

Prevensjonskunnskap- konsekvenser for aborttall i Finnmark?

5. årsoppgave
skrevet av:

Solveig Bjellmo, kull-00

Veileder: Knut Holtedahl, ISM

Førord

Forebyggende helsearbeid har alltid vært noe som har interessert meg, som datter av en helsesøster fikk jeg tidlig lære viktigheten av å tenke forebyggende helsearbeid. Det har derfor vært en spennende og lærerik prosess å skrive denne oppgaven.

Jeg vil gjerne takke gynekologisk avdeling på Hammerfest- og Kirkenes sykehus, og en spesiell takk til mine kontaktpersoner, Jes Westergaard og Anette Granlund. Uten deres hjelp hadde jeg ikke kunnet gjennomført denne oppgaven. Jeg vil også takke min mamma, Wenche. Du har som alltid vært en god støttespiller. Så til slutt må jeg få takke min veileder Knut Holvedahl for inspirerende veiledning.

INNHALDSFORTEGNELSE

RESYMÉ	1
BAKGRUNN	1
MATERIALE OG METODE.....	1
RESULTAT	1
KONKLUSJON	2
INNLEDNING	3
HISTORIE.....	3
TENÅRINGER	3
FOREBYGGENDE ARBEID BLANT UNGDOM	5
FINNMARK.....	6
MÅLSETTING MED OPPGAVEN	6
MATERIALE OG METODE	8
1. SPØRRESKJEMA TIL HELSESØSTER	8
2. SPØRRESKJEMA TIL JENTER SOM TAR ABORT I ALDERSGRUPPEN 15-19 ÅR.....	9
ANALYSE.....	9
RESULTATER	10
HELSESØSTRENE:	10
JENTENE:	14
DISKUSJON	17
ABORTTALLENE- HVA HAR SKJEDD?	18
HØY- OG LAV- ABORTRATE GRUPPE	18
HELSESTASJON FOR UNGDOM.....	19
UNDERVISNING/INFORMASJON	19
HVORFOR TAR JENTER I FINNMARK ABORT?.....	21
KONKLUSJON	23
KILDER	25
Tabell 1: Høy- og lav abortrate gruppe.....	10
Tabell 2: Åpningstid per uke på Helsestasjon for ungdom.....	10
Tabell 3: Treffetid på ungdomskole og videregående skole, åpningstid per uke.....	11
Tabell 4: Andel spørsmål knyttet til prevensjon/sekssualitet på treffetid på ungdom - og videregående skole.....	11
Tabell 5: Årlig undervisning av helsesøster på skolene om tema Ungdom og samliv.....	12
Tabell 6: Antall ungdommer helsesøster har hatt prevensjonsveiledning for den siste kalendermåned.....	13
Tabell 7: Antall jenter som har snakket med foreldre og venner om prevensjonsmidler, og deres oppfatning om dette var viktig.....	14
Tabell 8: Antall jenter som har fått undervisning om bruk av prevensjon på skolen av lærer, eller andre utenfor skolesystemet (helsesøster, MSO og lignende), og deres oppfatning om dette var viktig.....	15

Vedlegg:

- Spørreskjema om prevensjonsveiledning (helsesøster)
- Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt (jentene)
- Spørreskjema til abortsøkende jenter i alderen 15-19 år i Finnmark

RESYMÉ

Bakgrunn

Bakgrunnen for oppgaven var de høye aborttallene i de nordligste fylkene i aldersgruppen 15-19 år. I 2003 var antallet svangerskapsavbrudd i Norge 16,4 per 1000 for denne aldersgruppen. Tallene hadde da sunket fra 1999. Finnmark toppet i 2003 statistikken med 30,5 svangerskapsavbrudd per 1000. Sammenlignet med Oslo som hadde 20,9 svangerskapsavbrudd per 1000 samme år, og som alltid har ligget høyt oppe på statistikken er dette høye tall. Jeg ønsket med min oppgave å se på mulige årsaker til de høye tallene med fokus på hvilken prevensjonsveiledning som er tilgjengelig og hvilken tilgang ungdom har til prevensjonsmidler i Finnmark.

