

FAMILIEPLANLEGGING OG FOREBYGGING AV UØNSKET SVANGERSKAP OG ABORT BLANT INNVANDRERKVINNER

Håndbok i hvordan starte et tilpasset tilbud

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid/Seksjon for likeverdig helsetjeneste
Kvinneklinikken



Forord – Fra ide til prosjekt

Tre jordmødre fra Oslo universitetssykehus (OUS), Ullevål, startet prosjektet Familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort (FAFUS) i 2010. Ideen til prosjektet kom etter en nattevakt hvor de diskuterte en innvandrerkvinn som nettopp hadde blitt mor. Hun ønsket ikke å ha barnet til brystet eller hudkontakt og henviste den lille gutten til babysengen. Selv dro hun dynen over hodet. Det er uheldig for barnet som ikke ble møtt med en hengiven og glad mor, og det er heller ikke bra for mor som var tappet for energi og dermed også kjærlighet. Hvorfor skjer dette? Kvinnen hadde mange barn hjemme, som alle var i tidlig skolealder og nedover. Hun fortalte at hun hadde det største ansvaret for stell og daglig omsorg for barna. Hun hadde vært gravid og ammet flere år i strekk. Hvorfor får hun da flere barn? Var det planlagt? Eller følges naturens lover om at du tar imot de barna som kommer? Var årsaken mangel på veiledning fra helsepersonell og tilgang til prevensjon? Tilsvarende har de tre jordmødrene opplevd flere ganger og de er tydelige på at det er ingen god opplevelse.

Prosjektets utgangspunkt og mål var et ønske om at innvandrerkvinner skal ha samme mulighet til å ta imot prevensjonstilbud som etnisk norske kvinner. Det innebar å gi informasjon og veiledning med utgangspunkt i den enkelte kvinne og hennes kunnskap om kropp og å tilby gratis prevensjon.

For å nå målet, var det nødvendig å etablere et nytt helsetilbud med særskilte tilrettelagte oppgaver. For å få til dette, var det nødvendig med lokaler, prevensjonsutstyr og lønn til to jordmødre. Kvinne-klinikken lot prosjektet disponere egnede rom på Svangerskapspoliklinikken på Ullevål sykehus en ettermiddag/kveld i uken. Midler til lønn og prevensjon ble finansiert via tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet, Avdeling for seksuell helse og noe driftsstøtte fra Oslo universitetssykehus, Stab samhandling og internasjonalt samarbeid. Målgruppen for prosjektet var i tråd med Helsedirektoratets handlingsplan «Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010–2015 – Strategier for bedre seksuell helse» (2010), hvor et definert område er å ta hensyn til grupper som er særlig sårbare, deriblant etniske minoriteter.

Denne håndboken har til hensikt å formidle den erfaringen og kunnskapen prosjektet har opparbeidet i møte med innvandrerkvinnene i FAFUS- prosjektet. Målet er at håndboken kan være en veileder for jordmødre, helsesøstre og leger som ønsker å starte et tilsvarende tilbud. Boken er basert på møter med kvinnene som har kommet til FAFUS og representerer ikke innvandrerkvinner generelt. Håndboken inneholder erfaringer fra FAFUS, tips til hvordan man kan gjennomføre en god konsultasjon, hva man bør kartlegge og informere om når det gjelder ulike prevensjonsmidler, og informasjon om hva man trenger for å starte opp et liknende tilbud.

Arbeidet er givende og dere vil se at dere virkelig vil gjøre en forskjell i kvinnens liv. Det finnes ikke bedre motivasjon til å gjøre denne jobben enn de gode tilbakemeldingene fra kvinnene.

Undertegnede har hatt ansvaret for prosjektet og vil gjerne takke Helsedirektoratet og Oslo universitetssykehus for støtte, og en særlig takk til Seksjon for likeverdig helsetjeneste for administrativ bistand og rådgivning.

Lykke til!

Oslo, mai 2016

Anne Kate Netskar
Jordmor

Stine Lønne Wigestrånd
Jordmor

Innhold

Forord – Fra ide til prosjekt	2
1 Bakgrunn og erfaringer fra FAFUS	4
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	4
1.2 Om FAFUS	4
1.3 Erfaringer fra FAFUS.....	5
2 Hvordan gjennomføre en god konsultasjon?	6
2.1 Religiøse aspekter ved bruk av prevensjon.....	6
2.2 Normer, tradisjoner og kunnskap	8
2.3 Gjennomføring av samtalen	9
2.4 Den kliniske undersøkelsen - spesielle forhold	11
3 Ulike prevensjonsmidler- Hva bør du kartlegge og informere om?	12
3.1 Hormonspiral (gestagen preparat)	12
3.2 P-stav (gestagen preparat).....	13
3.3 P-piller (kombinasjonspreparat)	14
3.4 P-sprøyte (gestagen preparat)	16
3.5 P-plaster (kombinasjonspreparat)	16
3.6 Kobberspiral (hormonfritt preparat).....	17
3.7 Kondom eller naturmetoden (hormonfritt preparat)	18
3.8 Prevensjon til HIV positive kvinner	18
4 Hva trenger du for å starte et liknende tilbud?	18
4.1 Fysiske rammer og medisinsk utstyr	18
4.2 Helsefaglig kompetanse og ressurser	20
4.3 Rekruttering av målgruppen	20
4.4 Aktuelle steder for å etablere et tilbud	20
5 Kilder og henvisning til videre lesning	22

1. Bakgrunn og erfaringer fra FAFUS

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Kvinner med innvandrerbakgrunn i Norge er en heterogen gruppe. Mange skaffer seg lett de helse-tjenestene de trenger i forhold til reproduksjon. Andre vil ha behov for tilpassede tjenester når det gjelder å beskytte seg mot uønsket svangerskap, sikre framtidig fertilitet og planlegge når og hvor mange barn de ønsker seg.

Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse for perioden 2010-2015 har et hovedmål; å redusere antall aborter og bidra til at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv (2010, s.6).

Vi vet at færre innvandrerkvinner får dekket sine behov for reproduktive helsetjenester enn norske kvinner. En lavere andel innvandrerkvinner brukte hormonell prevensjon sammenliknet med kvinner med norsk bakgrunn (Omland et al., 2014). Kvinner fra Øst-Europa, Asia og Afrika brukte minst av slike prevensjonsmidler, og forskjellene var størst blant de yngste kvinnene. Innvandrerkvinner med lang botid i Norge brukte imidlertid oftere hormonell prevensjon enn de med kort botid (ibid.). Vangen et al. (2008) viser i sin studie at antall aborter pr 1000 kvinner var betydelig høyere blant flyktninger og arbeidsinnvandrere enn blant etnisk norske kvinner. Videre vises det til at risikoen for abort økte til det tredobbelte blant kvinner med fire eller flere barn, sammenliknet med kvinner som ikke hadde barn fra før (ibid.). Dette viser at det er et forbedringspotensiale med tanke på kunnskap, holdninger og praksis om hvordan man beskytter seg mot uønsket graviditet.

