



UiT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

# Provosert abort blant tenåringer i Finnmark

*Tiltak som har bidratt til å redusere abortraten de siste år*

—  
**Lisa Adeleide Nilsen**

*Master oppgave i Medisin (MED-3950). Hammerfest: Profesjonsstudiet i medisin*

*Veileder: Ingrid Petrikke Olsen, IKM, UiT Norges Arktiske Universitetet og overlege på kvinne- og barneavdelingen ved klinikk Hammerfest; Finnmarkssykehuset.*



## Forord

Tenåringer i Finnmark har i mange tiår hatt høyest forekomst av provoserte aborter i Norge. Det har imidlertid vært en betydelig reduksjon i abortraten blant tenåringene siden begynnelsen av 2010-tallet. Jeg ønsket å finne ut hvilke tiltak som har bidratt til denne reduksjonen. Slik at man kan fortsette å arbeide målrettet i fremtiden for å redusere abortraten blant tenåringer ytterligere. Bakgrunnen for valg av tema var min interesse for gynekologi, kvinnehelse og min lokale tilhørighet til Finnmark.

Problemstilling og formål har vært utformet i samarbeid med veileder Ingrid Petrikke Olsen. Jeg ønsker å benytte anledningen til å takke for gode innspill, faglige diskusjoner og engasjementet i prosessen med min masteroppgave. Du har vært til stor inspirasjon for meg.

Jeg vil rette en stor takk til alle helsesøstre og jordmødre i Finnmark, som har bidratt ved utfylling av spørreskjema. Dere har tilført oppgaven ytterligere informasjon om hvordan det arbeides rundt omkring i kommunene for å redusere abortraten blant unge kvinner.

Jeg ønsker også å takke familie og gode venner som har bistått med korrekturlesing og uvurderlig støtte underveis. Ikke minst min forlovede Søren, for hjelpen og tålmodigheten under dette prosjektarbeidet.

Dato: 31.05.2019

Sted: Hammerfest

Lisa Adeleide Nilsen

Lisa Adeleide Nilsen

Forfatter

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	III
Forkortelser .....	V
Definisjoner og avklaringer .....	VI
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	1
1.2 Problemstilling .....	1
1.3 Begrensninger i oppgaven.....	2
2 Hvorfor forebygge provosert abort?.....	2
2.1 Provosert abort .....	2
2.2 Forebygging av uønskede svangerskap og aborter .....	5
3 Materiale og metode.....	10
3.1 Arbeidsprosessen.....	10
3.2 Spørreskjema.....	11
3.3 Reseptregisteret .....	12
3.4 Befolkningsgrunnlaget i Finnmark .....	15
3.5 Litteratur.....	15
3.6 Ethiske betraktninger .....	15
4 Resultater.....	16
4.1 Prevensjonsbruk blant tenåringer i Finnmark .....	16
4.2 Forskrivere av hormonell prevensjon.....	17
4.3 Bidragsordningen .....	18
4.4 Informasjon fra helsesykepleiere og jordmødre i kommunene.....	18
5 Diskusjon.....	19
6 Konklusjon .....	25
7 Referanser.....	26
8 Tabeller.....	34
Tabell 1 – Utleverte prevensjonsmidler.....	35
Tabell 2 – Forskrivere av hormonell prevensjon .....	37
Tabell 3 – Resepttype .....	39
Tabell 4 – Befolkningsgrunnlag .....	40
Tabell 5 – Fordeling av forskrevne resepter på hormonell prevensjon .....	41
Tabell 6 – Fordeling mellom profesjoner og spesialiteter som forskriver hormonell prevensjon.....	42
9 Figurer .....	43
10 Vedlegg .....	46
Vedlegg 1: Spørreskjema til kommunale helsesykepleiere/jordmødre i Finnmark.....	47
Vedlegg 2: Vedtaksbrev fra NorPD (FHI).....	49
Vedlegg 3: Fremgangsmåte for datauttak om befolkningsgrunnlaget fra SSB .....	51

Vedlegg 4: Følgerev fra NorPD (FHI).....	53
Vedlegg 5: Kjikvadrat-test.....	57
Vedlegg 6: Oppsummering av besvarte spørreskjema fra helsesykepleiere/jordmødre.....	58
Vedlegg 7: Artikkevaluering.....	59

## Sammendrag

**Bakgrunn** Økt tilgjengelighet på prevensjon og relevante helsetjenester er viktige faktorer for å redusere antall provoserte aborter. De siste årene har det vært en betydelig reduksjon i antall aborter blant tenåringsjenter i Finnmark og landet forøvrig. Dette etter at det har vært igangsatt flere nasjonale tiltak gjennom handlingsplaner. Finnmark har tradisjonelt hatt høy abortforekomst i Norge og har høyest antall tenåringsaborter. Formålet er å undersøke hvilke tiltak som har bidratt til å redusere abortraten blant tenåringsjenter i Finnmark de siste årene.

**Materiale og metode** Det er innhentet data vedrørende bruk av hormonell prevensjon blant kvinner i alderen 15-19 år bosatt i Finnmark for perioden 2011-2016, som er fordelt på to tidskohorter 2011-2013 og 2014-2016. Opplysningene er om hvilke prevensjonsmetoder som ble benyttet og hvem som forskrev resepter på hormonell prevensjon. I tillegg også informasjon om tilgjengeligheten på lavterskeltilbud i Finnmark, som helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten. Data er innhentet fra abortregisteret, reseptregisteret, SSB og via spørreskjema besvart av jordmødre og helsesykepleiere i kommunene. Statistisk analyse er utført med kji-kvadrattest.

**Resultater** I studieperioden var det en økning i antall resepter på p-stav og hormonspiral, mens p-pille var den mest brukte metoden. Leger i spesialisering, allmennpraktikere, jordmødre og helsesykepleiere forskrev flest resepter på hormonell prevensjon til tenåringsjenter i Finnmark. Det var en signifikant økning i antall resepter utlevert med økonomisk substitusjon fra første treårsperiode til andre. Lavterskeltilbud var tilgjengelig i alle kommunestørrelser, og helsesykepleiere og jordmødre var en av profesjonene som forskrev flest resepter til målgruppen.

**Konklusjon** Det var en dreining mot flere resepter på sikre metoder som p-stav og hormonspiral selv om det samlet ikke ble forskrevet flere resepter på hormonell prevensjon for tenåringsjenter i Finnmark. Ordningen med substituert prevensjon var mer brukt i studiens siste år. Lavterskeltilbudet i kommunene synes å være godt etablert, uavhengig av kommune-størrelse. Nasjonale tiltak synes å ha hatt effekt i Finnmark men fortsatt er det potensiale for å redusere antall tenåringsaborter ytterligere, særlig ved å rette oppmerksomheten mot å øke bruken av p-stav og hormonspiral.

**Emneord:** Abort, provosert abort, prevensjon, p-piller, spiral, p-stav, minipille, p-plaster, p-ring, LARC, reseptregisteret, abortregisteret, tenåringer, Finnmark, Norge.

## Forkortelser

ATC	Anatomisk-terapeutisk legemiddelkode
BMJ	British Medical Journal
HELFO	Helsedirektoratets ytre etat, helseøkonomiforvaltningen
HSU	Helsestasjon for ungdom
LARC	Langtidsvirkende reversibelt prevensjonsmiddel (Long-acting reversible contraception), inkl. hormonspiral, kobberspiral og p-stav
NorPD	Reseptregisteret
M-pille	Minipille, prevensjonspille med gestagenkomponent
Implantat	Prevensjonsimplantat med gestagenkomponent, også kalt <i>p-stav</i>
P-pille	Prevensjonspille med kombinasjon av østrogen - og gestagenkomponent
P-plaster	Prevensjonsplaster med østrogen -og gestagenkomponent
P-ring	Prevensjonsring med østrogen- og gestagenkomponent
P-sprøyte	Prevensjonsinjeksjon med gestagenkomponent
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
SHT	Skolehelsetjeneste
SOI	Seksuelt overførbare infeksjoner
SSB	Statistisk sentralbyrå
WHO	Verdens helseorganisasjon

## Definisjoner og avklaringer

<i>Abortrate</i>	Antall utførte aborter per 1000 kvinner i fertil alder (15-49 år).
<i>Karibiske land</i>	Antigua og Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Den Dominikanske Republikk, Grenada, Guadeloupe, Haiti, Jamaica, Martinique, Puerto Rico, Saint Lucia, Saint Vincent og Grenadinene, Trinidad -og Tobago og De Amerikanske Jomfruøyer.
<i>Mødredødsfall</i>	Dødsfall hos en gravid kvinne i svangerskapet eller inntil 42 dager etter svangerskapets avslutning.
<i>Nord-Amerika</i>	Canada og USA.
<i>Provosert abort</i>	Et fremkalt svangerskapsavbrudd i den hensikt å hindre fødsel av et barn. Provosert abort kan utføres medikamentelt eller kirurgisk. Også kjent som <i>indusert abort</i> .
<i>Tenåring</i>	I denne oppgaven brukt om jenter i aldersgruppen 15-19 år.
<i>Trygg abort</i>	Prosedyre for å terminere uønsket svangerskap utført av helsepersonell, med tilstrekkelig medisiner og utstyr.
<i>Utrygg abort</i>	Prosedyre for å avslutte uønsket svangerskap av en som enten ikke har tilstrekkelig ferdigheter eller i omgivelser som ikke oppfyller kravene for minimal medisinsk standard, eller begge.
<i>Vest-Europa</i>	Østerrike, Belgia, Frankrike, Nederland og Sveits.
<i>Øst-Europa</i>	Hviterussland, Bulgaria, Tsjekkia, Ungarn, Polen, Moldova, Romania, Russland, Slovakia og Ukraina.



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for oppgaven

Flere studier har vist at økt tilgjengelighet på prevensjon og relevante helsetjenester sammen med økt kunnskap om prevensjonsbruk og seksuell helse, er viktige faktorer for å redusere antallet uønskede svangerskap og aborter (1-4). I 1980 var aborthyppigheten på landsbasis størst blant de yngste kvinnene i aldersgruppen 15-19 år. De siste 30 årene det har vært en betydelig reduksjon i antall provoserte aborter i denne aldersgruppen. Nasjonalt har abortraten i aldersgruppen 15-19 år gått fra 22,4 i 1980 til 5,5 i 2018 (5). Det har i løpet av denne perioden vært økt fokus på seksual opplysning og økt tilgjengelighet på prevensjon, gjennom en rekke konkrete tiltak og handlingsplaner fra Helsedirektoratet (6-9).

Finnmark er et av fylkene som har høyest abortrate blant kvinner i fertil alder. For aldersgruppen 15-19 år ble det utført 11,5 provoserte aborter per 1000 kvinner i Finnmark i 2018. Til sammenligning hadde Sogn og Fjordane 2,2 provoserte aborter per 1000 kvinner i aldersgruppen 15-19 år. Sogn og Fjordane var også det fylket med lavest antall provoserte aborter blant kvinner i fertil alder i Norge (5). Selv om Finnmark fortsatt har høyest abortrate blant tenåringsjenter har det vært en betydelig reduksjon av antall aborter de senere år. Fra 2011 til 2016 var det en reduksjon fra totalt 64 provoserte aborter til 35 i aldersgruppen 15-19 år. Som utgjør en signifikant reduksjon på i overkant av 45 %. I 2018 var det en ytterligere reduksjon sammenlignet med 2016, med totalt 27 provoserte aborter i samme aldersgruppe (5, 10).

## 1.2 Problemstilling

Målet med denne oppgaven er å undersøke hvilke tiltak som har bidratt til å redusere abortraten blant tenåringer i Finnmark. Dette ved å undersøke hvordan tilbudet med lett tilgjengelig prevensjon til unge kvinner i Finnmark er, omfanget av prevensjonsbruk og hvilke prevensjonsmetoder som brukes blant tenåringsjenter i Finnmark. I tillegg til å se hvorvidt tenåringsjentene benytter seg av lett tilgjengelig prevensjonskonsultasjon ville vi undersøke hvilket helsepersonell som forskriver resept på hormonell prevensjon. Det vil også berøres hvilket tilbud av helsestasjoner og skolehelsetjenester som finnes i fylket og om tiltakene i *handlingsplanen for forebygging av uønskede svangerskap og aborter for perioden 2010 – 2015* (6) er implementert i Finnmark.

### 1.3 Begrensninger i oppgaven

Det er hentet ut data fra reseptregisteret om prevensjonsbruk blant tenåringer i Finnmark. Legemidler utlevert direkte til individer fra sykehus eller legekantor er ikke registrert i reseptregisteret. Dette innebærer at kvinner som har betalt direkte på legekantor eller sykehus for eksempelvis spiral og p-stav, ikke vil være inkludert i studiens datamateriale.

Kobberspiral er ikke klassifisert som et legemiddel, det fins derfor heller ingen informasjon om utlevering av kobberspiral i reseptregisteret. Bruk av kobberspiral inngår følgelig ikke i oppgavens datamateriale. Under oppgavens resultatdel menes derfor hormonspiral og p-stav når «LARC» omtales. Nødprevensjon selges reseptfritt over disk og inngår derfor ikke i datagrunnlaget fra NorPD. Mindre sikre prevensjonsmetoder som bruk av kondom, avbrutt samleie og samleie kun i sikre perioder i menstruasjonssyklusen er naturlig nok ikke mulig å inkludere innenfor rammeverket til oppgaven.

I ”*Rapport om svangerskapsavbrot for 2018*” (5) finner man oversikt over abortraten i de ulike fylkene og nasjonalt. Det fremkommer ingen oversikt over abortraten for den enkelte kommune. Abortraten i Finnmark ses derfor under ett, og eventuelle kommunale forskjeller vil ikke belyses.

Det er i denne studien ikke gjort direkte studier på unge kvinner som har gjennomgått provosert abort. Følgelig er resultater i denne oppgaven utelukkende på gruppenivå og ikke individnivå. Opplysninger om seksuell debut og opplevde barrierer for å skaffe seg prevensjon er heller ikke undersøkt.

## 2 Hvorfor forebygge provosert abort?

### 2.1 Provosert abort

#### 2.1.1 Provosert abort globalt

Uønskede svangerskap og provoserte aborter er viktige globale utfordringer når det kommer til kvinnehelse. Den dag i dag er det enda assosiert med høy risiko og store konsekvenser for både mor og foster i enkelte deler av verden. Det er betydelig høyere forekomst av svangerskap og fødsler blant kvinner i aldersgruppen 15-19 år i utviklingsland sammenlignet med industriland. En av de vanligste dødsårsakene i samme aldersgruppe er komplikasjoner knyttet til svangerskap, abort og fødsel (4, 11). Både på samfunns- og individnivå er det et

mål for WHO å nå så lave antall av uønskede svangerskap og provoserte aborter som mulig (12).

I perioden 2010-2014 var det globalt i gjennomsnitt 56 millioner provoserte aborter årlig. Rundt 25 millioner av disse var klassifiserte som utrygge aborter (3). I dag er det fortsatt land med restriktive abortlover, hovedsakelig i Latin-Amerika, Afrika og Asia, hvor provosert abort er ansett som ulovlig (13). Andelen av utrygge aborter er større i land med restriktive abortlover, sammenlignet med land med mer liberal abortlovgivning (3). Globalt endte 25 % av alle svangerskap med provosert abort i perioden 2010-2014, mens 19 % av alle svangerskap i Nord-Europa endte med provosert abort i samme periode (3). I 2013 estimerte WHO at 287 000 dødsfall skyldtes mødredødsfall verden over (14). Det er på verdensbasis gjennomført flere studier om årsaker til maternelle dødsfall. Det er estimert at det årlig er mellom 4,7 – 13,2 % av maternelle dødsfall som skyldes utrygg abort (15-17). Det innebærer at minst 22 800 kvinner dør årlig om følge av komplikasjoner etter utrygg abort (14). I tillegg var det i 2012 estimert at 6,9 millioner kvinner måtte behandles for komplikasjoner etter å ha gjennomgått utrygg abort (16). WHO har gjennom tusenårsmålene satt kvinnehelse på dagsorden med definerte mål blant annet om å forbedre mødre helse og redusere antall utrygge aborter (18).

Retten til selvbestemt abort har den siste tiden også vært satt på den politiske dagsorden i Norge. I Tidsskriftet for den Norske Legeforening skrev professor Acharya i 2019 at abort er en medisinsk nødvendighet og at sårbare kvinners reproduktive helse ikke bør ofres for politisk vinning (19). Han trekker frem viktigheten av at abort er lovlig og tilgjengelig, fordi restriktiv abortgivning og fravær av tilgjengelighet medfører økt antall utrygge aborter med de komplikasjoner det innebærer (20).

En systematisk oversikt om provoserte aborter på verdensbasis for perioden 1990-2014 viste at abortforekomsten gikk ned i 184 land (3). Studien utført av Sedgh et al. fant en signifikant reduksjon i antall provoserte aborter i høyinntekts- og mellominntektsland. De estimerte en abortforekomst på 35 aborter per 1000 kvinner i fertil alder verden over i perioden 2010-2014. Høyest abortrate var det i Karibiske land med 65 per 1000 kvinner i fertil alder, mens Vest-Europa og Nord-Amerika hadde lavest abortrate på henholdsvis 18 og 17. I Øst-Europa observerte man den største reduksjonen i antall aborter med en halvering i abortforekomsten. Rapporten peker på at økt tilgjengelighet og opplysning med fokus på prevensjonskunnskap

og uplanlagte svangerskap vil gi et stort forebyggingspotensial mot provoserte aborter, særlig i lavinntektsland.

WHO la i 2001 frem en strategiplan med klart definerte mål for seksuell helse, som blant annet omhandlet provoserte aborter (12). Det ble satt mål om reduksjon av antall provoserte aborter, basert på abortforekomsten i de enkelte landene med måloppnåelse innen 2010. Tross reduksjon i abortforekomsten i 184 land, var det ingen land som oppnådde de konkrete målene satt av WHO (3). Dette viser at tross en betydelig reduksjon i antall aborter er det fortsatt en lang vei å gå i forebygging av provoserte aborter i et globalt perspektiv.

### 2.1.2 Provosert abort i Norge

Kampen for retten til selvbestemt abort startet i Norge på begynnelsen av 1900-tallet (21). I 1959 foreslo regjeringen *lov om adgang til avbrytelse av svangerskap*. I 1960 ble *lov om svangerskapsavbrot* vedtatt og trådte i kraft i 1964 (22). Det var da et fåtall medisinske indikasjoner som gjorde at kvinner kunne få innvilget abort. Eksempler på dette kunne være alvorlig psykisk sykdom og fare for mors liv. Indikasjoner som overgrep og incest kunne også gi rett til abort. Hvorvidt det forelå indikasjon for abort eller ikke, ble avgjort av en komité, bestående av en sykehuslege og fylkeslegen i det aktuelle fylket. Loven sammen med kvinners kamp for fri abort medførte en gradvis liberalisering av abortpolitikken, hvor sosiale forhold etter hvert ble mer tungtveiende. I 1975 ble en ny lov vedtatt, som åpnet for at også sosiale hensyn skulle inngå som vilkår for abort (23, 24). I Norge har det fra 1979 vært rett til selvbestemt abort før svangerskapsuke 12, etter at *lov om svangerskapsavbrudd* trådte i kraft (25). Loven ivaretar kvinners rett til svangerskapsavbrudd, sammen med rett til veiledning og ivaretagelse i helsevesenet både før, under -og etter inngrepet (26, s. 320).

Etter at abortloven trådte i kraft har det blitt ført nasjonal statistikk over svangerskapsavbrudd i Norge (5). Fra 1979 frem til 1981 var det høyest abortrate i aldersgruppen 15-19 år.

Aborthyppigheten har siden da blitt årlig redusert blant tenåringene over hele landet. Spesielt har det vært en betydelig reduksjon i antall svangerskapsavbrudd blant de yngste kvinnene de senere årene. I 2008 var abortraten nasjonalt 18,1 blant tenåringene, mens den 10 år senere i 2018 var redusert til 10,3. Dette kan ses i sammenheng med nasjonale tiltak og handlingsplaner. Et eksempel er subsidiert hormonell prevensjon til aldersgruppen og økt tilgjengelighet på prevensjon ved at rekvireringsretten er utvidet til også å gjelde

helsesykepleiere og jordmødre. Det har også vært økt fokus på seksual undervisning i skolene og økt tilbud gjennom skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (1, 8, 9).

Det ble i 2018 utført totalt 12 380 svangerskapsavbrudd i Norge. Noe som tilsvarer en reduksjon på i underkant av 3 % sammenlignet med året før (5), og i underkant av 20 % sammenlignet med 2011 (27). Aborttallene for 2018 var det laveste antallet som er registrert noen gang. Abortraten i 2018 var nasjonalt 10,3 per 1000 kvinner i fertil alder. Trenden en har sett fra 2000-tallet hvor antallet stadig reduseres, pågår fortsatt. Det er derimot store variasjoner i antall provoserte aborter både mellom ulike fylker og mellom ulike aldersgrupper.