Materiale og metode

Opgaven baserer seg på to spørreskjema, ett til helsesøstere i 15 kommuner i Finnmark fylke. Disse ble valgt ut på bakgrunn av abortrate i Finnmark fra 1998-2002 i aldersgruppen 15-19 år. Kommunene ble ut fra disse tallene delt inn i en høy- abortrate gruppe (7 stk) og en lav- abortrate gruppe (8 stk). Fire av kommunene hadde innbyggertall over 5000, to i hver gruppe. Det andre spørreskjemaet var til jenter i denne aldersgruppen som tar abort på Hammerfest eller Kirkenes sykehus. Skjemat ble delt ut i tidsperioden 15.04.04 til 15.04.05.

Resultat

Ti av 15 kommuner har tilbudet Ungdommens helsestasjon, fem i hver gruppe. Alle storkommunene hadde dette tilbudet. Hele 14 av helsesøstrene har trefftid på ungdomskolen, ni av disse har også trefftid på videregående skole. Fem av helsesøstrene underviser i temaet *Ungdom og samliv* i 8 klasse, 11 i 9 klasse og 10 klasse. Tre har også undervisning i videregående skole. Her er det ingen forskjell mellom høy- og lav- abortrate gruppen. 12 av helsesøstrene hadde tatt etterutdanning for å få rett til å foreskrive p-piller til jenter i alderen 16-19 år, seks i hver gruppe. Ni svarte de ønsket etterutdanning i temaet samliv og prevensjon, en stor del av disse savnet kursing i hvordan de skal nå fram til ungdommen og informasjon om nye prevensjonsmetoder.

Blant jentene fikk jeg inn 9 ufylte skjemat. Det ble til sammen delt ut 39 skjema i perioden noe som tilsier en svarprosent på rundt 21 prosent. Aldersspredningen på de som fylte ut skjemaet var fra 17 til 19 år. Alle gikk på videregående skole. Nesten alle hadde pratet med sine foreldre og venner om temaet prevensjon og seksualitet, å prate med venner ble sett på som viktigere enn å prate med foreldrene. Syv svarte de hadde hatt undervisning om dette på skolen, over halvparten mente dette var viktig. Helsesøster hadde ukentlig treffetid på skolen hos åtte av jentene. Bare tre hadde oppsøkt dette tilbudet.

På delen om tilgang til prevensjon hadde syv tilgang til Ungdommens helsestasjon, og gratis kondomer. Seks hadde oppsøkt helsesøster for å få prevensjon. Syv hadde fått resept på p-piller, fire hos legen, og tre hos både legen og helsesøster. De fleste visste hvor de skulle få tak i nødprevensjon, fem hadde brukt nødprevensjon. På spørsmål om nåværende graviditet hadde seks ikke brukt prevensjon da de ble gravid. To hadde brukt kondom. Syv mente de hadde god tilgang til prevensjon.

Konklusjon

Mine tall viser at aborttallene i Finnmark i aldersgruppen 15-19 år forsetter å synke, som de har gjort siden århundreskiftet. Kommunene i Finnmark jobber aktivt med forebyggende arbeid i denne aldersgruppen. De fleste har tilbud om Helsestasjon for ungdom, og hele 12 av 15 helsesøstere har tatt etterutdanningskurs og kan skrive ut gratis p-piller til jenter fra 16- 19 år. Mange opererer også med treffetid på ungdoms - og videregående skole.

Den eneste forskjellen mellom min høy- og lav- abortrate gruppe er åpningstiden på Helsestasjon for ungdom. Der viser det seg at lav- abortrate gruppen har noe lengre åpningstid. Dette kan være en indikasjon på at det virker forebyggende å ha lengre åpningstid enn 1-3 timer i uken. Her er det viktig å ta forbehold i at tallene er svært små. De fleste jentene virker som de har god kunnskap om prevensjon og føler selv de har god tilgang. Det er derfor litt oppsiktsvekkende at hele syv av ni ikke brukte prevensjon da de ble gravide, og fem har benyttet seg av nødprevensjon tidligere. Her er nok både holdninger og riktig kunnskap om prevensjon viktige faktorer. Disse temaene mener jeg burde vært tatt opp tidlig på ungdomskolen, slik at ungdom har et forhold til bruk av prevensjon ved sin første seksuelle erfaring.

INNLEDNING

I denne oppgaven skal jeg se litt nærmere på aborttallene i Finnmark fylke i aldersgruppen 15-19 år. Først vil jeg ta for meg litt bakgrunnshistorie for loven om selvbestemt abort, og litt historie om hvordan aborttallene har endret seg. Jeg vil også prøve å belyse hva som har skjedd innenfor forebyggende helsearbeid blant ungdom den siste tiden. Deretter skal jeg gjøre rede for eget materiale.

