar och huvudvärk är relativt vanligt. För långtidsanvändare finns en ökad risk för livmoderhalscancer. På injektionsstället kan det uppstå lokala reaktioner. Efter att man slutat med denna preventivmetod kan det ta längre tid att bli gravid eftersom effekten av preventivmetoden finns kvar i kroppen en tid efteråt.



HORMONSPIRAL

Hormonspiral är en långverkande hormonell preventivmetod som sätts in i livmodern av hälsovårdspersonal. Hormonspiralen kan sitta i livmodern i upp till fem år, beroende på vilken sort man väljer. I Finland finns det för tillfället tre olika hormonspiraler att välja mellan: *Jaydess*, *Mirena* och *Kyleena*. *Jaydess* och *Kyleena* kan användas av unga och oförlösta kvinnor eftersom de är mindre i storleken än *Mirena*.



Funktion: Hormonspiralen frigör progesteron som gör slemmet i livmoderhalsen tjockare vilket gör det svårare för spermerna att passera. Den påverkar även livmoderslemhinnan och gör det svårare för ett befruktat ägg att fastna där. Ovulationen kan även förhindras helt eller delvis.

Pearl Index: 0,1-0,2 (vid både korrekt användning och typisk användning).

Kostnader: En hormonspiral kostar mellan 150 € och 154€ beroende på vilken sort man väljer.

Passar för: De flesta kvinnor i fertil ålder, även för kvinnor som inte tidigare varit gravida, de som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag och de som är känsliga för östrogen.

Passar inte för: Hormonspiralen passar inte för kvinnor som har oförklarliga vaginala blödningar, kvinnor som haft blodförgiftning efter förlossning eller abort, kvinnor med livmoderhalscancer eller endometrie cancer, pågående bäckeninflammation, pågående obehandlad klamydia eller gonorré med symptom eller för kvinnor som fött barn inom de fyra senaste veckorna.

Fördelar: Man har ett kontinuerligt skydd under en längre tid, spiralen har en hög säkerhet, få komplikationer och det behövs inga regelbundna besök hos hälsovårdspersonal. Hos många kvinnor brukar menstruationsblödningarna minska eller upphöra helt och även menstruationssmärter kan minska. Ibland används hormonspiralen som behandling mot kraftiga menstruationsblödningar. Efter att man avslutat användningen av denna preventivmetod återgår fertiliteten snabbt till det normala. Hormonspiralen minskar även risken för ektopisk graviditet och bäckeninflammation och kan skydda mot endometrie hyperplasi.

Nackdelar och eventuella biverkningar: Nackdelarna med hormonspiral är att insättningen av den kan göra ont och det finns dessutom en liten risk för infektion efter insättningen. Biverkningar som kan uppkomma, för det mesta i början av användningen, är små blödningar, svullnader, ömhet i bröstet samt lindrig akne och fett hår.

KOPPARSPIRAL

Kopparspiralen liknar hormonspiralen utseendemässigt men den innehåller inga hormoner utan den frigör istället kopparjoner. Kopparspiralen ska bytas med fem till tio års mellanrum beroende på sort. Den sätts in och tas ut av hälsovårdspersonal. Det finns tre olika märken på kopparspiraler: *NovaT 380*, *Flexi-T300* och *Flexi-T+380*. *NovaT 380* och *Flexi-T300* passar för kvinnor som inte har fött barn.

Funktion: Kopparjonerna orsakar en reaktion i livmodern vilket påverkar livmoderhalsen så att spermier inte kan ta sig in i livmodern. Kopparspiralen gör så att mängden leukocyter i endometriet ökar vilket orsakar en slags inflammatorisk reaktion som förhindrar implantation av ett befruktat ägg.

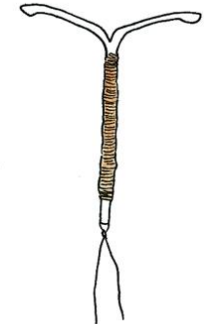
Pearl Index: 0,6 (korrekt användning), 0,8 (typisk användning).

Kostnader: En kopparspiral kostar mellan 93 € och 130€ beroende på vilken sort man väljer.

Passar för: Denna metod passar bra för kvinnor som inte vill använda något hormonellt preventivmedel och både för oförlösta kvinnor och kvinnor som fött barn.

Passar inte för: Kopparspiralen ska inte användas av kvinnor som lider av oförklarliga vaginala blödningar, kvinnor som haft blodförgiftning efter förlossning eller abort, kvinnor med obehandlad livmoderhalscancer, kvinnor med endometriecancer, kvinnor med pågående bäckeninflammation, kvinnor med aktiv och obehandlad klamydia eller gonorré och kvinnor med allvarliga arytmier. Efter en förlossning bör man vänta fyra veckor före man sätter in en kopparspiral.

Fördelar: En effektiv och långverkande preventivmetod som kan användas ända fram till menopausen. Metoden påverkar inte fertiliteten efter borttagandet, den kan användas av ammande kvinnor, det är en billig preventivmetod och den kan dessutom ge ett visst skydd mot endometriecancer. Spiralen kan också användas som en akut preventivmetod men då måste den sättas in i livmodern inom fem dygn efter ett oskyddat samlag. Den försvagar då spermernas rörlighet och förhindrar också att ett befruktat ägg fastnar i livmoderslemhinnan. Kopparspiralen är även ett bra alternativ till sterilisering för kvinnor som inte vill ha flera barn.



Nackdelar och eventuella biverkningar: Kopparspiralen kan orsaka oregelbundna menstruationsblödningar som för det mesta upphör sex månader efter insättning, man kan känna smärtor i flera dagar efter insättningen, den skyddar inte mot könssjukdomar och insättning av spiralen medför en viss risk för bäckeninflammation. Eftersom kopparspiralen verkar lokalt så kan den ibland orsaka besvär för användaren. Risken för ektopisk graviditet är något högre för kopparspiralanvändare. Eftersom det är en ökad sekretion från körtlarna i livmodertappen vid användning av kopparspiral så kan rikliga flytningar vara en biverkning. Kvinnor som använder kopparspiral drabbas oftare av bakteriell vaginos jämfört med andra kvinnor. Menstruationsblödningarna kan bli rikligare och pågå längre och man kan även få kraftigare menstruationssmärter. Om man har långvariga blödningar kan man överväga att byta till hormonspiral eftersom den har motsatt effekt på blödningarna.