### **2.1.3 Provosert abort i Finnmark**

Finnmark var fylket med høyest antall provoserte aborter i 2018 med 14,1 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i fertil alder. Etterfulgt av Troms med abortrate på 13,5, og Oslo med abortrate på 12,6. Fylkene med lavest abortrate var Sogn -og Fjordane med 7,3 aborter per 1000 kvinner, Møre -og Romsdal med 8,3, og Rogaland med 8,6 (5). Denne geografiske trenden med Oslo og fylkene i nord på topp, og vestlandet på bunn har vært til stede siden abortloven trådte i kraft (28). Men til tross for at Finnmark stadig har høy abortrate på nasjonalt nivå, har reduksjonen av antall aborter i fylket vært blant de største på landsbasis (5). Fra 2000 til 2018 har det vært en reduksjon i abortraten blant kvinner i fertialder fra 20,4 til 14,1 i Finnmark (29).

Også blant de yngste kvinnene har Finnmark fortsatt den høyeste aborthyppigheten med 11,5 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner mellom 15-19 år i 2018, etterfulgt av Troms og Oslo. Til sammenligning var den nasjonale abortraten i aldersgruppen 5,5 i 2018. I studieperioden var en betydelig reduksjon i abortraten blant tenåringer i Finnmark fra 64 aborter i 2011 til 35 aborter i 2016.

## **2.2 Forebygging av uønskede svangerskap og aborter**

Reduksjon i antall uønskede svangerskap har vært et viktig mål for å bedre seksuell helse (30). For å kunne forebygge uønskede svangerskap og aborter er det essensielt å ha kunnskap om hvem som gjennomgår provoserte aborter, og hva som kjennetegner de som velger abort. Utover abortregisterets årsrapporter, er det gjort lite forskning i forbindelse med provosert abort i Norge, og det har vært stilt spørsmålsteget ved hvorvidt temaet i det hele tatt er mulig å

forske på. En norsk studie utført på vestlandet i 2009 hadde som hensikt å kartlegge om forskning på senvirkninger etter provosert abort kunne gjennomføres på et representativt utvalg. Dette ved å kartlegge abortsøkernes holdning til å delta i en forhåndsavtalt oppfølgingsstudie i form av spørreskjema (31). Ifølge Iversens studie fant man at under halvparten av de som søkte abort var villige til å delta i en slik oppfølgingsstudie etter 1-2 år. Det var kun rundt 35 % av deltakerne som var villige til å delta etter 5-10 år. Den dominerende begrunnelsen til å avstå deltakelse i en slik studie var at de fleste ønsket å glemme aborten. Andre årsaker var frykt for at andre skulle få vite noe, samt ønske om å holde det privat. Dette illustrerer utfordringene ved å gjennomføre studier vedrørende temaet på et representativt grunnlag. Om denne studiens funn er representative for resten av landet er uvisst. Ettersom det har vært utført færrest aborter på vestlandet kan dette gjenspeile bakenforliggende holdninger i retning av at færre ønsker å delta i en oppfølgingsstudie om abort. For å få mer kunnskap om hvem som gjennomgår provoserte aborter og hva som kjennetegner disse, er nasjonale register som abortregisteret og reseptregisteret viktige kilder.

Det er verden over gjennomført flere studier med formål om å undersøke hva som kjennetegner de som tar abort, og hvordan man mest effektivt kan forebygge uplanlagte svangerskap og aborter. En oversiktsartikkel utarbeidet av Cochrane Library så på ulike tiltak for å forebygge uønskede svangerskap blant tenåringer (4). Deres funn viste at risikoen for uplanlagte svangerskap var signifikant lavere blant tenåringer som mottok flere intervensjoner, sammenlignet med kontrollgruppene. Dette samsvarer med funn fra andre oversiktsartikler (32). Samme studie fant også at forebygging ved hjelp av økt tilgjengelighet på prevensjon alene, ikke reduserte risikoen for uplanlagte svangerskap.

En studie utført i Norge undersøkte risikofaktorer for gjentatte aborter, basert på tall fra abortregisteret (33). Justad-Berg fant at i underkant av 40 % av de som begjærte abort før svangerskapsuke 12, tidligere hadde tatt én eller flere aborter. Funnene i studien viste at alder over 25 år, ett eller flere barn fra tidligere, bruk av prevensjon på befruktningstidspunktet og lavere utdanningsnivå, alle var faktorer assosiert med høyere risiko for gjentatte aborter. Kvinner bosatt i Oslo og Nord-Norge hadde også økt risiko for gjentatte aborter. Disse funnene samsvarer med studier utført i andre sammenliknbare land (34-36). En annen studie hadde som formål å undersøke hvor stor andel av de som gjennomgikk provosert abort i Norge, som oppgav å bruke prevensjon ved befruktningstidspunktet i perioden 2007-2011 (37). Rundt 60 % av de under 20 år brukte ikke prevensjon, mens resterende oppgav å bruke

prevensjon ved befruktningstidspunktet. For kvinnene under 20 år oppgav 24,1 % at de brukte korttidsvirkende prevensjon ved befruktningstidspunktet, hvor p-piller og minipiller var vanligst. 12,1 % oppgav å bruke kondom og 0,2 % oppgav at de brukte LARC.

I mars 2010 ble ”*Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort – perioden 2010 - 2015*” lansert av Helsedirektoratet (9). Hovedmålene var å redusere antall aborter og samtidig bidra til at alle i best mulig grad er i stand til å ivareta egen seksuell helse. Videre å sikre at alle har best mulig utgangspunkt for å planlegge svangerskap og familieliv.

**De definerte målene skulle oppnås gjennom fem strategiske virkemidler (9, s. 14):**

- 1. Lett tilgjengelighet til god kunnskap om seksualitet og handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og relasjoner.*
- 2. Lett tilgjengelighet til tjenester med tilbud om rådgivning og veiledning og spesielt til tjenester med tilbud om konsultasjon for prevensjon, abort og SOI.*
- 3. Lett tilgjengelighet til selvbestemt prevensjon og økt tilgjengelighet til test og behandling for SOI og klamydia.*
- 4. Integrering av strategier for bedre seksuell helse i det lokale folkehelsearbeidet.*
- 5. Utvikling av kunnskap og virkemidler – styrket nordisk samarbeid.*

Målgruppen for handlingsplanen ble definert som barn fra seks år til ungdomsskolealder, ungdom, unge voksne opp til 25 år og foreldre. Fylkesmennene ble ilagt ansvaret for å påvirke kommunene, fylkeskommunene og samfunnet forøvrig til å integrere tiltakene handlingsplanen foreslo (6, s. 14). En studie fra 2003 undersøkte hvordan ungdom opplevde møtet og relasjonen med helsepersonell og helsestasjonen (38). Studien viste at brukerens opplevelse av kontakt med både ansatte og helsestasjonen var preget av stor tillit. Tillit er helt essensielt for at ungdom og unge voksne aktivt skal oppsøke disse tilbudene. Tjenestene som tilbys av henholdsvis helsestasjoner og skolehelsetjenester er et gratis lavterskeltilbud. Tilbudet skal være tilgjengelig for alle barn, ungdom og deres foreldre som nettopp er målgruppen for handlingsplanen. Deres oppgaver omfatter en rekke tema tilknyttet seksuell helse og illustrerer deres sentrale rolle og potensiale vedrørende seksuelle helse og forebygging av uønskede graviditeter og aborter blant unge kvinner i aldersgruppen 15-19 år.

I 2016 la Helse- og Omsorgsdepartementet frem strategiplanen ”*Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 – 2022)*”. Også denne planen har definerte mål om å forebygge uønskede svangerskap blant kvinner i alle aldersgrupper i Norge, og slik redusere antallet provoserte aborter (30, s. 32). Målet skal nås ved å sikre at mennesker i alle aldre og helsepersonell får tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å ivareta seksuell helse. Fokuset var å videreføre arbeidet som de siste årene har bidratt til å redusere aborthyppigheten nasjonalt gjennom ”*Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort*”.

En studie fra 2017 undersøkte tilgjengeligheten og bruken av prevensjon i de nordiske landene, blant kvinner i fertil alder for perioden 2010-2013 (2). Studiens funn var at økt tilgjengelighet på prevensjon, i form av helsesykepleieres og jordmødres rekvireringsrett sammen med refusjonsordninger, er viktige faktorer for å øke bruken av prevensjon i alle aldersgrupper. En annen studie utført av Skjeldestad hadde som formål å evaluere bidragsordningen med økt tilgjengelighet i Norge (39). De fant at nær 80 % av studiens utvalg hadde tatt ut minst én resept på prevensjon før de fylte 19 år. Helsesykepleiere og jordmødre forskrev flest resepter til jenter i aldersgruppen 17-18 år, mens legene samlet sett forskrev flest resepter på hormonelle prevensjonsmidler. Studiens funn viser at økt tilgjengelighet på prevensjon har bidratt til å øke prevensjonsbruken, og at unge kvinner benytter seg av tilbudet.

### **2.2.1 Stønad til prevensjon for unge kvinner og økt tilgjengelighet til prevensjon**

Fra januar 2002 ble det innført en ordning med gratis p-piller til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år gjennom stønad til prevensjon for unge kvinner, kjent som *bidragsordningen*. Dette som ledd i fokusområdet med økt tilgjengelighet av prevensjon til tenåringer. I mars samme år ble ordningen utvidet ved at det ble innført en fast bidragssats for hormonelle prevensjonsmidler til aldersgruppen 16 til 20 år. Ordningen ble også utvidet til å omfatte flere prevensjonsmidler og ble en erstatning for ordningen innført i 2002, med gratis p-piller i den aktuelle aldersgruppen. Bidragsordningen dekket inntil 100 kr for tre måneders bruk. Fra juni samme år ble bidragsordningen ytterligere utvidet, ved at helsesykepleiere og jordmødre i helsestasjon- og skolehelsetjenesten fikk muligheten til å forskrive hormonell prevensjon på visse betingelser. Ordningen var da begrenset til friske kvinner fra 16-20 år og til en forhåndsbestemt liste av p-piller (40). Siden den gang har denne ordningen blitt utvidet ytterligere ved en rekke anledninger. Senest i januar 2016 da alle helsesykepleiere og jordmødre med relevant utdanning, fikk muligheten til å forskrive alle prevensjonsmidler i



ATC-kodegruppe G02B (antikonseptiva, lokale) og G03A (antikonseptiva, hormoner, systemiske) (41).

Bidragsdekning for prevensjonsmidler til unge kvinner er ansett å være et viktig tiltak i arbeidet med å redusere antallet provoserte aborter. Unge kvinner får i dag økonomisk dekning til prevensjon fra måneden de fyller 16 år til og med den siste måneden de er 21 år gjennom bidragsordningen med hvit resept. Årlig settes faste bidragssatser for henholdsvis 3 måneder, 6 måneder og 1 år. Bidragssatsene er i 2019 satt til 118 kr for 3 måneder, 236 kr for 6 måneder og 472 kr for ett år. Avhengig av hvor gammel kvinnen er og hvilken pris prevensjonsmidlet har, dekkes deler eller hele beløpet gjennom HELFO (42, 43). For LARC gis det 472 kr i bidrag for hvert år frem til kvinnen fyller 21 år. Mens kobberspiral dekkes fullt ut for kvinner som er under 20 år. Hvis en ung kvinne for eksempel bruker p-pillen *Loette 28* som koster 243,5 kr for tre måneder, vil hun måtte betale 125,5 kr for hver gang hun henter ut resept. I løpet av ett år vil hun måtte betale 502 kr for p-pillen, i stedet for 974 kr som ville vært prisen uten bidragsordningen (44).

Aktuelle profesjoner som har rett til å forskrive hormonell prevensjon på hvit resept er leger, helsesykepleiere og jordmødre som har autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven. Forskrivningsretten omfatter alle typer av prevensjonsmetoder. Helsesykepleiere og jordmødrenes rekvireringsrett for prevensjonsmidler er begrenset til friske kvinner over 16 år (41). Dersom kvinnen har noen sykdom eller aktuell arvelig disposisjon må hun henvises videre til lege som kan forskrive prevensjon, gitt at det ikke er noen relevante kontraindikasjoner.

Apoteket registrerer automatisk resepten spesielt dersom vilkårene er oppfylt, og kvinnen vil få dekt hele eller deler av beløpet avhengig av legemidlets pakningspris. Vilkaene for hvilke aldersgrupper og profesjoner som kan forskrive hvilke legemidler etter bidragsordningen, har som tidligere nevnt endret seg noe over tid.

For denne oppgavens studieperiode, fra 2011-2016, har det vært gjort noen viktige endringer i bidragsordningen. I januar 2015 ble hormonspiral, kobberspiral og p-stav inkludert i ordningen (41). Enkelte prevensjonspreparater er avregistrert i perioden og tatt ut av det norske markedet, dette gjelder hovedsakelig ulike typer p-piller. Mens helsesykepleiere og jordmødre fikk rekvireringsrett for all hormonell prevensjon fra januar 2016.

## 2.2.2 Langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC)

LARC defineres som hormonspiral, kobberspiral og p-stav (45, 46), som alle har en brukstid på tre til fem år, uten noen nedre aldersgrense for bruk. Disse anses som de prevensjonsmetodene som gir høyest beskyttelse mot graviditet, med pearl-index på 0,05 % for p-stav, 0,2 % for hormonspiral og 0,6 % for kobberspiral (47). De har også liten risiko for brukerfeil og sjelden alvorlige bivirkninger (41, 46, 47). De har også vist seg å ha god kontinuitet i bruk (48, 49). I Norden observerte man en økning i bruk av LARC i samtlige land på begynnelsen av 2010-tallet. Det eneste landet man ikke observerte en økning i bruk var i Norge, som på denne tiden ikke hadde spiral og p-stav inkludert i bidragsordningen (2). Men etter at LARC ble inkludert i bidragsordningen i 2015, har man sett en økning i bruken blant tenåringer nasjonalt (50, figur 4.5). Disse funnene korrelerer med hva man finner i andre deler av verden (51). Føringer fra WHO og Helsedirektoratet anbefaler at unge kvinner som ønsker å benytte seg av LARC, skal kunne velge mellom hormonspiral, kobberspiral og p-stav. Dette er også alternativer for kvinner som ikke har født eller vært gravide (9, 52, 53, s. 63). UpToDate anbefaler LARC som førstevalg til unge kvinner (54). Man kan få innsatt spiral og p-stav hos sin fastlege og helsestasjoner med kvalifisert personell. Dersom helsepersonell i primærhelsetjenesten ikke behersker innsettelsen eller av annen årsak ikke kan sette inn spiral eller p-stav, kan de henvise kvinnen videre til gynekolog i spesialisthelsetjenesten.

## 3 Materiale og metode

### 3.1 Arbeidsprosessen

Høsten 2017, på mitt fjerde studieår, startet prosessen med prosjektplanen for denne oppgaven. Som en del av Finnmarksmodellen ønsket jeg lokal veileder. Jeg tok kontakt med gynekolog Ingrid Petrikke Olsen som hadde mulighet å være veileder. Etter møte i Hammerfest ble ulike aktuelle problemstillinger diskutert, og vi endte til slutt opp med valgte problemstilling. I denne fasen startet arbeidet med å finne relevant publikasjoner, litteratur og datagrunnlag.

Deler av høsten 2018 og vinteren 2019 ble brukt til avgrensning av datauttrekk fra reseptregisteret og utsendelse av anonymiserte spørreskjema til kommunale helsestasjoner i Finnmark. I løpet av våren 2019 er innsamlet data bearbeidet. Det er videre gjort oppdaterte litteratursøk og hentet ut oppdatert statistikk fra abortregisteret.

Oppgaven er en retrospektiv studie, hvor to kohorter sammenlignes. Oppgaven er basert på datamateriale fra reseptregisteret, abortregisteret, SSB og på en anonym spørreundersøkelse besvart av kommunale helsesykepleiere og jordmødre i Finnmark. Det var et betydelig fall i abortraten blant tenåringer i Finnmark i perioden fra 2012 til 2016. Datamaterialet er av den grunn innhentet for årene 2011-2016. For å kunne undersøke eventuelle endringer i prevensjonsbruk som årsak til redusert abortrate ble datamaterialet inndelt i to treårskohorter fra perioden 01.01.2011-31.12.2013 og 01.01.2014-31.12.2016. Inkludert i studien er jenter i aldersgruppen 15 til 19 år med bostedsadresse i folkeregistret tilhørende Finnmark.

### 3.2 Spørreskjema

Spørreskjemaet ble utarbeidet av meg og min hovedveileder med bakgrunn i oppgavens formål (vedlegg 1). Det ble informert generelt om masteroppgaven og hva vi hadde som formål å undersøke. Helsestasjonene ble lovet å få tilsendt oppgaven når den var ferdigstilt, slik at de kunne se hva vi var kommet frem til gjennom forskningen. Utenom dette, var det ellers ingen belønning for å besvare spørreskjemaet.

Spørreskjemaet bestod av 6 lukkede spørsmål, med definerte svaralternativer på hvert enkelt spørsmål i form av bokser de krysset av for. Vi ønsket å finne ut hvilket tilbud kommunene hadde av lavterskeltilbud til rådgivning om seksuell helse og prevensjon, og eventuelt fra hvilket årstall dette ble introdusert. Det ble også stilt spørsmål om kjennskap til ”*Handlingsplanen for forebygging av uønskede svangerskap og aborter*”, og om den økonomiske bidragsordningen for prevensjonsmidler var kjent. I tillegg hvor stor betydning vedkommende har opplevd at den økonomiske bidragsordningen har hatt å si for prevensjonsbruken i målgruppen.

Spørreskjemaet ble i første omgang fremlagt virksomhetsleder for helsesøstertjenesten i en av kommunene i Finnmark, for tilbakemelding og råd i forhold til oppsett og spørsmålsutforming. Etter revidering ble skjemaet utsendt i utgangen av oktober 2018. Totalt ble det sendt ut 19 skjemaer til fylkets 19 kommuner per e-post. Dersom det ikke var navngitt helsepersonell på kommunens hjemmeside eller mangel på e-postadresse til helsesøstertjenesten, ble forespørselen sendt til kommunens servicekontor med oppfordring om å videresende spørreskjemaet til rette instans.

Vi ba om at spørreskjemaet skulle videreformidles til alle helsesykepleiere og jordmødre i kommunene som arbeidet med målgruppen, for å få ut mest mulig informasjon om hvordan de arbeidet rettet mot aldersgruppen. De ble bedt om å besvare spørreskjemaet anonymt både for person og kommune. Hvorvidt alle kommunene ble representert er derfor ukjent. Det ble brukt samme inndeling på kommunestørrelse i spørreskjemaet som reseptregisteret har lagt til grunn i tabell 3.

### 3.3 Reseptregisteret

Reseptregisteret er et nasjonalt reseptbasert legemiddelregister som samler inn informasjon om legemiddelbruk på resept i Norge. Reseptregistret innehar informasjon om alle reseptbelagte medikamenter utlevert på apotek fra og med 2004. Legemiddelbruk i sykehus, sykehjem eller andre institusjoner er ikke inkludert i datasamlingen (55). Person-identifiserbare data om både legemiddelbruker og forskriver er pseudonymisert. Dette innebærer at fødselsnummer erstattes med et unikt pseudonym, som gjør det mulig å knytte bruk av legemidler over tid til enkeltindivider uten å vite hvem de faktisk er (56). For vedkommende som henter ut resept registreres løpenummer, fødselsmåned og -år, kjønn og tilhørende bostedskommune. For forskriver registreres løpenummer, fødselsår, kjønn, profesjon og spesialitet. Ved begrunnet søknad til NorPD kan en søke om å hente ut mer detaljerte opplysninger fra registret enn hva som er tilgjengelig på deres hjemmesider (57).

Den 22.08.18 ble det sendt inn en formell søknad til reseptregisteret, som ble behandlet og funnet godkjent innenfor reseptregisterforskriftens vilkår den 10.09.18 (vedlegg 2). Frem til midten av november samme år var det hyppig kontakt med hovedveileder, meg og NorPD. Å hente ut rådata om prevensjonsbruk, karakteristika om forskriver og resepttyper på hormonell prevensjon ville bli for ressurskrevende i forhold til rammene på denne oppgaven. Vi betalte derfor ansatte i NorPD for 15 timers arbeid, som de brukte på å lage tabell 1-3 i samarbeid med oss. Det ble avholdt tre telefonmøter mellom hovedveileder og ansatte i registret. Det ble i tillegg utvekslet tyvetalls e-poster for å avklare hvilke variabler som skulle inngå i datagrunnlaget. Det ble da avgjort hva som skulle innhentes av informasjon om tenåringsjenter og om forskrivere av prevensjonsmidler. Samt hvilke ATC-koder som falt innenfor rett indikasjon for formålet med oppgaven.

For å finne nøyaktige endringer i bidragsordningen for studieperioden tok vi kontakt med Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST) ved Statens Legemiddelverk og HELFO. For å

avklare variabler i tabell 1 og 3 ble det også innhentet informasjon om folketallet i Finnmark, og antall jenter i aldersgruppen 15-19 år med Finnmark som tilhørende bostedsadresse for perioden. Dette hentet jeg fra statistikkbanker hos SSB (vedlegg 3). Kommunene i Finnmark ble inndelt i 5 kategorier avhengig av folketallet for perioden. Dette var kommuner med flere enn 9000 innbyggere, mellom 5000-9000 innbyggere, 3000-4999 innbyggere, 1500-2999 innbyggere og under 1500 innbyggere. Den 16.11.18 mottok vi datafilen med tre tabeller fra NorPD (tabell 1,2 og -3, vedlegg 4).