Årsakene til disse forskjellene mellom innvandrerkvinner og norske kvinner i reproduktiv helse kan være flere. Det kan være betinget av ulik helseinformasjonsforståelse («health literacy») som vi vet igjen er knyttet til språkkunnskap, utdanningsnivå, til yrkesaktivitet og til grad av integrering. Forskjeller kan også skyldes manglende tilrettelegging av eksisterende førstelinjetjenester, slik som tilbud hos fastlege eller på helsestasjonen. Finansielle begrensninger med tanke på egenandeler og prevensjonskostnad kan også være en barriere for mange.

Når denne håndboken bruker begrepet innvandrer kvinne menes det en kvinne som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har innvandret til Norge, eller født i Norge med to utenlandsfødte foreldre (Statistisk sentralbyrå). FAFUS ønsket hovedsakelig å nå kvinner som kommer fra land i Øst-Europa, Asia og Afrika grunnet det som er kjent via forskning, blant annet som nevnt i teksten over.

1.2 Om FAFUS

FAFUS - *Forebygging av uønsket svangerskap og abort for innvandrerkvinner* - startet i september 2010 og ble avsluttet i september 2015. FAFUS var et lavterskel poliklinisk tilbud til innvandrerkvinner. Det var åpent en gang i uken, i lokaler på Ullevål sykehus. Tilbudet hadde fokus på familieplanlegging, og innebar informasjon, veiledning og rådgivning i forhold til de ulike prevensjonsmetodene, innsetting av spiral og p-stav, samt celleprøvetaking fra livmorhalsen. I perioden 2010- 2015 har FAFUS hatt 1841 kvinner til konsultasjon. I samme periode ble det gjennomført 3263 konsultasjoner og kontroller. Prosjektet har fått meget gode tilbakemeldinger, både fra kvinnene og helsepersonell, og det viser at det er behov for et slikt tilbud.

Når informasjonen er tilpasset den enkelte kvinne ut fra utdanningsnivå, kunnskap, erfaring, kultur og språk, holdninger, verdier og religion, er sannsynligheten større for at man når frem til kvinnen. Det forutsetter at kvinnen får tilstrekkelig informasjon til å kunne medvirke og treffe de beslutningene som er riktige for henne i for eksempel valg av egnede prevensjonsmetoder.

En rekke eksterne forhold påvirker innvandrerkvinnens bruk av prevensjon og antall aborter. Helsevesenets *tilgjengelighet* er en viktig faktor. Blant annet har det kommet frem i FAFUS at det eksisterer mangelfull kommunikasjon mellom helsestasjon og fastlege i forbindelse med prevensjonsveiledning generelt, og ved 6-ukerskontrollen etter fødsel spesielt. FAFUS viste at dagens helsetilbud i noen grad er utilstrekkelig for enkelte innvandrerkvinner, og at det var nødvendig å tilby tjenester ved å benytte andre metoder for å ivareta retten til likeverdige helsetjenester. Et *lavterskeltilbud* hvor innvandrerkvinner ikke møter slike hindringer har derfor økt tilgjengeligheten. Siden tilbudet har holdt til i lokaler på Ullevål sykehus, tilfredsstillende det likevel ikke alle krav til definisjonen lavterskel, da det er tilknyttet spesialisthelsetjenesten og ikke ligger i nærområdet der kvinnen bor. Videre har det vært effektivt at tilbudet har vært *åpent en kveld i uken*. Andre viktige premisser for at kvinnene har oppsøkt FAFUS er at det var *gratis*, både veiledning og langtidsvirkende prevensjon. Dessuten har kvinnene fått time *raskt*, enten ved bestilling på telefon eller ved «drop-in». Det har også vært satt av *god tid* til konsultasjonen og alle har fått tilbud om *etterkontroll*.

«En kvinne skulle få innsatt p-stav. Rutinemessig ble det tatt en graviditetstest. Testen var positiv og kvinnen ble svært overrasket. Hun forstod ikke at hun kunne bli gravid så lenge hun ammet. Barnet fikk både bryst og flaske. Det viste seg at hun hadde vært på 6-ukers kontroll etter fødsel, men at hun ikke hadde fått tilbud om prevensjon eller ikke tok i mot tilbudet fordi hun ikke forsto. Konsultasjonen endte med henvisning til gynekologisk poliklinikk for å ta abort i stedet for å sette inn p-stav. Dette kunne vært forebygget ved en bevisst helsetjeneste som evnet å tilpasse seg kvinnens forutsetninger.»
(Jordmor, FAFUS)

1.3 Erfaringer fra FAFUS

Tall basert på konsultasjoner i perioden januar 2013- september 2015 viser at kvinnene som møtte på FAFUS var mellom 31-35 år. Det var kvinner fra 71 land, og flest fra Somalia, Irak, Pakistan og Afghanistan. Videre viser tallene at 28 % av kvinnene har bodd i Norge mindre enn 5 år. 65, 4 % fortalte at de ikke var i inntektsgivende arbeid. 74 % av alle kvinnene var gift. Fertilitetsraten blant kvinnene som møtte opp til tilbudet var 2,9, mens det i Norge i 2014 var 1,76. Det var også 14,2 % av kvinnene som hadde fem eller flere barn hver. 14,3 % har hatt provosert abort. Når det gjelder norskkunnskaper rapporterte 63 % av kvinnene at de snakket norsk, og 29 % sa de snakket litt norsk, resten sa at de ikke har noen norskkunnskaper. Når det gjelder viktigste årsak til at de oppsøkte tilbudet, sa de at det var at de ønsket prevensjon (63 %) og at de ønsket celleprøve (23 %).

Erfaringen fra FAFUS viser at mange av kvinnene som benyttet seg av tilbudet hadde lite kunnskap om egen kropp og helse, og begrenset kunnskap om det norske helsevesenet. En stor andel av kvinnene hadde mange barn og store utfordringer både på grunn av begrensede norskkunnskaper, sosial isolasjon, trangboddhet og dårlig økonomi. Om lag en tredjedel av kvinnene fortalte at det var avgjørende at konsultasjonen og tilbudet om prevensjon var gratis. For mange av disse kvinnene var ikke fastlegen et reelt alternativ når de søkte reproduktive helsetjenester. Dette hadde flere årsaker:

- Manglende kunnskap om fastlegetilbudet og evne/mulighet til å bestille time
- Begrenset tid avsatt til hver pasient hos fastlegen
- Manglende økonomiske midler til egenandel og til kjøp av prevensjonsmidler
- Noen kvier seg når de har mannlig fastlege

Man har også sett gjennom FAFUS at mange ikke hadde tatt celleprøve fra livmorhalsen hos egen lege etter retningslinjer for screeningsprogrammet. De hadde lite kunnskap om faren for livmorhalskreft og var ikke blitt oppfordret til å ta celleprøve. Av jordmødrene på FAFUS ble flere kvinner henvist til operativ behandling etter at det ble påvist forstadier til livmorhalskreft i celleprøven.