PREVENTIVMETODER BASERADE PÅ SÄKRA PERIODER

Säkra perioder innebär att man håller reda på sina fertila dagar och undviker sexuellt umgänge under dessa dagar. Det här brukar också kallas rytmmetoden eller naturlig familjeplanering. Det finns olika sätt att följa med sina fertila dagar. Ett sätt är att mäta kroppstemperaturen, som stiger vid ägglossning. Tempen ska då tas direkt på morgonen. Ett annat sätt är att undersöka sina flytningar, detta kallas billingsmetoden. Man undersöker då flytningarnas konsistens och utseende. Under ägglossningsfasen blir sekretet från livmoderhalsen rikligare, mer elastiskt och liknar rå äggvita. När man först noterar detta innebär det att den fertila fasen har börjat och man bör undvika samlag eller använda en barriärmetod. När flytningarna sedan blir tjockare och mindre rikliga och har sett ut på det viset i tre dagar räknar man med att den fertila fasen är över.

Det finns olika hjälpmedel man kan använda sig av för att hålla koll på sina fertila dagar. Ett exempel är p-dator. Det finns olika slags p-datorer, vissa mäter mängden av ett visst hormon i morgonurinen och andra mäter kroppstemperaturen för att avgöra när ägglossning sker.

Ett annat hjälpmedel är p-appen *Natural Cycles* som nyligen godkänts som den första p-appen som får marknadsföras som certifierat preventivmedel inom EU. Appen används på så sätt att man mäter kroppstemperaturen samma tid varje dag och matar in resultatet i appen, då räknar appen ut när ägglossningen sker och när kvinnan är fertil. Fertila dagar blir röda i kalendern och de dagar när det är osannolikt att befruktning sker blir gröna. Efter några menstruationscykler har appen fått så mycket information att den kan schemalägga hur kvinnans menscykel ser ut. *Natural Cycles* tar också i beaktande att spermier kan överleva flera dagar i kvinnans kropp och därför blir det också några röda dagar före ägglossningen.

Funktion: Spermier kan överleva upp till 7 dagar och ägget kan befruktas under 24 timmar. Man räknar med att den fertila fasen kan vara upp till 9 dagar. Under denna fas antingen undviker man sexuellt umgänge eller använder någon barriärmetod. Övriga dagar kan man ha sexuellt umgänge utan att använda någon annan preventivmetod.

Pearl Index: 0,4 (korrekt genomförande), 24 (typiskt genomförande).

Kostnader: *Natural Cycles*-appen kostar 5,40 € i månaden med termometer inkluderad. En p-dator kostar mellan 300-500 €.

Passar för: De som inte vill använda hormonella preventivmetoder eller ett preventivmedel som stör den sexuella akten samt för par som inte vill få barn så tätt inpå varandra men som ändå skulle acceptera en oplanerad graviditet. Ifall man inte använder p-dator eller p-app är det viktigt att kvinnan har god kroppskänedom. Regelbunden menscykel underlättar också.

Passar inte för: De som vill ha en effektiv preventivmetod, kvinnor för vilka en graviditet skulle innebära en allvarlig hälsorisk och kvinnor som nyligen har avslutat en hormonell preventivmetod och inte haft minst tre regelbundna blödningar efter detta.

Fördelar: Inga fysiska biverkningar och metoden är acceptabel i alla kulturer och religioner.

Nackdelar: Relativt stor risk att metoden misslyckas ifall man bara använder sig av ett sätt att hålla koll på sina fertila dagar, sjukdom kan påverka kroppstemperaturen och det kan ta tid att lära sig metoden.

AKUTA PREVENTIVMETODER

Akut prevention innebär att man förhindrar en graviditet efter att samlaget redan skett men före implantation av ett befruktat ägg. Akut prevention är effektivare ju snabbare efter samlaget det utförs; om implantationen redan har skett så kan den akuta preventivmetoden inte avbryta graviditeten. Akuta preventivmetoder är akut p-piller och kopparspiral, varav kopparspiral är den mest effektiva.

Akut p-piller

Akut p-piller är en hormonell preventivmetod och den används om en annan preventivmetod misslyckats eller om man har haft sex utan att använda något annat preventivmedel. Akut p-piller ska bara användas i nödfall. Det finns två akuta p-piller: NorLevo, som ska tas inom 72 timmar efter oskyddat samlag, men kan tas ända upp till 96 timmar efter samlaget, och EllaOne som ska tas inom 120 timmar eller fem dygn efter oskyddat samlag.

Funktion: Förhindrar eller försenar ägglossningen så att ägget inte hinner bli befruktat. NorLevo försenar ägglossningen med 5-7 dagar vilket innebär att spermerna dör innan ägglossningen sker. EllaOne skjuter upp ägglossningen upp till fem dagar.

Kostnader: Akuta p-piller kostar mellan 6,46 € och 24,90€ för en tablett.

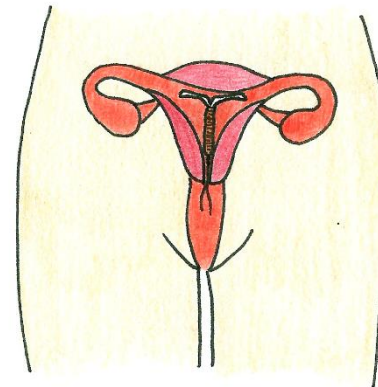
Kontraindikationer: För NorLevo finns inga kontraindikationer förutom allergi mot något av innehållsämnen. EllaOne passar inte för dem som inte tål något av ämnena i pillret, för dem som lider av allvarlig astma, de som har nedsatt leverfunktion samt för de som ammar.

Fördelar: Akuta p-piller kan köpas receptfritt på apoteket.

Nackdelar och eventuella biverkningar: Biverkningar som illamående, kräkningar, huvudvärk och yrsel kan förekomma. Om kvinnan kastar upp under de tre första timmarna efter att hon tagit tablett så bör hon ta en ny.