Historie

Abortkampen i Norge startet for over hundre år siden. I Nord-Norge var det flere kvinner som var så fortvilte over å være gravid utenfor ekteskap at de i desperasjon valgte å ta livet av sitt barn rett etter fødsel. Mangelen på seksualopplysning og liten eller ingen tilgang på prevensjon var et stort sosialt problem. Sosialisten og kvinnesaksforkjemperen Gitta Jønsson fra Tromsø tok i 1916 initiativ til en stor opplysnings og barselhjelpkampanje i Nord-Norge inspirert av den radikale kvinnesaksforkjemperen Katti Anker Møller i Kristiania (1). Katti Anker Møller var den første i Norge som formulerte kravet om lovlig selvbestemt abort i 1913. Det skulle gå mange år før den første abortloven ble vedtatt på Stortinget i 1960. Loven tillot abort utført på sykehus dersom en nemd av leger godkjente inngrepet. Abort på sosiale indikasjoner var ikke tillatt. Illegale aborter var fortsatt straffbart for kvinnen. Det gikk fire år før loven ble iverksatt i februar 1964 (2). Abortnemnder ble innført og antallet aborter steg fra 3500 i 1964 til 16000 i 1974. Selv om få fikk avslag av nemndene, følte kvinner dette var en nedvergende situasjon, å ikke ha mulighet til å bestemme over sin egen kropp. På 70-tallet ble derfor kampen for selvbestemt abort en av kvinnebevegelsens viktigste saker. I juni 1978 vedtok Stortinget loven om selvbestemt abort, og året etter trådte loven i kraft (3).

Tenåringer

Et av hovedargumentene mot selvbestemt abort var redselen for at tallene skulle skyte til værs, og at de skulle fortsette å stige. Dette har ikke skjedd, og i 2003 ble det utførte 13888 aborter på landsbasis, et tall som har holdt seg noenlunde stabilt de siste årene.

Siden århundreskiftet har også aborter blant tenåringer i aldersgruppen 15-19 år vært synkende. I 2003 var det 16,4 aborter per 1000 kvinner i denne aldersgruppen. Dette er den laveste abortraten blant tenåringer som er registrert i de 25 årene med nåværende abortlov.

I Norge har det i mange år vært et overordnet mål å senke aborttallene med spesielt fokus på aldersgruppen 13-19 år. I 1995 tok Legeforeningen initiativ til en handlingsplan for å bedre prevensjonsveiledning og redusere aborttall. Det ble også laget en enkel håndbok for allmennleger (4). Det er også kommet flere handlingsplaner fra Sosial- og helsedepartementet (5,6). I 2004 ble det i statsbudsjettet bevilget vel 21,6 mill kr til forebygging av uønskede svangerskap og abort. Det ble samtidig lagt fram en ny handlingsplan fra helsedepartementet, med hovedfokus på å få en reduksjon i aborttallene (7). I denne handlingsplanen er dialog om samliv, seksualitet og prevensjon, brukerinvolvering og lavterskeltilbud grunnleggende prinsipper i det videre arbeidet. Det blir blant annet lagt vekt på at foreldre og omsorgspersoner tidlig skal snakke med sin barn om seksualitet, slik at barn i ung alder blir mer trygg på egen kropp og seksualitet. Blant ungdom er det viktig at kommunikasjonen om temaet skjer på ungdoms premisser, på arenaer de opplever som viktige og med personer de har tillit til. Dette på bakgrunn av at nye undersøkelser viser at med tradisjonelle veiledningsmetoder får folk bare med seg 5-10% av det som formidles (7).

Ungdoms seksualatferd har endret seg de siste årene. En undersøkelse gjort av Pedersen og Samuelsen over en tiårsperiode fra 1992-2002 viste at samleiedebutalder hos jenter har falt med et helt år fra 17,7 i 1992 til 16,7 i 2002. Hos gutter har fallet vært mindre fra 18,5 i 1992 til 18,0 i 2002. Ut fra dette slutter forfatterne at en større andel jenter tidlig og midt i tenårene nå vil være seksuelt aktive, og slik ha behov for kunnskap om og tilgang på prevensjon. Det er verdt å merke seg at flere av 13-14 åringene hadde samleiedebutert, og i denne gruppene finner man noen flere gutter enn jenter (8).