2. Hvordan gjennomføre en god konsultasjon?

Målet med konsultasjonen er at kvinnen skal få nok kunnskap til å ta et informert valg i forbindelse med familieplanlegging. For å oppnå dette målet blir tillitsskaping meget sentralt.

Det eksisterer forskjellige hindringer for bruk av prevensjon, som nevnt i forrige kapittel. Derfor gir dette kapitlet en kort innføring i noen av hindringene som FAFUS har avdekket; Religiøse aspekter, normer og tradisjoner, «maktrelasjoner» i familien og utdanningsbakgrunn.

2.1 Religiøse aspekter ved bruk av prevensjon

Religion, sammen med kulturell bakgrunn, spiller en rolle ved familieplanlegging, bruk av prevensjon og tanker rundt menstruasjonen. Selv om ulike religiøse retninger har normer og regler om temaene, vil man finne stor variasjon innad i den enkelte religion eller livssynsretning. Det er derfor viktig å spørre kvinnen om hun har en religiøs tro som påvirker familieplanlegging og bruk av prevensjon, og eventuelt hvordan.

En kvinne kom til FAFUS for å ta celleprøve. Hun beklaget seg over at hun var sliten og deprimert. Det kom frem at hun hadde ti barn. Vi tok opp temaet familieplanlegging og hun svarer resolutt: «Gud bestemmer!». Vi brukte god tid og snakket mye om hennes helse og at det var viktig for hennes barn at hun er frisk. Samtidig la vi vekt på at hun trenger pause for at kroppen skal bli sterk. Etter samtalen gikk hun hjem for å snakke med mannen. Hun dukket opp hos oss en måned senere og tok imot tilbudet om prevensjon. (Jordmor, FAFUS)

Flesteparten av kvinnene som kom til FAFUS var muslimer, derfor er det ønskelig å inkludere litt om islam i håndboken som et eksempel på hvordan religion i kombinasjon med kultur kan påvirke kvinnens tanker og valg. Informasjonen om islam er basert på utsagn fra kvinnene som har vært på FAFUS og ledere for blant annet Somalisk Kvinneforening, og Pakistansk kvinneforening.

I følge kvinnene ser islam på barn som en gave fra gud, men religionen har ingen klare forbud mot prevensjon. Prevensjon må imidlertid kun benyttes innen ekteskapets rammer, da utenom-ektekenskapelig samliv ikke er ønskelig. Prevensjon aksepteres for eksempel pga; helsemessige forhold hos mor, økonomiske forhold, manglende ressurser til å ta vare på enda et barn, samt å beskytte et ammebarn mot ny graviditet. Koranen tillater «child spacing» (pause mellom barna) og derfor er det viktig å vektlegge dette i kommunikasjonen med kvinnen, og ikke gi henne opplevelsen av at man ønsker å begrense det totale antall barn.

En kvinne ønsket samtale rundt hva som var riktig prevensjonsmiddel for henne. Hun hadde lite kunnskap på området. Veiledning ble gitt med forklaring av de ulike prevensjonsmidlene og deres karakteristika. Kvinnen ønsket å snakke med mannen før hun tok en beslutning. Da hun kom tilbake var det første spørsmålet «går sæden til spille?». Vi undret oss over spørsmålet, men etter å ha fått innføring i at dette er et religiøst aspekt beskrevet muslimsk tradisjon, er spørsmålet fornuftig ut i fra kvinnens ståsted. For henne og mannen var det viktig å leve opp til påbudet om at sæden ikke skal gå til spille, for å akseptere metoden (Jordmor, FAFUS)



En muslimsk kvinne er å betrakte som «uren» når hun har menstruasjon, og deltar da ikke i bønn, faste og kan ikke røre Koranen. Hun har ikke samleie i denne perioden og er først ren etter menstruasjonen er avsluttet. Dette er kunnskap som er viktig å ha med seg for å finne riktig prevensjonsmetode til en troende muslimsk

kvinne. Ved bruk av hormonspiral og p-stav forekommer det ofte småblødninger og kvinnen betraktes derfor som «uren». At hun på forhånd er klar over dette, er viktig for å ville beholde spiralen eller p-staven. Erfaring fra FAFUS er at kvinner og menn aksepterer småblødninger dersom de får informasjon om at småblødninger ikke er menstruasjon, at de derfor ikke er urene og kan ha samleie. Det er viktig at kvinnen kan komme raskt til etterkontroll for å avklare forbigående bivirkninger. Her er det også viktig å være klar over at kvinner i mange tilfeller ikke ønsker å diskutere sin menstruasjon med en mannlig lege.

«Her er det
bra for alle er damer. Det er
forbudt for oss å snakke med en mann om
menstruasjonen. Kvinner forstår kvinner.»
(Somalisk kvinne, 34 år)

2.2 Normer, tradisjoner og kunnskap

Erfaring fra FAFUS viser at kvinnene ofte blir påvirket av venner og familie når det gjelder valg av prevensjon. Videre viser erfaring at kunnskapen de har fått i mange tilfeller kan være feil, spesielt knyttet til bivirkninger av prevensjonsmidler. Lokale tradisjoner og myter fra hjemlandet kan fortsatt være gjeldene selv etter at de har bodd flere år i Norge. Kvinner har blant annet fortalt at ved bruk av prevensjon mener de at de kan få kreft, aldri kan bli gravide igjen, at det samler seg blod i magen og at prevensjonen kan være årsak til vektøkning. Informasjon fra deres nettverk er høyt verdsatt og denne informasjonen, eller feilinformasjonen, kan bli vektlagt mer enn den helsepersonell gir. For noen kvinner kan temaene seksualitet, familieplanlegging og prevensjon være tabubelagt, og det kan være lettere å være åpen om disse temaene i samvær med andre kvinner fra egen kultur- og språkbakgrunn.



*«En kvinne fra Somalia kom til konsultasjon med ulike plager som hun selv beskrev som depresjon, slitenhet og vondt i kroppen. Det var 3 måneder siden hun fikk sitt sjette barn. Hennes venninner hadde p-stav og var fornøyde med prevensjonsmetoden. Vi tegnet og ga grundig informasjon om bi-effekter av p-stav og informerte om andre metoder med mindre sideeffekter. Beslutningen hennes ble allikevel at hun ønsket det samme som venninnene. At venninnene gikk god for p-stav betydde mest.»
(Jordmor, FAFUS)*

I enkelte innvandremiljøer er det mannen og svigermoren som har ansvar for familieplanleggingen og dermed blir viktige i bestemmelser om hva slags prevensjon som skal benyttes. FAFUS har blitt kontaktet av kvinner som spør etter prevensjon som mannen ikke kan oppdage. Samtidig er det også kvinner som har med seg mannen sin på konsultasjonen, og som også er interessert i økt kunnskap om temaet og er positiv til å ta imot tilbud om prevensjon.