Kopparspiral

När kopparspiralen används som akut preventivmetod så förhindrar den först och främst befruktningen, men om befruktning av ägget redan har skett så kan spiralen hindra ägget från att fästa i livmodern. Spiralen ska sättas in inom fem dygn efter ett oskyddat samlag. Tre till fyra veckor efter insättningen av spiralen ska man göra ett graviditetstest för att försäkra sig om att man inte är gravid. Efter ett negativt graviditetstest kan spiralen tas ut, men man kan även lämna kvar den som en långvarig preventivmetod om kvinnan så önskar.



Kontraindikationer: Som akut preventivmetod passar kopparspiral för de flesta kvinnor förutom de som har en pågående bäckeninflammation eller kvinnor med kopparallergi.

Mer information om kopparspiralen finns på s. 11.

2017

Cathrine Envall & Iréne Lithén

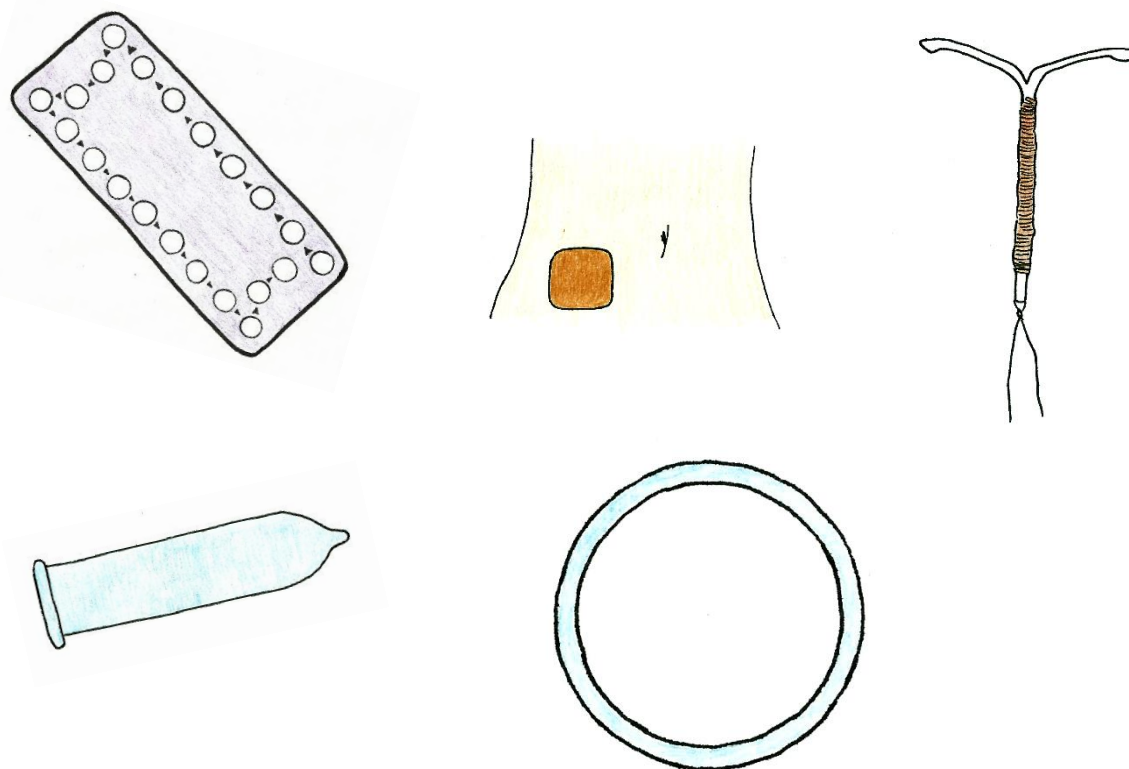
Yrkehögskolan Novia, Vasa

Utbildning till Hälsovårdare (YH)





DAGS ATT VÄLJA PREVENTIVMETOD



INNEHÅLL

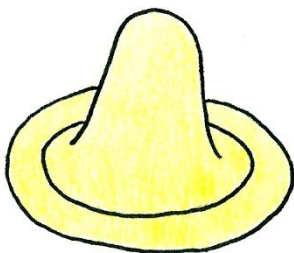
Allmänt.....	1
Kondom	2
Femidom	3
P-piller	4
P-plåster	5
P-ring.....	6
Minipiller	7
P-stav.....	8
P-spruta	9
Hormonspiral.....	10
Kopparspiral.....	11
Pessar	12
Övriga metoder	13

ALLMÄNT

När man börjar vara sexuellt aktiv är det viktigt att man använder någon preventivmetod för att inte bli gravid. Idag finns det många olika preventivmedel att välja mellan. De flesta kan man få utskrivna via skolkhälsovården, andra kan man köpa receptfritt på vanliga butiker, på apotek eller på nätet.

I den här broschyren finns det information om olika preventivmetoder. Det kan vara bra att bekanta sig lite med de olika metoderna innan man väljer vilken man vill ha. Många preventivmedel kan ha biverkningar men det betyder inte att alla får dem. Skulle man ändå få biverkningar finns alltid möjligheten att byta preventivmetod. Det är viktigt att man trivs med sin preventivmetod och man kan behöva prova på olika metoder innan man hittar en som passar.

Om man har en ny sexpartner eller många olika sexpartners måste man komma ihåg att skydda sig mot sjukdomar som smittar via sex. De enda preventivmetoderna som skyddar mot sexuellt överförbara sjukdomar är kondom och femidom. Om man tror att man har smittats av någon könssjukdom eller är osäker kan man gå och testa sig.



Om man har några frågor om preventivmedel utöver den information som finns i den här broschyren kan man diskutera med skolkhälsovårdaren eller skolläkaren eller gå till en preventivmedelsrådgivning.

Ordförklaringar

Barriärmetoder

En preventivmetod som innebär att det bildas en barriär så att spermier inte kan ta sig in i kvinnans livmoder. Kondom, femidom och pessar är barriärmetoder.

Livmoder

Kvinnans livmoder är det organ där ett barn kan börja växa om hon blir gravid.

Livmoderhals/livmodertapp

Livmoderhalsen är den smalaste och nedersta delen av livmodern. Nedanför livmoderhalsen finns slidan. Mensen kommer ut genom livmoderhalsen.

