



PREVENSJON I ET KVINNEHEELSE- OG LIKESTILLINGSPERSPEKTIV

**Hvordan kan vi forstå dagens utfordringer med prevensjon,
ut ifra begrepene frihet, ansvar og kontroll?**

ELLA DAMMEN SOLER MANZANO
FORDYPNINGSOPPGAVE SAMFUNNSFAG
Oslo by steinerskole våren 2023

Forord

Min interesse for kvinnehelse ble virkelig vekket etter åpningen av skjønnhetsklinikken Nomi Oslo, høsten 2022. Kjendiskvinnene i front for Nomi; Vanessa Rudjord, Synnøve Skarbø og Pia Tjelta, uttalte at de ønsket å starte denne «kvinnehelseklinikken» fordi det er så mye kvinnehelse som er tabu. Markedsføringen av Nomi som en «kvinnehelseklinikkk», vakte stort medieoppstyr og heftig kritikk. Motstemmer kom raskt til ordet for å påpeke at botox og fettsuging, som er behandlinger Nomi tilbyr, kanskje ikke er der kvinnehelsekampen bør kjempes. Ifølge motstemmene bidrar dette kun til å fremme det såkalte «skjønnhetstyranniet». Etter stormen rundt dem, valgte alle de tre kvinnene å trekke seg som eiere og gi fullt eierskap til den ansvarlige legen Karim Sayed (Nomi Oslo AS, 2022).

Kjendiskvinnene hadde rett i at mye kvinnehelse er tabu, og det er et reelt problem. Kvinnehelse har ikke blitt prioritert som det burde, og derfor sitter vi som samfunn igjen med store kunnskapsmangler om kvinnehelse. Etter denne saken om «kvinnehelseklinikken», så jeg plutselig at nyheter og sosiale medier stadig hadde flere kvinnehelserelevante saker og problemstillinger. For meg ser det ut som kvinnehelse er blitt «trendy», men det gjenstår å se om det faktisk vil føre til mer reell innsats i kvinnehelse. Jeg håper virkelig det, for som jeg har skjønnet i arbeidet med oppgaven min, er det mange store problemer å ta tak i. I min oppgave har jeg valgt å avgrense det store temaet «kvinnehelse», til utfordringer med prevensjon i et kvinnehelse- og likestillingsperspektiv. Arbeidet med oppgaven har vært utrolig lærerikt, og jeg har lært mye om både selve temaet og om akademisk oppgaveskriving. Det har vært både fantastisk, og til tider litt grusomt, men jeg har virkelig funnet en genuin interesse for kvinnehelse og prevensjon.

Jeg ønsker å takke min fantastiske veileder Kristin, for all hjelp i både samtale og tankeutvikling, i tillegg til tekst og oppgaveskriving. Dette hadde vært utrolig vanskelig uten deg! Jeg vil også si tusen takk til professor Johanne Sundby, for å stille til intervju og berike oppgaven med sin kunnskap.

Da håper jeg du som leser, vil finne den ferdige oppgaven like interessant som jeg syntes det var å skrive den.

Innhold

Forord.....	1
1.0 Innledning.....	3
2.0 Bakgrunn	5
2.1 Prevensjonshistorie.....	5
2.2 Ulike typer prevensjon i dag	6
2.2.1 Hormonell prevensjon	6
2.2.2 Hormonfri prevensjon	7
2.2.3 Bivirkninger.....	8
2.3 Simone de Beauvoir og <i>Det annet kjønn</i>	8
3.0 Drøfting	10
3.1 Frihet	10
3.1.1 Bivirkninger og nytelsesfrihet	11
3.1.2 Informasjon og valgfrihet	16
3.2 Ansvar	18
3.2.1 Holdninger: et kvinneansvar.....	19
3.2.2 Et statlig ansvar?	21
3.2.3 Hvorfor utvikler ikke prevensjon seg?	23
3.2.4 Ny mannlig prevensjon.....	25
4.0 Konklusjon	29
Referanser.....	31

1.0 Innledning

Hva er egentlig kvinnehelse? Kvinnehelse handler i prinsippet om de delene av kropp og sjel, sykdom og helse som er spesifikke for kvinner. Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emerita, Johanne Sundby, skriver: «Noen ganger handler det om hvordan kvinnekropper reagerer annerledes enn mannskropper. Noen ganger handler det om hvordan det at kvinner lever annerledes enn menn, påvirker helsen. Noen ganger handler det om ting som er helt spesifikke for kvinner og lite relevante for menn.» (Sundby, 2022). «Kvinnehelse» rommer altså mye, men er dessverre et felt som har blitt tilsidesatt av samfunn og forskning lenge. Mannskroppen har stått som norm, mens kvinnen har blitt «det annet kjønn», slik som filosof Simone de Beauvoir beskrev i boken *Det annet kjønn* i 1949 (de Beauvoir, 1949).

Også prevensjonsfeltet har blitt tilsidesatt og underprioritert. Det er lav forekomst av tenåringsgraviditeter i Norge, noe som skyldes at vi har god tilgang på sikre, moderne prevensjonsmidler (Hauge, 2019). Men, andre behov har derimot ikke vært prioritert i utvikling av ny prevensjon (Sundby, Intervju, 2023), og derfor må kvinner i dag håndtere store bivirkninger. Kvinner i dag vil ikke lenger akseptere dette, og vi har den siste tiden sett et «prevensjonsopprør» på sosiale medier, ledet av fremtredende influensere. De forkaster den moderne prevensjonen, til fordel for såkalte «naturlige metoder» (Halvorsen, 2022). Tar de tilbake en kontroll over egen kropp, eller gir de opp sin kontroll til naturen?

Verden i dag har endret seg mye siden 1949, da de Beauvoir levde og skrev, og dagens kvinner står derfor ovenfor mange nye utfordringer og problemstillinger. I 1949 var kvinnekontrollert prevensjon fortsatt en fjern drøm. Tanken var der, og det var forsiktig påbegynt forskning og utvikling, men det skulle ta flere år før det ble en realitet for kvinner. Men kanskje kan de Beauvoirs tanker fortsatt være til hjelp for å forstå de prevensjonsutfordringer vi står ovenfor i dag?

Denne oppgaven vil utforske prevensjon i et kvinnehelse- og likestillingsperspektiv. Jeg ønsker å finne ut hvordan vi kan forstå dagens utfordringer med prevensjon, ut ifra begrepene frihet, ansvar og kontroll. Det vil bli lagt mest vekt på begrepene ansvar og frihet, mens kontroll vil komme innunder de to andre begrepene. Jeg vil holde fast ved Simone de

Beauvoir og hennes teori om «det annet kjønn», i tillegg til hennes forståelse av begrepene frihet og ansvar. Denne oppgaven vil hovedsakelig ta for seg utfordringene kvinner står ovenfor i Norge, og betegnelsen «kvinner» vil i stor grad referere til de født med kvinnelig biologi, som trenger å beskytte seg mot uønsket graviditet. Drøftingsdelen vil være to-delt, etter begrepene frihet og ansvar, men før jeg kan bevege meg inn i den, er jeg nødt til å redegjøre for noe relevant bakgrunnsinformasjon.

2.0 Bakgrunn

2.1 Prevensjonshistorie

Like lenge som mennesker har hatt sex, har man forsøkt å kontrollere reproduksjonen, med mer eller mindre hell. Utallige ulike måter har vært i bruk. Såkalte naturlige metoder, som avbrutt samleie (mer kjent som «å hoppe av i svingen»), «sikre perioder»- eller rytmemetoden, samt barrieremetoder har vært populære. Men, ingen av disse metodene har kunnet tilby full sikkerhet mot graviditet. Det var først da p-pillen kom på 60-tallet man endelig kunne skille sex fra reproduksjon (Eielsen, 2020). For kvinner ble dette en seksuell revolusjon. Hun fikk større frihet og kontroll over egen kropp, og det er ikke vanskelig å argumentere for at det endret hele balansen mellom kjønnene.

Med p-pillen kunne kvinner ha sex uten frykten for graviditet, for første gang i historien. Det betød at kvinner i større grad kunne ta utdanning, jobbe og være en aktiv samfunnsborger (Eielsen, 2020). P-pillen var ikke bare revolusjonerende for kvinner – menn dro også nytte av denne lille pillen. Harvard-økonomene Claudia Goldin og Lawrence F. Katz ga i 2002 ut artikkelen «*The Power of the Pill*», som tar for seg de langsiktige sosiale og karrieremessige konsekvensene av p-pillen. I et intervju forklarer Katz at menn etter p-pillens inntog kunne ha «*more money, more sex and less responsibility*», fordi de hadde to inntekter, senere ekteskap og færre barn (Hanna, 2001). Dette med ansvar vil jeg komme tilbake til i drøftingen.

Det 20. århundrets enorme utvikling i prevensjon var styrt av mer enn bare kvinners behov for å kontrollere egen fruktbarhet. Den var også styrt av politiske interesser med befolkningskontroll. Altså; hvem skal få barn, når skal de få barn og hvor mange barn skal de få (Sundby, Intervju, 2023)? Staten er fortsatt en stor aktør når det gjelder prevensjon i dag, Den sette regler for hvem som har tilgang på prevensjon og hvem som må betale for den. Vi har som samfunn ønsket å forhindre flest mulig tenåringsgraviditeter og aborter, og derfor får kvinner mellom 16 og 22 år gratis eller økonomisk støtte til prevensjon fra staten (NOU, 2023). Jenter under 16 kan få utskrevet prevensjon uten at foreldre informeres og samtykker, noe som er ulikt standarden for utskrivelse av andre medikamenter (Helsedirektoratet, 2022). Disse jentene må per dags dato fortsatt betale for prevensjonsmidlet, men med nye anbefalinger fra Kvinnehelseutvalget 2023, kan det hende dette endres i fremtiden (NOU, 2023).

De tidlige p-pillene hadde et veldig høyt hormoninnhold. Typen *Enovid* inneholdt 10 milligram gestagen og 0.15 milligram østrogen, da den kom på det amerikanske markedet rundt 1960. Det er over tre ganger så mye som i dagens høydosepiller. I Norge og Europa var det *Anovlar*-pillene som først ble populære. Da de først traff markedet, inneholdt de 4 milligram gestagen og 0.05 milligram østrogen, noe som er en del lavere hormondose enn amerikanske *Enovid*, men fortsatt langt høyere enn dagens p-piller. Med sitt ekstremt høye hormoninnhold, er det kanskje ikke rart kvinner rapportere kraftige bivirkninger, som følge av pillene (Eielsen, 2020).