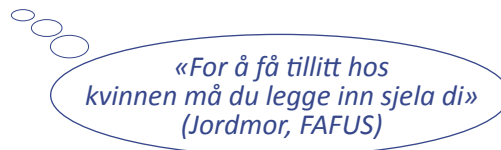
Mange av kvinnene kommer fra land der barnedødeligheten er høy. Å få mange barn er deres investering til alderdommen. I samtaler FAFUS har hatt med kvinner og menn med mange barn, kommer det frem at de ønsker mange barn selv om de nå bor i Norge. Flere tenker at de muligens reiser hjem en dag og derfor må «sikre seg». Erfaring fra samtaler med kvinner er at man skal være forsiktig med å si «sånn gjør vi det i Norge», men snarere møte kvinnene med interesse for deres tradisjon, og at familieplanleggingen kan ha det som utgangspunkt. Det er viktig å skape en forståelse for at man ikke er økonomisk avhengig av mange barn i Norge og at barnedødeligheten her er lav. Samtidig er det nyttig å vite at det å ha mange barn, i enkelte kulturer gir status og prestisje (Galanti, 2004).



*«Det slår meg stadig hvor mye tid man bruker på informasjon. Og hvor mange misforståelser som oppstår. Og hvor mange som lytter til søsken, venninner og svigermødre når de skal velge prevensjon. Tillit til jordmor er nok viktig.»
(Jordmor, hospitant på FAFUS)*

2.3 Gjennomføring av samtalen

For å gjennomføre en god samtale er kommunikasjon, empati og tålmodighet viktige nøkkelord. Det er viktig å være bevisst at verbal og non-verbal kommunikasjon er ulik i ulike kulturer. Ved å vise interesse for kvinnen og stille åpne spørsmål kan det være enklere for kvinnen å åpne seg.



Det anbefales alltid å bestille tolk i forkant av samtalen hvis det er behov for det. Det er viktig å være oppmerksom på at selv om kvinnen mestrer en dagligdags samtale på norsk, kan en samtale om prevensjon og familieplanlegging inneholde flere ukjente ord og begreper, og bli for krevende dersom kvinnen både skal få uttrykke seg og forstå godt. Hvis kvinnen kommer uten å ha bestilt time, eller behovet for tolk først kommer frem utover i samtalen, bestill telefontolk. Retten til tolk i helsetjenesten er blant annet nedfelt i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

Når kvinnen kommer til konsultasjonen, fyller hun ut et registrerings skjema som blant annet kartlegger bakgrunn (alder, landbakgrunn, antall år i Norge, o.l), grunnen til konsultasjon, totalt antall svangerskap, og hvilken type prevensjon kvinnen har brukt. Skjemaet danner rammen rundt samtalen. For å skape tillit er det viktig å ha forberedt seg godt i forkant av samtalen, blant annet ved å bestille tolk og gjøre alt utstyr klart før pasienten kommer.

Samtaleteknikker:

- Ønsk kvinnen velkommen og presenter deg tydelig med navn og tittel
- Åpne samtalen med å spørre om hva du kan hjelpe henne med i dag. Hvordan har hun det?
- Ta henne på alvor og la henne bli trodd på det hun forteller
- Bruk metoden «aktiv lytting». Om det er noe du ikke forstår av det hun spør om eller forteller, få henne til å si det på nytt
- Anerkjenn at hun kommer til deg og at hun ønsker å gjøre noe med situasjonen sin. Oppmuntre henne til å gjøre det i fremtiden også, fokuser på at god helse er viktig for henne og familien hennes
- Snakk sakte og tydelig. Bruk et enkelt språk
- Bruk modeller og bilder av livmor og livmorhals, forklar det enkelt. For eksempel; hvordan påvirker spiralen livmoren slik at hun ikke blir gravid
- Vis frem en spiral slik at kvinnen får se hvor liten den faktisk er

Nonverbalt kroppsspråk:

- Vær bevisst hvordan dere sitter i forhold til hverandre: Ha kroppen din vendt mot henne, se på kvinnen
- Vis at du har tid til henne
- Ikke bruk pc under konsultasjonen, det tar bort fokuset fra det hun forteller



Kartlegging og informasjon:

- Utelukk graviditet
- Kartlegg tidligere graviditeter, eventuelle aborter, bruk av prevensjon og sykdommer.
- Kartlegg hennes kunnskapsnivå om kroppen. Spør henne hva hun kan om prevensjon
Vet hun hva ordet prevensjon betyr?
- Avklar eventuelle myter hun har om prevensjon
- Prøv å komme til kjernen i hvorfor hun oppsøker tilbudet
Har hun «vondter» hun tilknytter prevensjon?
- Gi kvinnen annen relevant helseopplysning om for eksempel kosthold, mosjon og brystundersøkelse.
- Har hun tatt celleprøve fra livmorhalsen siste tre år, evt tidligere?
- Ved behov, gi grunnleggende informasjon om helse og helsesystemet i Norge.
For eksempel hva et apotek er, hvordan en resept fungerer eller hvordan man får henvisning til spesialisthelsetjeneste. Avhenger blant annet av hvor lang botid kvinnen har i Norge

«En tyrkisk hjemmевærende kvinne med seks barn kom tilbake til FAFUS etter ett år fordi hun ønsket å seponere spiralen. Hun hadde lagt på seg ti kilo, og var sikker på at det var spiralens skyld. Hun fortalte at hun spiste normalt. For å få oversikt over hennes kosthold ble det stilt detaljerte spørsmål om hva hun drikker og spiser i løpet av ett døgn; hva slags mat, mengde mat, antall måltider, hva drikker hun til og hva hun spiser i mellom måltidene: «..., men jeg spiser mye, jeg er veldig sulten. Jeg spiser også opp maten som blir igjen etter barna mine. Jeg kan jo ikke kaste mat». «...jeg drikker ikke brus, bare te.» I teen hadde hun ni skjeer sukker. Deretter fikk hun spørsmål om hennes aktivitetsnivå og trening. Hun forklarte at husarbeid er hennes trening: «Når jeg støvsuger blir jeg veldig varm.». Hun fikk tilslutt informasjon om at det er feil kosthold og lite fysisk aktivitet som er årsaken til hennes vektøppgang, ikke spiralen. Etter samtalen valgte kvinnen å beholde spiralen, men det krevde tålmodighet og tid til å gå inn i problemstillingen.»
(Jordmor, FAFUS)

Kultursensitivitet:

Erfaringen fra FAFUS viser at dersom kvinnen møtes med interesse, vil hun fortelle mer om egen forståelse av kropp og helse. Det er derfor viktig at helsepersonell tilegner seg kompetanse i kultursensitivitet og flerkulturell kommunikasjon.

- Vær oppmerksom på og reflekter omkring dine egne holdninger, verdier og din kulturelle bagasje.
Påvirker dette dialogen eller utfallet av dialogen med kvinnen?
- Vær tydelig på at hensikten med å bruke prevensjon er at hun selv skal kunne bestemme når og om hun ønsker å bli gravid. Ikke gi henne inntrykk av å ville begrense antall barn. Budskapet kan være at hun skal ha pause mellom svangerskapene. Det er viktig for hennes helse slik at hun kan være en god og frisk mor for sine barn
- Aldri overtal kvinnen til å bruke den prevensjon du mener er best for henne. Hun må velge det hun mener passer henne best, gjennom et informert valg.