Livmoderslemhinna

Livmoderslemhinnan täcker insidan av livmodern. Under menscykeln växer den och förbereder sig på att ta emot ett befruktat ägg, men om ägget inte blir befruktat stöts livmoderslemhinnan ut tillsammans med blod som mens en gång i månaden.

Sexuellt överförbara sjukdomar

Könssjukdomar och sjukdomar som smittar via sex.

Ägglossning

Kvinnan har ägglossning ungefär en gång i månaden. Då lossnar ett ägg från en av äggstockarna och färdas genom äggledaren till livmodern. När man har ägglossning kan ägget bli befruktat av en spermie och då blir man gravid. Ägget kan bli befruktat inom 24 timmar efter ägglossningen.

Ägglossningssmärtor

Vissa kan ha smärter i samband med ägglossning, det kan likna mensvärk. Ägglossningssmärter är normalt och helt ofarligt.

Äggstockar

I kvinnans äggstockar mognar äggcellerna.

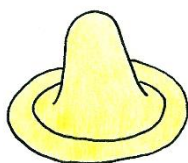
KONDOM

Vad är en kondom?

Kondomen är en så kallad barriärmetod*. Kondomen träs på mannens penis och används under hela samlaget, då hindrar den mannens spermier från att ta sig in i kvinnans livmoder*.

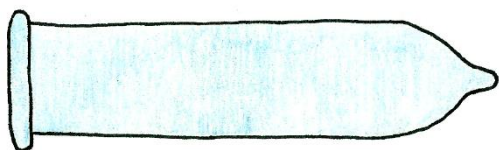
Kondomer finns i olika storlekar, smaker och former. Vissa är färdigt behandlade med glidmedel eller spermiedödande medel. De flesta kondomer är gjorda av latex, men om man är allergisk mot latex finns det också kondomer som är gjorda av plast. Plastkondomerna spricker dock lättare än latexkondomerna.

I kondompaketet finns anvisningar för hur kondomförpackningen ska öppnas och hur man sätter på och använder kondomen. Kondomer finns att köpa i vanliga butiker. Det finns olika märken, så som *RFSU*, *Sultan* och *Durex*.



Kondomen ska alltid sättas på före samlaget börjar och även före kontakt mellan könsorganen för att ge bästa möjliga skydd.

Kondomen skyddar också mot sexuellt överförbara sjukdomar*, dvs. sjukdomar som kan smitta via sex. Kondom och femidom är de enda preventivmetoderna som också skyddar mot könssjukdomar.



Vem kan använda kondom?

Alla kan använda kondomer och de passar extra bra för dem som har tillfälliga sexuella kontakter och även vill skydda sig mot könssjukdomar.

Fördelar med kondomer

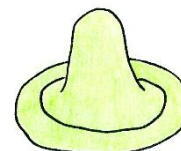
- Skyddar både mot graviditet och könssjukdomar
- Lätt att använda
- Lätt att få tag på
- Billigt
- Behöver bara användas under samlag
- Finns i olika storlekar, smaker och former
- Hormonfritt alternativ

Nackdelar med kondomer

- Det kan kännas mindre skönt under samlaget
- Det kan kännas som ett avbrott i sexet när kondomen ska sättas på
- Kondomen kan gå sönder eller glida av
- Användning av oljebaserade glidmedel eller läkemedel i slidan kan göra att kondomen går sönder

Vad kostar kondomer?

Det beror på vilket märke och hur stor förpackning man köper men i medeltal kostar en kondom 1-1,50 €.



FEMIDOM

Vad är en femidom?

En femidom är en så kallad *kvinnlig* kondom. Den är också en barriärmetod som hindrar mannens spermier från att komma in i kvinnans livmoder.

Femidomer är gjorda av plast eller gummi. I ena änden av femidomen finns en stor plastring och i andra änden en mindre ring. Den mindre ringen ska föras in i slidan så långt som möjligt och håller femidomen på plats från insidan. Den större ringen ska lämna på slidans utsida och hindrar femidomen från att glida in i slidan under samlaget.

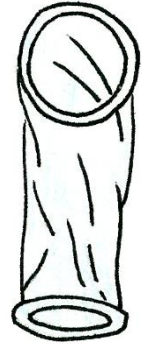


Liksom kondomen bör femidomen sättas på plats före kontakt mellan könsorganen. Det är viktigt att penis hamnar genom den yttre ringen och inte mellan femidomen och slidan under samlaget.

Femidomer går att köpa i apotek eller på nätet.

Vem kan använda femidom?

Alla kvinnor kan använda femidom men det är viktigt att vara bekväm men att röra vid sina intima områden eftersom femidomen måste föras upp i slidan. Femidomer passar också extra bra för de som behöver skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar.



Fördelar med femidomer

- Skyddar också mot sexuellt överförbara sjukdomar
- Kan sättas in i slidan upp till åtta timmar före samlag
- Mindre risk att en femidom spricker jämfört med en kondom

Nackdelar med femidomer

- Svårare att få tag på än kondomer
- Dyrare än kondomer
- Femidomen kan glida ut ur eller tryckas in i slidan under samlaget
- Femidomen kan ha mycket ljud under samlaget
- Den inre ringen kan kännas obekvä

Vad kostar femidomer?

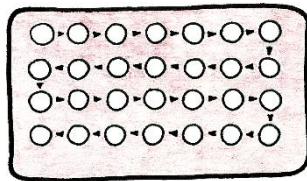
En förpackning med tre femidomer kostar mellan 3 € och 10 €.

P-PILLER

Vad är p-piller?

P-piller brukar också kallas kombinerade p-piller eftersom de innehåller två kvinnliga hormoner: östrogen och progesteron. P-piller skyddar mot graviditet huvudsakligen genom att göra så att kvinnan inte har ägglossning.

Dessutom gör p-pillren det svårare för spermier att ta sig in i livmodern.



Det finns många olika slags p-piller och man kan behöva prova sig fram till vilken sort som passar en. Beroende på sort tar man p-piller antingen varje dag i fyra veckors tid eller under tre veckor med en veckas paus. En p-pillerförpackning brukar innehålla p-pillerkartor för tre månader.

Vem kan använda p-piller?

De som vill ha ett effektivt och säkert preventivmedel kan använda p-piller. Om man lider av migrän med aura, är överviktig eller röker ska man inte använda p-piller.