### 3.3.1 Variabler

Kvinner i aldersgruppen 15 til 19 år registrert med bostedsadresse i Finnmark ble inkludert. Kvinnenes alder ble beregnet ved slutten av utleveringsåret. Eksempelvis ble alle jenter som er født i 1995 og fylte 16 år i løpet av 2011, inkludert i datamaterialet da de innen 31.12.2011 var fylt 16 år. Det ble innhentet data for perioden 01.01.2011 til 31.12.2016. Tidsperioden ble inndelt i to treårsperioder, fra henholdsvis 01.01.2011 til 31.12.2013 og fra 01.01.2014 til 31.12.2016.

Om forskriver er det innhentet opplysninger om kjønn og profesjon. Inkluderte profesjoner var helsesykepleier, jordmor og lege. Aktuelle legespesialiteter var allmennleger, gynekologer, pediater og annet. Ettersom en og samme forskriver kan ha flere ulike profesjoner og spesialiteter, ble det satt opp en prioriteringsliste for de ulike profesjonene:

- *Legespesialiteter:* 1. MD uten spesialitet, 2. Gynekolog, 3. Allmennpraktiker, 4. Pediatr, 5. Andre.
- *Sykepleierspesialiteter:* 1. Helsesykepleier, 2. Jordmor.
- *Andre profesjoner.*

Inkluderte ATC-koder var G02B og G03A, som omfatter p-piller, p-plaster, p-ring, p-sprøyte, minipiller, p-stav og hormonspiral. Informasjon om varenavn ble også innhentet. For resept ble det hentet ut data om utleveringsmåned og -år, og om refusjonsordningen med hvit resept var utløst i apoteket.

### 3.3.2 Tabeller

På bakgrunn av prosjektets formål ble det i samråd med reseptregisteret besluttet å kategorisere datamaterialet inn i tre ulike tabeller. Samtlige tabeller er fordelt på to

treårsperioder for å kunne sammenligne om det har vært endringer over tid i prevensjonsbruken.

### **Tabell 1**

Kvinner i aldersgruppen 15-19 år med bostedsfylke registrert i Finnmark, som har fått utlevert prevensjonsmidler fra apotek minst én gang i perioden 2011-2016. Data er fordelt på alder, tidsperioder og type prevensjonsmiddel.

### **Tabell 2**

Kvinner i aldersgruppen 15-19 år med bostedsadresse registrert i Finnmark, som har fått utlevert prevensjonsmidler minst én gang i perioden 2011-2016. Det ble også oppgitt antall resepter som var utlevert i studieperioden. Dataen er fordelt på periode, forskriverens kjønn, yrke og utlevert prevensjonsmiddel.

### **Tabell 3**

Kvinner i aldersgruppen 16-19 år med bostedsadresse registrert i Finnmark, som har fått utlevert prevensjonsmidler etter bidragsordningen etter resept fra apotek minst én gang i perioden 2011-16. Data er fordelt på kommunestørrelse og periode. Ettersom stønad til prevensjon for unge kvinner kun gis fra kvinnen er 16 år, er ikke 15-åringene inkludert i tabellen.

### **3.3.3 Statistiske analyser**

Statistiske analyser er gjort for å sammenligne endring i prevensjonsbruk og abortrate mellom to treårskohorter, det er brukt kji-kvadrattest for kategorisk data. Analysene er utført i Microsoft Excel versjon 16.23 etter fremgangsmåte i *Practical statistics for medical research* (58, s. 250). Statistisk signifikans er satt til  $p$ -verdi  $< 0,05$ . Detaljert fremgangsmåte for oppsett av 2x2-tabell og kji-kvadrattest er beskrevet med eksempler i vedlegg 5. Figurer og tabeller er utarbeidet ved hjelp av Microsoft Excel.

Det er beregnet prevalens av prevensjonsbruk i ulike aldersgrupper blant tenåringsjenter i Finnmark. Dette er gjort ved å kombinere datamateriale fra NorPD (tabell 1) og SSB (vedlegg 3). På bakgrunn av antall brukere av hormonell prevensjon og folketallet for studiepopulasjonen er prevalens beregnet.

### 3.4 Befolkningsgrunnlaget i Finnmark

I arbeidet med datamaterialet fra NorPD og spørreskjema er befolkningsgrunnlaget i Finnmark lagt til grunn. Det er innhentet tall for alder- og kjønnsespesifikk populasjon for perioden 2011-2016 i Finnmark. Denne informasjonen er hentet fra SSB sine statistikkbanker, som ligger tilgjengelig for alle på internett (59, 60). På SSB sin hjemmeside kan man ut fra statistikkbankene lage egne tabeller, avhengig av hvilke data og variabler man er interessert i. Dette er beskrevet i detalj i vedlegg 3.

Tabell 4 inneholder informasjon om innbyggertallet i aldersgruppen 15-19 år med Finnmark som tilhørende bostedsadresse. Data er fordelt på årstall, kommune og alder. Kun jenter er inkludert i tabellene. Dette er grunnlaget for utregninger som er gjort i forbindelse med hormonell prevensjonsbruk blant tenåringer i fylket.

### 3.5 Litteratur

Litteratursøk er blitt utført i Pubmed i perioden oktober 2017 til mai 2019. Søkeord som er benyttet er: *"Contraception", "Adolescents", "Norway", "Scandinavian and Nordic Countries", "Abortion", "Induced Abortion", "Pregnancy, unplanned", "Long-Acting Reversible Contraception", "combined oral contraceptive pill" og "Condom"*.

Referanser er blitt behandlet med EndNote X8.

### 3.6 Etiske betraktninger

Formålet med dette prosjektet var å undersøke faktorer som bedret kvaliteten på et lokalt tjenestetilbud, og innebærer således en evaluering av praksis opp mot retningslinjer. Dette er altså en kvalitetssikringsstudie på populasjonsnivå der ingen personopplysninger behandles og en søknad til Regional Etisk komité ikke var nødvendig (61). Data er hentet fra offentlige registre og reseptregistretforskriften § 5-1 er fulgt. Dette sikrer at enkeltpersoner eller apotek ikke kan gjenkjennes. I tilfellene hvor det statistiske materialet inneholder opplysninger om antall brukere, og hvor dette antallet er færre enn fem individer, oppgis det som "< 5" og ikke det eksakte antall. Slik at tenåring og/eller forskriver i små kommuner ikke kan identifiseres. Individdata er også pseudonymisert i reseptregisteret.

Spørreskjema til helsesykepleier og jordmødre i kommunene inneholder ikke personspørsmål, og er anonymisert for navn og kommunetilhørighet. Ingen persondata ble innhentet eller

lagret. For å kontrollere om spørreskjema var meldepliktig til personvernombudet, ble det gjennomgått sjekk på hjemmesiden til NSD (62), samt ved en telefonsamtale mellom hovedveileder og Finnmarkssykehusets personvernombud. Etter bearbeiding av de anonymiserte besvarte spørreskjemaene ble de slettet. Fortløpende besvarte spørreskjema inneholdt ikke personsensitive opplysninger, og det var derfor ikke nødvendig med ytterligere sikkerhet rundt lagring.

## **4 Resultater**

Tenåringsjenter i Finnmark har den høyeste abortraten for aldersgruppen i hele landet. Likevel ser man at aborthyppigheten blant de yngste kvinnene har hatt en synkende kurve siden begynnelsen av 2000-tallet (figur 1). I 2011 var det 26,2 provoserte aborter per 1000 kvinner i aldersgruppen 15-19 år i Finnmark og i 2016 var det redusert til 14,4 provoserte aborter per 1000 kvinner i samme aldersgruppe (5, 27). Det var en signifikant reduksjon i tenåringsaborter fra 2011 til 2016 blant kvinner i Finnmark,  $p=0,001$ .

Reduksjonen i aborthyppigheten blant tenåringer i Finnmark kunne ha kommet av at flere tenåringsjenter valgte å fullføre svangerskapet. Fødselstallene for tenåringsjenter i Finnmark for perioden viser at det ikke er tilfellet (figur 2).

### **4.1 Prevensjonsbruk blant tenåringer i Finnmark**

Fra 01.01.2011 til 31.12.2016 ble det totalt hentet ut 24 991 resepter på hormonelle prevensjonsmidler av 3471 unge kvinner i aldersgruppen 15-19 år med bostedsadresse registrert i Finnmark (tabell 1). Fra 2011-2013 ble det hentet ut 11 932 resepter på hormonell prevensjon, og i perioden 2014-2016 ble det hentet ut 12 274 resepter. Det var en ikke-signifikant økning i antall resepter fra første treårsperiode til andre treårsperiode (tabell 3).

Blant 15-åringer i Finnmark var det 19 % som brukte hormonell prevensjon i perioden 2011-2013, 46 % av 16-åringer, 59 % av 17-åringer, 71 % av 18-åringer og 70 % av 19-åringer. Dette var tilnærmet uforandret for aldersgruppene i 2014-2016, med unntak av 18-åringer hvor det var en signifikant reduksjon fra 71 % til 64 % som brukte hormonell prevensjon,  $p=0,001$  (figur 3).



For hele studieperioden sett under ett var p-piller det hyppigst brukte prevensjonsmidlet blant tenåringer i Finnmark. Av alle jenter i aldersgruppen i Finnmark brukte én av fire p-piller. Resept på p-pille utgjorde 79,3 % av det totale antallet resepter på prevensjonsmidler som ble hentet ut på apotek. Minipiller og p-stav var de nest vanligste prevensjonsmetodene, og utgjorde 9,4 % og 5% av det totale antallet av resepter på hormonell prevensjon. De minst brukte prevensjonsmetodene var p-sprøyte, p-ring og hormonspiral (figur 4).

I den første treårsperiode var p-piller, minipiller og p-plaster prevensjonsmetodene som var hyppigst brukt. Mens i den andre treårsperioden var p-piller, minipiller og p-stav mest anvendt. Fra perioden 2011-2013 til 2014-2016 var den en signifikant reduksjon i antall p-pillebrukere blant de som brukte hormonell prevensjon, fra 79,9 % til 76,4 %,  $p=0,001$ . Andelen av resepter på minipiller økte signifikant fra første treårsperioden til den siste, fra henholdsvis 7,7 % til 11,2 %,  $p=0,001$ . For p-stav var det også en signifikant økning fra 2,3 % av reseptene på hormonell prevensjon i første treårsperiode til 7,7 % av reseptene i siste treårsperiode,  $p=0,001$ . Bruken av hormonspiral økte også signifikant mellom periodene, fra 0,2 % til 1,1 %,  $p=0,001$  (tabell 5).

I første treårsperiode brukte 1,5% av alle jenter mellom 15-19 år i Finnmark LARC, mens prevalensen i den andre perioden var 5,1%. Det var en økning på antall resepter på LARC fra 107 i første treårsperiode til 371 i andre treårsperiode. I den første perioden utgjorde LARC-resepter 2,5 % av alle reseptene på hormonell prevensjon, mens andelen i den andre perioden økte signifikant til 8,8 %,  $p=0,001$  (tabell 5). Størst var økningen for resept på hormonspiral fra 12 resepter til 47. P-stav var den mest brukte LARC-metoden og antallet resepter økte fra 95 i første treårsperiode til 324 i andre treårsperiode.

## 4.2 Forskrivere av hormonell prevensjon

For hele perioden samlet stod kvinnelige forskrivere for 64 % av reseptene, og mannlige forskrivere stod for de resterende 36 % (tabell 2). Fordelingen mellom mannlige og kvinnelige forskriver var uforandret i studieperioden.

For alle prevensjonsmetoder var det overvekt av kvinnelige forskrivere, med unntak av hormonspiral hvor menn forskrev flest resepter (54,5 %) i første treårsperiode. Samlet var det flest kvinnelige forskrivere av LARC, og for begge kjønn var det økning i antall resepter på LARC i studieperioden.

Helsesykepleiere og jordmødre forskrev 38,2 % av reseptene i perioden 2011-2013 (tabell 6). Sammenlignet med perioden 2014-2016 var det en signifikant reduksjon i antall resepter forskrevet av helsesykepleiere og jordmødre, som i siste treårsperiode utgjorde 29,7 % av reseptene,  $p=0,001$ . Leger i spesialisering og allmennpraktikere forskrev hver 27,7 % av reseptene i første treårsperiode. For andre treårsperiode var det leger i spesialisering som forskrev flest resepter (36,5 %), fulgt av jordmødre og helsesykepleiere (29,8 %) og allmennpraktikere (29,7 %). Profesjonene som forskrev minst resepter på hormonell prevensjon var peditere, leger med andre spesialiseringer og gynekologer.

Siste treårsperiode var det en dreining til LARC som prevensjonsmetode (figur 4). I siste treårsperiode forskrev leger i spesialisering 47,9 % av reseptene på LARC, allmennpraktikere 27,9 % og helsesykepleiere og jordmødre 20,6 %.

### **4.3 Bidragsordningen**

Bidragsordningen er godt kjent, rundt 95 % av alle resepter på prevensjon ble utlevert som hvit resept (figur 5). Andelen av resepter som ble utlevert som hvit resept etter bidragsordningen er omtrent lik uavhengig av kommunestørrelse (tabell 3). Det var en signifikant økning i antall resepter etter bidragsordningen fra den første treårsperioden til den andre perioden på 3,6 %, mens antall normalresepter hadde en signifikant reduksjon på 18,6 %,  $p=0,001$ .

### **4.4 Informasjon fra helsesykepleiere og jordmødre i kommunene**

Totalt mottok vi 20 besvarte spørreskjema hvor alle var fullstendig besvarte, og ble inkludert i oppgaven. Av de besvarte spørreskjemaene var alle kommunestørrelser representert (vedlegg 6). Det var seks besvarte skjema fra de aller minste kommunene, med under 1500 innbyggere. Tre av seks oppga at ungdommene i kommunen hadde tilbud via skolehelsetjenesten, to oppga at de hadde et tilbud via helsestasjon for ungdom, mens én oppga at deres kommune hadde tilbud via både skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Det var åtte besvarte skjema fra kommuner med fler enn 9000 innbyggere. Ansatte i de største kommunene oppga å ha tilbud via både skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. I de mellomstore kommunene, hvor det er mellom 1501 og 8999 innbyggere, svarte seks at deres kommune hadde tilbud med både skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Studiens funn indikerer

at det var et mer omfattende tilbud i kommunene med flest innbyggere, sammenlignet med kommunene med minst folketall.

Årstall for etablering av lavterskeltilbudene varierte fra slutten av 90-tallet til begynnelsen av 2000-tallet. Samtlige oppga at det var etablert et tilbud før 2011 som markerer det første året for innhentet data om prevensjonsbruk i denne studien. Totalt 17 av de 20 besvarte oppga at de var kjent med ”*Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort*”, mens den var ukjent for tre. Samtlige av de som besvarte spørreskjema var kjent med refusjonsordningen for prevensjonsmidler til ungdom i aldersgruppen 16-19 år. Bare 65 % anså betydningen av refusjonsordningen som svært viktig for prevensjonsbruken blant målgruppen, og 25 % anså betydningen som ganske viktig. To ansatte krysset av for «nøytral» på spørsmålet om hvor stor betydning de anså at den økonomiske refusjonsordningen har hatt å si for prevensjonsbruken i aldersgruppen 16-19 år.

Hvorvidt alle kommuner i Finnmark er representert i datamaterialet er ukjent, da dette var anonymisert. Det er heller ikke kjent hvor mange helsesykepleiere og jordmødre som ble forelagt spørreskjemaet, slik at svarprosenten følgelig ikke kan oppgis.

## 5 Diskusjon

Hovedmålet med denne studien var å undersøke hvilke tiltak som har bidratt til å redusere abortraten blant tenåringer i Finnmark. Mellom treårsperiodene var prevensjonsbruken stabil, uten noen signifikante endringer i antall resepter på hormonell prevensjon. Økt prevensjonsbruk kan derfor ikke forklare den reduserte abortraten i studieperioden. Det ble imidlertid observert en signifikant økning i andel bidragsresepter mellom de to treårsperiodene, som viser at tilbudet med økt tilgjengelighet på prevensjon benyttes av tenåringsjentene i Finnmark. Redusert abortrate skyldes heller ikke at flere tenåringsjenter valgte å fullføre svangerskapet, da det ikke kunne påvises en økning i tenåringsfødsler i samme periode (figur 2). I aldersgruppen 15-19 år var det 15-åringene som brukte minst prevensjon, med gradvis økende prevalens med økende alder. Denne alderstrenden samsvarer med landet forøvrig (50). Den vanligste prevensjonsmetoden blant tenåringsjenter i Finnmark var p-piller, men det ble imidlertid observert en dreining i valg av prevensjonsmetode til nyere prevensjonsmetoder som p-stav og hormonspiral (figur 4). LARC er assosiert med

bedre kontinuitet i bruk, mindre brukerfeil og alvorlige bivirkninger. Noe som kan ha virket positivt inn på nedgangen i abortraten (37).

Lavterskeltilbud som HSU og SHT var tilgjengelig i alle kommunestørrelser. Våre funn indikerer at lavterskeltilbudet var mest omfattende i kommunene med høyest befolkningsantall. Men på bakgrunn av ukjent svarprosent er det ikke mulig å si noe om dette er representativt, eller om det samsvarer med faktiske forhold. Resepter jordmødre og helsesykepleiere forskriver representerer et indirekte mål på tilgjengeligheten av lavterskeltilbud i kommunene. Vi fant at de tilsammen stod for 38 % av reseptene på hormonell prevensjon i perioden 2011-2013, og 30 % i perioden 2014-2016 (tabell 6). Nasjonalt var det til sammenligning 35 % av reseptene på hormonell prevensjon i aldersgruppen 16-19 år som var forskrevet av jordmødre og helsesykepleiere i 2017 (50). Dette indikerer at tilgjengeligheten på lavterskeltilbud og prevensjonsveiledning synes å være nokså lik for tenåringer i Finnmark, som i landet forøvrig.

Det var ingen endring mellom treårsperiodene i hvem som forskrev prevensjonsmidler som kan forklare nedgangen i abortraten. Yngre leger i spesialisering forskrev flest resepter, fulgt av allmennpraktikere, helsesykepleiere og jordmødre. Disse yrkesgruppene som forskriver flest resepter på hormonell prevensjon til tenåringsjenter blir derfor en viktig målgruppe i tiden fremover i arbeidet med å redusere tenåringsaborter i Finnmark til et nivå lik resten av landet. Dette kan blant annet gjøres ved å øke prevensjonsbruken blant tenåringsjenter, sette fokus på å øke bruken av LARC og heve kompetansen på innsetting av LARC hos helsepersonell ytterligere.

Rundt én av fem 15-åringene brukte hormonell prevensjon i studieperioden, i overkant 40 % av 16-åringene, mens blant 17-, 18- og 19-åringene brukte mellom 60-70 % prevensjon (figur 3). En kan stille seg spørsmålsteget om hvorvidt dette er tilfredsstillende. Det er estimert at halvparten av uønskede svangerskap blant tenåringer skyldes fraværende bruk av prevensjon, mens det resterende er knyttet til brukerfeil av prevensjon (63, 64). I en norsk studie fant man at 36,5 % av alle kvinner som gjennomgikk abort før svangerskapsuke 12 hadde brukt prevensjon ved befruktningstidspunktet uavhengig av alder. Blant tenåringsjentene i samme studie var det 40,1 % som hadde brukt prevensjon ved befruktningstidspunktet (37). Dette illustrerer at en betydelig andel av uplanlagte svangerskap blant tenåringsjenter potensielt kan

forebygges ved å både øke bruken av hormonell prevensjon, men særlig bruken av prevensjonsmetoder som p-stav og hormonspiral, som har liten grad av brukerfeil (45).

Økt prevensjonsbruk blant tenåringer er altså ønskelig, med særlig fokus på å øke bruken av LARC som er vist å redusere antall uønskede svangerskap (65, 66). Det var en signifikant økning i antall resepter på LARC forskrevet til unge kvinner i studieperioden. I første treårsperiode brukte 1,5 % av alle jenter mellom 15-19 år i Finnmark LARC, prevalensen i den andre treårsperioden økte til 5,1 %. I 2015 ble LARC inkludert i bidragsordningen, og i januar 2016 fikk helsesykepleiere og jordmødre rekvisisjonsrett på LARC. Det innebærer at tallene for deres forskrivninger i praksis kun gjelder for 2016 i denne studiens datamateriale. Etter at LARC ble inkludert i bidragsordningen i 2015 var det nasjonalt en signifikant reduksjon i tenåringsaborter fra 2016 til 2018, mens det i Finnmark var en ikke-signifikant reduksjon i samme aldersgruppe og tidsperiode (5, 27). Funnene signaliserer at helsesykepleiere og jordmødres utvidede rekvisisjonsrett, sammen med at LARC er inkludert i bidragsordningen har bidratt til økt tilgjengelighet og økt bruk av LARC. Dette samsvarer med funnene i en finsk studie, som viste at full økonomisk dekning på LARC både økte bruken og reduserte abortraten (67).