2.4 Den kliniske undersøkelsen - spesielle forhold

Det er noen spesielle hensyn som må tas i selve undersøkelsessituasjonen. Når kvinnen skal få lagt inn spiral eller ta celleprøve fra livmorhalsen ligger hun på en gynekologisk benk med bena i benholdere. Det er en sårbar og «utleverende» situasjon. En slik benk eller posisjon kan derfor vekke ubehagelige assosiasjoner hvis kvinnen har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og/eller er omskåret. Det er ikke sikkert at kvinnen forteller dette i forkant av undersøkelsen, og det er derfor uansett viktig å være hensynsfull og bruke god tid. Videre er det viktig å forklare nøye hva som skal skje og si at hun kan bestemme tempo. Bruk forsiktig håndlag, og avslutt undersøkelsen dersom kvinnen ikke mestrer å fullføre undersøkelsen/spiralinnsettingen. Be henne puste med magen og «ligge tungt» ned på benken. Hvis kvinnen i forkant av undersøkelsen forteller at hun har opplevd overgrep eller er omskåret kan det vurderes om en ekstra helsepersonell bør stå ved siden av kvinnens hode under undersøkelsen.

3. Ulike prevensjonsmidler- Hva bør du kartlegge og informere om?

Vi tar utgangspunkt i at jordmødre, helsesøstre og leger allerede har god kunnskap om prevensjon. Ønskes mer utfyllende informasjon kan metodeboken til Sex og samfunn (2015) anbefales. Den inneholder teoretisk kunnskap som er nyttig for helsepersonell som jobber med prevensjonsveiledning og innsetting, utskrivning og oppfølging av prevensjonsmidler.

I det følgende kapittelet presenteres ulike prevensjonsmetoder, hvilken (bi)virkning metoden har, og noen eksempler på myter og misoppfatninger knyttet til dem. Det siste er eksempler på hva kvinnene har fortalt, og det er viktig å være klar over at det er store variasjoner fra kvinne til kvinne og at eksemplene ikke gjelder alle innvandrerkvinner.

Metoder som er hyppigst brukt av kvinner som har vært til konsultasjon hos FAFUS er kobberspiral, hormonspiral og p-stav, dette er prevensjoner som defineres som LARC: langtidsvirkende reversibel prevensjon. Disse metodene gir høy sikkerhet, har få kontraindikasjoner, gir færrest bivirkninger og det er få brukerfeil (Sex og samfunn, 2015).

Gestagen og kombinasjons p-piller omtales under ett. Hovedhensikten er fokuset på p-piller som metode.

3.1 Hormonspiral (gestagen preparat)

Det finnes to typer hormonspiral på markedet i Norge; Mirena og Jaydess. Begge typene inneholder gestagen, men i ulik dose. Mirena kan ligge inne i livmoren i 5 år, Jaydess i 3 år.

VIRKNING: Hormon/gestagen spiralen inneholder små mengder av gestagen. Hormonene ligger i spiralbenet og påvirker miljøet lokalt i livmoren samtidig som det er kontinuerlig opptak av hormonet i blodsirkulasjonen gjennom livmorslimhinnen. Det innebærer at hormonkonsentrasjonen i blodet er lav.

BIVIRKNINGER: Er få og ufarlige. Det mest fremtredende er at blødningsmønsteret under menstruasjon endrer seg til mindre eller ingen blødning.

KARTLEGGING FØR INNLEGGELSE AV HORMONSPIRAL:

- Utelukke graviditet
- Kontraindikasjoner kun for hormonspiral: bekkeninfeksjon eller kreft i livmorhals, endometriet eller eggstokkene.
- Er selve menstruasjonsblødningen viktig for kvinnen? Hvordan vil hun reagere på redusert eller uteblitt blødning?
- Vil hun og mannen akseptere småblødninger ved oppstart?
- Toleranse for fremmedlegeme i livmoren?

INFORMASJON

- Spotting og uregelmessige småblødninger i tre til seks måneder, informere om at dette ikke er menstruasjon
- Blødningene blir mindre eller helt fraværende etter noen måneder
- I den første uken etter spiralinnleggelse bør kvinnen unngå karbad, bruk av tampong og ubeskyttet samleie på grunn av økt risiko for oppadstigende bekkeninfeksjon

OPPFØLGING: Mulighet for å komme tilbake til kontroll ved behov. Årsaker til at kvinnen kommer til kontroll kan være vedvarende blødning, smerter, ikke forstått informasjon, opplevd vektøkning. Det er viktig at kvinnen får kontrolltime raskt, hvis ikke er erfaringen at de ønsker seponering av prevensjonen på grunn av frykt for at de skal bli syke.

MYTER OG MISOPPFATNINGER:

- Spiralen «vandrer rundt» i kroppen
- Menstruasjonsblodet kommer ikke ut og samler seg i magen eller andre steder i kroppen
- Kan bli steril eller ha vanskeligheter med å bli gravid senere
- Stor sannsynlighet for å få infeksjon
- Kan få kreft
- Spiralen kan falle ut og derfor kan ikke kvinnen bevege seg fritt eller bære tungt
- Ved lite eller ingen blødning blir kroppen uren
- Kan gi generelle smerter i kroppen
- Gir stor vektøkning
- Gir psykiske plager eller depresjon

«Da jeg snakket med en kvinneom hvordan spiralen fungerer, fortalte hun at hun hadde trodd spiralen samler sæden i seg og dermed vokser og vokser. Man må skifte spiralen etter 5 år fordi da er den blitt helt full. Man kunne forlenge alderen på spiralen ved å ha sex sjelden»
(Jordmor som hospiterte på FAFUS)

En nigeriansk kvinne kom til FAFUS et halvt år etter innsetting av hormonspiral. Hun hadde store bekymringer fordi menstruasjonen hadde opphørt fire til fem måneder etter innsettingen, og hun fortalte at hun var veldig syk fordi blodet ikke kom ut av kroppen. Ved nærmere samtale viste det seg at hun hadde mangelfull kunnskap om kroppens fysiologi. Hun hadde en formening om at blodet først hadde fylt seg opp i magen og deretter flyttet seg opp til hodet. Hennes hodepine, rygg smerter og magesmerter var for henne forårsaket av spiralen. Hun trodde at kroppen var et hulrom fylt med blod. Det ga også bekymringer som at spiralen «svømmer rundt» i kroppen.»
(Jordmor, FAFUS)

3.2 P-stav (gestagen preparat)

VIRKNING: P-staven hindrer eggløsning, gjør slimhinnen i livmoren tynn og i tillegg danner det seg en slimpropp ved inngangen til livmorhalsen og sædcellene slipper ikke inn.