Fördelar med p-piller

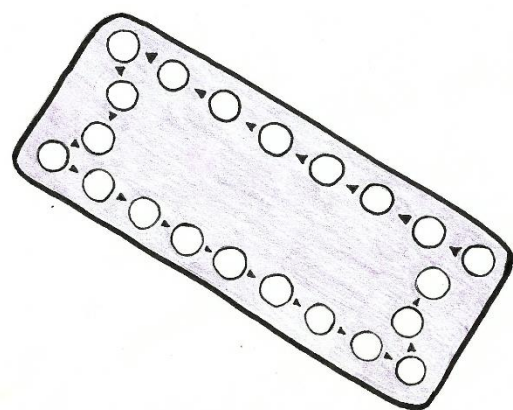
- Man kan få mindre mensvärk
- Mensblödningen kan bli mindre
- Man får mer regelbunden mens
- Man kan skjuta fram sin mens om man vill
- Som kvinna har man kontroll över att preventivmedel används
- P-piller minskar risken för att få bland annat cancer i livmodersslemhinnan eller i äggstockarna
- P-piller minskar risken för att få järnbristanemi

Nackdelar med p-piller

- Man kan få humörsvängningar eller bli nedstämd av p-pillren
- Man kan få minskad sexlust
- I början av användningen kan man få huvudvärk och illamående
- Man kan gå upp i vikt när man börjar använda p-piller
- Man kan få hudförändringar, finnar och tunnare hår
- Man kan få besvär med torra slemhinnor i slidan vilket kan leda till att det gör ont när man har sex
- Man kan ha oregelbundna blödningar i början av användningen
- P-piller medför en ökad risk för att få bröstcancer och stroke
- Skyddet mot graviditet kan påverkas om man glömmer att ta ett piller eller om man kräks upp ett piller

Vad kostar p-piller?

Vad p-piller kostar beror på märke. En förpackning med p-piller för tre månader kan kosta mellan 13 € och 40 €.



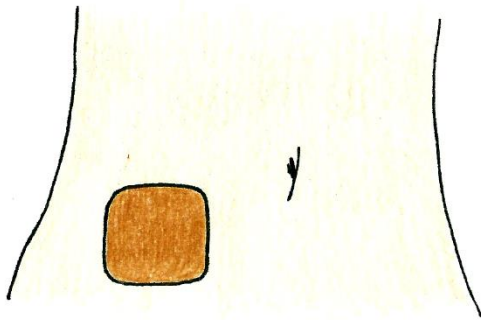
P-PLÅSTER

Vad är p-plåster?

P-plåster innehåller liksom p-piller både östrogen och progesteron. Plåstret sätts på huden och frigör hormonerna till blodomloppet. P-plåstret skyddar mot graviditet genom att göra så att kvinnan inte har ägglossning och dessutom gör det så att det blir svårare för spermier att ta sig in i livmodern.

Man kan ha p-plåstret var som helst på kroppen utom på bröstet. Man ska inte heller sätta plåstret på hud som är irriterad. Plåstret ska bytas en gång i veckan i tre veckor och sedan har man paus en vecka då man har mens. Varje gång man byter plåster ska man också byta plats.

En förpackning med p-plåster innehåller plåster för tre månader.



Vem kan använda p-plåster?

Om man vill ha ett effektivt och säkert preventivmedel och inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag kan man använda p-plåster. De som lider av migrän med aura, är överviktiga eller röker ska inte använda p-plåster.

Fördelar med p-plåster

- Man kan få mindre mensvärk
- Mensblödningarna kan bli mindre
- Man får mer regelbunden mens
- Man kan skjuta upp mensen om man vill
- Som kvinna har man kontroll över att preventivmedel används
- Hormondosen är låg och jämn
- Skyddet mot graviditet påverkas inte om man kräks eller får diarré
- P-plåster minskar risken för cancer i tjocktarm, äggstockar och livmoder

Nackdelar med p-plåster

- Man kan få sämre hy
- Man kan få huvudvärk
- Man kan få minskad sexlust
- Man kan få besvär med torra slemhinnor vilket kan leda till att det gör ont när man har sex
- P-plåster medför en ökad risk för bröstcancer och stroke
- Plåstret kan göra så att huden blir irriterad

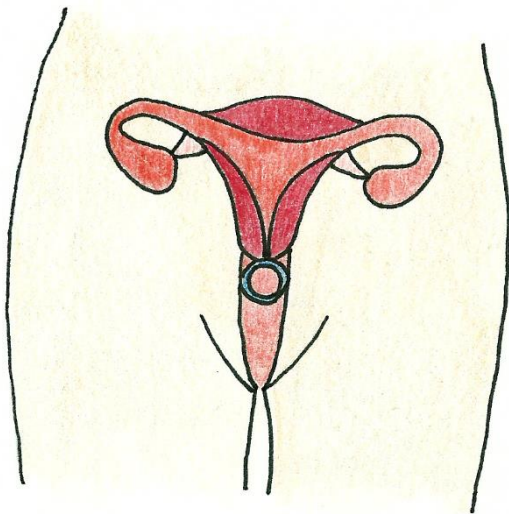
Vad kostar p-plåster?

En förpackning med 9 plåster kostar ca 37 €.

P-RING

Vad är en p-ring?

En p-ring är gjord av plast och sätts in i slidan där den frigör östrogen och progesteron. Den skyddar mot graviditet genom att förhindra ägglossning och genom att göra det svårare för spermier att komma in i livmodern.



P-ringen verkar lokalt och därför är östrogendosen lägre än om man använder p-plåster eller p-piller.

P-ringen ska vara inne i slidan i tre veckor. Sedan tas den ut en vecka då man har mens och efter det sätter man in en ny ring.

I en förpackning finns 3 p-ringar.

Vem kan använda p-ring?

Den som vill ha ett effektivt och säkert preventivmedel kan använda p-ring. Det är också viktigt att man är bekväm med att röra vid sina intima områden eftersom p-ringen ska sättas in i slidan. P-ringen passar bra för den som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag. De som lider av migrän med aura, är överviktiga eller röker ska inte använda p-ring.