2.2 Ulike typer prevensjon i dag

I dag er det heldigvis flere prevensjonsalternativer å velge i enn p-piller med ekstremt høyt hormoninnhold, eller usikre prevensjonsmidler. I det følgende avsnittet skal jeg gå gjennom prevensjonsmidlene på dagens marked.

2.2.1 Hormonell prevensjon

Hormonell prevensjon er, i motsetning til hormonfri prevensjon, legemidler, som utvikles av farmasøytisk industri og formidles gjennom helsearbeidere til forbrukerne. Hormonell prevensjon virker slik at kroppen tror den er gravid, og dermed jobber den ikke aktivt for å bli gravid, slik den ellers naturlig gjør. For kvinnekroppen kan i grunnen gå gravid nesten hele livet, fra menstruasjonen begynner til overgangsalderen inntreffer. Hormoninnholdet i hormonell prevensjon er riktignok mye lavere enn om du faktisk er gravid (Sex og samfunn, u.å.).

Man kan dele hormonell prevensjon inn i gestagenpreparater og kombinasjonspreparater. Gestagenpreparater inneholder en eller flere typer gestagen, mens kombinasjonspreparater inneholder en kombinasjon av gestagen og østrogen. P-stav, hormonspiral, p-sprøyte, minipiller, samt noen p-pillevarianter er eksempler på gestagenpreparater. De langtidsvirkende prevensjonsmidlene (LARC) P-stav og hormonspiral regnes som de sikreste prevensjonsmidlene på markedet, og helsemyndighetene anbefaler derfor kvinner å bruke disse (Statens legemiddelverk, 2022). Gestagenpreparater øker ikke risikoen for blodpropp

eller hjerte- og karsykdommer, slik som kombinasjonspreparatene kan gjøre. De kan gi andre bivirkninger, og særlig forstyrrelser i blødningsmønster er vanlig. P-piller, p-ring og p-plaster er alle kombinasjonspreparater. Ved bruk av prevensjonsmidler som inneholder østrogen, kan man få økt risiko for blodpropp, hjerte- og karsykdommer og brystkreft. De har større grad av brukerfeil enn langtidsvirkende prevensjon, og de regnes derfor ikke som like sikre som p-stav og hormonspiral. På kombinasjonspreparater får man derimot god kontroll over blødningsmønster, og muligheten til å forskyve blødninger (Kløkstad, Aarvold, & Johansen, 2022).

2.2.2 Hormonfri prevensjon

Kondom og kobberspiral er de eneste godkjente hormonfrie prevensjonsmidlene på markedet. Kobberspiral er et langtidsvirkende preparat, og gir derfor lite mulighet for brukerfeil, noe som gjør det svært sikkert. Mange kvinner opplever kraftigere og mer langvarige blødninger, samt en forverring i menstruasjonssmerter. Kondom er eneste prevensjonsmiddel som også beskytter mot seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Ved korrekt bruk beskytter kondom godt mot graviditet, men på grunn av kondomsprekk og brukerfeil, øker risikoen for prevensjonssvikt (Kløkstad, Aarvold, & Johansen, 2022).

I tillegg til kondom og kobberspiral, finnes det også andre hormonfrie prevensjonsmetoder, men disse er ikke godkjente som sikre prevensjonsmetoder. Pessar er en liten ring av plast eller gummi, som plasseres inn i skjeden og fungerer som en blokade for sædcellene inn til livmoren. Den har stor brukerfeil, da den må settes inn rett for å gi beskyttelse, og krever i tillegg en del planlegging, da den må settes inn før samleie og bli værende i skjeden i 6 timer etter bruk. Til gjengjeld er den helt uten alvorlige bivirkninger og komplikasjoner (NHI.no, 2021). Rytmemetoden, også kjent som «sikre perioder», er også en prevensjonsmetode. Da har man kun samleie på dager der sannsynligheten for befruktning regnes som liten, og man må derfor følge nøye med på menstruasjon og eggøsning. Denne metoden er svært usikker, da man er avhengig av at kvinnen har en regelmessig menstruasjonssyklus og at hun klarer å holde fullstendig oversikt over den. I tillegg kan sædceller overleve i livmoren i opptil fem dager etter samleie, og befruktningen kan derfor skje fra fem dager før eggøsning til én dag etterpå (RFSU, u.å.). I tillegg finnes også de tradisjonelle metodene som avbrutt samleie, eller rett og slett, avholdenhet.

2.2.3 Bivirkninger

Prevensjonsmidler i dag kommer som sagt fortsatt med bivirkninger, og dette er noe jeg vil komme tilbake til i drøftingen under *3.1.1 Bivirkninger og nytelsesfrihet*. Men, før vi kan utforske dette i en drøfting, må vi vite hva en bivirkning er.

SML definerer en bivirkning som: «*Bivirkninger er utilsiktede eller skadelige virkninger av legemidler.*» (Granås & Reiter, 2022). I dag er det slik at alle legemidler kan gi bivirkninger, men det betyr ikke at alle som tar legemiddelet får bivirkningene. Det er vanskelig å forutsi hvem som får bivirkninger, og hvilke de får. Dette avhenger av dose og individuelle forhold. Når et nytt legemiddel skal godkjennes, må myndighetene vurdere om nytten av å bruke legemiddelet oppveier risikoen. Da er legemiddelets bruksområde relevant. På mer alvorlige sykdommer, slik som kreft, tillates mer alvorlige bivirkninger fordi sykdommens risiko er større en bivirkningenes risiko (Felleskatalogen, u.å.).

2.3 Simone de Beauvoir og *Det annet kjønn*

Prevensjon har altså endret seg over tid; kvinner har fått mer informasjon, flere og bedre valgmuligheter og dermed et tryggere seksualliv. Dagens prevensjon har skapt en helt annen verden enn den filosof og forfatter; Simone de Beauvoir, levde i og beskrev i sine bøker. Allikevel er hennes tanker fortsatt relevante for oss i dag.

de Beauvoir publiserte i 1949 boken *Det annet kjønn* (de Beauvoir, 1949). Boken regnes som «et epokegjørende feministisk verk», og er fortsatt i dag viktig for feministisk teori (Uvsløkk, 2022). Det bærende konseptet i boken kommer frem allerede i tittelen *Det annet kjønn*. Ifølge de Beauvoir tvinges kvinnen inn i rollen som «den andre», og dette skjer på flere områder: politisk, økonomisk, kulturelt og sosialt. Boken er 2-delt, der bok 1: «Fakta og myter», utforsker hvilke argumenter som har gjort kvinnen til en annenrangs samfunnsborger, på et biologisk, psykologisk, økonomisk, historisk og mytologisk nivå. Bok 2: «Levd erfaring», er en refleksjon rundt hvordan det er å være kvinne i 1949. de Beauvoir dykker ned i kvinnens utvikling, situasjoner, samt hvordan hun holdes fanget i rollen som «den andre» og hvordan hun kan frigjøres fra denne (Uvsløkk, 2022). Det er helt i begynnelsen av bok 2 man finner det svært kjente sitatet: «*Man fødes ikke som kvinne, man blir det.*» (de Beauvoir, 1949, s.

327). de Beauvoir var del av eksistensialismen som filosofisk bevegelse, og var av den grunn svært interessert i frihetsbegrepet. I *Det annet kjønn* hevder hun at kvinnen aldri kan være fri så lenge hun forblir i rollen som «den andre». Dette er fordi hennes *konkrete frihet*, den friheten som er skapt av muligheter, ikke er lik den til mannen. Hvert menneske er født med en *eksistensiell frihet*, og denne skiller menneskene fra dyrene. Men, kvinnen blir systematisk oppdratt til å se seg selv i relasjon til mannen. Mannen blir da den aktive og sterke; subjektet, mens kvinnen blir den passive og svake; objektet. I tillegg påpeker de Beauvoir de økonomiske hindrene i 1949 som står i veien for kvinnens frihet (Aanesen, 2022). Ideen om «det annet kjønn» er skapt av samfunnet: av historie, tradisjon, oppdragelse og normer. Jeg vil holde fast i de Beauvoirs definisjon av frihetsbegrepet videre ut i drøftingsdelen.

3.0 Drøfting

Hvordan kan vi forstå dagens utfordringer med prevensjon, ut ifra begrepene frihet, ansvar og kontroll? Samtidig som prevensjon bringer med seg muligheter som utvilsomt virker likestillende, har prevensjon også frihet- og ansvarsgivende effekter som er verdt å undersøke nærmere. Frihetsbegrepet beskrev vi i 2.3 *Simone de Beauvoir og Det annet kjønn*, og ansvarsbegrepet faller naturlig som en side av frihet. Eksistensialistene mente hvert menneske hadde et enormt ansvar for eget liv, som følge av den eksistensielle friheten. Dette ansvaret kunne være skremmende, og derfor kunne mennesker velge å flykte fra friheten i det de Beauvoir beskrev som «selvbedrag» eller «inautentisitet» (Aanesen, 2022). Det vil bli relevant å undersøke bivirkninger ved moderne prevensjon, og hvordan dette er koblet til nytelsesfrihet, samt valgmuligheter og hvorfor det ikke finnes flere. Jeg vil også komme inn på holdninger i samfunnet til prevensjon. Slik vil vi bedre kunne forstå prevensjon i et kvinnehelse- og likestillingsperspektiv.

3.1 Frihet

Ifølge Simone de Beauvoir er kvinnen «slavebundet av reproduksjonsfunksjonen» (de Beauvoir, 1949, s. 170). Kvinnens reproduksjon er ikke styrt av ønske eller mulighet, men av naturens vilje. Barn er kanskje det største ansvaret et menneske kan ta på seg, og endrer livet ditt gjennomgripende. Hvis kvinnen blir tvunget inn i rollen som mor mot egne ønsker, kan denne situasjonen bli en byrde. Før kvinnen selv kan kontrollere egen reproduksjon, vil hun derfor aldri ha den samme konkrete friheten som en mann. *Det annet kjønn* ble skrevet i Frankrike i 1949. Da var hverken trygg, lovlig abort tilgjengelig, eller sikre prevensjonsmidler. de Beauvoir stiller seg derfor svært positiv til de fremskritt som gjøres for kvinners reproduktive helse i andre land, særlig USA. Hun roser den nye prevensjonen, og peker på den som et stort steg mot kvinnelig frigjøring:

«I løpet av det 19. århundret frigjør kvinnen seg fra naturen; hun får herredømme over sin egen kropp. Når hun for en stor del unnslipper reproduksjonens slaveri, kan hun ta på seg den økonomiske rollen som tilbys henne og som sikrer henne erobringen av hele sin kropp.»
(de Beauvoir, 1949, s. 174).