BIVIRKNINGER: Det er noen bivirkninger knyttet til bruk av p-stav på grunn av systemisk effekt; de fleste er helt ufarlige, men kan være plagsomme:

- Blødningsforstyrrelser/ uregelmessig menstruasjon
- Hodepine
- Svimmelhet
- Humørsvingninger
- Kviser
- Ømme bryster
- Nedsatt libido

KARTLEGGING:

- Se hormonspiral. Viktig å være klar over at her kan blødningsmønsteret bli vedvarende uregelmessig
- Kvinnen må vurdere om hun kan godta dette endrede blødningsmønsteret. Samtidig kan blødningsmønsteret være ulikt fra kvinne til kvinne

INFORMASJON:

- Spotting og uregelmessige småblødninger i tre til seks måneder. Informer om at dette ikke er menstruasjon
- Blødningene blir mindre eller helt fraværende etter noen måneder

OPPFØLGING:

- Som for spiral

MYTER OG MISOPPFATNINGER:

- P-staven kan vandre rundt i kroppen
- Kan ikke løfte armen da staven vil flytte på seg
- Gir smerter i armen

«Jeg vil ha ut p-staven,- den gir sykdom. Ikke bra for meg. Jeg bærer tungt og den flytter på seg.»
(Irakisk kvinne som har vært på FAFUS)

«En kvinne kom til kontroll noen måneder etter innsetting av p-stav. Hun fortalte at hun ikke hadde hatt menstruasjonsblødning de siste tre til fire månedene. Hun mente at blodet hadde samlet seg i magen slik at den ble stor og at blodet hadde flyttet seg til setet. Hun hadde fått forklart av venner at det eneste hun kunne gjøre var å operere bort blodet. Denne kvinnen fikk grundig forklaring i hva som var årsaken til at hun var blødningsfri, og hun beholdt p- stav»
(Jordmor, FAFUS)

3.3 P-piller (gestagen- og kombinasjonspreparat)

VIRKNING: Hindrer eggøsning, livmorslimhinnen bevares tynn med liten evne til å ta imot et befruktet egg og slim i cervix blir mindre gjennomtrengelig for sædceller.

BIVIRKNING: Det skilles mellom alvorlige og ufarlige bivirkninger knyttet til kombinasjons p-piller og gestagen piller, som vi ikke kommer videre inn på her.

KARTLEGGING FØR BRUK AV P-PILLER:

- Medisinsk anamnese (egen sykdomshistorie) om kvinnen ønsker kombinasjons p-piller
- Det er viktig å kartlegge om kvinnen vil huske å ta en pille på samme tid hver dag. Hva tenker hun selv?
- Forstår hun informasjonen gitt av helsepersonell godt nok slik at hun tar pillen hver dag?

«Kvinne kom for å ta graviditetstest fordi menstruasjonen uteble. Graviditetstesten var positiv. Kvinnen ble overrasket da hun har brukt p-piller. Det kommer frem i samtalen at hun kun har tatt p-pille etter hvert samleie.»
(Jordmor, FAFUS)

INFORMASJON:

- Vis brettet med pillene. Understrek viktigheten av at hun skal ta en pille hver dag til omtrent samme tid (obs forskjell på 21-pakning og 28-pakning)
- Informer om symptomer på tromboembolisme (venetrombose, lungeemboli, hjerteinfarkt og slag)

OPPFØLGING:

- Kontrolltime vurderes ut ifra om kvinnen trenger repetisjon eller påfyll av informasjon

MYTER OG MISOPPFATNINGER:

- Hormoner er generelt ikke bra
- Kroppslige plager knyttes til hormoner
- Kan få kreft
- Mister hår
- Det er som gift
- Vanskelig å bli gravid senere
- Legger på seg
- Økt hårvekst på kroppen

«Det er vanskelig å bruke p-piller når svigermor sier det er som narkotika.»
(Pakistansk kvinne)



3.4 P-sprøyte (gestagen preparat)

VIRKNING: Hindrer egglosning

BIVIRKNING:

- Spesielt for p-sprøyte er reduksjon av østrogennivået: dette kan gi økt risiko for hjerte-karsykdommer og osteoporose (reduert bentetthet)
- Enkelte kvinner kan få stor vektøkning
- Kan ta opptil 1-1 ½ år før egglosning og menstruasjon kommer tilbake, vanskelig å planlegge graviditet

KARTLEGGING FØR BRUK AV P-SPRØYTE:

- Ønsker kvinnen en skjult prevensjonsmetode?
- Aksepterer hun mindre/uregelmessig blødningsmengde eller uteblitt blødning?
- Er det problematisk å komme tilbake hver tredje måned for ny sprøyte?

ooo

«Nygift pakistansk kvinne kom fortvilet da hun ønsket skjult prevensjon. Hun hadde gjennomgått langvarig kreftbehandling og var ikke erklært frisk. Ektemann og svigermor presset henne til å bli gravid. Hun brukte p-piller i det skjulte da hun selvsa hun ikke var sterk nok til å bære frem et barn. Hun fryktet at svigermor skulle finne p-pillene hennes. Hun fikk p-sprøyte som var en god metode i hennes situasjon.»
(Jordmor, FAFUS)

INFORMASJON:

- Småblødninger kan oppstå i en til flere uker etter første sprøyte. Dette er helt ufarlig.
- Dersom blødningen ikke gir seg kan hun allerede etter 8-10 uker ta ny sprøyte. De færreste plages med småblødninger etter andre sprøyte.
- Om hun går opp mer enn 10 kg i løpet av de første seks månedene må hun ta kontakt med stedet hun fikk sprøyten.

OPPFØLGING:

- Hun må komme tilbake hver tredje måned for ny injeksjon

MYTER OG MISOPPFATNINGER:

- Ingen kjente

3.5 P-plaster (kombinasjonspreparat)

VIRKNING: Se virkning som p-piller (kombinasjons p-piller).

BIVIRKNING: Se bivirkning p-piller (kombinasjons p-piller).

KARTLEGGING FØR BRUK AV P-PLASTER:

- Medisinsk anamnese
- Vil kvinnen mestre å bytte plaster til riktig tid?
- Aksepterer hun å bevare plasteret ved dusjing?

ooo

«En tyrkisk kvinne kom tilbake etter å ha mottatt plaster tre måneder tidligere. Hun er gravid. Det viser seg at hun har fjernet plasteret i forbindelse med dusjing som er ritualet etter samleie. Hun forteller at etter samleie må kvinnene dusje for å bli ren. Da kan heller ikke plasteret dekke noe av huden.»
(Jordmor, FAFUS)

INFORMASJON:

- Åpne pakken og vise et plaster
- Forklar at huden må være ren, tørr (uten krem), hel og helst på et område uten hår
- Forklar egnede steder på kroppen som plasteret kan sitte; for eksempel overarm, sete, mage og øvre del av rygg/bryst
- Plasteret skal aldri settes på brystene
- Plasteret må strykes godt til huden, sørge for at kantene er godt festet
- Understrek viktigheten av at hun tar på nytt plaster nøyaktig en uke etter plasterfri uke selv om hun fortsatt har blødning

OPPFØLGING:

- Kvinnen kan komme til kontroll dersom hun trenger repetisjon av informasjonen
- Helsepersonell kan innkalle kvinnen for å undersøke om hun mestrer og husker riktig bruk av plasteret.