Tradisjonelt har bruk av spiral vært tiltenkt og brukt av eldre kvinner som har gjennomgått svangerskap og fødsel (45). Tallene fra reseptregisteret viser at bruken av hormonspiral blant tenåringer fortsatt er liten og at p-piller er prevensjonsmetoden som er hyppigst brukt. Dette samsvarer med trenden man har observert i andre sammenliknbare land (2, 51, 68). P-piller krever daglig compliance, ved at en må huske å ta én tablett om dagen innenfor et fast tidsrom. I tillegg innebærer det økt risiko for bivirkninger og har lavere effektivitet mot uønsket svangerskap sammenlignet med LARC (69). P-stav var den hyppigst brukte LARC-metoden blant tenåringer i Finnmark, noe som korrelerer med bruken av LARC i aldersgruppen 15-19 år nasjonalt (50). Statistikk vedrørende prevensjonsbruk blant tenåringer i Norge viser også en dreining fra kobberspiral og p-piller til p-stav, hormonspiral og p-sprøyte (30). En oversiktsartikkel publisert i BMJ i 2016 lanserte retningslinjer om at LARC kan benyttes som førstevalg hos unge kvinner, og at det kan tilbys på lik linje med tradisjonelle p-piller etter anbefalinger fra WHO (70-72). Disse anbefalingene kom først på slutten av oppgavens studieperiode og har nok derfor ikke hatt noen innvirkning på økt bruk av LARC blant utvalget i denne studien. Økt tilgjengelighet på LARC og reduserte kostnader på prevensjon for de unge brukerne vil trolig bidra til at bruken øker i årene fremover.

Dersom flere tenåringsjenter velger å bruke spiral eller p-stav kan man forvente at flere vil fortsette å bruke prevensjon over tid (48, 49), noe som vil kunne bidra til å redusere abortraten blant tenåringer ytterligere.

En studie utført av Francis har pekt på utfordringer som medvirker til at bruken av LARC ikke er større blant tenåringer (73). Studien trekker frem strukturelle og individuelle barrierer, samt hindringer i klinikken. Dette kan for eksempel kan være mangel på kompetanse og trening med innsetting av p-stav og spiral, at klinikerne ikke er komfortable med å anbefale LARC til unge, samt mangel på bevissthet omkring LARC. Individuelle barrierer som hos den enkelte kan bidra til å øke terskelen for å velge LARC, kan være ambivalens angående graviditet, at en ikke har kjennskap til LARC, myter og misoppfatninger, i tillegg til frykt for innsetting. Studier har derimot vist lik tilfredsstillelse blant unge kvinner som hos eldre kvinner som bruker spiral og p-stav (74). Det vil derfor være essensielt å få ut tilstrekkelig informasjon om LARC til tenåringsjenter, for å bryte ned overnevnte barrierer, og på sikt slik øke bruken av spiral og p-stav blant unge kvinner (75, 76).

Studiens begrensninger i form av at kobberspiral, mindre sikre metoder og kondombruk ikke inngår i datamaterialet, medfører at den reelle prevensjonsbruken kan være ulik enn hva som fremgår i studien. Kondom er eneste prevensjonsmetode som beskytter mot både graviditet og SOI. I studien til Lindh et al. fant man at Norge hadde det nest største kondomsalget i Norden, med 13 millioner solgte kondomer årlig (2). I 2008 ble *Kondomordningen* lansert som ledd i ”*Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort*” (9), med utdeling av gratis kondomer. I 2009 ble 2,5 millioner kondomer distribuert gjennom ordningen, og i 2011 5,5 millioner kondomer. Antallet har siden holdt seg stabilt høyt (6, 77). Det finnes i dag få studier om bruk av kobberspiral og kondom hos tenåringer i Norge, det er derfor vanskelig å si noe om hvordan denne bruken har påvirket studiens funn. Men en kan tenke seg at høy forekomst av SOI indikerer liten bruk av kondomer. Finnmark er et av fylkene med høyest prevalens av genital klamydiainfeksjon (78). Det ble imidlertid observert en reduksjon i forekomsten blant tenåringer i Finnmark tilsvarende studieperioden (79). Redusert forekomst av SOI henger muligens sammen med økt kondombruk eller mindre risikofylt seksualatferd. Dette sammen med redusert abortrate, signaliserer trolig økt bevissthet omkring seksuell helse og prevensjonsbruk blant tenåringer i Finnmark. Handlingsplanens mål om lett tilgjengelighet til god kunnskap om seksualitet og handlingskompetanse i seksuelle situasjoner, synes å være

på riktig vei. I tillegg til lett tilgjengelighet på tjenester med tilbud om rådgivning og veiledning, og tilbud om konsultasjon for prevensjon, abort og SOI (9).

Bruk av nødprevensjon inngår heller ikke i studiens datamateriale. Studien til Lindh et al. fant at salget av nødprevensjon var størst i Norge sammenlignet med de andre nordiske landene (2). Utenom det finnes det foreløpig få studier om bruk av nødprevensjon i de ulike landsdelene og blant ulike aldersgrupper i Norge. Fra år 2000 ble nødprevensjon solgt reseptfritt over disk i Norge. Dette førte til en betydelig økning i salget, etter tidligere å ha vært reseptbelagt (80). Likevel har økt tilgjengelighet på nødprevensjon vist å føre til økt bruk av preparatet, uten påvirkning på insidensen av svangerskap og SOI (81). Dette samsvarer med en systematisk oversikt fra 2007, som viste at økt tilgjengelighet på nødprevensjon ikke var assosiert med redusert abortrate (82). En eventuell økt bruk av nødprevensjon blant tenåringer i Finnmark behøver derfor nødvendigvis ikke å ha påvirket abortraten.

Studiens svakhet er hvorvidt alle kommunene mottok vår forespørsel om å besvare spørreskjema, og følgelig om alle kommunene er representert i de besvarte skjemaene vi mottok. Antall ansatte ved lavterskeltilbud i Finnmark er for oss ukjent, slik at svarprosenten ikke kan oppgis. Dersom noen kommuner ikke har noe lavterskeltilbud til ungdom kan man anta at de heller ikke har besvart spørreskjema. Dette medfører at våre funn ikke nødvendigvis korrelerer med det faktiske tilbudet som finnes i Finnmark. En annen mulig feilkilde er at det er nokså vanlig å ikke endre bostedsadresse når man flytter for å gå på skole. 11 av 19 kommuner i Finnmark har videregående skoler (83). Ungdom som bor i de resterende kommunene, ofte mindre steder, må som regel til større plasser for å gå på skole. Dette gjør at de kan ha hatt større tilgang på lavterskeltilbud, enn hva deres hjemkommune kan ha tilbudt. En av oppgavens usikkerheter er også hvordan compliance blant brukerne er. Til tross for at antall reseptuttak er kjent, er det ingen garanti for at prevensjonsbruken er tilsvarende blant tenåringsjentene. Dette kan man ikke si noe om på gruppenivå.

Det er vanskelig å peke på én enkeltfaktor som gjør at den hormonelle prevensjonsbruken blant de yngste kvinnene ikke er større. En mulig årsak er at ungdom benytter mindre sikre prevensjonsmetoder som kondom og avbrutt samleie. En annen mulig årsak er at de ikke har tilstrekkelig kunnskap og derfor har misoppfatninger vedrørende prevensjon, noe som bidrar til å skape høyere terskel for å starte opp med hormonell prevensjon. Noen kjente barrierer som er til hinder for prevensjonsbruk blant tenåringer er vist å være konfidensialitet, frykt for

gynekologisk undersøkelse, kostander knyttet til prevensjonspreparatet og tilgjengelighet på tjenester (84). Lavterskeltilbud og seksualundervisning i skolene blir derfor viktige arenaer hvor ungdom kan møte kyndig personell, uten at foreldre er til stede. Slik kan en øke kompetansen på egen seksuell helse og tilby prevensjonsrådgivning i trygge omgivelser, for å bryte ned disse barrierene for bruk av hormonell prevensjon.

I Norge har seksualatferden blant ungdom endret seg de siste tiårene, og en kan tenke seg at dette har bidratt til å redusere abortraten blant tenåringer. Alder for seksuell debut er ikke tatt høyde for i denne studien. Median alder for samleiedebut blant norske jenter ble funnet å være 17,7 år i 1992, ti år senere til å være 16,7 år (85), og i 2011 ytterligere minket til 16 år (86). Gjennomsnittlig alder for seksuell debut varierer mellom ulike deler av Norge, og fylkene i Nord-Norge har tradisjonelt hatt lavere alder enn det nasjonale gjennomsnittet (87). I 2012 hadde rundt 50 % av jenter i Finnmark hatt sin seksuelle debut ved 15-årsalderen (6, s. 7). En eventuell økt alder for samleiedebut kan potensielt ha vært en medvirkende faktor til redusert abortrate. Studier viser imidlertid at gjennomsnittlig alder for samleiedebut er minket og Finnmark er et av fylkene med lavest snittalder for seksuell debut. Dette signaliserer at seksuell debutalder ikke har vært en medvirkende faktor til redusert abortrate blant tenåringer i fylket.

Studiens styrke er at data vedrørende prevensjonsbruk er innhentet fra NorPD. Dette er data som er detaljert og fullstendig, og kun resepter som er hentet ut på apotek er registrert. Man unngår med dette seleksjonsbias ettersom alle reseptuttak for utvalget er inkludert i datamaterialet (88, s. 90). Man unngår med dette også frafall av deltakere, og man har muligheten å følge bruken av legemidler over lengre perioder.

Det er vist at tiltak kun med økt tilgjengelighet på prevensjon ikke reduserer risikoen for uønskede svangerskap blant tenåringer (32). En oversiktsartikkel fra Cochrane viste derimot at flere intervensjoner samtidig rettet mot ungdom signifikant reduserte risikoen for uplanlagte svangerskap (4). Dette viser at en ikke kan peke på én enkeltfaktor som alene kan redusere forekomsten av uønskede svangerskap, men at det er en multifaktoriell sammenheng og følgelig nødvendig med flere tiltak for å redusere abortraten blant tenåringer. Studiens funn viser at flere forebyggende tiltak er blitt rettet mot ungdom i Finnmark, i form av lett tilgjengelighet på prevensjon og lavterskeltilbud i kommunene. Studien viser også at man i Finnmark er på rett vei i arbeidet for å forebygge uønskede svangerskap og aborter, men at



det fortsatt er potensiale for å redusere abortraten ytterligere. Dette ved å øke kompetansen hos de som forskriver hormonell prevensjon til tenåringsjenter og hos ungdommen selv.

## **6 Konklusjon**

Studien viser at forskrivningen av hormonell prevensjon var stabil i perioden 2011-2016, og følgelig at økt prevensjonsbruk sannsynlig ikke er årsaken til redusert abortrate blant tenåringer i Finnmark. Det var imidlertid et skifte i valg av prevensjonsmetode fra tradisjonelle metoder som p-piller og p-plaster, til nyere metoder som p-stav og hormonspiral. Metoder som er assosiert med mindre brukerfeil og bivirkninger, bedre kontinuitet og økt beskyttelse mot svangerskap. Økt bruk av LARC i studieperiodens siste del kan sees i sammenheng med at hormonspiral og p-stav ble inkludert i bidragsordningen i 2015. Lavterskeltilbudet i kommunene synes å være godt tilstede i Finnmark og tilbys i kommuner uavhengig av størrelser. Det er viktig at dette tilbudet opprettholdes og at de som jobber der gjøres kjent med tiltak som har effekt. Det kan fortsatt være potensiale for ytterligere reduksjon av abortraten hos tenåringsjenter i Finnmark ved å rette oppmerksomheten mot økt bruk av LARC. Dette kan gjøres gjennom formidling til jenter og til forskriver. I tillegg må barrierer elimineres ved å øke praktisk kunnskap om innleggelse av p-stav og hormonspiral hos jordmødre, helsesykepleiere, leger i spesialisering og allmennpraktikere.

## 7 Referanser

1. Hognert H, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Milsom I, Lidegaard Ø, et al. High birth rates despite easy access to contraception and abortion : a cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(12):1414-22.
2. Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell - Danielsson K, Heikinheimo O, Hognert H, Milsom I, et al. Contraceptive use in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(1):19-28.
3. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet.* 2016;388(10041):258-67.
4. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(2):CD005215.
5. Løkeland M, Akerkar R, Askeland OM, Helberg-Andersen R, Hornæs MT, Juliusson PB, et al. Rapport om svangerskapsavbrot for 2018 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019 [cited 2019 09.03]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2019/rapport-om-svangerskapsavbrot-for-2018/>.
6. Helsedirektoratet. Handlingsplan – Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – Statusrapport [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 [cited 2017 26.10]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-forebygging-av-uønskede-svangerskap-og-abort-20102015-statusrapport>.
7. Helsedirektoratet. Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004-2008 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2004 [cited 2017 24.10]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/handlingsplan-for-forebygging-av-uønsket/id497180/>.
8. Sosial- og helsedepartementet. Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort (1999-2003) [Internett]. Oslo: Sosial- og helsedepartementet,; 1999 [cited 2017 15.10]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/handlingsplan-for-forebygging-av-uønsket-2/id512084/>.
9. Helsedirektoratet. Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010 - 2015 - Strategier for bedre seksuell helse [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010 [cited 2017 26.10]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-forebygging-av-uønskede-svangerskap-og-abort-20102015-statusrapport>.

10. Løkeland M, Akerkar R, Askeland OM, Bøyum B, Ebbing M, Mjaatvedt AG, et al. Rapport om svangerskapsavbrot for 2015 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet 2016 [cited 25.04 2019]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2016/rapport-om-svangerskapsavbrot-for-2/>.
11. WHO Department of Reproductive Health and Research. The sexual and reproductive health of younger adolescents - Research issues in developing countries [Internett]. WHO; 2011 [cited 2019 26.03]. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/rhr\\_11\\_15/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/rhr_11_15/en/).
12. World Health Organization. Regional strategy on sexual and reproductive health [Internett]. Copenhagen: WHO; 2001 [cited 2018 01.12]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/pre-2007/who-regional-strategy-on-sexual-and-reproductive-health>.
13. Center for reproductive rights. The world's abortion laws 2019 [Internett]. Reproductiverights.org; 2019 [cited 2019 07.05]. Available from: <http://worldabortionlaws.com/>.
14. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death : a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):323-33.
15. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 [Internett]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2019 26.03]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>.
16. Singh S, Maddow - Zimet I. Facility - based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG. 2016;123(9):1489-98.
17. Haddad LB, Nour NM, Haddad LB. Unsafe abortion: Unnecessary maternal mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009;2(2):122-6.
18. World Health Organization. Millennium Development Goals (MDGs) [Internett]. WHO; 2000 [cited 2019 25.03]. Available from: [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/en/](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/).
19. Acharya G. Abort er en medisinsk nødvendighet [Internett]. Tidsskr Nor Legeforen; 2019 [cited 2019 02.04]. Available from: <https://tidsskriftet.no/2019/02/leder/abort-er-en-medisinsk-nodvendighet#ref1>.
20. Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131(1):56-9.

21. Bjørnfeldt KS. Abortlovens historie: Slik er vi gått fra halshogging til fri abort [Internett]. Forskning.no; 2018 [cited 2019 04.04]. Available from: <https://forskning.no/helse-politikk-svangerskap/abortlovens-historie-slik-er-vi-gatt-fra-halshogging-til-fri-abort/1262250>.
22. St.meld. nr.16 (1995-96). Innstilling fra sosialkomiteen om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.v. Oslo: Sosialkomiteen; 1996.
23. Lønnå E. Abortkampen [Internett]. Oslo: Store norske leksikon; 2019 [updated 25.03.2019; cited 2019 25.03]. Available from: <https://snl.no/abortkampen>.
24. Andresen A, Elvbakken KT. Fødselskontroll, barnehelse og kvinners rettigheter og plikter. Tidsskrift for kjønnsforskning. 2018;42(01-02):67-84.
25. Abortloven.1976. Lov om svangerskapsavbrudd m.v. av 1975-06-13 nr 50.
26. Molne K, Nesheim B-I, Maltau JM, Bergsjø P. Obstetrikk og gynekologi. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
27. Gåsemyr K, Totlandsdal JK, Mjaatvedt AG, Seliussen I. Rapport om svangerskapsavbrudd for 2011 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012 [cited 2017 25.10.]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2012/rapport-om-svangerskapsavbrudd-for/>.
28. Vigran Å, Lappegård T. 25 år med selvbestemt abort i Norge [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2003 [cited 2017 14.10]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/25-aar-med-selvbestemt-abort-i-norge>.
29. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister og abortregistrer - Statistikkbanker [Internett]. Oslo: FHI; 2017 [cited 2017 14.10]. Available from: <http://statistikk.fhi.no/mfr/>
30. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 - 2022) [Internett]. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet; 2016 [cited 2018 30.10]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>.
31. Iversen GA, Løkeland M, Fjereide AK, Bjørge L, Iversen O-E. Er det mulig å få pålitelig kunnskap om psykiske senvirkninger etter provosert abort? Tidsskr Nor Legeforen. 2012;132(12-13):1450-2.
32. Kirby D. Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing. J Sex Res. 2002;39(1):51-7.
33. Justad - Berg RT, Eskild A, Strøm - Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007-2011. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015;94(11):1175-80.

34. Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(6):575.
35. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ.* 2005;172(5):637-41.
36. St. John H, Critchley H, Glasier A. Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy? *Contraception.* 2005;71(1):31-4.
37. Strøm-Roum EM, Lid J, Eskild A. Use of contraception among women who request first trimester pregnancy termination in Norway. *Contraception.* 2016;94(2):181-6.
38. Jentoft G, Borup I. Tillitsfulle stemmer: Unges møte med helsestasjonen [Masteroppgave]: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2005.
39. Skjeldestad FE. Forskrivning av prevensjon til unge kvinner. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2012;132(3):292-4.
40. Helsedepartementet. Retningslinjer for helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år [Internett]. Oslo: Helsedepartementet; 2002 [cited 2017 24.10]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/hd/Lover-og-regler/2002/rundskriv-i-32002/id423340/>.
41. Helsedirektoratet. Rundskriv – Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC) [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [cited 2017 15.10]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvidet-rekvireringsrett-til-helsesostre-og-jordmodre-for-prevensjonsmidler-helsesostre-og-jordmodres-administrering-av-langtidsvirkende-reversibel-prevensjon-larc>.
42. HELFO. Stønad til prevensjon for unge kvinner [Internett]. HELFO; 2018 [cited 2018 30.10]. Available from: <https://helfo.no/stonad-til-prevensjon-for-unge-kvinner>.
43. Folketrygdeloven. Bidrag til spesielle formål § 5-22 [Internett]. NAV; 1997 [cited 2018 30.10]. Available from: <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/5-22-bidrag-til-spesielle-form%C3%A51>.
44. Felleskatalogen. Urogenitalsystem og kjønns hormoner [Internett]. Felleskatalogen; 2019 [cited 2019 25.04]. Available from: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/G>.
45. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1998-2007.

46. Helsedirektoratet. Spiral og p-stav (langtidsvirkende reversible prevensjon - LARC) [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [cited 2019 26.03]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/spiral-og-p-stav-langtidsvirkende-reversible-prevensjon-larc>.
47. Sex og samfunn. eMetodebok for Seksuell helse [eMetodebok]. Oslo: Sex og samfunn 2019 [cited 2019 26.03.]. Available from: <https://emetodebok.no/kapittel/prevensjonsmidler/>.
48. Diedrich JT, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Long-term utilization and continuation of intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(6):822.
49. O'Neil-Callahan M, Peipert J, Zhao Q, Madden T, Secura G. Twenty-Four-Month Continuation of Reversible Contraception. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1083-91.
50. Aares EB. Bruken av hormonelle prevensjonsmidler i Norge 2004-2017 [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2018.
51. Kavanaugh LM, Jerman BJ, Finer BL. Changes in Use of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods Among U.S. Women, 2009–2012. *Obstet Gynecol*. 2015;126(5):917-27.
52. Jacobson JC, Aikins Murphy P. United States Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2010: A Review of Changes. *J Midwifery Womens Health*. 2011;56(6):598-607.
53. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use [Internett]. WHO; 2015 [cited 2019 26.03]. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/).
54. Chacko MR. Contraception: Issues specific to adolescents [Internett]. UpToDate; 2019 [cited 2019 28.03]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-issues-specific-to-adolescents>.
55. Folkehelseinstituttet. Om Reseptregistret [Internett]. Oslo: FHI; 2005 [updated 08.04.2019; cited 2019 10.04]. Available from: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/reseptregisteret/om-reseptregisteret/>.
56. Furu K. Establishment of the nationwide Norwegian Prescription Database (NorPD) - new opportunities for research in pharmacoepidemiology in Norway [Internett]. 28.09.2009 [cited 2018 23.10]. Available from: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/23>.
57. Folkehelseinstituttet. Velkommen til reseptregistret [Internett]. FHI; 2018 [cited 2018 29.10]. Available from: <http://www.reseptregisteret.no/>.

58. Altmann DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall/CRC; 1991.
59. Statistisk sentralbyrå. Befolkning [Internett]. SSB; 2019 [cited 2019 21.03]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>.
60. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken - Befolkning [Internett]. SSB; 2019 [cited 2019 01.05]. Available from: <https://www.ssb.no/statbank/list/folkemengde>.
61. Lekven J, Gisvold SE, Hardang J. Hvilke prosjekter skal legges frem for regional etisk komité? [Internett]. Tidsskr Nor Legeforen; 2012 [cited 2019 04.05]. Available from: <https://tidsskriftet.no/2012/11/kommentarartikkel/hvilke-prosjekter-skal-legges-frem-regional-etisk-komite>.
62. Meldeskjema for behandling av personopplysninger. Hvilke personopplysninger skal du behandle? [Internett]. NSD; 2019 [cited 2019 04.05]. Available from: <https://meldeskjema.nsd.no/test/>.
63. Coles MS, Makino KK, Stanwood NL. Contraceptive experiences among adolescents who experience unintended birth. *Contraception*. 2011;84(6):578-84.
64. Kost K, Singh S, Vaughan B, Bankole A, Jones R, Trussell J. Contraceptive failure rates: new estimates from the 2002 National Survey of family growth. *Contraception* 2008;77(1):10-21.
65. Ricketts S, Klingler G, Schwalberg R. Game Change in Colorado: Widespread Use Of Long - Acting Reversible Contraceptives and Rapid Decline in Births Among Young, Low - Income Women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46(3):125-32.
66. Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF, et al. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 2011;84(5):493-8.
67. Gyllenberg F, Juselius M, Gissler M, Heikinheimo O. Long-Acting Reversible Contraception Free of Charge, Method Initiation, and Abortion Rates in Finland. *Am J Public Health*. 04.2018;108(4):538-43.
68. Martinez G, Copen CE, Abma JC. Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 National Survey of Family Growth. *Vital Health Stat*. 2011;23(31):1-35.
69. Berg A, Aabø RS, Denstad S. Prevensjon [Internett]. Norsk gynekologisk forening; 2018 [cited 2019 04.05]. Available from: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Prevensjon/>.