Kvinner i dag vil fortsatt ha barn, men hun vil selv velge når og hvor mange barn hun ønsker (Sundby, Intervju, 2023). Prevensjon gir henne denne muligheten, og slik tvinges ikke kvinnen inn i rollen som mor, noe som gir henne større valgfrihet over eget liv. Det er ingen tvil om at p-pillen og ny prevensjon var en enorm frigjøring for kvinnen på 1900-tallet, og har muliggjort at kvinnen har kunnet styrke sin posisjon i dagens samfunn. Men spørsmålet er: gir prevensjon i dag fortsatt den samme friheten og likestillingen? For hva innebærer frihet i dag? På grunn av moderne prevensjon, har ikke menn samme kontroll over kvinners reproduktive helse som de en gang hadde. Med prevensjon tar kvinnen rollen som den aktive. Hun er ikke en passiv tilskuer til egen befruktning, men kan ta aktivt del i å kontrollere den «slavebindende reproduksjonsfunksjonen». Dette åpner opp hennes frihet, og hun kan leve som subjektet i eget liv, i stedet for å eksistere som et objekt for mannen. Prevensjon i dag er imidlertid ikke perfekt, den har sine utfordringer. Spørsmålet blir derfor; hva innebærer denne friheten til å ta valg?

3.1.1 Bivirkninger og nytelsesfrihet

Vi stiller større krav til medisinene våre i dag enn før, fordi vi besitter mer informasjon. Dette gjelder også prevensjon. Vi vil ikke lenger godta store bivirkninger ved medikamenter vi er nødt til å bruke over lang tid. Mens prevensjonsmidler kom som en utelukkende frihetsskaper for kvinnen, er det i dag mer nyansert. Hun er nødt til å vurdere om bivirkningene prevensjon har, kan påvirke friheten hennes i negativ grad. Det gir henne et ansvar, men kanskje er vurdering av risiko en innebygd del av friheten til å velge mellom prevensjonsalternativer?

Kvinner som er i heteroseksuelle parforhold, bruker gjerne prevensjon helt fra sin seksuelle debut, til de kommer i overgangsalderen. Kanskje med et par års pause hvis de får barn. Gjennomsnittlig debutalder for jenter er cirka 16,7 år (Bufdir, u.å.), og de fleste kvinner når overgangsalderen når de er mellom 45-55 år (Helsebiblioteket/BMJ, 2020). I tillegg var forventet levealder for kvinner i 2021 84,7 år (Raknes & Sveen, 2022). Et svært grovt regnestykke viser da at en gjennomsnittlig kvinne bruker omtrent 39% av livet sitt på å vurdere prevensjon. Det er en stor del av livet på hormonelle preparater, og det er her vi finner den første utfordringen med prevensjon. Fordi prevensjonsmidler gis til friske, unge kvinner, som gjerne skal bruke dem i mange år, er det problematisk hvis de gir store bivirkninger.

Som nevnt innledningsvis, er sikkerhet det som hovedsakelig har vært prioritert i utviklingen av ny prevensjon. Derfor er dagens prevensjonsmidler svært sikre, med p-stav og hormonspiral som de absolutt sikreste, slik diagrammet under viser. Det viktigste prevensjon skal gjøre er å forhindre graviditet, som hvis uønsket, tar fra deg all frihet. Men, det har vært gjort mindre forskning på bivirkninger, og motivasjon til å velge det ene over det andre, samt hvorfor kvinner skifter prevensjonsmiddel (Sundby, Intervju, 2023). Det gjør noe med friheten, og dette vil jeg komme tilbake til senere i teksten under *3.1.2 Informasjon og valgfrihet*.

Effektivitet (Pearl index)

<i>Metode</i>	<i>Antall gravide "perfekt bruk"</i>	<i>Antall gravide "Vanlig bruk"</i>
P-Stav	0,05%	0,05%
Sterilisering av menn	0,1%	0,15%
Hormonspiral	0,2%	0,2%
Sterilisering av kvinner	0,5%	0,5%
Kobberspiral	0,6%	0,8%
P-sprøyte	0,2%	6%
P-piller	0,3%	9%
P-plaster/ring	0,3%	9%
Kondom	2%	18%
"Hoppe av i svingen"	4%	22%

Tabellen viser hvor stor prosentandel av kvinner som blir gravide i løpet av ett år. Tallene er fra USA og hentet fra WHO.

1 (Ræder, Johansen, & Offerdal, 2021)

Det er som sagt ikke uproblematisk at sikkerhet har vært hovedprioriteten, mens bivirkninger har vært mindre viktige i utvikling av ny prevensjon. Alvorlige bivirkninger defineres som: «Alvorlige mistenkte bivirkninger er definert som hendelser som er livstruende, ender med

død, fører til sykehusinnleggelse, medfører vedvarende eller betydelig nedsatt funksjonsevne eller arbeidsuførhet, eller er en medfødt anomali/fødselsdefekt (jf legemiddelforskriftens §10-1 (1)).» (FHI, 2021). Det er få bivirkninger ved hormonell prevensjon som gir alvorlige bivirkninger, etter denne definisjonen. Noen varianter av p-piller vil her være unntaket. Med p-piller finnes økt risiko for blodpropp, hjerteinfarkt, hjerneslag og brystkreft på listen over svært sjeldne, men alvorlige bivirkninger som kan forekomme (Nesheim, 2022). Dette er i seg selv problematisk, fordi risikoen for slike alvorlige bivirkninger øker desto lengre tid man bruker medikamentet, og prevensjon skal brukes over mange år.

Et annet spørsmål som dukker opp, er om definisjonen av alvorlige bivirkninger er komplett i dag? Særlig i møte med langtidsvirkende preparater som prevensjon, som gis til friske, unge mennesker. En kan påstå at endringer i blødningsmønster, hodepine, kvalme, humørsvingninger, vektøkning, kviser, ømme bryster, tørrhet i skjeden og mindre sexlyst, som alle er vanlige bivirkninger ved hormonell prevensjon (NHI, 2021), er alvorlige bivirkninger i seg selv. Hvorfor? Fordi de nedsetter livskvaliteten. Kvinner er i stor grad pålagt ansvaret med prevensjon, noe jeg vil komme tilbake til under 3.2 *Ansvar*, og det er en likestillingsutfordring hvis hun skal sitte med store bivirkninger på grunn av et felles prevensjonsbehov. Men, så er det også slik at alle medisiner har bivirkninger, og bivirkningene ved hormonell prevensjon går som oftest over etter den første tiden en bruker disse medikamentene (NHI, 2021). Det er uansett verdt å spørre oss selv om prevensjonsmidlene burde utviklet seg mer, enn de har gjort på de siste 50 årene?

Hormonell prevensjon har også sine positive «bivirkninger» (eller *bieffekter* som det heter), i tillegg til at de selvsagt forhindrer graviditet. En svensk studie utført av Uppsala universitet i 2021, viser at risikoen for å bli rammet av livmorkreft reduseres med 32%, mens risikoen for eggstokkreft reduseres med 28% hos kvinner som bruker p-piller. Dette er fordi nivåene av veksthormoner øker under eggløsning, noe som kan forårsake at også kreftceller dannes, men siden p-piller forhindrer eggløsning, minsker derfor risikoen for at kreftceller utvikler seg. Denne beskyttelsen varer i opp mot 30 år etter at man har sluttet med medikamentet. Men, som nevnt tidligere, øker risikoen for en annen kreftform ved bruk av p-piller, nemlig brystkreft. En dansk studie gjort av Rigshospitalet i 2017, viste at risikoen for brystkreft økte med 20% for kvinner mellom 15-49 år, som brukte hormonprevensjon. Det blir derfor

vanskelig å anbefale prevensjon som et effektivt forebyggende tiltak mot kreft (Forskning.no, 2021). I artikkelen spesifiseres det ikke hvilken type hormonell prevensjon som øker risikoen for brystkreft med 20%, men vi kan anta at det er p-piller den har sett på, da det er en kjent bivirkning blant enkelte varianter av p-piller. Dagens kunnskap om bivirkninger gir oss uansett et godt bilde over avveiningene en kvinne må ta når hun skal velge prevensjonsmiddel. Andre positive bieffekter kan være at enkelte kvinner opplever bedring i akne, samt lettere og færre menstruasjoner (Ræder, Johansen, & Offerdal, 2021). Dette vil jeg komme tilbake til under 3.2.2 *Hvorfor utvikler ikke prevensjon seg?*

Hva gjør det med friheten til kvinner, hvis de potensielt skal leve cirka 39% av livet sitt med negative bivirkninger, som på ulike måter nedsetter seksuallivet og den generelle livskvaliteten? Hvis bivirkningene ved prevensjonsmidler er for mange og inngripende, vil friheten til nytelse reduseres. Blødningsforstyrrelser, tørrhet i skjeden og nedsatt sexlyst, skader poenget med hvorfor prevensjon er nødvendig i utgangspunktet; nemlig at vi har sex. Det problematiserer forholdet mellom de preventive hensyn som må tas, og kvinnelig nytelse. Samtidig vil tryggheten kvinnen har med prevensjon også kunne påvirke hennes nytelse. Når kvinnen vet at samleiet ikke vil resultere i en uønsket graviditet, kan hun slappe mer av og slik oppnå større nytelse (Almås & Grünfeld, 2018). Men, hvorfor er det kun kvinnen som er nødt til å prioritere reproduktive hensyn over nytelse? Nytelse, eller rettere sagt nedsatt nytelse, brukes ofte som et argument mot kondomet, det eneste mannlige prevensjonsmiddelet. Menn vil ikke bruke det, fordi det senker følsomheten (Hæstad, 2022). Dette til tross for at kondom, i tillegg til å beskytte mot graviditet, er eneste prevensjonsmiddel som beskytter mot seksuelt overførbare infeksjoner (Klækstad, Aarvold, & Johansen, 2022).