Ser man nærmere på aborttallene for tenåringene, avtok antallet påbegynte svangerskap utover 70-tallet. Større åpenhet og bedre tilgang til prevensjon vil være viktige faktorer for å forklare nedgangen i antall tenåringsmødre. Denne utviklingen må også sees i sammenheng med den generelle utviklingen mot en stadig utsettelse av barnefødsler som vi ser både i Norge og resten av vesten (9). Abortraten økte fra 1972 og fram til 1981. Senere på 80-tallet holdt abortraten seg stabil for deretter å avta noe på 90-tallet (10). Den har fortsatt å synke etter århundreskiftet. Det er også en klar reduksjon i fødselstallene blant tenåringer. I 1982 ble

22 av 1000 kvinner i alderen 15-19 år mødre. 20 år senere er det samme tallet nede i 10. Fødselsraten har derfor gått kraftigere ned enn abortraten. Selv om aborthyppigheten har gått ned, er det flere som velger abort enn fødsel i denne aldersgruppen når de blir gravide. Hele seks av ti svangerskap ender i abort blant tenåringsjentene (11).

Forebyggende arbeid blant ungdom

Helsestasjon for ungdom har vært et av lavterskeltilbudene som har vært viktig for å nå ungdom. Det var først på 90-tallet dette ble et begrep, og i 1998 var Helsestasjon for ungdom et eget avsnitt i *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* utgitt av Statens helsetilsyn. Her ble det lagt vekt på at ungdom er en viktig målgruppe når det gjelder helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Helsevaner som utvikles i ungdommen, forblir ofte de samme livet gjennom. Målsetningen for tjenesten er å tilby ungdom en helsetjeneste som skal bidra til bedre helse, en støtte for ungdom i en viktig utviklingsfase i livet. Arbeidet omfatter forebygging av uønskede graviditeter, seksuelt overførbare sykdommer, psykiske og sosiale problemer og bruk av alkohol og narkotika. Her blir det også poengtert viktigheten av å tilrettelegge tilbudet på ungdoms behov og deres premisser (12).

Rekvireringsrett til helsesøstere og jordmødre og gratis p-piller til jenter i aldersgruppen 16-19 år ble innført i 2002. Som ledd i satsningen ble det gjennomført etterutdanningskurs i samliv, seksualitet og prevensjonsveiledning for helsesøstere og jordmødre ved 7 høgskoler. Ved utgangen av 2003 var det 1300 helsesøstere og jordmødre som hadde gjennomført etterutdanningen. Det ble i 2000 startet med utdeling av gratis kondomer til målgruppen, her har Helsestasjon for ungdom vært en viktig arena (7).

Gode midler for postkoital prevensjon (nødprevensjon) er blitt reseptfrie, og varigheten av resepter på hormonelle prevensjonsmidler er utvidet til tre år (13).

Det har også vært satsset på mye på ulike skoleprogram. Blant annet undervisningsprogrammet ”Jeg har et valg” ble av Inger Myklestad i perioden 1999-2002 prøvd i Oslo. Her ble det ved to intervensjonsskoler på niende klassetrinn gjennomført et undervisningsprogram, disse ble sammenlignet med en kontrollskole som ikke fikk programmet, men som hadde fem timer med annen seksualundervisning. Resultatene viste at elevene i intervensjonsgruppen tilegnet seg mer kunnskap om prevensjon, seksualitet og graviditet enn før, og mer enn elevene i kontrollgruppen. Holdninger til tilgjengelighet og bruk av prevensjon ble forbedret i intervensjonsgruppen, mens andre generelle mål på holdning ikke endret seg. Begge gruppene

endret seg positivt til ønske om mer seksualundervisning. Etter intervensjonene hadde 9 % hatt samleie de siste tre månedene, mot 23% av elevene i kontrollskolene i samme periode (14).

Et annet undervisningsprogram, "Du bestemmer", er oversatt fra svensk til bruk i norske skoler. Også Ung-til-ung prosjektet har vært positivt hvor ungdommer selv har undervisning om seksualitet og bruk av prevensjon til andre ungdommer i videregående skoler.

Verdiprojektet Skal-skal-ikke har som mål å gi barn og unge holdninger, grensesetting og trygge rammer for livsstilsvalg. Alle disse prosjektene har vist seg å ha en positiv effekt og sattes også videre på i den nye handlingsplanen (7).