Fördelar med p-ring

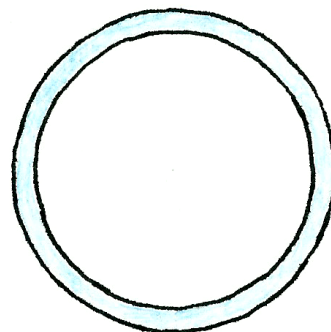
- Hormondosen är låg och jämn
- Man kan få mindre mensvärk
- Man får mer regelbunden mens
- Man kan få mindre mensblödningar
- Som kvinna har man kontroll över att preventivmedel används
- Man kan skjuta upp mensen om man vill
- P-ringen minskar risken för cancer i tjocktarmen, äggstockarna och livmodern
- Skyddet mot graviditet påverkas inte om man kräks eller får diarré

Nackdelar med p-ring

- Man kan få hudförändringar
- Man kan få huvudvärk
- Man kan få minskad sexlust
- Man kan få besvär med torra slemhinnor vilket leder till att det gör ont när man har sex
- P-ring kan medföra ökad risk för bröstcancer och stroke
- P-ringen kan öka risken för infektioner i underlivet, t.ex. svampinfektioner

Vad kostar p-ringen?

En förpackning kostar ca 45 €.

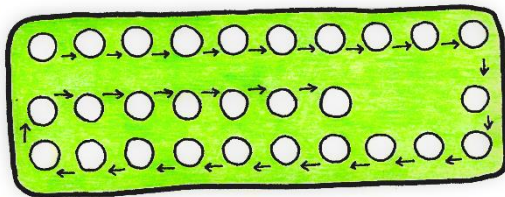


MINIPILLER

Vad är minipiller?

Minipiller är en preventivmetod i tablettform som bara innehåller ett hormon, progesteron. Tabletterna ska tas varje dag och för att de ska ha bäst effekt så måste de tas samma tid varje dag. En förpackning med minipiller brukar innehålla pillerkartor för tre månader.

Det finns flera olika märken av minipiller. De flesta minipiller skyddar mot graviditet genom att göra så att man inte har ägglossning. Dessutom gör minipillren så att det blir svårare för spermier att komma in i kvinnans livmoder.



Vem kan använda minipiller?

Minipiller passar för de som vill ha en säker preventivmetod och för de som av olika orsaker inte kan använda sig av p-piller, p-ring eller p-plåster. Minipiller passar också för kvinnor som röker, är överviktiga, har högt blodtryck eller för de som har migrän med aura. Minipiller passar också bra för diabetiker.

Fördelar med minipiller

- Säker metod om tabletterna tas på rätt sätt
- Kan minska på migränbesvär
- Om man fått mycket biverkningar av vanliga p-piller så kan minipiller vara ett bättre alternativ
- Minipiller, som endast innehåller ett hormon, brukar ge mindre biverkningar

Nackdelar med minipiller

- Man kan få blödningsrubbnings
- Man kan få ömma bröst
- Vissa får humörsvängningar
- Man kan få huvudvärk
- Vissa får mer akne

Vad kostar minipiller?

En förpackning kostar mellan 16€ och 33€ beroende på märke.

P-STAV

Vad är en p-stav?

P-stav är ett implantat, en mjuk plaststav, som sätts in under huden i överarmen. P-staven frigör ett hormon, progesteron. Hormonet i p-staven skyddar mot graviditet genom att göra så att man inte har ägglossning och så att det blir svårare för spermier att komma in i livmodern.

P-staven ska bytas vart tredje till femte år beroende på vilken sort man använder sig av. Det är hälsovårdspersonal som sköter bytet av p-staven.

Vem kan använda p-stav?

P-staven passar bra för dem inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag och för de som är känsliga mot hormonet östrogen och inte kan använda p-piller, p-plåster eller p-ring. Kvinnor som lider av migrän med aura kan använda p-stav.

Fördelar med p-stav

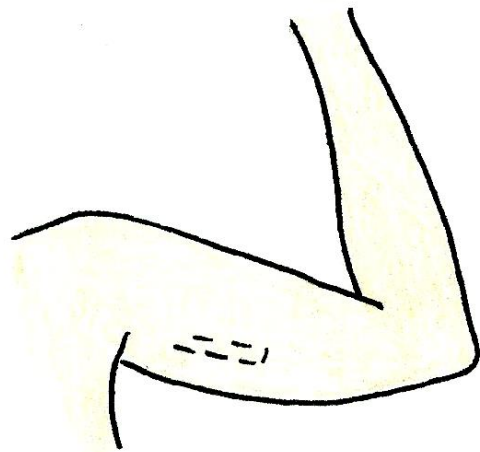
- Ett säkert skydd mot graviditet
- En långvarig preventivmetod
- Man kan få mindre mensvärk och också smärtor i samband med ägglossning kan minsta
- Man kan få mindre mensblödningar
- Eftersom man har p-staven insatt i flera år blir det en ganska billig preventivmetod

Nackdelar med p-stav

- Det krävs ett litet ingrepp i huden då p-staven sätts på plats
- Fett i huden kan förtvina runt p-staven
- En del kvinnor upplever obehag då p-staven sätts in eller tas ut
- Insättningsstället kan bli infekterat
- Under det första användningsåret är det vanligt att man har mellanblödningar eller oregelbundna blödningar överlag
- Vissa kvinnor kan få biverkningar som akne, humörsvängningar eller minskad sexlust

Vad kostar en p-stav?

En p-stav kostar ca 175€.



P-SPRUTA

Vad är en p-spruta?

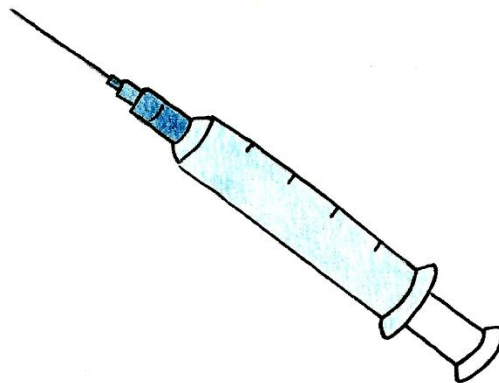
En p-spruta är en injektion som ges i muskeln var tolfte vecka. Den skyddar mot graviditet genom att göra så att man inte har ägglossning och så att det blir svårare för spermier att komma in i livmodern.