Hvorfor er det kvinnens nytelsesfrihet som må innskrenkes i en situasjon der det tilsynelatende er enten eller, og må det være enten eller? Når det finnes en ubalanse, en skjevfordeling, i nytelsesfriheten, blir hele individets frihet i ubalanse. Kvinnen kan ikke oppleve en sann frihet, før også forutsetningene for nytelse er likestilt. I *Det annet kjønn* hevder Simone de Beauvoir at kvinnen oppdras til å se seg selv som «den andre». Fra fødsel av og helt ut i vårt voksne liv, læres vi opp i de definerte kjønnsrollene. Denne sosialiseringsprosessen, styrt av menn, kvinner og samfunnet som helhet, leder frem til at

kvinnen blir «det annet kjønn». Kanskje er dette relevant for hvorfor kvinnelig nytelse er det som hovedsakelig bortprioriteres når preventive hensyn må tas? Kvinnen kjemper ikke aktivt for noe bedre enn det hun har, fordi hun er lært opp i å ikke kreve noe mer (de Beauvoir, 1949, ss. 387-430). Fordi hun ikke har den konkrete friheten til å kreve noe mer, mister hun friheten til å nyte. Samtidig kan vi også se at dagens samfunn er mer likestilt, og kvinnen har flere muligheter, enn i det samfunnet de Beauvoir observerte og beskrev i 1949. Kvinnen har i grunnen friheten til å kreve mer. Det er ingen lover som holder henne unna, heller ikke store økonomiske hindre. Hva er det da som forhindrer henne?

Mange vil si at det fortsatt er holdninger i samfunnet som holder kvinnen som «det annet kjønn», ute av stand til å kreve mer. Vi oppdras fortsatt av kvinner som har lært å se seg selv som «den andre», og derfor smittes vi også av denne tankegangen. de Beauvoir har også et annet poeng, som kan være med på å forklare hvorfor kvinnen ikke krever mer og bedre for seg selv. Kvinner lever spredt fra andre kvinner, ofte i nære relasjoner til menn. I tillegg er de ikke grunnleggende en minoritet i det miljøet de lever, for det er omtrent like mange kvinner som menn. Av disse grunnene, har ikke kvinner den samme gruppetilhørigheten som andre marginaliserte grupper har (de Beauvoir peker på de svarte i USA og jødene). Kvinner samles ikke på samme måte, og oppnår derfor ikke den samme gjennomslagskraften (de Beauvoir, 1949, ss. 38-39). Fordi hun ikke krever mer og bedre, lar hun seg selv forbli «det annet kjønn»; det passive objektet, uten en selvstendig nytelsesfrihet.

Men kondombruk lønner seg ikke bare for kvinner, men for menn òg. Menn som sliter med prematur ejakulasjon, kan ha nytte av et kondom for å vare lenger. Det finnes mange ulike kondomer på markedet: tjukke, tynne, fargerike, smaksatte osv. Opplever man stor nedsettelse i nytelse, kan et tynt kondom være passende, mens for de med problemer med prematur ejakulasjon kan et tykt være bedre (Hæstad, 2022). Nytelsesfriheten kan slik forbli intakt.

I tillegg burde tallene for antall smittede av seksuelt overførbare infeksjoner i Norge, virke kondom-overbevisende. Norge har et lavt antall HIV smittede hvert år, men de andre SOI-ene er svært utbredt og har over de siste årene hatt en økende trend. Seksuelt overførbare sykdommer rammer for det meste unge mennesker, og den vanligste i de nordiske landene er

klamydia, men de siste 5 årene har gonoré også økt kraftig (Editorial group for NOMESCO health statistics, 2022). Statistisk sett har 1/20 i vennegjengen din klamydia akkurat nå, og 60-80% av disse opplever nærmest ingen symptomer, og vet kanskje ikke at de er smittet engang (Hæstad, 2022). Mange går derfor ubehandlet lenge, noe som kan gi alvorlige konsekvenser. Ubehandlet klamydia kan resultere i bekkeninfeksjon, svangerskap utenfor livmoren, infertilitet og kroniske underlivssmerter hos kvinner (FHI, 2019), og betennelse i sædlederne eller selve testiklene for menn, noe som kan påvirke fertiliteten (Helsebiblioteket, 2020). I tillegg er mange seksuelt overførbare infeksjoner på vei mot å bli antibiotikaresistente, og dette utgjør en stor folkehelsefare (Editorial group for NOMESCO health statistics, 2022).

Med den personlige friheten vi har til å velge å bruke prevensjon eller ikke, følger altså et ansvar. Et ansvar over mange flere enn oss selv, for hvis sykdommer blir antibiotikaresistente vil det endre alt, og ikke til det bedre. Da vil friheten vi i dag nyter til å utøve et fritt seksualliv, erstattes av en enorm frykt for SOI, som er umulige å behandle. Det vil bli den ultimate død for nytelsesfriheten, uavhengig av kjønnnet ditt.

3.1.2 Informasjon og valgfrihet

Kvinnen i dag har mange prevensjonsmidler å velge mellom, men er helt avhengig av god informasjon for å ha en reell valgfrihet. Ingen av dagens prevensjonsmidler er perfekte. For kvinnen kan det derfor være vanskelig å selv skulle vurdere hvilket som er rett for henne, siden hun umulig kan vite hvordan hennes kropp vil reagere på prevensjonsmiddelet. Hvert prevensjonsmiddel kommer med et pakningsvedlegg med lange lister over mulige bivirkninger, men hvilke hun vil oppleve vet ingen. Det er selvsagt mulig å søke rådgivning hos lege og helsestasjoner, men heller ikke disse kan vite hvilke bivirkninger akkurat du vil oppleve. Mange er unge første gangen de skal ta valget om prevensjon (Bufdir, u.å.). Da er det ekstra viktig med god informasjon, om både de positive og de negative bivirkningene en kan oppleve, slik at negative effekter ikke kommer som en skummel overraskelse. Uten god tilgang på informasjon og veiledning, vil en ikke kunne ta det beste valget for seg selv. Men er kvinnens valgfrihet i dag for overveldende?

Valgfrihet forutsetter at vi har gode valgalternativer å velge i. Prevensjon og frie valg har vokst seg svært relevant den siste tiden. Mange influensere har tatt til orde for å fortelle om sine negative opplevelser med hormonell prevensjon, og varslet at de ønsker å prøve «naturlige metoder». Kan mangelfull informasjon om prevensjon være årsaken bak dette, eller er det andre grunner som driver dem?

23-åring og influenser Hanna-Martine Slåttland Baller, er blant dem som har sluttet å bruke hormonell prevensjon og i stedet gått over til «sikre perioder» og temperaturmåling. Høsten 2022 la Hanna-Martine ut en TikTok, der hun fortalte om sine negative opplevelser med hormonell prevensjon, som hun har brukt gjennom hele ungdomstiden. Hun fortalte at hun har opplevd alt fra humørsvingninger, blødninger, kviser, til mindre og større pupper. Hennes opplevelse med hormonell prevensjon har vært dårlig nok, til at hun har valgt å gå over til en prevensjonsmetode der 25 av 100 kvinner blir gravide (Halvorsen, 2022). TikToken hennes skapte heftig debatt, og Hanna-Martine møtte mye kritikk. Men, det er alvorlig hvis unge kvinner som Hanna-Martine, ser seg nødt til å velge usikre prevensjonsmetoder over de tilgjengelige sikre, fordi de opplever bivirkninger som går såpass utover livskvaliteten. Det ser ikke ut som hennes tilfelle handler om mangel på informasjon, men mer om mangel på god nok prevensjon, som dagens kvinner er fornøyd med. Vi kan kritisere hennes valg, fordi det er usikkert, men vi som samfunn bør ta det hun sier på alvor. Hun har erfart at hun ikke kan få både sikkerhet og tilstrekkelig livskvalitet med de tilgjengelige prevensjonsmidlene, så hun forsøker derfor en ny metode for å forbedre eget liv og livsutfoldelse, vel vitende om usikkerheten det bærer med seg. Slik tar hun kontrollen tilbake i egne hender.

Samtidig er det et problem når hun fremmer usikre prevensjonsmetoder, fordi følgerskaren hennes hovedsakelig består av unge jenter, som stoler på henne som informasjonskilde. Doktorgradsstudent i medier og helse ved University of Delaware Emily Pfender, frykter at denne nye trenden kan føre til en økning i antall tenåringsgraviditeter (Mathiesen, 2023). I Norge er det, som nevnt innledningsvis, lav forekomst av tenåringsgraviditeter. Fra 2008-2018, var det en nedgang på 80% av antall jenter under 17 år som har fått barn (Hauge, 2019). Dette er mye fordi staten har tatt et aktivt valg om å tilby gratis, eller billig, prevensjon til unge kvinner mellom 16 og 22 år (NOU, 2023).

Men, det er ikke tilfellet på verdensbasis. Komplikasjoner under graviditet og fødsel er den vanligste dødsårsaken hos jenter i alderen 15-19 år i dag (Redd Barna, u.å.). Det at influensere og kvinner i velstående land, som Norge, dropper den hormonelle prevensjonen er et privilegert valg, sett i forhold til kvinners situasjon i resten av verden. De kan risikere å ta et usikkert valg, fordi de har et sikkerhetsnett rundt seg. De har friheten til å velge å gå på trygg prevensjon eller ikke, og de har mulighet for å ta abort hvis de blir gravide. I tillegg har de også ressursene til å ta vare på et eventuelt barn. Selvbestemt prevensjon gir kvinnen friheten til å velge, men fortsatt står hele 257 millioner kvinner som ikke ønsker å bli gravide, uten tilgang på trygg, moderne prevensjon, mens 172 millioner kvinner ikke bruker noen form for prevensjon (FN, 2022). Det er en stor utfordring, som jeg ikke rekker å gå nærmere inn på i denne oppgaven, men det som kan forstås ut av dette, er at valgfrihet forutsetter at en har valgalternativer å velge mellom. I tillegg betyr valgfrihet noe annet i Vesten, der vi har hatt tilgang på hormonell prevensjon i flere tiår nå, i motsetning til mange utviklingsland. De personlige konsekvensene av en uønsket graviditet er kanskje ganske like, men de konkrete mulighetene er helt forskjellig ut ifra hvor du bor. Men, dette betyr heller ikke at vi skal avskrive det influenserne sier. Vi skal selvsagt være takknemlige for at vi har sikre prevensjonsmuligheter i Norge, og jobbe videre for at flere skal få det, men vi skal ikke stå i en takknemlighetsgjeld, som hindrer verden i å gjøre større fremskritt innen prevensjonsfeltet.

3.2 Ansvar

Diskuterer man frihet, er det nærmest umulig å ikke se på ansvar også: hva frihet gjør med ansvar, og hva ansvar gjør med frihet. Hva vil det si å ha ansvar for en kvinne som velger prevensjon i dag? Fra naturens side, er det kvinnen som sitter igjen med det konkrete ansvaret av et ubeskyttet samleie. Hun blir befruktet og gravid. Det er ikke et valg kvinnen kan ta selv, men noe naturen kontrollerer. Som vi tidligere har hørt fra Simone de Beauvoir, er kvinner fra naturens side: «slavebundet av reproduksjonsfunksjonen» (de Beauvoir, 1949, s. 170). Men betyr dette at kvinner bare skal si seg fornøyd med prevensjon slik den er i dag?