MYTER OG MISOPPFATNINGER:

- Samme som kombinasjons p-piller.

3.6 Kobberspiral (hormonfri preparat)

Vår erfaring er at de fleste kvinnene blir mest fornøyd med kobberspiral på grunn av at menstruasjonsblødningen er viktig for dem. De forteller at kroppen blir rensert og det er bra at blodet kommer ut.

VIRKNING: Kobberspiralen påvirker sædcellene slik at de ikke klarer å befrukte et egg.

BIVIRKNING: Omtrent 50 prosent av kvinnene som bruker kobberspiral opplever økt blødningsmengde og forverring av menstruasjonssmerter.

Ved bruk av kobberspiral vil kvinnen ha eggløsning som normalt.

KARTLEGGING FØR BRUK AV KOBBERSPIRAL

- Har hun vanligvis stor blødningsmengde og/eller smerter ved menstruasjon?
- Ved store blødninger må man veie opp viktigheten av å ha menstruasjonsblødning opp mot evt. ikke blødning ved valg av hormonspiral

INFORMASJON:

- Hun kan forvente rikelig blødning de første to ukene. Dette er normalt og er ikke farlig.

OPPFØLGING:

- Samme som ved hormonspiral.

MYTER OG MISOPPFATNINGER:

- Likt hormonspiral, med unntak av myten om oppsamling av blod i kroppen, da bruk av kobberspiral gir normal eller mer blødning ved menstruasjon.

«Det er vanlig i vår kultur at mannen sover med kona fem dager i uken. Menstruasjon gir pause.»
(Irakisk kvinne)

«Det er viktig for mange kvinner å ha menstruasjonsblødning fordi de da får pause fra mannens ønske om samleie. Noen mener at kvinnen er «uren» under menstruasjonen, og det ikke er riktig å ha samleie. Derfor velger mange kobberspiral.»
(Jordmor, FAFUS)

3.7 Kondom eller naturmetoden (hormonfri preparat)

Mange kvinner foretrekker å bruke naturmetoder som sikre perioder og avbrutt samleie, eller kondom. Noen vil ha pause fra prevensjon for å «rense kroppen» selv om de ikke ønsker å bli gravide. Dette er en hyppig årsak til uplanlagt graviditet.

Det er viktig å fortelle at disse metodene er usikre, og kvinnen bør velge et annet alternativ hvis det er viktig for henne ikke å bli gravid.

3.8 Prevensjon til HIV positive kvinner

Hormonelle prevensjonsmetoder som kombinasjons p-piller, gestagen p-piller, p-ring, p-plaster og p-stav frarådes for hiv positive kvinner som er under anti-viral behandling. Effekten av disse hormonelle prevensjonsmidlene blir redusert slik at man ikke kan stole på dem som sikker prevensjon (Den norske legeforening (2016)).

P-sprøyte (Depo-Provera), kobberspiral og hormonspiral gir god beskyttelse mot graviditet og har ingen relevante interaksjoner med hivmedikamenter. Disse kan altså brukes under anti-viral behandling.

Den Norske Legeforening anbefaler samtidig bruk av kondom i tillegg til annen prevensjon.

4. Hva trenger du for å starte et liknende tilbud?

GODE RÅD TIL OPPSTART:

- Etabler det som et lavterskeltilbud
- Tilby gratis veiledning og gratis langtidsvirkende prevensjon
- Gi kvinnene time raskt (evt drop-in, avhengig av pågang)
- Tilby/sett inn prevensjonen i løpet av konsultasjonen
- Sett av god tid til konsultasjonen (60 min)
- Hold åpent minst én kveld i uken
- Gi mulighet til å bestille time på telefon i forkant, eller direkte ved oppmøte
- Tilby etterkontroll og repetisjon av informasjon, enten på telefon eller ved oppmøte
- Bestill oppmøtetolk hvis kvinnen som har bestilt time har tolkebehov
- Bestill skjermtolk eller telefontolk hvis kvinnen som kommer «drop-in» har tolkebehov
- Tilby de ansatte opplæring i kommunikasjon og kultursensitivitet

4.1 Fysiske rammer og medisinsk utstyr

For å starte et helsetilbud tilsvarende FAFUS er det noen fysiske rammer og utstyr som må være på plass.

Infrastruktur:

- Egnet lokale; for eksempel helsestasjon, legesenter eller helsesenter
- Avskjermede rom for samtale og klinisk undersøkelse. Døren bør kunne låses
- God temperatur i rommet - ikke kaldt
- Tredelt gynekologisk benk med benholdere
- Trillekrakk
- Utstyrsbord, gjerne med kurver under til utstyr
- Mobil lampe
- Skjerm Brett til av- og påkledning
- Skrivepult, kontorstol og to stoler til pasient og eventuelt ledsager/tolk

Medisinsk utstyr:

- Vaskemaskin/dekontaminator: Alle instrumenter som er flergangs må rengjøres på minst 85 grader
- Sterilisator: steriliserer utstyr som er i direkte kontakt med pasienten, det vil si penetrerer hud/slimhinner. Det er bare korntang som brukes i forbindelse med spiralinnleggelse som krever sterilisering.
- Kjøleskap: til oppbevaring av enkelte prøver (cervix cytologi), hb cuvette
- Instrumenter:
 - Til spiral innleggelse: selvholdene spekulum (flergangs/engangs), korntang (flergangs), uterussonde (engangs/flergangs), saks (flergangs)
 - Til spiral uttak: selvholdene spekulum, arteriepinsett (flergangs)
 - Til innleggelse implantat: ingen instrumenter. Det anbefales bruk av målebånd for å måle til plasseringen av implantatet
 - Til uttak implantat: liten arteriepinsett og egnet skalpell

Sterilt engangsutstyr:

- Sprøyter, 2 ml og 5 ml. Ved bedøvelse til innsetting og uttak av p-stav
- Kanyler, hvit (opptrekks), orange (til subcutan injeksjon) grønn (til intramuskulær injeksjon)
- Steriswab, til desinfeksjon av hud
- Store sterile kompresser
- Sterile tuffere
- Mepore (plaster)
- Steristrips
- Sterile hansker/ usterile. Det brukes kun sterile hansker i forbindelse

med innsetting og uttak av implantat.

Ved spiralinnsetting og -uttak brukes usterile engangshansker.
Klorhexidin 5 mg/ml til desinfeksjon og vask etter uttak av implantat.

I forbindelse med innleggelse av implantat benyttes lokalbedøvelse Marcain/Xylocain 5 eller 10 mg/ml med eller uten adrenalin. Glassholderne oppbevares i kjøleskap og må brukes innen 72 timer etter brutt hette.

4.2 Helsefaglig kompetanse og ressurser

Jordmor og helsesøster har fra januar 2016 rekvireringsrett for samtlige prevensjonsmidler til alle kvinner over 16 år.