Vem kan använda p-spruta?

P-spruta passar bra för de som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag eller de som är känsliga för hormonet östrogen och inte kan använda p-piller, p-plåster eller p-ring. Man ska inte använda p-spruta om man har risk för att drabbas av bensörhet.

Fördelar med p-spruta

- Säkert skydd mot graviditet
- Relativt billig preventivmetod
- Man behöver inte komma ihåg den varje dag
- Den är i princip osynlig
- Man kan få mindre mensvärk och även mindre smärtor i samband med ägglossning
- Man kan få mindre mensblödningar
- Kan minska risken för cancer i äggstockarna och livmoderslemlinnan



Nackdelar med p-spruta

- Man kan få oregelbundna blödningar, särskilt när man precis har börjat använda p-spruta
- Man kan få minskad sexlust
- Vissa får större aptit vilket kan leda till viktökning
- Biverkningar som man kan få är spända bröst, nedstämdhet, humörsvingningar och huvudvärk
- För långtidsanvändare finns en ökad risk för cancer i livmoderhalsen
- På injektionsstället kan det komma en lokal reaktion
- När man slutat med p-spruta kan det ta längre tid att bli gravid eftersom ämnena finns kvar i kroppen en tid efteråt

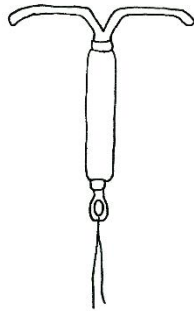
Vad kostar en p-spruta?

En injektion kostar ca 19€ per gång.

HORMONSPIRAL

Vad är en hormonspiral?

En hormonspiral är gjord av plast och ser ungefär ut som ett T. Den sätts in i kvinnans livmoder där den sedan frigör ett hormon, progesteron.



Hormonspiralen skyddar mot graviditet genom att göra så att man inte har ägglossning och genom att göra det svårare för mannens spermier att komma in i livmodern.

Det är hälsovårdspersonal som sätter in spiralen i kvinnans livmoder och spiralen kan sedan sitta där i 3-5 år. Hur länge man kan ha spiralen beror på vilken sorts hormonspiral man har.

Vem kan använda en hormonspiral?

Hormonspiral passar för de flesta kvinnor, bland annat för de som tidigare varit gravida men numera finns det också spiraler som passar för dem som inte har fött barn. Hormonspiral passar också bra för dem som inte kommer ihåg att ta ett piller varje dag och vill ha en säker preventivmetod. Om man är känslig mot hormonet östrogen så är hormonspiral ett bra alternativ. Man kan inte sätta in en hormonspiral om man har obehandlad klamydia eller gonorré.

Fördelar med hormonspiral

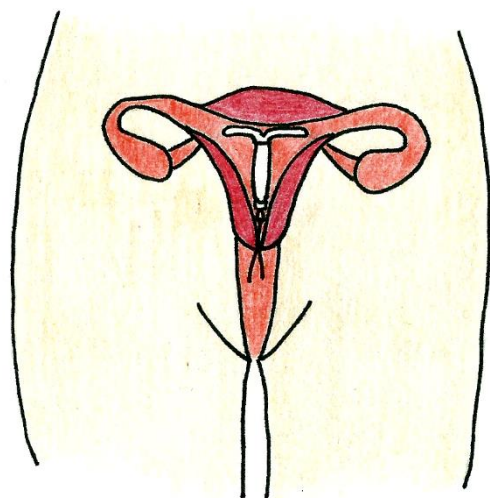
- Hormonspiralen ger ett långvarigt och säkert skydd mot graviditet
- Det behövs inga regelbundna besök hos hälsovårdspersonal
- Mensblödningarna brukar hos många kvinnor minska eller upphöra helt
- Man kan få mindre mensvärk

Nackdelar med hormonspiral

- Det kan för vissa kvinnor göra ont då hormonspiralen sätts in i livmodern
- Det finns en liten risk för infektion efter insättningen
- Biverkningar som kan förekomma, främst i början av användningen, är små blödningar, svullnader, ömhet i bröstet, lindrig akne och fett hår

Vad kostar en hormonspiral?

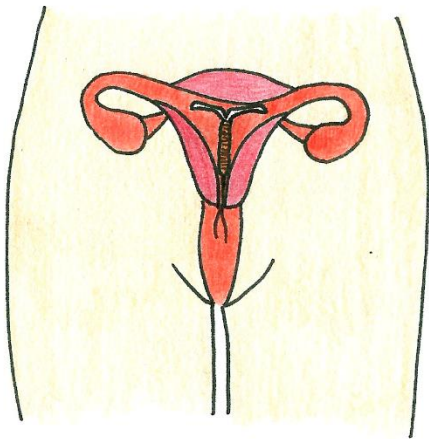
En hormonspiral kostar mellan 150€ och 154€.



KOPPARSPIRAL

Vad är en kopparspiral?

En kopparspiral liknar hormonspiralen utseendemässigt men den innehåller inga hormoner. Istället frigör den kopparjoner. Kopparspiralen gör så att spermier inte kan ta sig in i livmodern. Om spermier ändå skulle komma in i livmodern och ett ägg skulle bli befruktat hindrar kopparjonerna det befruktade ägget från att fästa i livmoderslemhinnan och skyddar på så sätt mot graviditet.



En kopparspiral kan sitta i livmodern 5-10 år, beroende på vilken sort man använder. Det är hälsovårdspersonal som sätter in och tar ut spiralen.

Vem kan använda en kopparspiral?

Kopparspiralen passar bra för de kvinnor som inte vill använda sig av något preventivmedel som innehåller hormoner. Man kan inte sätta in en kopparspiral om man har obehandlad klamydia eller gonorré.