«Gjennom det å bli mor fullbyrder kvinnen sin fysiologiske skjebne: det er hennes «naturlige» kall, siden hele hennes organisme er vendt mot artens videreføring.» (de Beauvoir, 1949, s. 575).

Prevensjonsmidler både letter og øker kvinnens eget ansvar. I dag beveger vi oss gradvis vekk fra p-pillen mot andre, langtidsvirkende prevensjonsmidler (LARC). LARC spiller på de samme intervensjonene som tidligere prevensjonsmidler; hormonell eller fysisk kontroll over fruktbarheten, men bruker litt andre prinsipper og er langtidsvirkende. Denne typen prevensjon kan lette noe av det daglige ansvaret kvinnen har ved bruk av p-piller (Sundby, Intervju, 2023). Men, ansvaret ligger fortsatt kun hos kvinnen. Det er forventet at kvinnen tar ansvaret for prevensjon i et seksuelt parforhold. Dette konstaterer også Kvinnehelseutvalget 2023 i sin nye rapport. Prevensjonsmidlene på markedet er rettet mot henne, og skaper en forventning om hvem som skal ta det preventive ansvaret (NOU, 2023). Det betyr at mannen får mindre ansvar, mens kvinnens personlige ansvar økes, på godt og vondt. Kvinnen får selv ha kontrollen, i en situasjon der hun er mest utsatt, noe som gir henne mer frihet, men også mer ansvar (Sundby, Intervju, 2023).

Samtidig som det ansvaret kvinnen er slavebundet av fra biologiens side lettes, økes altså hennes personlige ansvar. Hun står i stor grad alene i å velge hva slags prevensjon hun skal bruke, i tillegg til at det forblir hennes ansvar å velge rett for seg selv. Men, til forskjell fra hvordan frihet er relatert til prevensjon, på et hovedsakelig individnivå, kan vi se at ansvar er relevant på både et individ- og samfunnsnivå. Kvinnen har ansvaret i seksuelle parforhold, men hvem legger ansvaret der i utgangspunktet?

3.2.1 Holdninger: et kvinneansvar

Prevensjon i dag er fullstendig et kvinneansvar. NRK P3 har i en artikkel intervjuet en gjeng med russ fra Blindern videregående skole i Oslo (Arnesen, 2023). De forteller om et ikke-eksisterende forhold til kondom, det eneste tilgjengelige mannlige prevensjonsmiddelet. To av russeguttene uttaler seg følgende:

«Kondombruk er noe vi er veldig dårlig på. Det blir ikke brukt», sier Lars (18).

«Når jenta går på prevensjon, tenker vi ikke noe over at vi bør bruke det», sier Jo (18).

Det er grunn til å anta at dette er majoriteten av unge norske gutters holdning til kondom. Seksuelt overførbare infeksjoner blir mer og mer vanlig, og dette er tett koblet til manglende kondombruk (Hæstad, 2022). Det er ikke sett på som nødvendig med kondom, når jenta uansett bruker prevensjon. Også jentene har et anstrengt forhold til kondomet:

«Hvis du er jente og en gutt spør om vi skal bruke kondom, føler jeg meg egentlig litt skitten», sier Clara (19).

Den manglende kondombruken blant unge er selvsagt problematisk i forbindelse med den økende trenden av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig gonoré, som er en SOI som har begynt å utvikle antibiotikaresistens (FHI, 2023). Men, det er også et stort problem for den likestillingen Norge ønsker å ha. At jenter skal føle seg «skitten» hvis de ber en gutt, eller blir bedt av en gutt, om å bruke kondom er helt feil. Det å bruke kondom, skal ikke være synonymt med at man «ligger rundt», er «løs» og «skitten».

Holdningen unge i dag har til seksuelt overførbare infeksjoner er skummel. Samtidig som de tar lett på å beskytte seg mot dem, skambelegger de også det å være smittet, særlig hos kvinner. Dette kan vi se på som en videreføring av et historisk tabu om kvinnens kropp og seksualitet. Mens mannen står fri til å utøve et fritt seksualliv, uten skam, er kvinnen konstant utsatt for nytelsesskam. Freud omtalte i boken *The Question of Lay Analysis* kvinnen som «det mørke kontinentet» (Johannisson, 1994), og spilte videre på den kolonialistiske begrepet til «utforsker» Henry Morton Stanley om Afrika som «det mørke kontinentet» (Huynh, 2020). Han sammenlignet kvinnens seksualliv til Afrika, som noe mystisk, uoppdaget, som den (hvite) mann sto fritt til å erobre og herske over.

Det den unge russen sier i dag, viser at mannen fortsatt har kontrollen over kvinnens seksualliv. Hun er redd for hvordan hun vil fremstå, og hva som vil sies om henne, hvis hun forlanger at gutten bruker kondom. Dette er problematisk, særlig fordi kvinnen står mye mer sårbar ovenfor SOI. Smitterisikoen for gonoré ved et ubeskyttet vaginalt samleie med smittet partner er 50-70% for kvinner, og 20-30% for menn (FHI, 2023). Kvinnen har altså større risiko for å smittes av gonoré, enn det mannen har. Fordi mannen ikke har like høy risiko for

smitte, kan han ta lettere på kondombruk. Han kan fraskrive seg alt ansvar, fordi han biologisk er skapt ulikt fra kvinnen, mindre disponert for gonorésmitte. Dessverre ser han det heller ikke som sitt ansvar å beskytte seksualpartneren sin, og bruke kondom, skulle han eventuelt være smittet uten at han vet det. Holdningen om at prevensjon er et kvinneansvar, og et kvinneproblem, står altså fortsatt støtt.

3.2.2 Et statlig ansvar?

Russegutten tar også opp et annet viktig poeng vi kan bruke for å forstå «kondomfrykten» blant unge. De dropper ikke kondom bare fordi det føles bedre, og noen andre uansett tar ansvar for prevensjon. Gutten forteller også at de ikke føler de har fått skikkelig opplæring i hvordan kondom brukes, og at dette kan føre til kleine seksuelle situasjoner:

«Jeg har hatt ett forsøk på å bruke kondom, og da surret jeg noe vanvittig med å få den på. Kombinasjonen av den lange pausen og prestasjonsangsten som kom av jenta som lå og så på, gjorde at hele greia måtte settes på vent», sier Jo (18).

I Norge har staten valgt å ta stort ansvar for befolkningens seksualliv. Kvinner mellom 16 og 22 år får i dag gratis eller økonomisk støtte til prevensjon fra staten, og 2023 Kvinnhelseutvalget foreslår til og med at denne alderen økes til 25 år og at den nedre aldersgrensen fjernes (NOU, 2023). I tillegg kan kondomer bestilles gratis av hvem som helst på nettsiden gratiskondomer.no. Skolene er pålagt å gi elever tilstrekkelig seksualitetsundervisning, selv om det varierer i omfang og kvalitet fra skole til skole (Helsedirektoratet, 2019). Alle skoler er også utstyrt med helsesykepleiere, som kan svare på alle spørsmål man måtte ha om blant annet prevensjon (Helsedirektoratet, 2020). Disse tiltakene gjøres for å forhindre flest mulig uønskede graviditeter og holde aborttallene lave (Tronstad & Dommerud, 2023). Skulle prevensjonen feile, finnes det allikevel et godt offentlig sikkerhetsnett, med selvbestemt abort og et økonomisk støtteapparat skulle man ønske å beholde barnet (Redaksjonen Ung.no, 2022).

Staten har altså tatt et stort ansvar for unges seksualvaner, og prioriterer en tilgjengelighet av både informasjon og selve prevensjonsmidlene. Helsepsykeleiere er førstelinjen for unge som søker kunnskap om prevensjon. De har siden 2016 kunnet rekvirere all prevensjon til unge, også langtidsvirkende, og dette har gjort prevensjon enda mer tilgjengelig (Helsedirektoratet, 2021). Dessverre er det fortsatt et problem med manglende kunnskap om prevensjon i helsevesenet. Lege ved Sex og Samfunn Trine Aarvold, forteller at prevensjon ikke får nok fokus i utdanningen, og at mye helsepersonell ønsker de hadde mer kunnskap om temaet (Aarvold, 2020). Tilstrekkelig informasjon er helt essensielt skal individet, altså kvinnen som søker prevensjon, kunne ta et fullstendig fritt valg. Helsepsykeleiere ved skoler har ofte mer kunnskap om prevensjon enn annet helsepersonell, fordi de jobber med nettopp unge, der prevensjon er en relevant problemstilling. Det er derfor et godt statlig tiltak å ha helsepsykeleiere utplassert ved skolene. Men et ansvar faller også på individet om å oppsøke helsepsykeleieren for informasjon, og slik blir det opp til individet hvor mye prevensjon- og seksualkunnskap hen besitter.

Som nevnt tidligere, opplever russeguttene NRK P3 intervjuet at de burde fått mer opplæring i kondombruk. De føler staten burde tatt enda mer ansvar i å lære dem om kondomer og hvordan å bruke dem. Har seksualitetsundervisningen feilet, eller er dette en unnskyldning for gutter som er for late til å ansvar? Unge i dag er vant til at staten tar stort ansvar, men det er begrenset hvor stort ansvar staten kan ta for individers seksualliv, uten at det går på bekostning av friheten. Det som det er mest fokus på i dagens seksualitetsundervisning er nettopp prevensjon og kondombruk, og alle elever får opplæring i hvordan å bruke kondom (Sex og Samfunn, 2022). Guttene mener det har vært for lite av det, og det kan hende de har rett i. Det er ikke nok å ha én time seksualitetsundervisning én gang. Men, det er heller ikke vanskelig for gutter å selv ta et ansvar, bestille noen kondomer *gratis* på nettet, og dra hjem og øve på egenhånd. Kvinner forlanges å ta stort ansvar for både eget og mannens seksualliv. Da er det minste gutter kan gjøre å lære seg å ta på et kondom.

3.2.3 Hvorfor utvikler ikke prevensjon seg?

Det er altså holdninger i samfunnet som bidrar til at prevensjon fortsatt er et kvinneansvar. Disse holdningene står også støtt i forskning og utvikling. Men, det burde da fortsatt skje utvikling, selv hvis det er et kvinneansvar?