70. Hubacher D. Long-acting reversible contraception acceptability and satisfaction is high among adolescents. *Evid Based Med.* 2017;22(6):228-9.
71. WHO Department of Reproductive Health and Research. Selected practice recommendations for contraceptive use [Internett]. WHO; 2016 [cited 2019 16.01]. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/).
72. Family Planning 2020. Expanding Contraceptive choice for Adolescents and youth to include Long acting reversible Contraception [Internett]. 2019 [cited 2019 16.01]. Available from: <https://www.familyplanning2020.org/youth-larc-statement>.
73. Francis JKR, Gold MA. Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review. *JAMA Pediatr.* 2017;171(7):694-701.
74. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1105-13.
75. Tebb KP, Urbach K, Burke PJ, Vyver E, Maria DMS, Gibson EJ, et al. Improving Knowledge About, Access to, and Utilization of Long-Acting Reversible Contraception Among Adolescents and Young Adults. *J Adolesc Health* 2017;60(4):472.
76. Pritt NM, Norris AH, Berlan ED. Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017;30(1):18-22.
77. Helsedirektoratet. Statistikk om seksuell helse i Norge [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [cited 2019 08.04]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/statistikk-om-seksuell-helse-i-norge#kondombruk>.
78. Nilsen Ø, Blystad H, Kløvstad H, Barlinn R. Blod- og seksuelt overførbare sykdommer i Norge 2016 [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016 [cited 2019 03.03]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2017/blod--og-seksuelt-overforbare-sykdommer-i-norge.-arsrapport-2016/>.
79. Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). MSIS-statistikkbank [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet 2019 [cited 2019 08.04]. Available from: <http://www.msis.no/>.
80. Nesheim B-I. Postkoital antikonsepsjon [Internett]. *Tidsskr Nor Legeforen* 2001 [cited 2019 05.05]. Available from: <https://tidsskriftet.no/2001/09/legemidler-i-praksis/postkoital-antikonsepsjon>.
81. Raymond GE, Stewart GF, Weaver GM, Monteith GC, Van Der Pol GB. Impact of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2006;108(5):1098-106.



82. Raymond GE, Trussell BJ, Polis BC. Population Effect of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2007;109(1):181-8.
83. Finnmarks fylkeskommune. Skoler i Finnmark [Internett]. FFK; 2015 [cited 2019 08.05]. Available from: <https://www.ffk.no/kontakt-oss/videregaende-skoler/>.
84. Raidoo S, Kaneshiro B. Contraception counseling for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2017;29(5):310-5.
85. Pedersen W, Samuelsen SO. Nye mønstre av seksualatferd blant ungdom. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2003;123(21):3006-9.
86. Jensen KE, Munk C, Sparen P, Tryggvadottir L, Liaw KL, Dasbach E, et al. Women's sexual behavior. Population-based study among 65 000 women from four Nordic countries before introduction of human papillomavirus vaccination. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(5):459-67.
87. Stigum H, Samuelsen S-O, Traeen B. Analysis of First Coitus. *Arch Sex Behav.* 2010;39(4):907-14.
88. Thelle D. Innføring i epidemiologi. Oslo: Cappelen akademisk forl.; 1998.
89. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken - Fødte [Internett]. SSB; 2019 [cited 2019 01.05]. Available from: <https://www.ssb.no/statbank/list/fodte>.

## **8 Tabeller**

**Tabell 1 – Utleverte prevensjonsmidler**

**Tabell 2 – Forskrivere av hormonell prevensjon**

**Tabell 3 – Resepttype**

**Tabell 4 – Befolkningsgrunnlag**

**Tabell 5 – Fordeling av prevensjonsmetode**

**Tabell 6 – Fordeling mellom ulike profesjoner og spesialiteter som forskriver hormonell prevensjon**

## Tabell 1 – Utleverte prevensjonsmidler

Tabellen viser antall kvinner i aldersgruppen 15 - 19 år registrert med Finnmark som bostedsfylke som har fått utlevert prevensjonsmidler etter resept fra apotek minst én gang i perioden 01.01.2011 - 31.12.2016. Data er fordelt på alder, tidsperiode og prevensjonsmiddel. I tilfeller hvor datamaterialet er basert på færre enn 5 individ er dette oppgitt som "< 5". Alder er beregnet ved utgangen av utleveringsåret. Kun resepter som er registrert med gyldig fødselsnummer på apoteket inngår i datamaterialet. Tabellen er utarbeidet av NorPD.

Prevensjons- metode:	P-piller	P-plaster	P-ring	P-sprøyte	M-pille	Implantat	Hormon- spiral	Totalt
<b>Periode:</b>	<b>2011 - 2013</b>							
<b>15 år</b>	262	9	<5	<5	14	6	0	288
<b>16 år</b>	609	24	8	9	55	20	<5	676
<b>17 år</b>	804	31	9	26	64	23	<5	887
<b>18 år</b>	896	39	19	37	93	32	5	1025
<b>19 år</b>	869	38	35	38	94	15	5	1018
<b>Totalt 15-19 år</b>	1978	112	58	85	239	95	12	2204

<b>Periode:</b>	<b>2014 - 2016</b>							
<b>15 år</b>	247	<5	<5	<5	43	14	0	295
<b>16 år</b>	553	12	<5	12	82	63	5	651
<b>17 år</b>	725	15	6	12	102	80	8	843
<b>18 år</b>	800	25	14	15	101	87	15	950
<b>19 år</b>	852	41	13	25	137	81	19	1040
<b>Totalt 15-19 år</b>	1855	77	26	52	332	324	47	2171

<b>Periode:</b>	<b>2011 - 2016</b>							
<b>Alder/Prevensjons- middel</b>	<b>P-piller</b>	<b>P-plaster</b>	<b>P-ring</b>	<b>P-sprøyte</b>	<b>M-pille</b>	<b>Implantat</b>	<b>Hormon- spiral</b>	<b>Totalt</b>
<b>15 år</b>	509	12	<5	5	57	20	0	583
<b>16 år</b>	1162	36	12	21	137	83	6	1327
<b>17 år</b>	1529	46	15	38	166	103	9	1730
<b>18 år</b>	1696	64	33	52	194	119	20	1975
<b>19 år</b>	1721	79	48	63	231	96	24	2058
<b>Totalt 15-19 år</b>	3065	180	79	122	520	412	59	3471

## Tabell 2 – Forskrivere av hormonell prevensjon

Tabellen viser antall kvinner i aldersgruppen 15 - 19 år registrert med Finnmark som bostedsfylke, som har fått utlevert prevensjonsmidler etter resept fra apotek minst én gang i perioden 01.01.2011 - 31.12.2016. Data er fordelt på periode, forskrivers kjønn, yrke og prevensjonsmiddel som er utlevert. I tillegg oppgis antall resepter som er utlevert. I tilfeller hvor datamaterialet er basert på færre enn 5 individ er dette oppgitt som "< 5" og antall resepter er angitt som "-". Alder er beregnet ved utgangen av utleveringsåret. Kun resepter som er registrert med gyldig fødselsnummer på apoteket inngår i datamaterialet.

Tabellen er utarbeidet av NorPD.

### Periode 01.01.2011 – 31.12.2013:

Preparat	P-piller		P-plaster		P-ring		P-sprøyte		M-pille		Implantat		Hormonspiral		Totalt	
	Antall individ	Antall resepter	Antall individ	Antall resepter	Antall individ	Antall resepter	Antall individ	Antall resepter	Antall individ	Antall resepter	Antall individ	Antall resepter	Antall individ	Antall resepter	Antall individ	Antall resepter
<i>Forskrivers kjønn:</i>																
<i>Mann</i>	928	3604	38	79	24	59	38	91	110	263	39	41	6	6	1083	4143
<i>Kvinne</i>	1636	7457	87	198	38	119	57	155	163	420	56	57	5	5	1827	8411
<i>Yrke:</i>																
<i>Fødselshjelp &amp; kvinne-sykdommer</i>	100	261	<5	-	7	7	<5	-	13	28	<5	-	<5	-	124	311
<i>Spesialist allmenntmedisin, Allmennpraktiker (DNLF) og Samfunnsmedisin</i>	793	2990	37	85	20	53	29	80	90	222	39	40	<5	-	925	3474
<i>Barnelege</i>	19	43	<5	-	0	0	0	0	0	0	<5	-	0	0	22	47
<i>Lege med annen spesialitet</i>	168	424	<5	-	5	9	<5	-	6	11	<5	-	0	0	188	455
<i>Lege uten spesialitet</i>	840	2991	39	79	16	37	34	72	113	241	49	50	6	6	1009	3476
<i>Jordmor</i>	331	1030	16	32	<5	-	10	20	16	48	0	0	0	0	367	1137
<i>Helsesykepleier</i>	851	3320	32	68	20	65	23	65	61	133	<5	-	0	0	932	3652

<i>Andre profesjoner</i>	<5	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<5	-
--------------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

**Periode 01.01.2014 – 31.12.2016:**

<b>Preparat</b>	<b>P-piller</b>		<b>P-plaster</b>		<b>P-ring</b>		<b>P-sprøyte</b>		<b>M-pille</b>		<b>Implantat</b>		<b>Hormonspiral</b>		<b>Totalt</b>	
	<b>Antall individ</b>	<b>Antall resepter</b>	<b>Antall individ</b>	<b>Antall resepter</b>	<b>Antall individ</b>	<b>Antall resepter</b>	<b>Antall individ</b>	<b>Antall resepter</b>	<b>Antall individ</b>	<b>Antall resepter</b>	<b>Antall individ</b>	<b>Antall resepter</b>	<b>Antall individ</b>	<b>Antall resepter</b>	<b>Antall individ</b>	<b>Antall resepter</b>
<i>Mann</i>	906	3751	29	77	8	19	27	68	166	454	130	132	13	14	1130	4515
<i>Kvinne</i>	1448	6765	61	140	21	63	28	86	215	630	195	202	34	36	1703	7922
<b>Yrke:</b>																
<i>Fødselshjelp og kvinne-sykdommer</i>	80	202	<5	-	<5	-	<5	-	12	21	<5	-	<5	-	101	248
<i>Spesialist allmenntmedisinAll mennpraktiker (DNLF) og Samfunnsmedisin</i>	731	3090	19	50	12	32	28	76	113	337	92	93	14	14	905	3692
<i>Barnelege</i>	<5	-	0	0	0	0	0	0	<5	-	0	0	0	0	<5	-
<i>Lege med annen spesialitet</i>	71	201	<5	-	<5	-	6	10	15	26	5	5	0	0	100	252
<i>Lege uten spesialitet</i>	973	3757	47	106	11	23	19	37	184	432	158	161	23	23	1221	4539
<i>Jordmor</i>	176	623	<5	-	<5	-	0	0	19	83	19	20	<5	-	208	734
<i>Helsesykepleier</i>	657	2637	15	46	5	18	8	21	59	183	49	52	5	7	760	2964
<i>Andre profesjoner</i>	<5	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<5	-

### Tabell 3 – Resepttype

I tabellen inngår data for kvinner i aldersgruppen 16-19 år registrert med Finnmark som bostedsfylke som har fått utlevert prevensjonsmidler etter bidragsordningen etter resept fra apotek minst én gang i perioden 01.01.2011 - 31.12.2016. Data er basert på resepter utlevert til kvinner i perioden fra måneden etter at de fylte 16 år til utgangen av måneden før de fylte 20 år. Kun resepter som er registrert med gyldig fødselsnummer på apoteket inngår i datamaterialet. Tabellen er utarbeidet av NorPD.

I tabellen oppgis antall resepter utlevert etter bidragsordningen og som normalresept i perioden i tillegg til totalt antall normalresepter og bidragsresepter. Det er også beregnet andel bidragsresepter. Data er fordelt på kommunestørrelse og periode.

Kommune- størrelse	>9000				5000-9000				3000-4999			
	Normal -resept	Bidrag	Totalt	Andel bidrag (%)	Normal -resept	Bidrag	Totalt	Andel bidrag (%)	Normal- resept	Bidrag	Totalt	Andel bidrag (%)
2011 - 2013	195	6302	6497	97,0	26	1153	1179	97,8	21	1098	1119	98,1
2014 - 2016	168	6736	6904	97,6	28	1029	1057	97,4	30	1260	1290	97,7

Kommune- størrelse	1500-2999				<1500				Totalt			
	Normal -resept	Bidrag	Totalt	Andel bidrag (%)	Normal -resept	Bidrag	Totalt	Andel bidrag (%)	Normal- resept	Bidrag	Totalt	Andel bidrag (%)
2011 - 2013	105	1764	1869	94,4	61	1207	1268	95,2	408	11524	11932	96,6
2014 - 2016	71	1753	1824	96,1	35	1164	1199	97,1	332	11942	12274	97,3

## Tabell 4 – Befolkningsgrunnlag

Oversiktstabell 1: Befolkningsgrunnlaget i de ulike kommunene i Finnmark, i aldersgruppen 15 – 19 år for perioden 2011 – 2016. Tabellen er basert på tall hentet fra SSB 'statistikkbank.

Kommune	Antall kvinner i aldersgruppen 15-19 år							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011-13	2014-16
Alta	701	664	709	697	722	742	2074	2161
Hammerfest	330	308	296	300	314	301	934	915
Sør-Varanger	330	316	327	321	329	334	973	984
Porsanger	118	118	125	140	133	123	361	396
Nordkapp	101	107	107	110	100	110	315	320
Tana	95	96	93	84	94	87	284	265
Vadsø	221	235	228	230	225	217	684	672
Vardø	54	55	56	51	59	52	165	162
Karasjok	99	106	104	97	104	98	309	299
Berlevåg	34	41	44	43	31	26	119	100
Båtsfjord	65	62	72	72	66	70	199	208
Gamvik	27	23	31	32	30	31	81	93
Hasvik	35	37	30	27	29	25	102	81
Kautokeino	93	92	91	88	83	84	276	255
Kvalsund	26	23	27	26	29	24	76	79
Lebesby	37	34	35	39	36	35	106	110
Loppa	33	31	36	29	30	23	100	82
Måsøy	39	43	40	36	29	27	122	92
Nesseby	31	30	26	21	22	21	87	64
<b>Totalt</b>	2469	2421	2477	2443	2465	2430	7367	7338

Oversiktstabell 2: Unge kvinner i aldersgruppen 15 – 19 år med bostedsadresse i Finnmark i perioden 2011 – 2016. Tabellen er basert på tall hentet fra SSB 'statistikkbank.

Alder	Antall kvinner bosatt i Finnmark							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011 - 2013	2014 - 2016
15 år	524	469	496	469	491	500	1489	1460
16 år	488	522	475	497	478	487	1485	1462
17 år	497	480	525	474	503	475	1502	1452
18 år	457	496	487	519	471	502	1440	1492
19 år	503	454	494	484	522	466	1451	1472
15-19 år	2469	2421	2477	2443	2465	2430	7367	7338



**Tabell 5 – Fordeling av forskrevne resepter på hormonell prevensjon**

Tabellen viser antall resepter fordelt på prevensjonsmetode og år, forskrevet til tenåringsjenter med bostedsadresse i Finnmark. Det var en signifikant endring i bruk av prevensjonsmetode fra den ene treårskohorten til den andre for alle prevensjonsmetoder. Signifikans er beregnet ved hjelp av kjikvadrat-test med signifikansnivå på 95 %.

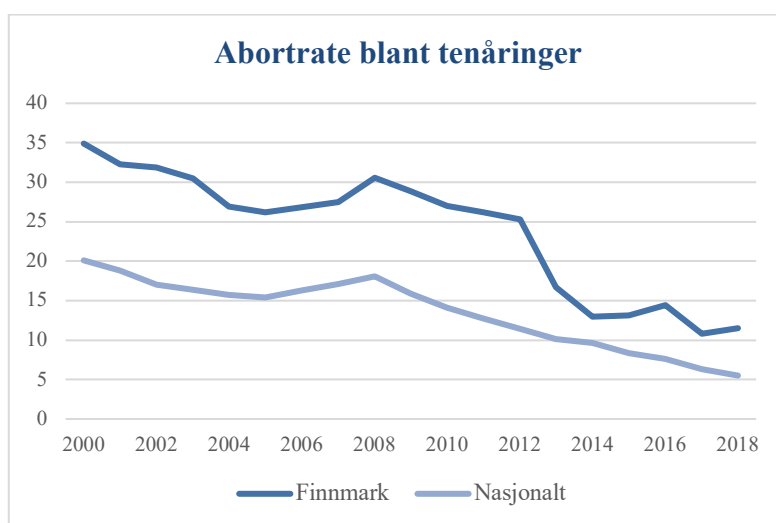
<i>Metode</i>	<b>2011-2013</b>		<b>2014-2016</b>		<b>Kjikvadrat- verdi (<math>\chi^2</math>)</b>	<b>P-verdi</b>
	<b>Antall resepter (n)</b>	<b>Andel (%)</b>	<b>Antall resepter (n)</b>	<b>Andel (%)</b>		
<i>P-piller</i>	3440	82,1	3177	75,6	68,32	0,001
<i>P-plaster</i>	141	3,4	93	2,2	10,88	0,001
<i>P-ring</i>	71	1,7	33	0,8	13,98	0,001
<i>P-sprøyte</i>	110	2,6	64	1,5	13,13	0,001
<i>Minipiller</i>	320	7,6	465	11,1	27,19	0,001
<i>Implantat</i>	96	2,3	325	7,7	127,54	0,001
<i>Hormon- spiral</i>	10	0,2	47	1,1	27,19	0,001
<b>Totalt</b>	4188	100,0	4204	100,0	-	-

**Tabell 6 – Fordeling mellom profesjoner og spesialiteter som forskriver hormonell prevensjon**

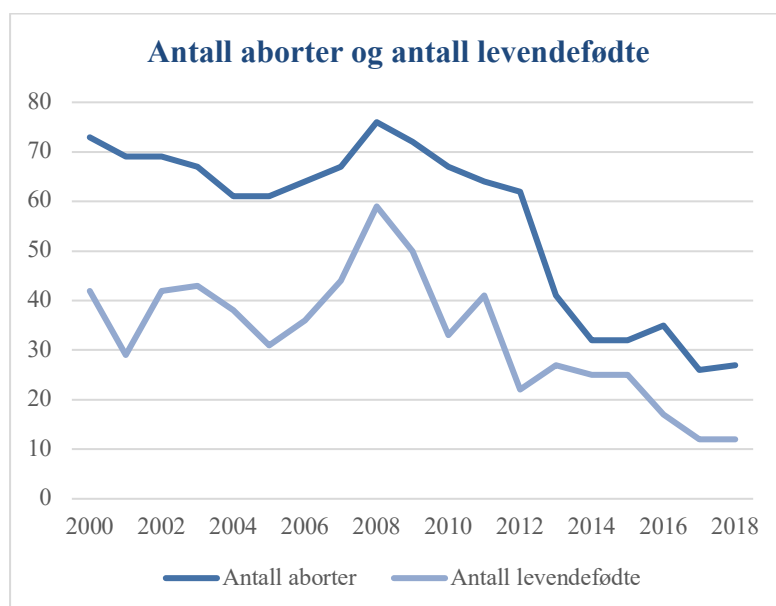
Tabellen viser antall resepter på hormonell prevensjon forskrevet til jenter i aldersgruppen 15-19 år med Finnmark som tilhørende bostedsadresse. Data er fordelt på forskrivers profesjon, tidsperiode, antall resepter og prosentandel av det totale antall resepter. Tabellen er basert på data fra NorPD.