Helsepersonell som jordmor, helsesøster og lege kan jobbe med tilsvarende familieplanleggingstilbud. Disse tre faggruppene kan utføre de ulike oppgavene innenfor tilbudet, som hovedsakelig består av gynekologisk undersøkelse, innleggelse og uttak av spiral/implantat. Utdanningsinstitusjoner med jordmor- og helsesøsterutdanning har tilbud om etterutdanningskurs for de som ikke fikk temaene samliv, seksualitet og prevensjon inkludert i den obligatoriske utdanningen før 2006. Det er krav om hospitering – og praktisk trening i innsetting av spiral og p-stav. Det er viktig å finne relevante opplæringssteder til hospitering, for eksempel helsestasjoner som allerede har et FAFUS-tilbud, Sex og samfunn eller legesenter/fastleger.

4.3 Rekruttering av målgruppen

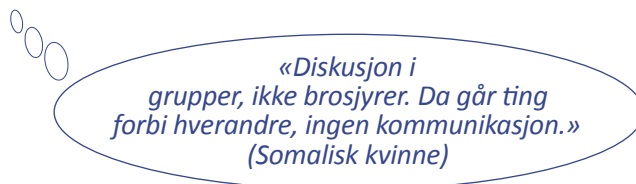
Det er viktig at tilbudet gjøres kjent blant ønsket målgruppe. Det bør drives aktiv oppsøkende virksomhet på ulike arenaer ved oppstart av et tilbud. Enkle brosjyrer/visittkort oversatt til utvalgte språk kan deles ut.

Aktuelle arenaer for å nå kvinnene:

- Voksenopplæringssentra/norskkurs
- Helsestasjonene, i forbindelse med 6- ukerskontroll
- Lokale kvinnegrupper/-kafeer; for eksempel Somalisk kvinneforening, Primær medisinsk verksted, Helseforum for kvinner, kvinnegrupper i regi av Røde kors, Bymisjon eller andre foreninger
- Fastlegekontorer; gjøre tilbudet kjent blant fastleger slik at de kan henvise kvinnene videre
- Barselavdelingen ved sykehuset
- Asylmottak
- Religiøse møteplasser; for eksempel moské

Kvinner som har mottatt hjelp og har følt seg ivaretatt og respektert vil gjerne fortelle om dette til venninner og familiemedlemmer. «Jungeltelegrafene» har sterk effekt.

Helsepersonell kan nå kvinnene via andre kvinner fra samme miljø, altså bruke brobyggere for å nå kvinnene.



4.4 Aktuelle steder for å etablere et tilbud

En helsestasjon eller et helsesenter som knytter til seg mange innvandrerkvinner vil kunne spesialisere seg og bygge kompetanse på de ulike kulturelle forhold som innvandrerkvinner representerer. Helsestasjon er en ypperlig arena for å nå innvandrerkvinner og gi tilbud tilsvarende FAFUS. Her vil helsepersonell som jordmor, helsesøster og lege møte kvinnen i svangerskapet og i oppfølging av deres barn med kontroller. Det er en unik arena til å fange opp kvinnens familiesituasjon og råderett over egen kropp. Selv kvinner som har bodd kort tid i landet, vil møte på helsestasjonen, i tilknytning til svangerskapsoppfølging eller helsekontroll for små barn.

Jordmor/lege blir kjent med de gravide kvinnene over en lengre periode i svangerskapet. Tilliten jordmor/lege får, bidrar til å skape en god arena for informasjon og råd om prevensjon allerede i slutten av svangerskapet, som i tråd med retningslinjer fra Helsedirektoratet skal utføres i uke 38. Her kan de etter veiledning og rådgivning planlegge allerede i svangerskapet hvilken metode som passer best for kvinnen og de kan lage avtale for 6- ukers kontroll/oppfølging.

Etter fødsel vil helsestasjonen være en naturlig arena og avslutning for kvinnen å møte opp til seksukers kontroll hvor familieplanlegging er det mest essensielle. Dersom prevensjonen i tillegg er gratis, vil dette øke hennes muligheter til å ta imot tilbudet. LARC-metoder er en stor engangsutgift som kan være til hinder for at kvinnen tar imot sikker prevensjon. På 6- ukerskontrollen vil hun også kunne få tilbud om å ta cytologiprøve. Det sikrer at hun får informasjon om at denne prøven bør tas hvert tredje år.

Det er ikke bare i svangerskapet det er ønskelig å ha dialog om fremtidig prevensjon. Det er fornuftig å starte informasjonen før en graviditet. Mange har lav kunnskap om prevensjon før de kommer til Norge. På asylmottakene og gjennom introduksjonsprogrammet ved bosetting i kommune, kan kvinner motta informasjon om familieplanlegging. Utfordringen er at det ofte er mye informasjon som formidles og det kan være vanskelig å forstå eller huske. Når de starter med norskopplæring kan helsepersonell oppsøke skolene for å gi veiledning om prevensjon og celleprøver og informasjon om hvor de kan gå. På noen skoler er det egne kvinneklasser og diskusjon i gruppe kan være svært fruktbart. Her møtes kvinner i samme situasjon og manglende norskkunnskaper spiller en mindre rolle enn det ville gjort i individuelle samtaler.



5. Kilder og henvisning til videre lesning

Den norske legeforening (2016). Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-infeksjonsmedisin/Nyheter/Faglige-retningslinjer-for-oppfolging-og-behandling-av-hiv-2016/>

Eskild, A., Nesheim, BI, Busund, B., Vatten, L. & Vangen, S. (2007). Childbearing or induced abortion: The impact of education and ethnic background: Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 298-303.

Galanti, Geri-Ann (2004). Caring for patients from different cultures. University of Pennsylvania Press.

Helsedirektoratet. (2010). Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015: Strategier for bedre seksuell helse. Oslo: Direktoratet. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forebygging-av-uonsket-svangerskap-og-abort-20102015-strategier-for-bedre-seksuell-helse->

Netskar, Anne Kate (2011). Hvordan forebygge uønsket svangerskap og abort blant ikke-vestlige innvandrerkvinner? Masteroppgave. Reprosentralen: Universitetet i Oslo.

Omland G, Ruths S, Diaz E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. *BJOG* 2014 Sept; 121 (10):1221-8 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12906/abstract>

Open Society Foundations (2013). Somaliere i Oslo, At Home in Europe- prosjektet. https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/somalis-oslo-summary-norwegian-20131210_0.pdf

Sex og samfunn- senter for ung seksualitet (2015), Metodebok. Trondheim

Statistisk sentralbyrå; www.ssb.no/innvandring

Vangen, S., Eskild, A. & Forsen, L. (2008). Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115, 1309-15.

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid/Seksjon for likeverdig helsetjeneste
Kvinneklinikken

Epost
post@oslo-universitetssykehus.no

Postadresse
boks 4950 Nydalen
0424 Oslo

Besøksadresse
Kirkeveien 166, 0450 Oslo

Nettside
<http://www.oslo-universitetssykehus.no>