Siden p-pillen ble lansert på 1960-tallet har det skjedd lite utvikling videre i prevensjonsfeltet. Prevensjonsmidler fungerer fortsatt på kun to måter; enten ved å forhindre befruktning eller ved å forhindre eggløsning. Hormonell prevensjon, som forhindrer eggløsning, var svært innovativt da p-pillen kom. Men som vi har sett, har hormonell prevensjon også sine ulemper. Prevensjonsmidlene som har kommet etter p-pillen; spiral, p-stav, p-ring, p-plaster osv., bruker samme metode som p-pillen. De forhindrer eggløsning ved hjelp av hormoner, der den eneste forskjellen er hvordan hormonene leveres til blodstrømmen. Vitenskapen bak de nåværende prevensjonsmidlene på markedet, er altså over 50 år gamle (Watkins, 2012). Spørsmålet blir da: hvorfor forskes det ikke på nye metoder for prevensjon, og hvem har ansvaret?

En måte å forstå det på, finner vi ved å studere legemiddelprodusentene og hvordan de har markedsført, og markedsfører, prevensjon. I artikkelen: *How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960*, hevder Elizabeth Siegel Watkins (professor i «history of health sciences at the University of California, San Francisco») at; «*Marketing decisions, rather than scientific innovations, have guided the development and positioning of contraceptive products in recent years.*» (Watkins, 2012). Den utviklingen som har skjedd i prevensjonsindustrien, har kun vært små endringer på allerede eksisterende metoder. Watkins mener utviklingen har vært styrt av en kapitalistisk agenda for å få forbrukerne til å kjøpe akkurat deres produkt, i et hav av mer eller mindre like produkter. Prevensjonsmidlene har blitt markedsført som mer enn bare prevensjon, som et såkalt «lifestyle drug», eller livsstilsmedikament. Fokuset i markedsføringen har vært på de positive bieffektene av prevensjonsmiddelet, som for eksempel mindre kviser, færre blødninger og mindre humørsvingninger. I dette havet med ulike, men i grunnen relativt like produkter, har legemiddelindustrien kunnet unngå å utvikle nye prevensjonsmidler, fordi markedet allerede er mettet:

«Companies feared that new contraceptives would not attract enough new users to be profitable or that they might eat into the profits of their products already on the market. The safer bet was to stick with current product lines, tinkering here and there with the formulations but not making any major innovations.» (Watkins, 2012).

Er det et problem hvis vi bruker prevensjonsmidler som et livsstilsmedikament, og ikke som en fertilitetskontroll? Først og fremst, er det ingenting som tilsier at prevensjonsmidler hovedsakelig brukes som et livsstilsmedikament, men at det har vært markedsført som det, er det ingen tvil om. Men, hvis en kvinne uansett skal gå på prevensjon, burde det vel være bra om hun også får med noen ekstra fordeler? Selvsagt finnes det positive bieffekter ved noen varianter av prevensjonsmidler, men som vi har sett tidligere, finnes det også mange negative bivirkninger. Dette har selskapene som står bak markedsføringen bevisst unngått å nevne i sin promotering av prevensjonsmidlene. De har hatt kontrollen over informasjonsstrømmen, og markedsført svært misledende til tusenvis av kvinner.

Dette har i USA ført til mange søksmål mot legemiddelselskapene. Selskapet Bayer AG har, ifølge rettsdokumenter, de siste årene løst 19.000 søksmål fra kvinner, som har opplevd negative bivirkninger ved bruk av Bayers p-piller: *Yaz* og *Yasmin* (Llamas, 2022). *Yaz*s slagord har vært «beyond birth control», og deres markedsføring har hovedsakelig dreid seg rundt de mange, påståtte, positive bieffektene *Yaz* skal ha (Watkins, 2012). «Beyond birth control» har kanskje vist seg å stemme litt for godt, når tusenvis av kvinner går til sak mot Bayer AG på grunn av alvorlige bivirkninger som blodpropp, problemer med galleblæren, hjerteinfarkt og slag (Llamas, 2022). Disse legemiddelselskapene har ikke tatt ansvaret sitt om god informasjonsformidling til sine kvinnelige forbrukere, men har i stedet misledet kvinner gjennom sin lite nyanserte markedsføring. Dette har vært styrt av et jag etter profitt, og har dessverre forhindret kvinner i å ta et velinformert valg om egen helse. Fordi det finnes noe som heter «produktansvar», vil det i en rettsal være produsenten som har ansvaret, skulle produktet forvolde noen skade på forbrukeren (Døving & Gisle, 2021). Produktansvar er svært sentralt for videre forståelse av hvorfor prevensjon ikke har utviklet seg mer.

I 1995 artikkelen; «*Still Waiting for the Contraceptive Revolution*», peker Michael Klitsch på produktansvar som en av hovedgrunnene til at legemiddelindustrien ikke har tatt større steg i videreutviklingen av prevensjon (Klitsch, 1995). Kostnadene mange legemiddelselskaper har måttet betale i skadekrav, har vært avskrekkende for utvikling av nye prevensjonsmetoder. Nye selskaper med nye ideer tør ikke gå inn i en bransje, der det ikke er noe profitt å hente. Klitsch skriver også at de mulige kostnadene produktansvar kan medføre, er et problem for alle selskaper, også de som utvikler prevensjonsmidler uten formålet om profitt. Det går store summer inn i utviklingen av et nytt legemiddel. Et selskap må derfor måle risiko opp mot gevinst, når de bestemmer hva de skal investere pengene sine i. De må være sikre på at det er et marked for produktet, og siden det allerede er sikker prevensjon tilgjengelig på markedet, lander ofte selskaper på at risikoen blir for høy, både på grunn av de potensielle skadekravene, samt det mettede markedet. Derfor har legemiddelindustrien prioritert små justeringer i allerede eksisterende prevensjonsmidler, samt enorm markedsføring av de små, heldige bieffektene, over virkelig utvikling og forbedring av prevensjon (Klitsch, 1995).

Hvordan kan vi som samfunn godta dette som en gyldig grunn til ikke å utvikle ny, bedre prevensjon? Ville de samme argumentene holdt hvis det var menn som ble gravide? Fordi det er kvinnen som blir gravid, er det blitt en selvfølge at kvinner tar ansvaret for prevensjonen i et seksuelt forhold. Legemiddelindustriens prioriteringer kan sees som at kvinnen fortsatt er «det annet kjønn» i helse, og vi kan se at likestilling enda ikke har nådd helsesektoren. Det synes også i det mangelfulle prevensjonstilbudet for menn, noe neste avsnitt *3.2.4 Mannlig prevensjon* vil utforske nærmere.

3.2.4 Ny mannlig prevensjon

Vi har tidligere sett på holdninger i samfunnet til kondom, som er det eneste tilgjengelige mannlige prevensjonsmiddelet på markedet. Teller man med mannlig sterilisering og avbrutt samleie også, er det for så vidt tre mannlige prevensjonsalternativer, men kondom er det eneste på markedet. Kondom er et godt prevensjonsmiddel, og beskytter mot både graviditet og ikke minst SOI. Det er derimot ikke blant de sikreste prevensjonsmidlene, og omtrent 18 eller flere av 100 blir gravide per år (Olsvik, 2019). I tillegg er det ikke særlig populært. Kondomet har vært med oss som prevensjonsmiddel i mange århundre, men har aldri slått helt an. Derfor kan man spørre: hvorfor finnes det ikke flere prevensjonsalternativer for menn?

Mannlig prevensjon har vært under utvikling lenge, men har aldri nådd markedet. Dette kan i stor grad forklares med de samme grunnene til hvorfor det ikke har skjedd mer utvikling i prevensjonsmidler for kvinner. Det koker ned til behov, risiko og profit.

Legemiddelindustrien har lite motivasjon for å produsere mannlig prevensjon, fordi det allerede finnes sikker prevensjon på markedet. For at de skal kunne profitere på mannlig prevensjon, må det være et behov for det og et marked (Hæstad, 2022). Det kan ingen garantere legemiddelselskapene, og derfor blir risikoen for stor. Ser man det fra et kvinnelig perspektiv, finnes det absolutt et behov for mannlige prevensjonsmidler. Kvinner i parforhold ønsker noen å dele byrden, og ansvaret, med, og mange menn ønsker selv å ha kontroll over sin reproduktive helse (Andersen, 2022).

Om det er et marked for ny mannlig prevensjon, er et annet spørsmål. Menn har i utgangspunktet mindre motivasjon for å ta på seg ansvaret for prevensjon i et forhold. Det er ikke mennene som sitter igjen med det direkte ansvaret av et ubeskyttet samleie, fordi det er kvinnen som blir gravid. Derfor er også mannens motivasjon lavere for eventuelle bivirkninger mannlig prevensjon kan føre med seg. Det har gjort det vanskelig å få legemiddelfirmaer til å kjøpe opp noen av de mannlige prevensjonsmidler som har blitt utviklet (Hæstad, 2022). Kvinnen godtar i større grad flere, og mer inngripende bivirkninger, enn menn vil gjøre, nettopp fordi hun har mest å tape på å ikke bruke sikker prevensjon. Menn har kun en indirekte nytte av prevensjon, mens kvinnen har en svært direkte nytte. Dette gjør det mer gunstig for kvinnen å ta ansvar.

Prevensjonsmidler til menn må fungere på en annen måte enn de til kvinner. Mens moderne hormonell prevensjon til kvinner må stoppe prosessen som produserer ett til to fruktbare egg i måneden, må mannlig prevensjon stoppe spermene i å befrukte et egg (Gibbens, 2023). Det er gjort en del forskning på mannlig prevensjon de siste årene, og man har fått utviklet flere lovende alternativer. Et alternativ som har kommet langt i sin utviklingsprosess er en gel, som smøres på en manns skuldre og armer hver dag. Fordi gelen absorberes via huden, slipper prevensjonshormonene sakte ut i kroppen og mannen forblir ufruktbar så lenge han bruker gelen. I tillegg utvikles også mannlige p-piller. Fordelen med prevensjonsmidler til menn, er at mange i undersøkelser hittil har vist betydelig mindre inngripende bivirkninger, enn de som

kvinnelig prevensjon kommer med i dag (Egge, 2022). Forskere har troen på den utviklingen som skjer med mannlig prevensjon, men sier det vil ta noen år før prevensjonsmidlene treffer markedet. Det er paradoksalt nok noe som har blitt sagt i årevis (Gibbens, 2023).

Prevensjonsmidler for menn er ikke en fjern drøm, men en nær virkelighet, men kun hvis markedet kjøper de opp og begynner å produsere dem.