<b>Periode</b>	<b>2011 - 2013</b>		<b>2014 - 2016</b>	
<i>Yrke</i>	<i>Antall resepter</i>	<i>Prosentandel (%)</i>	<i>Antall resepter</i>	<i>Prosentandel (%)</i>
<i>Fødselshjelp og kvinnesykdommer</i>	311	2,5	248	2,0
<i>Spesialist allmenntmedisin, Allmennpraktiker (DNLF) &amp; Samfunnsmedisin</i>	3474	27,7	3692	29,7
<i>Barnesykdommer</i>	47	0,4	-	
<i>Lege med annen spesialitet</i>	455	3,6	252	2,0
<i>Lege uten spesialitet</i>	3476	27,7	4539	36,5
<i>Jordmor &amp; helsesykepleier</i>	4789	38,2	3698	29,8
<i>Andre profesjoner</i>	-		-	
<i>Totalt</i>	12 552	100,0	12 429	100,0

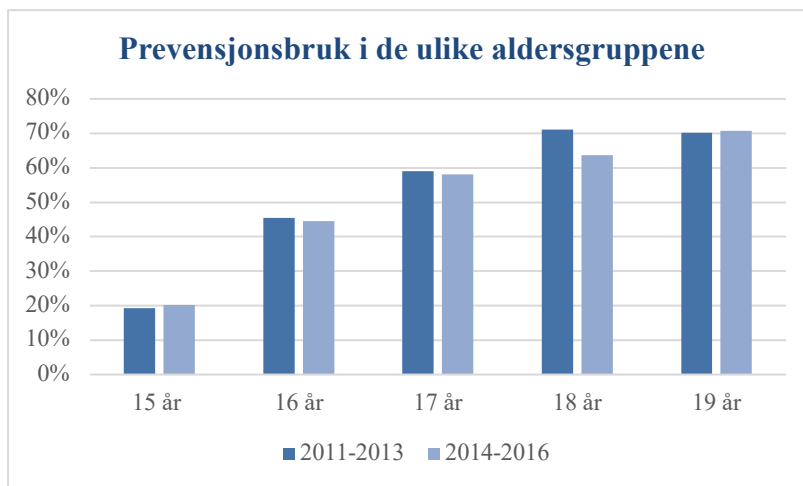
## 9 Figurer



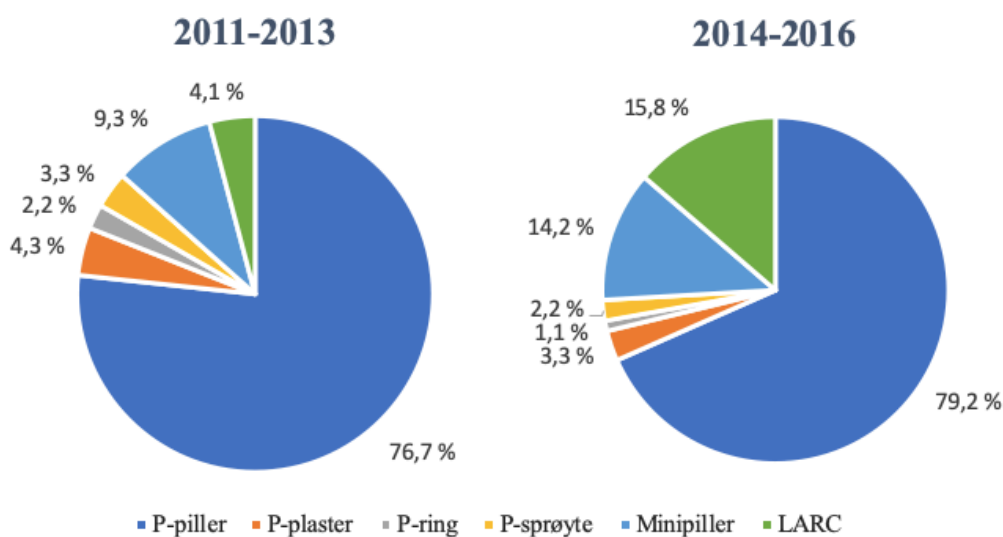
Figur 1 viser en oversikt over abortraten blant tenåringer i Finnmark og tenåringer nasjonalt, i perioden fra 2000 til 2018. Figuren er basert på tall fra abortregisteret (5).



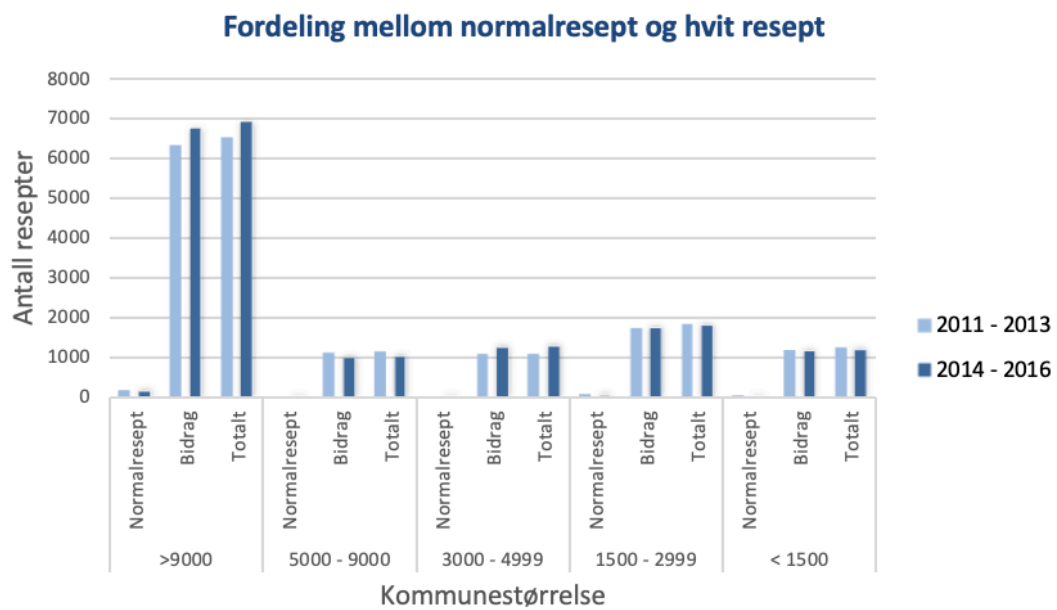
Figur 2 viser en oversikt over antall aborter og antall levendefødte av kvinner i aldersgruppen 15 - 19 år, med Finnmark som tilhørende bostedsadresse for perioden 2000-2018. Basert på tall fra SSB (89, vedlegg 3) og abortregisteret (5).



Figur 3 er en oversikt over andelen (prevalensen) av tenåringer med Finnmark som tilhørende bostedsfylke, som brukte prevensjon i perioden 2011-2013 og 2014-2016. Figuren er fremstilt med bakgrunn i tabell 1 og folketall fra SSBs statistikkbank (tabell 4).



Figur 4 viser fordelingen av ulike prevensjonsmetoder i aldersgruppen 15-19 år, fordelt på to treårskohorter fra 2011-13 og 2014-16. Det ble observert en signifikant endring i bruk for alle prevensjonsmetoder fra første til andre tidsperioden. Figuren er utarbeidet basert på tall hentet fra tabell 1.



Figur 5 viser fordelingen mellom normalresept og hvitresept, fordelt på kommunestørrelse. Figuren er basert på tall hentet fra SSB (vedlegg 3) og NorPD (tabell 3).

## **10 Vedlegg**

**Vedlegg 1 – Spørreskjema til kommunale helsesykepleiere/jordmødre i Finnmark**

**Vedlegg 2 – Vedtaksbrev fra NorPD**

**Vedlegg 3 – Fremgangsmåte for datauttak om befolkningsgrunnlaget fra SSB**

**Vedlegg 4 – Følgerev fra NorPD**

**Vedlegg 5 – Kjikvadrat-test**

**Vedlegg 6 – Oppsummering av besvarte spørreskjema fra helsesykepleiere/jordmødre**

**Vedlegg 7 – Artikkelevaluering**

## Vedlegg 1: Spørreskjema til kommunale helsesykepleiere/jordmødre i Finnmark

### Spørreundersøkelse om forebygging av uønskede svangerskap blant tenåringer i Finnmark

Hei,

*Jeg er 5. års medisinstudent ved Universitetet i Tromsø, opprinnelig fra Hammerfest. Jeg skal fullføre utdannelsen min som en del av «Finnmarkspakken», med studiested i Alta, Hammerfest og Karasjok. Gjennom min masteroppgave skal jeg undersøke hvilke tiltak som har bidratt til å redusere abortraten i Finnmark blant tenåringer. Dette med god hjelp fra Ingrid Petrikke Olsen og Daniela Ivan, som mine veiledere.*

*Finnmark er et av fylkene som har kommet dårlig ut i abortstatistikken, særlig i aldersgruppen 15-19 år. Men det har siden 2012 vært en betydelig reduksjon i abortraten blant tenåringer i Finnmark. Jeg ønsker å finne ut hvilke vellykkede forebyggende tiltak som har bidratt til denne reduksjonen. Dette skal jeg gjøre ved å se hvordan bruken av ulike prevensjonsmetoder har vært, hvilke helseprofesjoner som har forskrevet prevensjonsmidler og hvilke lavterskeltilbud som finnes. Sistnevnte gjennom denne spørreundersøkelsen, som sendes ut til helsesøstre/jordmødre ved fylkets helsestasjoner. I den forbindelse håper jeg du som helsesøster/jordmor i kommunen kan bidra ved å besvare dette korte spørreskjemaet. Spørreskjemaet vil besvares anonymt og tar kort tid å besvare.*

*Jeg vil sende mine oppsummerte resultater til fylkets helsestasjoner når masteroppgaven er ferdig.*

*Lykke til og på forhånd, tusen takk for hjelpen!*

**1. Hvor mange innbyggere er det i din kommune?**

< 1500  1501 – 2999  3000 – 4999  5000 – 8999  > 9000

**2. Har kommunen et eller flere tilbud for lavterskel tilgang til rådgivning om seksuell helse og prevensjon?**

Nei

Ja, gjennom Skolehelsetjeneste  Helsestasjon for ungdom

Annet \_\_\_\_\_

**3. Hvis ja, fra hvilket årstall ble dette tilbydd?**

Skolehelsetjeneste \_\_\_\_\_

Helsestasjon for ungdom \_\_\_\_\_

Annet \_\_\_\_\_

**4. Er «Handlingsplanen for forebygging av uønskede svangerskap og abort» kjent for deg?**

Ja  Nei

**5. Kjenner du til den økonomiske refusjonsordningen for prevensjonsmidler til ungdom i aldersgruppen 16-19 år?**

Ja  Nei  Delvis

**6. Hvor stor betydning tror du den økonomiske refusjonsordningen har hatt å si for prevensjonsbruken i aldersgruppen 16-19 år?**

Svært viktig  Ganske viktig  Nøytral  Lite viktig  Ikke viktig

*Din besvarelse skal være anonym. Derfor kan du sende din besvarelse til studiekonsulent ved legetutdanningen i Finnmark [halvor.steigre@uit.no](mailto:halvor.steigre@uit.no) som formidler skjemaet videre til meg uten at jeg ser hvem avsender er. Halvor Steigre vil også purre om besvarelsen ikke foreligger innen 15.12.18.*

*Med vennlig hilsen Lisa Adeleide Nilsen.*



## Vedlegg 2: Vedtaksbrev fra NorPD (FHI)

Hei,

Søknad til prosjekt «Provosert abort blant tenåringer i Finnmark - Tiltak som har bidratt til å redusere abortraten de siste år», datert 4.9.2018, er behandlet i gruppen for utlevering av data fra Reseptregisteret. Prosjektet er funnet å være innenfor formålet til Reseptregisteret og er godkjent etter reseptregisterforskriftens § 5-1 (med følgende vilkår):

### Avklaringer om tabellene:

- Vi vil inkludere følgende ATC-koder i tabellene: G02BA03, G02BB01, G03AA07, G03AA09, G03AA12, G03AA13, G03AA14, G03AA16, G03AB04, G03AB08, G03AC01, G03AC06, G03AC08, G03AC09
  - G03HB01 inkluderes i utgangspunktet ikke, ettersom indikasjonen for legemidlet er *Behandling av moderat til alvorlig akne forbundet med androgen følsomhet (med eller uten seboré) og/eller hirsutisme hos kvinner i fertil alder.*
- Det er uklart hvordan kohortene 2011-2013 og 2014-2016 skal fremkomme i tabellene. Hvilke tabeller gjelder dette, og skal det da erstatte fordeling per år?
- Tabell 1:
  - Alder vil beregnes ved slutten av utleveringsåret
  - Både antall individer og prevalens vil angis
- Tabell 2:
  - Vi er litt usikker på hvilken informasjon du ønsker å få gjennom tabellen. Ønsker du å få en oversikt over hvilke profesjoner/spesialiteter som **starter opp** behandlingen med prevensjonsmidler, eller ønsker du en oversikt over hvem som **forskriver** prevensjonsmidler?
    - Hvis du ønsker oversikt over hvilke profesjoner/spesialiteter som starter opp behandlingen vil tabellen kun inkludere informasjon om nye brukere (dvs. individer som ikke tidligere har fått utlevert prevensjonsmidler), og informasjon om hvilken profesjon/spesialitet som forskrev første resept som ble hentet vil inkluderes i tabellen
    - Samme individ kan ha fått utlevert prevensjonsmidler forskrevet av ulike forskrivere i løpet av et år. Hvis du ønsker oversikt over hvilke profesjoner/spesialiteter som forskriver behandling med prevensjonsmidler så må du angi hvordan vi skal håndtere det hvis et individ har fått resept fra flere ulike profesjoner/spesialiteter i løpet av året.
  - Skal tabell 2 angis per år i perioden 2011 – 2016, samt totalt?
  - Samme forskriver kan ha ulike spesialiteter/profesjoner, så du må sette opp en liste over prioritet for profesjonene/spesialitetene, slik at vi vet hvilken profesjon/spesialitet vi skal velge for forskrivere som har flere ulike profesjoner/spesialiteter.
- Tabell 3:
  - Det er ikke helt åpenbart for oss hvilken informasjon som skal inngå i tabell 3 og hva som er formålet med tabellen. Det er uklart hvilke måltall som skal inngå i tabellen (f.eks. antall individ) og hvor disse skal inngå, samt hvilke aldre som inngår. Vi ser datamaterialet er fordelt per preparat, men det vil

kanskje være mer hensiktsmessig å fordele enten i langtidsvirkende og ikke-langtidsvirkende prevensjonsmidler, evt. gruppere preparater med samme ATC-kode og styrke sammen. Det kan være enklest å avklare dette per telefon, så du må gjerne ringe oss.

- Denne tabellen vil ikke kunne tilrettelegges før vi får mer informasjon om hvilken informasjon som skal inngå. Vi gjør oppmerksom på at jo mer komplisert tabellen er, desto mer tid vil det ta å tilrettelegge den.

#### Andre avklaringer:

- Vi gjør oppmerksom på at legemidler utlevert direkte til individet på sykehus eller på legekontor ikke er registrert i Reseptregisteret. Dette vil f.eks. gjelde spiraler som individet ikke henter ut via resept i apotek, men som individet betaler for direkte på legekontoret eller i sykehuset.
- Vi gjør oppmerksom på at kobberspiral ikke er klassifisert som legemiddel, og det fins ingen informasjon om utlevering av kobberspiral i Reseptregisteret.
- Statistiske opplysninger som utleveres fra Reseptregisteret må ha en slik form at enkeltpersoner eller apotek ikke kan gjenkjennes (jfr. reseptregisterforskriften, § 5-1). Dette medfører at i tilfeller hvor det statistiske materialet inneholder opplysninger om antall brukere og hvor dette antallet er færre enn 5 individer, oppgis det ikke eksakt antall. Antall brukere er i slike tilfeller anført som <5. Dette for å ivareta anonymiteten. Brukere per 1000 innbyggere/Prevalens per 1000 vil i disse tilfellene angis som « - ».

#### Bruk av utleverte data:

Statistikk som utleveres fra Reseptregisteret kan kun benyttes til de formål som er oppgitt i søknaden. Hvis opplysningene ønskes brukt til andre formål, må det søkes på nytt om dette.

Dersom det gjøres endringer eller tilleggsbestillinger vil det gis ny tidsfrist for utlevering. Vi gjør oppmerksom på at i henhold til Reseptregisterforskriften vil Folkehelseinstituttet ta betalt for faktiske utgifter i forbindelse med administrativt arbeid og utlevering av data.

Dette er et enkeltvedtak som kan påklages etter forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes Folkehelseinstituttet innen tre uker etter mottak av dette brevet.

Ta kontakt ved spørsmål. Benytt e-post: [reseptregister.data@fhi.no](mailto:reseptregister.data@fhi.no).

Oppgi alltid saksnummer ved henvendelser. Søknaden har fått tildelt saksnummer 18/11497.

Vennlig hilsen

**Kari Jansdotter Husabø**

Seniorrådgiver, Reseptregisteret

Avdeling for helseregistre | Område for helsedata og digitalisering  
Folkehelseinstituttet

Postadresse: Folkehelseinstituttet Postboks 222 Skøyen 0213 Oslo

Besøksadresse: Sandakerveien 24C – bygg C, 0473 Oslo

Tlf: 21 07 81 39



### Vedlegg 3: Fremgangsmåte for datauttak om befolkningsgrunnlaget fra SSB

Vedlegget inneholder fremgangsmåten for datauttak fra SSB sin statistikkbank vedrørende befolkningsgrunnlaget for studieperioden. Hvilke tabeller og variabler som er hentet ut, er demonstrert for hver enkelt figur, av de figurene som er basert på data fra SSB.

#### **Tabell 4, oversiktstabell 1: Antall jenter i aldersgruppen 15-19 år bosatt i de ulike kommunene i Finnmark i perioden 2011-2016**

Internettside: <https://www.ssb.no/statbank/list/folkemengde>

##### 1. «Velg tabell»

- «Kommuner, fylker og hele landets befolkning per 1. januar».
  - Tabell 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K).

##### 2. «Velg variabler»

- *Statistikkvariabel*: Personer.
- *Region*: Kommuner 2018. 2002 Vardø, 2003 Vadsø, 2004 Hammerfest, 2011 Guovdageaidnu – Kautokeino, 2012 Alta, 2014 Loppa, 2015 Hasvik, 2017 Kvalsund, 2018 Måsøy, 2019 Nordkapp, 2020 Porsanger – Porsángu – Porsanki, 2021 Kárásjohka – Karasjok, 2022 Lebesby, 2023 Gamvik, 2024 Berlevåg, 2025 Deatnu – Tana, 2027 Unjárga – Nesseby, 2028 Båtsfjord, 2030 Sør-Varanger.
- *Kjønn*: Kvinner.
- *Alder*: 5-årige aldersgrupper, 15-19 år.
- *År*: 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 og 2016.

##### 3. «Vis tabell»

- Se tabell 4, oversiktstabell 1.

#### **Tabell 4, oversiktstabell 2: Antall jenter i alderen 15-19 år bosatt i Finnmark i perioden 2011-2016**

Internettside: <https://www.ssb.no/statbank/list/folkemengde>

##### 1. «Velg tabell»

- «Kommuner, fylker og hele landets befolkning per 1. januar».
  - Tabell 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K).

## 2. «Velg variabler»

- *Statistikkvariabel:* Personer.
- *Region:* Fylker 1972. 20 Finnmark – Finnmarku.
- *Kjønn:* Kvinner.
- *Alder:* 1-årige aldersgrupper. 15, 16, 17, 18 -og 19 år.
- *År:* 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 og 2016.

## 3. «Vis tabell»

	Personer					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
20 Finnmark - Finnmarku						
Kvinner						
15 år	524	469	496	469	491	500
16 år	488	522	475	497	478	487
17 år	497	480	525	474	503	475
18 år	457	496	487	519	471	502
19 år	503	454	494	484	522	466

**Figur 2: Levendefødte, etter morsalder**

Internettside: <https://www.ssb.no/statbank/list/fodte>

## 1. «Velg tabell»

- «Fødealder».
  - Tabell 06990: Levendefødte, etter morens alder (F).

## 2. «Velg variabler»

- *Statistikkvariabel:* Levendefødte.
- *Region:* Fylker 1972. 20 Finnmark – Finnmarku.
- *Morens alder ved fødselen:* 15, 16, 17, 18 -og 19 år.
- *År:* 2000-2018.

## 3. «Vis tabell»

	Levendefødte																	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
20 Finnmark - Finnmarku																		
15 år	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
16 år	1	2	3	5	3	3	1	3	4	2	4	5	1	0	1	0	1	1
17 år	4	7	11	4	6	3	7	10	6	2	4	5	4	2	5	5	2	2
18 år	12	5	13	16	6	5	11	10	17	15	8	13	2	6	7	5	4	1
19 år	25	15	15	18	23	20	17	21	31	30	16	17	15	19	12	15	10	8

## Vedlegg 4: Følg brev fra NorPD (FHI)



UIT Norges arktiske universitet  
Institutt for klinisk Medisin.  
Det helsevitenskapelige fakultet, UIT  
9037 TROMSØ

v/ Ingrid Petrikke Olsen

Deres ref.:

Vår ref.:  
18/11497-13

Dato:  
15.11.2018

### UTLEVERING AV STATISTISKE DATA FRA RESEPTREGISTERET

Det vises til søknad datert 4.9.2018 om statistiske data fra Reseptregisteret til prosjektet «Provosert abort blant tenåringer i Finnmark- tiltak som har bidratt til å redusere abortraten de siste år» (18/11497).

#### Nødvendige tillatelser og hjemmelsgrunnlag

Folkehelseinstituttet har vurdert at utlevering av data som beskrevet nedenfor ligger innenfor formålene med Reseptregisteret, jf. reseptregisterforskriften § 1-3. Utlevering av data skjer med hjemmel i reseptregisterforskriften § 5-1.

#### Datamaterialet

Datamaterialet består av én excelfil med tre tabeller:

*18/11497\_til utlevering\_201811*

Alle tabellene er basert på data for kvinner som er registrert med Finnmark som bostedsfylke i Reseptregisteret på utleveringstidspunktet.