Fördelar med kopparspiral

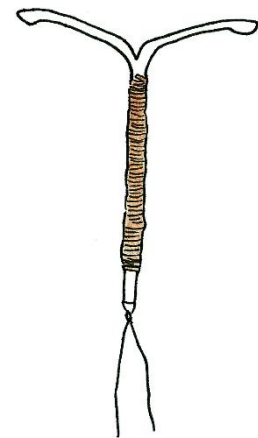
- Kopparspiralen är en långverkande preventivmetod
- Säkert skydd mot graviditet
- Det är en billig preventivmetod med tanke på hur länge den kan sitta inne i livmodern
- Den kan ge ett visst skydd mot cancer i livmoderslemhinnan
- Kopparspiral kan även användas som en akut preventivmetod men då måste den sättas in i livmodern inom fem dygn efter ett oskyddat samlag

Nackdelar med kopparspiral

- Kopparspiralen kan orsaka oregelbundna blödningar, men de brukar upphöra inom sex månader efter att man har satt in spiralen
- Man kan ha smärtor i några dagar efter insättningen av spiralen
- Man kan få rikligare mensblödningar som också pågår längre
- Man kan få mer mensvärk
- Man kan få rikligare flytningar

Vad kostar en kopparspiral?

En kopparspiral kostar mellan 93€ och 130€.

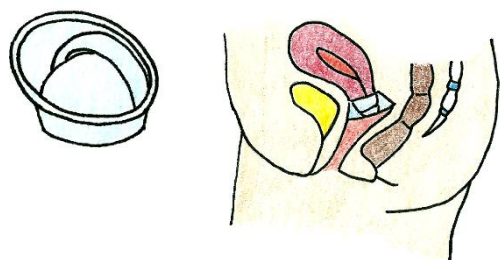


PESSAR

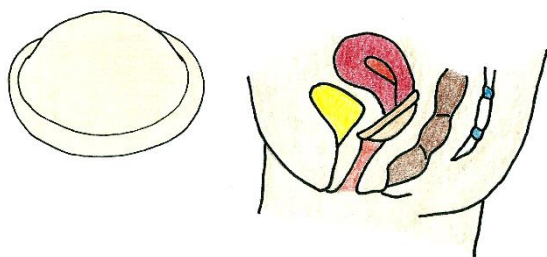
Vad är ett pessar?

Ett pessar är en kopp gjord av silikon. Den smörjs in med spermiedödande medel och sätts sedan in i slidan så att den täcker livmodertappen.

Det finns två olika slags pessarer, cervixpessar och slidpessar. Cervixpessaret är mindre och ska sitta direkt på livmodertappen medan slidpessaret är större och täcker ett större område i slidan.



Cervixpessar



Slidpessar

Ett pessar måste lämna i slidan i minst sex timmar efter samlag men högst 24-48 timmar (beroende på sort). Pessarer används inte så mycket i Finland eftersom det inte anses vara en så säker preventivmetod. Om man vill ha ett pessar kan man beställa det på nätet.

Vem kan använda pessar?

Pessar passar till exempel för de som vill ha en hormonfri preventivmetod. Eftersom pessaret ska föras in i slidan behöver man vara bekväm med att röra vid sina intima områden. Pessar

passar inte för de som har slappa slidväggar eftersom pessaret då kan flytta på sig och inte täcka livmodertappen, då ger det inget skydd. Kvinnor som har en ovanlig form eller position på livmodertappen bör inte heller använda pessar eftersom det kan vara svårt att få det på rätt plats.

Fördelar med pessar

- Som kvinna har man själv kontroll över att preventivmedel används
- Pessaret behöver inte användas hela tiden utan bara i samband med att man har sex
- Pessaret kan sättas in i slidan flera timmar före samlag vilket möjliggör mer spontanitet

Nackdelar med pessar

- Kräver planering
- Skyddar inte mot sexuellt överförbara sjukdomar
- Det kan kännas besvärligt då pessaret ska vara kvar i slidan några timmar efter samlaget
- Vissa kvinnor kan få nedsatt blåsfunktion av att använda pessar
- Om pessaret går sönder under samlaget eller om man har fel storlek på pessaret och livmodertappen inte är skyddet mot graviditet inte lika effektivt
- Om man tar ut pessaret för snabbt skyddar det inte lika effektivt
- Man måste använda spermiedödande medel tillsammans med pessar

Vad kostar ett pessar?

Det beror på vilken sorts pessar man ska ha och varifrån man beställer. Ett cervixpessar kostar ca 80 € och ett slidpessar ca 50 €.

ÖVRIGA METODER

Spermicider

Spermicider är spermiedödande medel. Det är en gel som förs in i slidan med en doseringsspruta före samlag. Spermicidgelen gör att pH-värdet i slidan blir så lågt att spermier inte överlever där. Spermicider används tillsammans med pessar, men kan också användas tillsammans med kondom eller femidom. Man ska inte använda enbart spermicider som preventivmetod eftersom det ensamt inte är något säkert skydd mot graviditet. En tub med spermicidgel kostar ca 15 €.

Avbrutet samlag

Vissa använder avbrutet samlag som enda preventivmetod. Det är en väldigt osäker metod och den misslyckas ofta på grund av att mannen inte hinner dra ut sin penis innan han får utlösning, och även om han hinner det så kan det finnas spermier i försatsen. Försatsen är vätska som kommer ur penis före själva utlösningen. Vill man inte bli gravid bör man använda en säkrare preventivmetod.

Naturlig familjeplanering

Naturlig familjeplanering eller säkra perioder betyder att man håller reda på sina fertila dagar, dvs. de dagar kring ägglossningen då man kan bli gravid, och undviker att ha sex dessa dagar. Genom att mäta kroppstemperaturen eller undersöka sina flytningar kan man få reda på när man har ägglossning. Ägget kan befruktas under 24 timmer efter ägglossningen, men man bör också räkna med att spermier kan överleva i livmodern i upp till sju dagar.

Det finns olika hjälpmedel för att hålla reda på sina fertila dagar, t.ex. p-datorer och p-appen *Natural Cycles*.

Den här preventivmetoden passar för dem som inte vill använda hormonella preventivmedel eller preventivmedel som på något sätt stör sexet. Man bör också ha god kroppskänedom och regelbunden menscykel. Det som också är viktigt om man bestämmer sig för att använda den här preventivmetoden är att man är beredd på och skulle acceptera en oplanerad graviditet. Naturlig familjeplanering passar inte för dem som vill ha ett säkert skydd mot graviditet.

Fördelarna med denna metod är att det inte finns några biverkningar. Nackdelen är att det är stor risk att metoden misslyckas om man räknar fel.

2017

Cathrine Envall & Iréne Lithén

Yrkehögskolan Novia, Vasa

Utbildning till Hälsovårdare (YH)