Det store spørsmålet som følger, er; ville kvinner stolt på at menn tok ansvaret for prevensjonen? Ville kvinnen turt å slutte på egen prevensjon, gi opp sin kontroll, og la mannen ta det ansvaret? En umiddelbar tanke er kanskje at nei, det ville ikke vært mulig. Kvinnen har blitt vant til sin posisjon som den som tar ansvar, og mannen har blitt vant til sin posisjon som den som slipper å ta ansvar. Kan hun stole på at han ville husket å ta en p-pille, eller smøre på gelen hver dag? I en undersøkelse som strakk seg over seks ulike land, noen med lav inntekt, andre med middels og høy inntekt, ble 5000 menn som har sex med kvinner, spurt om sine holdninger til prevensjonsmidler for menn. De mest positive mennene i undersøkelsen var de i Nigeria, der nesten 80% var interesserte, mens de minst positive var amerikanske menn, der kun 40% var interesserte. De landene der kvinnelig prevensjon allerede er godt utbredt, var der menn viste minst engasjement for mannlige prevensjonsmidler. Undersøkelsen viste riktig nok at interessen i alle landene økte over tid. Leder for undersøkelsen, Steve Kretschmer ved DesireLine, fortalte at deres data også viste at majoriteten av kvinner i hvert land ville tro på partneren sin, hvis han sa at han brukte prevensjon (WHO, 2022).

P-piller, p-gel og andre prevensjonsmidler rettet mot menn, som nå utvikles, kan være gode alternativer til de kvinnen har å velge i på dagens marked. Men, de forutsetter, som kvinnens prevensjonspreparater, at man er i monogame parforhold, siden de ikke beskytter mot SOI. Det er det fortsatt kun kondom som gjør. Men som vi tidligere har sett, er ikke kondom særlig populært. Kanskje burde større utvikling skje i utviklingen av prevensjonsmidler, som i tillegg til å beskytte mot graviditet også beskytter mot SOI? Smittetallene vi har sett på tidligere, tilsier i hvert fall at det kunne vært lurt.

Det er vanskelig å si for sikkert hvordan norske kvinner og menn ville forholdt seg til mannlig prevensjon. Kanskje ville ikke menn gidde, og kanskje ville ikke kvinner stolt på dem hvis de hadde gidde? Poenget er at vi ikke vet, uten først å prøve. Kanskje finner vi ut at det er den selvstendige kontrollen som gir kvinnen den konkrete friheten, og at mannlig prevensjon bare er et forsøk på å skape en falsk likestilling? Men, kanskje oppdager vi at det skjer noe med samfunnets holdninger rundt hva som er kvinnens domene og hva som er mannens, når ansvaret fordeles jevnere, og at vi slik oppnår en mer reell likestilling? Det vi vet er at ansvaret for prevensjon er skjevfordelt i dag. Med moderne prevensjon, har det skjedd en økt privatisering av helseansvar, der kvinnen er blitt etterlatt med fullt ansvar for både seg selv og partneren, uten samtidig å ha kontrollen over markedets tilgjengelige prevensjonsmidler. Kvinner har ikke våget å rokke ved de fastsatte sannhetene og normene samfunnet har gitt dem, og slik har hun bidratt i å holde seg selv som «det annet kjønn». Men vi kan se at dette er i endring. Det er blitt mer fokus på kvinnehelse, inkludert prevensjon, de siste månedene. Kvinnene har gjort jobben sin og sagt ifra, nå ligger presset på markedet for å møte etterspørselen. Om de tar ansvaret sitt gjenstår fortsatt å se.

4.0 Konklusjon

Hvordan har vi kunnet forstå dagens utfordringer med prevensjon, ut ifra begrepene frihet, ansvar og kontroll?

Utfordringene med prevensjon er sammensatte, og det betyr at det kan være vanskelig å identifisere, forstå og løse dem på et godt vis. Vi har sett at det finnes for få gode prevensjonsalternativer, både for kvinner og menn, og at dette påvirker både valg- og nytelsesfriheten. Mangelen på tilfredsstillende prevensjonsmidler, er mye legemiddelindustrien sitt ansvar. Prioriteringene deres har vært styrt av jaget etter profitt, samt en frykt for produktansvar, skulle deres medikamenter forvolde forbrukere skade. I tillegg finnes det også holdninger i samfunnet, som gjør at det preventive ansvaret forblir hos kvinnen.

Vi kan se dagens utfordringer med prevensjon som et symptom på et større problem: at kvinnen fortsatt er «det annet kjønn» innen helsesektoren. Vi kan selvsagt velge å tenke at det er et utelukkende «kvinneproblem», fordi kvinnen er født med de biologiske forutsetningene som gjør henne til en fødemaskin. Men, som Simone de Beauvoir sier, er ikke de biologiske faktorene nok til å skape kvinnen til «det annet kjønn»:

«Man fødes ikke som kvinne, man blir det.» (de Beauvoir, 1949, s. 327).

Prevensjon kan ikke forbli et «kvinneproblem», men heller noe som menn og kvinner har like stort ansvar for. Kvinnen og mannen er skapt biologisk ulike, men dette forutsetter ikke at kvinnen skal bli «det annet kjønn». Det er samfunnet som skaper henne til «det annet kjønn», akkurat som vi skaper prevensjon om til et kvinnehelseproblem. Prevensjon vil aldri ikke være relevant for kvinnen, men det ansvaret hun alene bærer i dag, er ikke frihetsskapende. Samtidig som hun får mye frihet når hun selv sitter med kontrollen over egen reproduktive helse, er det fortsatt utfordringer som hindrer den konkrete friheten og likestillingen. Det blir feil hvis kvinnen stille skal ta til takke med den prevensjonen som finnes i dag, ut ifra en «takknemlighetsgjeld», fordi det kunne vært verre. Skal vi kunne si at vi lever i et av verdens

mest likestilte land, må vi ha en reell likestilling. Den mangler fortsatt innen helsesektoren, inkludert i prevensjon. Derfor er ikke prevensjon et lukket kapittel, men heller et sted der vi må fortsette å kreve mer utvikling. Vi lever ikke i et likestilt samfunn, før den «slavebindende reproduksjonsfunksjonen» ikke skaper et kjønnskilte i individers rett til konkret frihet.

Referanser

- Almås, E., & Grünfeld, B. (2018, September 4.). *orgasme*. Hentet Februar 20., 2023 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/orgasme>
- Andersen, A. N. (2022, April 2.). *Menn får p-piller uten bivirkninger: – Det er ganske «fucked up»*. Hentet Mars 3., 2023 fra TV2: <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/menn-far-p-piller-uten-bivirkninger-det-er-ganske-fucked-up/14676889/>
- Arnesen, E. (2023, Februar 25.). *Russen dropper kondom: – Ganske rart å spørre om*. Hentet Mars 5., 2023 fra NRK P3: <https://p3.no/russen-dropper-kondom-ganske-rart-a-sporre-om/>
- Buudir. (u.å.). *Ungdom og seksualitet*. Hentet Februar 5., 2023 fra Buudir: <https://www.buudir.no/foreldrehverdag/ungdom/grenser-bekymring-og-sex/ungdom-og-seksualitet/>
- de Beauvoir, S. (1949). Bok I. Fakta og Myter: Andre del. Historie V. I S. de Beauvoir, *Det annet kjønn* (s. 170). Oslo: Pax forlag A/S.
- de Beauvoir, S. (1949). Bok I. Fakta og Myter: Andre del. Historie V. I S. de Beauvoir, *Det annet kjønn* (s. 174). Oslo: Pax forlag A/S.
- de Beauvoir, S. (1949). Bok I. Fakta og Myter: Innledning. I S. de Beauvoir, *Det annet kjønn* (ss. 38-39). Oslo: Pax forlag A/S.
- de Beauvoir, S. (1949). Bok II. Levd erfaring: Andre del. Situasjon: VI. Moren. I S. de Beauvoir, *Det annet kjønn* (s. 575). Oslo: Pax forlag A/S.
- de Beauvoir, S. (1949). Bok II. Levd Erfaring: Første del. Utvikling: I. Barndom. I S. de Beauvoir, *Det annet kjønn* (s. 327). Oslo: Pax forlag A/S.
- de Beauvoir, S. (1949). Bok II. Levd Erfaring: Første del. Utvikling: II. Ungpiken. I S. de Beauvoir, *Det annet kjønn* (ss. 387-430). Oslo: Pax forlag A/S.
- de Beauvoir, S. (1949). *Det annet kjønn*. Oslo : Pax forlag A/S.
- Døving, I., & Gisle, J. (2021, Juli 8.). *produktansvar*. Hentet Februar 13., 2023 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/produktansvar>

- Editorial group for NOMESCO health statistics. (2022, Mai 18.). *Sexually transmitted diseases in the Nordic countries*. Hentet Februar 26., 2023 fra Nordic Health and Welfare statistics: <https://nhwstat.org/health/thematic-articles-health/sexually-transmitted-diseases-nordic-countries>
- Egge, J. H. (2022, Mars 26.). *P-piller for menn funnet 99 prosent effektive i mus*. Hentet Mars 15., 2023 fra NRK: <https://www.nrk.no/trondelag/p-piller-for-menn-99-prosent-effektive-i-mus--ser-ingen-negative-bivirkninger-1.15905858>
- Eielsen, M. S. (2020). *Pillen*. Oslo: Forlaget Manifest AS.
- Felleskatalogen. (u.å.). *Legemidler og bivirkninger*. Hentet Februar 5., 2023 fra Felleskatalogen: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/nyttig-om/bivirkninger>
- FHI. (2019, Juni 19.). *Chlamydiainfeksjon, genital (klamydia) - veileder for helsepersonell*. Hentet Februar 26., 2023 fra FHI: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/chlamydiainfeksjon-genital-klamydia/>
- FHI. (2021, Juli 1.). *Mistanke om alvorlige bivirkninger etter vaksinasjon*. Hentet Februar 5., 2023 fra FHI: <https://www.fhi.no/nettpub/veileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/strategier-for-vaksinasjon-ved-pandemi/mistanke-om-alvorlige-bivirkninger-etter-vaksinasjon/>
- FHI. (2023, Februar 16.). *Gonoré*. Hentet Mars 5., 2023 fra FHI: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/seksuelt-overforbare-infeksjoner/diag/om-gonore/>
- FN. (2022, Mai 18.). *Kvinner og likestilling*. Hentet Mars 1., 2023 fra FN: <https://www.fn.no/tema/fattigdom/kvinner-og-likestilling>
- Forskning.no. (2021, Januar 11.). *P-piller minsker risikoen for underlivskreft*. Hentet Februar 20., 2023 fra Forskning.no: <https://forskning.no/kreft-ntb/p-piller-minsker-risikoen-for-underlivskreft/1796472>
- Gibbens, S. (2023, Mars 3.). *Birth control options for men are advancing. Here's how they work*. Hentet Mars 14., 2023 fra National Geographic: <https://www.nationalgeographic.com/magazine/article/male-contraceptives-birth-control-science->

explained?cmpid=org=ngp::mc=social::src=instagram::cmp=editorial::add=ig2023031
Oscience-malebirthcontrolhedcardfreetrial&linkId=204908251