- **Tabell 1:** Tabellen viser antall kvinner som har fått utlevert gitt prevensjonsmiddel på resept fra apotek minst én gang i aktuell periode.
  - Data er fordelt på:
    - Perioder:
      - 2011-2013
      - 2014-2016
      - 2011-2016
    - Prevensjonsmiddel:
      - P-piller: ATC-koder: G03AA07, G03AA09, G03AA12, G03AA14, G03AA16, G03AB04 og G03AB08
      - P-plaster: ATC-kode: G03AA13
      - P-ring: ATC-kode G02BB01
      - P-sprøyte: ATC-kode: G03AC06
      - Minipille: ATC-koder: G03AC01, G03AC09

Folkehelseinstituttet  
Postboks 222 Skøyen  
0213 OSLO

Telefon 21 07 70 00

folkehelseinstituttet@fhi.no  
www.fhi.no  
NO 983 744 516

Avdeling for helseregistre  
Sissel Marie Torheim

- Implantat: ATC-kode: G03AC08
  - Hormonspiral: ATC-kode: G02BA03
  - Totalt for ATC-kodene: G03AA07, G03AA09, G03AA12, G03AA13, G03AA14, G03AA16, G03AB04, G03AB08, G03AC01, G03AC06, G03AC08, G03AC09, G02BA03 og G02BB01
  - Alder: Per alder, samt totalt for 15-19 åringer. Alder er beregnet ved utgangen av utleveringsåret
- 
- **Tabell 2:** Tabellen viser antall kvinner i aldersgruppen 15-19 år som har fått utlevert prevensjonsmidler etter resept fra apotek minst én gang i perioden 1.1.2011-31.12.2016. Tabellen viser også antall resepter som er utlevert.
    - Tabellen er basert på data for resepter der forskriver er registrert med gyldig helsepersonellnummer ved registrering av resepten på apoteket
    - Alder er beregnet ved utgangen av utleveringsåret
    - Data er fordelt på:
      - Perioder:
        - 2011-2013
        - 2014-2016
      - Prevensjonsmiddel:
        - P-piller: ATC-koder: G03AA07, G03AA09, G03AA12, G03AA14, G03AA16, G03AB04 og G03AB08
        - P-plaster: ATC-kode: G03AA13
        - P-ring: ATC-kode: G02BB01
        - P-sprøyte: ATC-kode: G03AC06
        - Minipille: ATC-koder: G03AC01, G03AC09
        - Implantat: ATC-kode: G03AC08
        - Hormonspiral: ATC-kode: G02BA03
        - Totalt for ATC-kodene: G03AA07, G03AA09, G03AA12, G03AA13, G03AA14, G03AA16, G03AB04, G03AB08, G03AC01, G03AC06, G03AC08, G03AC09, G02BA03 og G02BB01
      - Forskrivers kjønn
      - Forskrivers yrke:
        - Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer
        - Spesialist i allmennmedisin, Allmennpraktiker DNLF og spesialist samfunnsmedisin
        - Spesialist i barnesykdommer
        - Lege med annen spesialitet enn de som er nevnt ovenfor
        - Lege uten spesialitet
        - Jordmor
        - Sykepleier
        - Andre profesjoner
        - I tilfeller hvor en lege er registrert med flere spesialiteter i Reseptregisteret er prioriteringen mellom spesialitetene slik: Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer > Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin > Spesialist i barnesykdommer > Lege med annen spesialitet enn de som er nevnt ovenfor > Lege uten spesialitet
- 
- **Tabell 3:** Tabellen er basert på utleveringer av prevensjonsmidler til kvinner i aldersgruppen 16-19 år i perioden 2011-2016. Det oppgis antall resepter som er registrert som bidragsresepter, antall resepter som er registrert som normalresepter, totalt antall resepter (dvs. sum av resepter som er registrert som bidragsresepter og normalresepter), i tillegg til andel bidragsresepter av totalt antall resepter.

- For perioden 2011-2013 er det inkludert resepter med ATC-kodene: G03AA07, G03AA09, G03AA12, G03AA13, G03AA14, G03AA16, G03AB04, G03AB08, G03AC01, G03AC06, G03AC09 og G02BB01
- For perioden 2014-2016 er det inkludert resepter med ATC-kodene: G03AA07, G03AA09, G03AA12, G03AA13, G03AA14, G03AA16, G03AB04, G03AB08, G03AC01, G03AC06, G03AC08, G03AC09, G02BA03 og G02BB01
- I tabellen inngår data for resepter utlevert til kvinner fra måneden etter at de fylte 16 år til måneden før de fylte 20 år.
- Data er fordelt på:
  - Perioder:
    - 2011-2013
    - 2014-2016
  - Kommunestørrelse (antall innbyggere i kommunen):
    - >9000: Alta, Hammerfest og Sør-Varanger
    - 5000-9000: Vadsø
    - 3000-4999: Porsanger og Nordkapp
    - 1500-2999: Tana, Vardø, Karasjok, Båtsfjord og Kautokeino
    - <1500: Berlevåg, Gamvik, Hasvik, Kvalsund, Lebesby, Loppa, Måsøy og Nesseby

Statistiske opplysninger som utleveres fra Reseptregisteret må ha en slik form at enkeltpersoner eller apotek ikke kan gjenkjennes (jfr. reseptregisterforskriften, § 5-1). I tilfeller hvor det statistiske materialet inneholder opplysninger om antall brukere og hvor dette antallet er færre enn 5 individer, oppgis ikke eksakt antall. Antall brukere er i slike tilfeller anført som «<5». Dette for å ivareta anonymiteten.

Samme individ kan ha fått utlevert ulike typer prevensjonsmidler (tabell 1 og 2) eller prevensjonsmidler forskrevet av ulike profesjoner/spesialiteter eller av forskrivere med ulikt kjønn (tabell 2) i samme periode. Samme individ vil i slike tilfeller fremkomme flere ganger i tabellen i samme periode, og det er derfor ikke mulig å summere kolonnene for å finne totalt antall individer.

Tallmaterialet er basert på resepter med komplette, korrekte fødselsnummer, dvs. pasienter hvis legemiddelhistorikk kan følges. Reseptregisteret inneholder en liten andel resepter hvor fødselsnummer enten mangler eller er feil registrert (0, 21 % i 2017), så tallene må betraktes som minimumstall.

Tallene inkluderer informasjon om legemidler på resept utlevert fra apotek til enkeltindivider. Legemidler utlevert til institusjon (f.eks. sykehus/sykehjem) inngår ikke i tallene.

Det er benyttet ATC/DDD-versjon 2018.

#### Vilkår for utlevering av data

- Opplysningene skal kun brukes til det formål som er nevnt i søknaden. Hvis opplysningene ønskes brukt til andre formål, må det søkes på nytt om dette.
- Reseptregisteret, FHI, bes oppgitt som kilde både ved skriftlig og muntlig presentasjon av tallene. I publikasjoner der det benyttes data fra Reseptregisteret skal «Reseptregisteret» eller «The Norwegian Prescription Database» nevnes i metod delen og/eller under «acknowledgements» av hensyn til PubMed-søk.

#### Ansvarsbegrensning

Folkehelseinstituttet er ikke ansvarlig for tolkninger eller analyser av dataene som blir gjort av andre.

**Fakturering:**

I henhold til reseptregisterforskriften § 5-5 kan Folkehelseinstituttet kreve dekket faktiske utgifter som påløper i forbindelse med behandling og tilrettelegging av opplysninger knyttet til konkrete oppdrag.


Kontaktinformasjon: Reseptregisteret kan kontaktes per e-post (reseptregister.data@fhi.no), telefon (21 07 70 00, FHIs sentralbord) eller brevpost (Folkehelseinstituttet, Reseptregisteret, Pb 222 Skøyen, 0213 OSLO).

---

Faktura pålydende kr 14 875 (ekskl. mva.) vil bli sendt separat.

---

Vennlig hilsen

  
for  
Maj-Lis Baldersheim  
Avdelingsdirektør

  
Sissel Marie Torheim  
Seniorrådgiver



## Vedlegg 5: Kjikvadrat-test

	<b>P-pille</b>		<b>Annen prevensjon</b>		<b>Total</b>
<b>2011-2013</b>	Observert	1978	Observert	226	<b>2204</b>
	Forventet	1931	Forventet	273	
<b>2014-2016</b>	Observert	1855	Observert	316	<b>2171</b>
	<i>Forventet</i>	<i>1902</i>	<i>Forventet</i>	<i>269</i>	
<b>Total</b>		<b>3833</b>		<b>542</b>	<b>4375</b>

	<b>Observert</b>	<b>Forventet</b>	<b>O-E</b>	<b>(O-E)<sup>2</sup>/E</b>
<b>2011-2013/P-pille</b>	1978	1931	47	1,15
<b>2014-2016/P-pille</b>	1855	1902	-47	1,16
<b>2011-2013/Annen prevensjon</b>	226	273	-47	8,11
<b>2014-2016/Annen prevensjon</b>	316	269	47	8,23

Nullhypotese (H<sub>0</sub>): Ingen endring i bruk av p-pille som prevensjonsmetode blant tenåringsjenter i Finnmark fra 2011-2013 til 2014-2016.

Kjikvadratverdi (χ<sup>2</sup>): 18,64.

Frihetsgrader: 1.

p-verdi: 0,001.

	<b>LARC</b>		<b>Annen prevensjon</b>		<b>Total</b>
<b>2011-2013</b>	Observert	107	Observert	2097	<b>2204</b>
	<i>Forventet</i>	<i>241</i>	<i>Forventet</i>	<i>1963</i>	
<b>2014-2016</b>	Observert	371	Observert	1800	<b>2171</b>
	<i>Forventet</i>	<i>237</i>	<i>Forventet</i>	<i>1934</i>	
<b>Total</b>		<b>478</b>		<b>3897</b>	<b>4375</b>

	<b>Observert</b>	<b>Forventet</b>	<b>O-E</b>	<b>(O-E)<sup>2</sup>/E</b>
<b>2011-2013/LARC</b>	107	241	-134	74,35
<b>2014-2016/LARC</b>	371	237	134	75,48
<b>2011-2013/Annen prevensjon</b>	2097	1963	134	9,12
<b>2014-2016/Annen prevensjon</b>	1800	1934	-134	9,26

Nullhypotese (H<sub>0</sub>): Ingen endring i bruk av LARC som prevensjonsmetode blant tenåringsjenter i Finnmark fra 2011-2013 til 2014-2016.

Kjikvadratverdi (χ<sup>2</sup>): 168,20.

Frihetsgrader: 1.

p-verdi: 0,001.

## Vedlegg 6: Oppsummering av besvarte spørreskjema fra helseyskepleiere/jordmødre

Kommunestr.	Antall	Lavterskeltilbud i kommunen				Kjent m/handlingplan		Kjent m/refusjonsordning		Betydning av bidragsordning				
		Nei	Ja, SHT	Ja, HSU	Ja, begge	Ja	Nei	Ja	Nei	Svært viktig	Ganske viktig	Nøytral	Lite viktig	Ikke viktig
<1500	6		3	2	1	4	2	6		4		2		
1501-2999	3				3	3		3		1	2			
3000-4999	2			1	1	2		2		2				
5000-8999	1				1	1		1		1				
>9000	8				8	7	1	8		5	3			

### Lavterskeltilbud i kommunen:

Andre tilbud i kommunen : Ungdom kan ringe å avtale tid, åpen dør, drop-in på helsestasjon, helsestasjon.

### Årstall lavterskeltilbud innført:

<1500 Usikker, usikker, usikker, 1996, 2006, 2000  
 1501-2999 (SHT 2016, HSU 2006), 2011, 2005  
 3000-4999 2008, (SHT 1996, HSU sporadisk 05-12 fast fra -18)  
 5000-8999 (SHT -00, HSU -03)  
 >9000 (SHT-02, HSU -02)x6, usikker, usikker

## **Vedlegg 7: Artikkevaluering**

Se neste side.

Referanse: Skjeldestad FE. Forskrivning av prevensjon til unge kvinner. Tidsskr Nor Legerforen 2012; 132: 292-4.

		Design: Pasientserier	
		Dokumentasjonsgrad	III
		GRADE	3
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Ut fra brukermønstre og forskrivers profesjon, å evaluere prevensjonsbruken i en kohort av unge kvinner som har benyttet seg av tilbud om gratis prevensjon/fast bidragsatts</p> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Rundt 80% av kohorten født i -89 hadde tatt ut minst én resept på hormonell prevensjon. Tyder på høy bevissthet om forebygging av uplanlagte sv.sk.</p> <p>Utvilket rekvisisjonsrett har økt tilgjengeligheten av prevensjon &amp; unge kvinner benytter seg av tilbudet.</p> <p><b>Land</b></p> <p>Norge</p> <p><b>Ar data innsamling</b></p> <p>01.01.2004 – 31.12.2008</p>	<p><b>Innsamlet data fra:</b> Reseptregisteret.</p> <p><i>Om legemiddelbrukeren:</i> Pseudonym, fødselsår- &amp; måned, kjønn &amp; bostedskommune. <i>Om legemiddel:</i> ACT-kose, varenr., antall pakninger, refusjonspunkt, uthentingsdato. <i>Om forskriver:</i> Pseudonym fødselsår, kjønn, profesjon, spesialitet.</p> <p><i>Statistiske analyser utført i SPSS versjon 17,</i> sig.nivå p &lt;0,05.</p> <p><i>Studiepopulasjon:</i> Kvinner født i 1989, inkluderer 29 821 kvinner. Fulgt fra 15 år (-04) til 19 år (-08).</p> <p><i>Ekskluderte:</i> Menn, nødprevensjon, prospektrelaterte p-piller, utenlandske statsborgere, ufullstendig personidentitet &amp; opplagte feil i fødselsår. Forskrivere som tannleger &amp; veterinærer.</p> <p><i>Reseptuttak som inkl. hormonelle prevensjonsmidler i perioden:</i> ACT-kode G03A, totalt 4 729 890 stk. <i>Etter eksklusjon:</i> 4 526 759 stk.</p> <p><i>Antall resepter</i> varierte fra 0-61 rp innen utgangen av året de fylte 19 år. Pakningsstrl. anga antall utleverte døgndoser.</p> <p><i>Bruketid</i> definert vk/kontinuerlige uttak av samme prevensjon fra 1. uttaksdato til siste uttaksdato. Kontinuerlige uttak definert som der oppholdet mellom angitte døgndoser og neste uttak var &lt;60 dager. V/skifte av prevensjon ble bruketid beregnet fra uthentet dato til uthenting av ny prevensjonsmetode.</p>	<p><i>Prevensjonsbruk i populasjonen:</i> 78,9% av kohorten hadde hentet ut minst én resept på hormonell prevensjon før eller i det året de fylte 19 år.</p> <p><i>Prevensjonsmetode:</i> De fleste (&lt;75%) hadde tatt ut minst én resept på p-piller. Mindre vanlig var minipiller (&lt;12%), p-sprøyte (&lt;5%), p-plaster (&lt;4%), p-ring (&lt;3%), implantater (&lt;2%) &amp; hormonspiral (&lt;1%). Flest førstegangresepter ble skrevet ut i alderen 16-17 år.</p> <p><i>Forskrivere:</i> 2 av 3 førstegangresepter ble rekvirert av lege, 1 av 3 av helsesøster. LIS og spesialister i allmennmedisin var hyppigste forskrivere. Gynekologer og jordmødre rekvirerte færrest resepter til denne aldersgruppen. P-piller til 15-åringene ble forskrevet av leger. For jenter i alderen i overgang og til VGS er det helsesøster som forskrev mest.</p> <p><i>Variighet av prevensjonsbruk:</i> 9/10 bruker p-piller kontinuerlig i lengre tid etter oppstart. Gjennomsnittlig bruk av p-piller i første episode var 21-22 mnd., lik variighet uavhengig av forskriver. Gjennomsnittlig bruketid for første rp for de andre var: p-sprøyte 17 mnd., minipille &amp; implantater 13 mnd., p-plaster 11 mnd., p-ring 10 mnd., hormonspiral 10 mnd.</p> <p><i>Refusjonsordningen:</i> Bidrag for 3 mnd., gjenspeiles i at 96-97% av kvinnene løste inn resept for 3 mnd. av gangen.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <p>Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? JA.</p> <p>Var det sikret at utvalget ikke var selektert? Ikke relevant.</p> <p>Var inklusjonskriteriene for utvalget klart definert? JA.</p> <p>Er svarprosenten høy nok? JA.</p> <p>Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdom? Ikke relevant.</p> <p>Var oppfølgingen tilstrekkelig (type/omfang/tid) for å synliggjøre endepunktene? JA.</p> <p>Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? JA.</p> <p>Ved sammenligninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prognostiske faktorer fordeling beskrevet? Ikke relevant.</p> <p>Var registreringen av data prospektiv? Nei.</p> <p><b>Styrke:</b></p> <p>Stor studiepopulasjon. Innhentet data fra nasjonalt register, ingen frafall. Lang oppfølgingsperiode.</p> <p><b>Svakhet:</b></p> <p>Få tilsvarende studier hvor man har analysert prevensjonsbruk etter forskrivers profesjon. Kun et aldertrinn er fulgt. Ikke funnet liknende studier om prevensjonsbruk etter forskrivers profesjon.</p>

**Referanse:** Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Hognert H, Milsom I & Lidegård Ø. Contraceptive use in the Nordic countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2017; 96:19-28.

<b>Design:</b> Pasientserie	IIIa
Dokumentasjonsnivå	3
<b>GRADE</b>	

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>To compare contraceptive use in the Nordic countries and to assess compliance with recommendations from EMAs regarding the use of COCs.</p> <p>Compare usage by age in DK, NO, SE.</p> <p>Compare infrastructure parameters which may directly influence contraceptive use.</p>	<p><b>Data:</b> Nasjonale reseptregistre fra samtlige skandinaviske land.</p> <p><b>Inkluderte prevensjonsmidler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Data om bruk av COCs, minipille, p-plaster, vaginalring, p-sprøyte.</li> <li>- LNG-IUS: Fra FI innhentet data fra fabrikanter. Resterende land fra nasjonale registre.</li> <li>- Cu-IUS: Ikke tilgjengelig i FI. Innhentet data om Nova-T (som er vanligst) fra fabrikanter i de resterende land.</li> <li>- Nøddprevensjon/angrepiller: Antall solgte piller per 100 kvinne i aldersgruppe 15-49 år for hvert land.</li> <li>- Kondom: Salg av kondom innsamlet fra 4 av de nordiske landene.</li> </ul> <p><b>Ekskluderte prevensjonsmidler:</b> Samleie i sikre perioder &amp; avbrutt samleie.</p> <p><b>Data om alder:</b> I DK, NO &amp; SE mulig å innhente data om fordeling av hormonell prevensjon etter alder. Ikke mulig i FI &amp; IS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Total rate beregnet som bruk per 100 kvinner i aldersgruppe 15-49 år.</li> </ul> <p><b>Retningslinjer fra EMAs:</b> Sammenligning ble gjort mellom bruk av COCs som anbefalt førstelinje behandling av EMAs og andre former for kombinert hormonell prevensjon.</p>	<p><b>Demografisk data:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fertilitetsraten høyest i IS &amp; SE, lavest i DK &amp; FI.</li> <li>- Gjennomsnittsinntekt var høyest i NO.</li> <li>- Andelen utenlands fødte var høyest i SE (15%) &amp; lavest i FI (5%).</li> </ul> <p><b>Prevensjonsbruk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruk av hormonell prevensjon ble vurdert hos 5,8 millioner kvinner i alderen 15-49 år i de 5 landene.</li> <li>- Små forskjeller i tilgjengelighet mellom de ulike landene.</li> <li>- I samtlige land var det en liten økning i bruk av hormonell prevensjon. FI &amp; DK hadde størst total forbruk av all hormonell prevensjon, IS hadde lavest.</li> <li>- COCs er den vanligste metoden brukt i Norden, fulgt av LNG-IUS. Bruk av COCs var høyest blant tenåringer &amp; unge voksne og man fant en reduksjon i bruk med økende alder.</li> <li>- Kondom: Estimert salg størst i SE, deretter NO, FI, DK &amp; IS.</li> </ul> <p><b>Langtidsvirkende, reversibel prevensjon:</b> Økt bruk i nesten samtlige land i perioden, unntatt NO. Størst var bruken i SE, minst i IS.</p> <p><b>Bruk av COCs ift. anbefalinger fra EMAs:</b> Betydelig endring i bruk i samsvar med EMA i DK i 2010- &amp; 13. I FI ble ikke-anbefalte midler brukt nesten utelukkende gjennom perioden.</p> <p><b>Angrepiller:</b> Størst forbruk i NO (13.5 per 100 kvinner), Lavest forbruk i DK (8.2 per 100 kvinner).</p> <p><b>Faktorer som påvirker prevensjonsbruk:</b> Seksual undervisning &amp; opplæring i prevensjonsbruk. Refusjon, som var tilgjengelig i NO, SE &amp; FI. Helsestøtstre/foremøders rekvisisjonstret. Kun tilgjengelig i NO. Tilgjengelighet på retningslinjer &amp; lovgivning i forhold til abort.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <p>Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? JA.</p> <p>Var det sikret at utvalget ikke var selektert? JA.</p> <p>Var inklusjonskriteriene for utvalget klart definert? JA.</p> <p>Er svarprosenten høy nok? JA.</p> <p>Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdommen? Ikke relevant.</p> <p>Var oppfølgningen tilstrekkelig (type/omfang/tid) for å synliggjøre endepunktene? Ikke relevant.</p> <p>Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? Ikke relevant.</p> <p>Ved sammenligninger av pasienter, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prognostiske faktorer fordeling beskrevet? Ikke relevant.</p> <p>Var registrering av data prospektiv? NEI.</p> <p><b>Styrke:</b></p> <p>Basert seg på flere folkerogister, ingen frafall. Hovedandelen av kvinnene hadde gjentatte forskrivninger som indikerer faktisk bruk. 5 inkluderte land, stort utvalg. Sammenligner funnene i studien med andre studier fra andre deler av verden.</p> <p><b>Svakhet:</b></p> <p>Manglende data om bruk av kobberspiral. Lite informasjon om kondombruk. Ikke inkludert sterilisering som prevensjonsmetode.</p>
<p><b>Konklusjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevensjonsbruken er størst i DK &amp; SE.</li> <li>- Bruk av LNG-IUS er størst i FI.</li> <li>- Samtlige langtidsvirkende prevensjonsmetoder er vanligst i SE.</li> <li>- Samsvar mellom bruken av COCs og retningslinjer fra EMA er best i DK.</li> </ul>	<p><b>Land</b></p> <p>NO, DK, SE, FI &amp; IS</p>	<p><b>Ar data innsamling</b></p> <p>2010 - 2013</p>	

**Referanse:** Raymond, G., Elizabeth ; Stewart, G., Felicia ; Weaver, G., Mark ; Monteith, G., Charles ; Van Der Pol, G., Barbara. Impact of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2006, Vol.108(5), p.1098-1106.