Granås, A. G., & Reiter, L. (2022, Oktober 7.). *Bivirkninger*. Hentet Januar 30., 2023 fra
Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/bivirkninger>

Halvorsen, M. R. (2022, Oktober 10.). *Dropper hormonspiral- får massiv TikTok-respons*.
Hentet Februar 28., 2023 fra TV2: <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/dropper-hormonspiral-far-massiv-tiktok-respons/15166266/>

Hanna, J. (2001, Juli 1.). *Prosperity and the Pill*. Hentet Januar 30., 2023 fra Harvard
Magazine: <https://www.harvardmagazine.com/2001/07/prosperity-and-the-pill.html>

Hauge, N. E. (2019, 28. Juni). *Aldri har færre jenter under 17 år fått barn*. Hentet Mars 1.,
2023 fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/2019/06/aldri-har-faerre-jenter-i-norge-under-17-ar-fatt-barn>

Helsebiblioteket. (2020, Februar 18.). *Klamydia*. Hentet Februar 26., 2023 fra
Helsebiblioteket:
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/pasientinformasjon/klamydia>

Helsebiblioteket/BMJ. (2020, September 18.). *Overgangsalder: Hva er det?* Hentet Januar
30., 2021 fra Helsenorge: <https://www.helsenorge.no/sykdom/underliv/menopause/>

Helsedirektoratet. (2019, November 11.). *Undervisning om seksuell helse: Skolehelsetjenesten skal tilby seg å bidra i skolens undervisning om seksuell helse*. Hentet Mars 5., 2023
fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/samhandling-med-skole/undervisning-om-seksuell-helse-skolehelsetjenesten-skal-tilby-seg-a-bidra-i-skolens-undervisning-om-seksuell-helse>

Helsedirektoratet. (2020, Januar 10.). *Skolehelsetjenesten*. Hentet fra Helsenorge:
<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/skolehelsetjenesten/>

Helsedirektoratet. (2021, Desember 21.). *Rekvirering av hormonell prevensjon til personer under 16 år*. Hentet Mars 21., 2023 fra Helsedirektoratet:
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/rekvirering-av-hormonell-prevensjon/metode-og-prosess>

- Helsedirektoratet. (2022, Mars 16.). *Unge under 16 år kan få prevensjon uten at foreldrene samtykker eller orienteres*. Hentet Mars 19., 2023 fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/rekvirering-av-hormonell-prevensjon/avvergeplikt-informasjon-og-samtykke/unge-under-16-ar-kan-fa-prevensjon-uten-at-foreldrene-samtykker-eller-orienteres>
- Huynh, H. (2020, Mai 28.). *Shining Light on the "Dark Continent"*. Hentet Mars 5., 2023 fra University of Minnesota: College of Liberal Arts: African American & African Studies: <https://cla.umn.edu/aaas/news-events/story/shining-light-dark-continent>
- Hæstad, M. (2022, Februar 17.). *Bedre sex uten kondom?* Hentet Februar 20., 2023 fra Maja.no: <https://www.maja.no/seksualhelse/bedre-sex-uten-kondom>
- Hæstad, M. (2022, Mars 30.). *Prevensjon for menn: skulle du ønske at det var han som tok p-pillene?* Hentet Mars 3., 2023 fra Maja.no: <https://www.maja.no/prevensjon/prevensjon-for-menn>
- Johannisson, K. (1994). *Det mørke kontinentet*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.
- Klitsch, M. (1995). Still Waiting for the Contraceptive Revolution. *Family Planning Perspectives* vol. 27 no. 6, 246-253. Hentet Februar 13., 2023 fra https://www.jstor.org/stable/pdf/2136177.pdf?refreqid=excelsior%3A7f278cd024609e02d777e336899ab9e4&ab_segments=0%2FSYC-6744_basic_search%2Fcontrol&origin=&initiator=&acceptTC=1
- Klørstad, S., Aarvold, T., & Johansen, M. (2022, August 9.). *Prevensjonsmidler*. Hentet Januar 30., 2023 fra eMetodebok for seksuell helse: <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>
- Llamas, M. (2022, November 11.). *Yaz lawsuits*. Hentet Februar 13., 2023 fra Drugwatch: <https://www.drugwatch.com/yaz/lawsuits/>
- Mathiesen, G. (2023, Februar 6.). *Dårlige råd fra influensere kan gjøre at flere unge blir gravide*. Hentet Mars 1., 2023 fra Forskning.no: <https://forskning.no/seksualitet-sosiale-medier/darlige-rad-fra-influensere-kan-gjore-at-flere-unge-blir-gravide/2150096>
- Mathisen, G. (2023, Februar 6.). *Dårlige råd fra influensere kan gjøre at flere unge blir gravide*. Hentet Februar 17., 2023 fra Forskning.no: <https://forskning.no/seksualitet->

- sosiale-medier/darlige-rad-fra-influensere-kan-gjore-at-flere-unge-blir-gravide/2150096
- Moi, T. (2022, September 19.). *Simone de Beauvoir*. Hentet Februar 8., 2023 fra Store norske leksikon: https://snl.no/Simone_de_Beauvoir
- Nesheim, B.-I. (2022, Januar 20.). *p-piller*. Hentet Januar 30., 2023 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/p-piller>
- NHI. (2021, Februar 3.). *Hormonell prevensjon og bivirkninger*. Hentet Februar 3., 2023 fra NHI: <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/prevensjon/hormonell-prevensjon-bivirkninger/>
- NHI.no. (2021, Februar 3.). *Pessar*. Hentet Januar 15., 2023 fra NHI.no: <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/pessar/>
- Nomi Oslo AS. (2022, September 20.). *Vanessa Rudjord, Synnøve Skarbø og Pia Tjelta trekker seg fra Nomi Oslo AS*. Hentet Januar 8., 2023 fra NTB kommunikasjon: <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/vanessa-rudjord-synnove-skarbo-og-pia-tjelta-trekker-seg-fra-nomi-oslo-as?publisherId=17848283&releaseId=17941314>
- NOU. (2023, Mars 2.). *NOU 2023: 5 Den store forskjellen— Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet Mars 5., 2023 fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/?q=prevensjon&ch=4#kap9-8-1>
- Olsvik, M. (2019, September 3.). *LARC – langtidsvirkende reversibel prevensjon*. Hentet Februar 13., 2023 fra Sex og samfunn: <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2019/09/onsdag-kveld.pdf>
- Raknes, G., & Sveen, K. A. (2022, Juni 10.). *Tall fra Dødsårsakregisteret 2021*. Hentet Februar 8., 2023 fra FHI: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-2021/>
- Redaksjonen Ung.no. (2022, Mai 24.). *Gravid? Hva gjør du med skolen?* Hentet Mars 5., 2023 fra Ung.no: https://www.ung.no/graviditet/2672_Gravid_-_hva_med_skolen.html
- Redd Barna. (u.å.). *Tenåringsgraviditet*. Hentet Mars 1., 2023 fra Redd Barna: <https://www.reddbarna.no/vart-arbeid/barn-i-verden/tenaringsgraviditet/>

- RFSU. (u.å.). *Øvrige prevensjonsmetoder*. Hentet Januar 15., 2023 fra RFSU:
<https://www.rfsu.com/no/seksualopplysning/ovrige-prevensjonsmetoder/>
- Ræder, M. B., Johansen, M., & Offerdal, K. (2021). *Veileder i gynekologi (2021): Prevensjon*. Hentet Februar 6., 2023 fra Den norske legeforening:
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/prevensjon/>
- Sex og Samfunn. (2022, April). *Hva inngår i dagens seksualitetsundervisning?* Hentet Mars 21., 2023 fra Sex og Samfunn: <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2022/04/Hva-inngar-i-dagens-seksualitetsundervisning-Et-dypdykk-i-innholdet-i-seksualitetsundervisningen-i-skolen.pdf>
- Sex og samfunn. (u.å.). *Prevensjon- hva passer for meg?* Hentet Januar 15., 2023 fra Sex og samfunn: <https://sexogsamfunn.no/prevensjon/hva-passer-for-meg/#>
- Statens legemiddelverk. (2022, September 27.). *Anbefalte hormonelle prevensjonsmidler*. Hentet Februar 3., 2023 fra Statens legemiddelverk:
<https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/p-piller/anbefalte-hormonelle-prevensjonsmidler>
- Sundby, J. (2022, September 22.). *Kronikk: Hva er egentlig kvinnehelse?* Hentet Januar 8., 2023 fra Kilden kjønnsforskning.no: <https://kjonnsforskning.no/nb/2022/09/hva-er-egentlig-kvinnehelse>
- Sundby, J. (2023, Februar 9.). Intervju.
- Tronstad, L., & Dommerud, T. (2023, Mars 2.). *Gratis p-piller opp til 25 år og tiltak for kvinner med overgangsplager*. Hentet Mars 5., 2023 fra Aftenposten:
<https://www.aftenposten.no/norge/i/abKo5A/gratis-p-piller-opp-til-25-aar-og-tiltak-for-kvinner-med-overgangsplager>
- Uvsløkk, G. (2022, Oktober 27.). *Det annet kjønn*. Hentet Februar 2., 2023 fra Store norske leksikon: https://snl.no/Det_annet_kj%C3%B8nn
- Watkins, E. S. (2012, August). *How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960*. Hentet Februar 13., 2023 fra National Library of Medicine:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3464843/>

WHO. (2022, Oktober 4.). *Male Contraception Webinar*. Hentet Mars 19., 2023 fra Youtube:
<https://www.youtube.com/watch?v=MaC3y0bYRMI>

Aanesen, K. H. (2022, Juni 14.). *Simone de Beauvoir*. Hentet Mars 15., 2023 fra NDLA:
<https://ndla.no/nb/subject:ea2822da-52f0-4517-bf01-c63f8e96f446/topic:c37d6a13-1df4-44e2-8459-8d6c1d0886c2/topic:077347fc-cf3c-41de-ba74-d48172b4a346/resource:1:196230>

Aarvold, T. (2020, November 21.). *Vi må gi bedre informasjon om prevensjon*. Hentet Februar 28., 2023 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/meninger/2020/11/vi-ma-gi-bedre-informasjon-om-prevensjon>

Forsidebilde: Dybvig, E. (2018, Oktober 3.) *Uten tittel* [bilde] Hentet Mars 21., 2023 fra Under arbeid <https://underarbeid.org/images/meninger/519filosof.jpg>