**Design:** RCT

Dokumentasjonsnivå lb

GRADE

4

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Compare two approaches for providing emergency contraceptive pills.</p> <p>To determine how easier access would affect rates of pregnancy and sexually transmitted infection.</p>	<p><b>Inkluderte:</b> Seksuelt aktive kvinner i aldersgruppen 14-24 år.</p> <p><b>Ekskluderte:</b> Kvinner med ønske ei planer om svangerskap. Kvinner som brukte spiral, implantat, hormoninjeksjon, vaginalring, p-plaster og sterilisert. De om hadde vært gravid iia siste 6 uker eller ammet.</p>	<p>93% av deltakerne deltok ved studiens slutt etter ett år. Median alder var 20 år. Deltakerne rapporterte en median antall på 4 samleier de første 14. dagene, inkludert en median på to uten kondom. 6% ble infisert med SOI iia året, 39% hadde mer enn én seksuell partner de forutgående 6 mnd., mer enn 25% var i et forhold med under en måneds varighet og 30% hadde partnere som mest sannsynlig ikke var monogam. Eneste forskjellen på gruppene ved baseline var at gr. med økt tilgjengelighet hadde større forekomst av SOI.</p> <p><i>Gruppen med økt tilgjengelighet:</i> 746 stk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Større forbruk av nødprevensjon sammenlignet med den andre gruppen. Median antall var 4 stk, maksimum antall var 33.</li> <li>- Median tidspunkt etter samleie for inntak av nødprevensjon var 12 timer.</li> </ul> <p><i>Gruppen med standard tilgjengelighet:</i> 744 stk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Median tidspunkt etter samleie for inntak av nødprevensjon var 36 timer.</li> </ul>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <p>Er formålet med studien klart formulert? JA.</p> <p>Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene med randomiseringsprosedyre? JA.</p> <p>Ble alle deltakerne gjort rede for i slutten av studien? JA.</p> <p>Ble deltakerne/studiepersonell blindet mht. gruppetilhørighet? JA.</p> <p>Var gruppene like ved starten? JA.</p> <p>Ble gruppene behandlet likt? Nei, en gruppe fikk økt tilgjengelighet på nødprevensjon. Den andre gruppen hadde standard tilgjengelighet.</p> <p>Hva er resultatene? Ingen forskjell.</p> <p>Kan resultatet overføres til praksis? NEI.</p> <p>Ble alle utfallsmal vurdert? NEI, ikke tatt med abortforekomst og kun et begrenset antall SOI-typer.</p> <p>Er fordelene verdt ulemper/kostnader? Nei, svært kostbart dersom større populasjon.</p> <p><b>Syrker:</b></p> <p>Andre studier med funn som er konsistente med denne.</p> <p><b>Svakheter:</b></p> <p>Liten studiepopulasjon. Deltakere rapporterte selv bruk av nødprevensjon. Funnene kan ikke overføres til populasjonsnivå.</p>
<p><b>Konklusjon</b></p> <p>Svangerskapsinsidensen lik i begge gruppene.</p> <p>Lik forekomst av seksuelt overførbare infeksjon i gruppene.</p> <p>Større bruk av nødprevensjon blant deltakerne i gruppen med lett tilgjengelighet. Samt raskere inntak av pillen etter samleie.</p>	<p><b>Endepunkt:</b> Oppfølgingsstid på 1 år. Ble da sjekket for graviditet, gonore, klamydia og trichomonasinfeksjon.</p> <p><b>Hovedeksponering:</b> Kvinnene fikk to pakker med nødprevensjon utdelt ved oppstart. Proaktivt tilbud om erstating dersom de mistet eller brukte pillen.</p> <p><b>Effekt mål:</b> Hazard ratio.</p> <p><b>Statistisk analyse:</b> Parametric Weibull proportional hazards model. Which accounts for interval-censored data, to obtain an estimate of the RR of SOI along with a 95% upper confidence bound.</p> <p>Proportional hazard models in secondary analyses of both primary outcomes to adjust for potentially important baseline covariates.</p>	<p>Svangerskapsinsidensen var lik i begge gruppene. Antall tilfeller med gonore, klamydia og trichomonas var lik i begge truppene.</p> <p>Ingen andre forskjeller hva angikk selvrapporterte data om seksuell adferd og prevensjonsbruk.</p> <p>I målpopulasjonen er risikoen for SOI like stor uavhengig av økt tilgang -&amp; standard tilgangen på nødprevensjon. Kvinner med infisert med SOI ved studiens start, mørkhudede og kvinner med flere partnere hadde signifikant høyere risiko for SOI sammenlignet med kvinner uten disse karakteristika.</p> <p>Det ble ikke observert noen reduksjon i svangerskapsrate i noen av gruppene.</p>	
<p><b>Land</b></p> <p>USA (Nevada &amp; North Carolina)</p>			
<p><b>Ar data innsamling</b></p> <p>Oktober 2002 – juni 2005</p>			

**Referanse:** Justad-Berg RT, Eskild E, Strøm-Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all request for pregnancy termination in Norway during 2007 – 2011. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 1175-1180.

<b>Design:</b> Tverrsnittstudie	III
Dokumentasjonsnivå	III
GRADE	3

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>- Undersøke prevalens &amp; risikofaktorer for gjentatte induserte aborter.</p> <p>- Undersøke om det er assosiasjon mellom alder, tidligere fødsler, prevensjonsbruk, maternal status, utdanningsnivå, yrke - og religion ift. gjentatte aborter.</p>	<p><b>Data:</b> Abortregistret. Inkluderer info om kvinnens reproduksjonsanamnese og sosiodemografiske status.</p> <p><b>Inkluderte:</b> Alle abortforepørsler før sv.sk.uke 12+6. Totalt 80 346 forepørsler i perioden.</p> <p><b>Ekskluderte:</b> Abortforepørsler fra 2006 pga. mangelfulle data.</p> <p><b>Variabler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidligere induserte aborter: 0, 1, <math>\geq 2</math> el manglende data.</li> <li>- Alder: 5 års intervall.</li> <li>- Referanse: 20-24 år.</li> <li>- Parity: P0, P1 el <math>\geq</math> P2.</li> <li>- Referanse: Para0.</li> <li>- Prevensjonsbruk-/metode: Sikker periode, kondom, hormonell prevensjon/intrauterin prevensjon, sterilisering, nødprevensjon, andre, manglende informasjon, ingen bruk.</li> <li>- Referanse: Ingen bruk.</li> <li>- Maternal status: Enslig, samboer, gift, skilt el manglende data.</li> <li>- Referanse: Parforhold.</li> <li>- Utanning: Primærskole, ungdomsskole, videregående skole, universitet.</li> <li>- Referanse: Primærskole.</li> <li>- Arbeidsstatus: Fulltid-/deltidsansatt, arbeidslødig, student, student m/job, arbeidslødig el manglende data.</li> <li>- Referanse: Fulltid-/deltidsansatt.</li> <li>- Bosted: Øst, Oslo, sør, vest, nord el manglende data.</li> <li>- Referanse: Øst.</li> </ul>	<p><b>Populasjonens gjennomsnittsalder</b> var 27.6 år, 53.1% av disse hadde et el flere barn.</p> <p><b>Antall induserte aborter i perioden:</b> 80 346.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 36.7% av disse hadde tidligere gjennomgått provosert abort. 25% hadde én tidl abort, mens 11.7% hadde to el flere provoserte aborter.</li> <li>- 5.3% av abortforepørslene manglet data om tidligere gjennomførte aborter.</li> </ul> <p><b>Kvinner &lt; 25 år:</b> Utgjorde 40.8% av de som gjennomgikk prov.abort. 32.1% av disse hadde tidligere tatt én abort, 21.% hadde to el flere tidligere aborter.</p> <p>OR for repetert provosert abort var redusert for kvinner &lt;20 år og økt for alle aldre over 25 år, sammenlignet med kvinner mellom 20-24 år. Sammenlignet med kvinner i alderen 20-24 år, var justert OR for gjentatt abort 1.61 for kvinner i aldersgr. 25-29 år og 1.79 for kvinner i aldersgr. 30-34 år. aOR for kvinner &lt;20 år var 0.35.</p> <p><b>Bosted:</b> Kvinner bosatt i Oslo og Nord-Norge hadde økt risiko for gjentatte aborter.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <p>Er problemstillingen klart formulert? Ja.</p> <p>Er befolkringen/populasjonen som utvalget er tatt fra, klart definert? Ja. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja.</p> <p>Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? Ikke aktuelt.</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Ikke relevant.</p> <p>Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ja.</p> <p>Er datainnsamlingen standardisert? Ja.</p> <p>Er dataanalysen standardisert? Ja.</p> <p>Hva forteller resultatene? Tidligere indusert abort øker risikoen for gjentatte aborter.</p> <p>Kan det overføres til praksis? Viktige funn av aktuell målgruppe for forebygging av uplanlagte sv.sk. &amp; provoserte aborter.</p> <p><b>Styrke:</b></p> <p>Stor populasjon. Data fra nasjonalt register, ingen frafall. Studier fra andre sammenlignbare land med lignende funn.</p> <p><b>Svakheter:</b></p> <p>Få andre populasjonsbaserte studier til sammenlikning. Manglende data om tidligere aborter hos 5.3%. Info om prevensjonsbruk på befruknings-tidspunktet er usikkert.</p>
<p><b>Konklusjon</b></p> <p>- <math>\approx 37\%</math> av alle abortforepørsler ble gjort av kvinner som tidl hadde fått utført abort.</p> <p>- De som har fått utført abort bør være målgr. for forebygging.</p> <p>- Alder &gt;25 år, multipara &amp; prevensjonsbruk økte risikoen for gjentatte aborter.</p>	<p><b>Land</b></p> <p>Norge</p> <p><b>Ar data innsamling</b></p> <p>2007 - 2011</p>	<p><b>Statistiske analyser:</b> Estimerte forholdet mellom alle abortforepørsler med kvinner med ingen-, 1 el <math>\geq 2</math> tidl aborter. Samt hver enkelt variabel ift tidl aborter.</p> <p>- Logistisk regresjonsanalyse: OR med 95% konfidensintervall.</p> <p>- Kji-kvadrattest.</p>	

**Referanse:** Sedgh G, Bearak J, Singh Sushreela, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossler C, Gerdis C, Tancaalp Ö, Johnson Jr BR, Johnston HB, Alkema L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388: 258-67.

		<b>Design:</b> Tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	II
		GRADE	2
<b>Formål</b>	<b>Materiale og metode</b>	<b>Resultater</b>	<b>Diskusjon/kommentarer</b>
<p>- A estimere abortforekomsten mellom 1990 og 2014</p> <p>subregional, regionalt og globalt.</p> <p>- A undersøke trenden i abortforekomsten.</p> <p>- A se abortraten i sammenheng med abortlovgivning i de aktuelle landene.</p>	<p><b>Data:</b> Fra offisielle statistikker og nasjonale representative studier.</p> <p>- Guttmacher instituttet oppdaterte sin database med info. fra offisiell statistikk fra land med liberal abortlov, FNs demografiske årbok rapporterte for land med liberale og restriktive lover og søk av publiserte &amp; upubliserte studier basert på nasjonale representative studier i land med restriktiv abortlovgivning.</p> <p><i>Innsamlet data for 1069 country-years:</i></p> <p>- 625 for Europeiske land, 239 for land i Asia, 74 for Latin-Amerika - &amp; Karibia, 40 for Nord-Amerika, 40 for Oceania og 51 for Afrika.</p> <p><b>Periode:</b> Abortnsidens estimert for 5-årsperioder globalt, verdensdel - &amp; subregioner.</p> <p><b>Subregioner:</b> Basert på FNs inndeling.</p> <p><b>4 subgrupper:</b> Basert på FNs populasjons inndeling</p> <p>- <i>Definisjon på subgr. av kvinner i fertill alder:</i></p> <p>I) Ugifte kvinner, enslige</p> <p>II) Gifte kvinner (inkl. samboere). IIa) uten behov for prevensjon, IIb) som bruker prevensjon men er blitt gravid, IIc) som er fruktbare og uten barneønske, som bruker prevensjon.</p> <p><b>Statistiske analyser:</b> Estimert abortforekomst vha. Bayesian hierarkisk tidsenemodell hvor den totale abortraten er en funksjon av raten i subgr. av kvinner i fertill alder, definert av deres sivile status, prevensjonsbehov- &amp; bruk, og størrelsen på subgr. - <i>Aivrensjig variabel:</i> Antall aborter i et landar.</p> <p>- <i>Prediktorer:</i> Antall kvinner i fertill alder i hver av de 4 subgruppene.</p> <p>- <i>Koeffisient:</i> Abortraten i subgruppens populasjon.</p>	<p><b>Estimert abortrate</b> var 35 provoserte aborter per 1000 kvinner i fertill alder (15-44 år) per år verden over i perioden 2010-14. Ikke-signifkant reduksjon fra 1990-94 da estimert abortrate var 40 per 1000 kvinner.</p> <p>- <i>Subregion m/høyest abortrate:</i> Karibia med 65.</p> <p>- <i>Subregion m/lavest abortrate:</i> Nord-Amerika med 17 &amp; Vest-Europa med 18.</p> <p>- <i>Subregion m/størst reduksjon fra 1990-94 og 2010-14:</i> Øst-Europa med reduksjon fra 88 til 42. Abortraten falt også i Nord-Amerika &amp; omtrent hele Europa, bortsett fra Vest-Europa.</p> <p><b>Industriland:</b> Signifkant reduksjon i årlig abortrate fra 46 (1990-94) til 27 (2010-14).</p> <p><b>Utviklingsland:</b> Ikke-signifkant reduksjon i årlig abortrate fra 39 til 37.</p> <p>Estimert årlig abortrate i 2010-14 blant <b>gifle kvinner</b> var 36, mens for <b>enslige</b> var det 25. Gifte kvinner hadde høyere abortrate enn enslige i de fleste subregioner, Signifkant høyere i Europa, i sub-Sahara Afrika og Nord-Amerika hadde ugifte kvinner høyere abortrate enn gifte, Signifkant i Vest-Afrika.</p> <p><b>Absolutt antall av estimert abortantall:</b> Økte fra 50,4 mill i 1990-94 til 56,3 mill i 2010-14. Økning pga. populasjonsvekst globalt.</p> <p><b>Globalt endte rundt 25% av alle sv.sk. med abort</b> i 2010-14. I-land var det en reduksjon fra 39% (1990-94) til 28% (2010-14) av alle sv.sk. som endte med abort, mens det i U-land var en signifkant økning fra 21% til 24%.</p> <p><b>Assosiasjon mellom abortlovgivning - &amp; abortrate:</b> Ingen evidens for assosiasjon. Abortrate i land hvor abort var ulovlig el kun tillatt for å redde kvinnens liv var 37, mens den var 34 i land med liberal abortlovgivning.</p>	<p><b>Spøkkiste:</b></p> <p><i>Er problemstillingen klart formulert? Ja.</i></p> <p><i>Er befolkningen/populasjonen som utvalget er tatt fra klart definert? Ja, landene som inngår finner man i studiens appendix.</i></p> <p><i>Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? Ja.</i></p> <p><i>Ble det redegjort for om respondenterne skiller seg fra de som ikke har respondert? Ikke relevant for denne studien.</i></p> <p><i>Er svarprosenten høy nok? God svarprosent pga. bruk av nasjonale registre.</i></p> <p><i>Braker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? Ja, bruker tilpasset modell for formålet.</i></p> <p><i>Er datainnsamlingen standardisert? Innsamlet data fra hlv. nasjonale registre og publiserte/upubliserte nasjonale registre.</i></p> <p><i>Hva forteller resultatene? Signifkant reduksjon i abortraten siden 1990-tallet i I-land, men ikke i U-land.</i></p> <p><i>Kan det overføres til praksis? Ja, studien viser at helsemyndighetene bør iverksette tiltak for å sikre at enslige kvinner har tilgang til rådgivning vedr. prevensjon ol. hos helsejenteser. Samt at det bør satses på prevensjonsmetoder som er mer sikre og har mindre brukerfeil.</i></p> <p><b>Styrke:</b> Lang studieperiode. Stort utvalg/populasjon.</p> <p><b>Svakheter:</b> Informasjon om abort i U-land knapp, hvilket reflekteres i de store usikkerhetsintervallene rundt disse estimatene. Empiriske data vedr. estimerte abortrate blant gifte kvinner mangler. Alle ugifte kvinner inndelt i samme gruppe pga. manglende data vedr. prevensjonsbruk, slik man har for gifte kvinner.</p>
<b>Område/land</b>	184 land verden over, inndelt i 16 sub-regioner		
<b>Ar data innsamling</b>	1990 – 2014		



**Referanse:** Winmer B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. N Eng J Med 2012; 366:1998-2007.

<b>Design:</b> Kohortstudie	lb
Dokumentasjonsnivå	
GRADE	3

Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Sammenlignne prevensjonssvikt hos brukere av LARC med brukere av mer vanlig prevensjonsmetoder i en gruppe med økt risiko for uplanlagte svangerskap.	<p><b>Rekruttering:</b> 9256 deltakere med økt risiko for uønskede svangerskap. Rekruttert via oppslag i aviser, flygeblad, medisinske leverandører og muntlig forespørsel.</p> <p><b>Studiedesign:</b> Prospektiv kohort. Alle fikk prevensjonskonsultasjon med grundig info om hver prevensjonsmetode. Fulgt med telefonintervju ved 3 &amp; 6 mndr. deretter hvert halvår.</p> <p><b>Inkluderte:</b> Første 7486 deltakerne som benyttet spiral, p-stav, p-sprøyte, p-piller, p-plaster el p-ring. Mottok gratis prevensjonsveiledning og fikk prevensjon kostnadsfritt.</p> <p><b>Gravide</b> ble spurt om det var planlagt &amp; hvilken prevensjonsmetode de brukte.</p> <p><b>Svikt i prevensjonsmetode</b> definert som befruktning som skjedd mens metoden ble brukt.</p>	<p>Blant 7486 inkluderte deltakere var det 334 uønskede sv.sk. 156 var pga. prevensjonssvikt.</p> <p>Prevensjonssvikt med p-pille, p-ring &amp; p-sprøyte: 4,55 per 100 deltakerår. Prevensjonssvikt med LARC: 0,27 per 100 deltakerår.</p> <p>Ved 1, 2 &amp; 3 år hadde de som benyttet p-pille, p-ring &amp; p-plaster større sannsynlighet for uønsket sv.sk. sammenlignet med LARC-brukere. Prevensjonssviktkraten var lik for de som brukte LARC &amp; p-sprøyte.</p> <p>Deltakere under 21 år som benyttet p-pille, p-ring el p-plaster hadde nesten 2x økt risiko for uønsket sv.sk sammenlignet med eldre kvinner som benyttet samme prevensjonsmetode.</p> <p>Brukere av LARC og p-sprøyte hadde lav rate av uønsket sv.sk. uavhengig av alder.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b>            Er formålet med studien klart formulert? Ja.            Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? Ja.            Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? Ja.            Var studien prospektiv? Ja.            Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålidelig i de to gruppene? Ikke relevant.            Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? Ja.            Er det utført trafalisanalyser? Nei.            Var oppfølgingsstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Ja.            Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring? Både-og, diskutert i diskusjonsdel.            Er den som vurderte resultatene blindet gruppeblinded? Ikke relevant.</p> <p><b>Syrke:</b> Prospektivt studiedesign, stort utvalg, flere kilder for info vedr. prevensjonsbruk &amp; liten andel som falt fra.  <b>Svakhet:</b> Ikke randomisert, selektert gruppe med høy-risiko kvinner.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Effektiviteten til LARC er overlegen sammenlignet med p-pille, p-plaster og p-ring.</p>		
<b>Land</b>	<p><b>USA</b></p>		
<b>Ar data innsamling</b>	<p>August 2007 – september 2011</p>		
<p><b>Statistisk analyse:</b> Signifikansnivå: p-verdi 0,05. Middelværdi, SD, frekvens &amp; prosent. T-test &amp; kji-kvadratstest.</p>			