Finnmark

Finnmark fylke har i alle årene med selvbestemt abort ligget øverst på statistikken i antall aborter i aldersgruppen 15-19 år. På landsbasis har abortrate i denne aldersgruppen falt fra 24,2 aborter per 1000 i 1979 til 16,4 per 1000 i 2003 (15). Også Finnmark har opplevd en nedgang i denne aldersgruppen. Etter en betydelig nedgang de første 20 årene, fra 34,6 aborter pr 1000 i treårsperioden 1979-1981 til 25,6 aborter pr 1000 i 1997-98 (10), begynte tallene igjen å stige med 35,6 aborter pr 1000 i 1999 (16). Selv om vi har sett en nedgang i tallene også i Finnmark de siste fem årene topper fylket statistikken med 30,5 tenåringsaborter per 1000 kvinner i 2003. Ut fra disse tallene kunne det være grunn til å tro at det er færre tenåringsmødre i Finnmark fylke. Dette viser seg ikke å stemme. Sammen med Nord-Trøndelag ligger Finnmark på topp med andelen tenåringsfødsler av alle førstegangsfødende med 8,2 prosent (17). Det viser seg også at kvinner i Nord-Norge debuterer tidligere seksuelt enn kvinner på Sør- og Vestlandet (18).

Målsetting med oppgaven

I min oppgave ville jeg se nærmere på mulige årsaker til at aborttallene i denne aldersgruppen er såpass mye høyere enn resten av landet. Jeg ville også se om aborttallene for Finnmark hadde endret seg oppover eller nedover de siste årene. Forskning viser at mange av de som blir uønsket gravid ikke brukte prevensjon under samleiet (19). Det er derfor viktig å øke kunnskapen om seksualitet og prevensjon. Dette ved å gjøre informasjonen lett tilgjengelig og ufarliggjøre temaene som samtaleemne blant unge. Oslo som i alle år sammen med Finnmark

har ligget høyt på statistikken i antall aborter i aldersgruppen har i mange år jobbet aktivt med å få ned aborttallene, dette har og gitt resultater ved en tydelig nedgang de siste årene. I 1995 vedtok Byrådet i Oslo en handlingsplan for abortforebyggende tiltak. De yngste aldersgruppene ble prioriterte målgrupper blant annet ved opprettelse av Helsestasjon for ungdom i nesten alle bydeler. Det ble også økt fokus på skoleprogram som skulle være med å forebygge uønskede tenåringssvangerskap. I Oslo ble blant annet skoleprogrammet, *Jeg har et valg*, som jeg tidligere har omtalt, gjennomført med suksess.

Finnmark fylke er et meget utstrakt fylke med mange små kommuner. Jeg ønsket derfor å se nærmere på hvilket tilbud ungdommer i Finnmark har med tanke på prevensjonsveiledning og tilgang til prevensjon, med fokus på tilbud som Helsestasjon for ungdom. Har helsesøster mulighet til å foreskrive p-piller, har ungdom tilgang til gratis kondomer? Har ungdom tilgang til nødprevensjon? Hvilken undervisning får ungdommen om temaet? Jeg ønsker også å se om det er noen forskjell mellom små og store kommuner, og mellom kommunene med høy- og lav- abortrate i Finnmark.

MATERIALE OG METODE

Til innsamling av data ble det benyttet to spørreskjema som ble utarbeidet til denne undersøkelsen.

1. Spørreskjema til helsesøster

Oppgaven baserer seg på spørreskjema til 15 kommuner i Finnmark. De ble valgt ut på bakgrunn av aborttall i Finnmark fra 1998-2002 i aldersgruppen 15-19 år. På bakgrunn av kommunebaserte tall fra fylkeslegen har jeg regnet ut en gjennomsnittlig abortrate for hele Finnmark for denne femårsperioden på 32,9 per 1000. Jeg var interessert i å sammenligne kommuner med høy- og lav- abortrate, og satte opp følgende kriterier for inklusjon:

- a) Høy- abortrate gruppen: Over gjennomsnittet på 32,9 aborter både det siste året i perioden, og i hele femårsperioden.
- b) Lav- abortrate gruppen: Under gjennomsnittet på 32,9 aborter både det siste året i perioden og i hele femårsperioden.

Av 19 kommuner i Finnmark kom syv i høy- abortrate gruppe og åtte i lav- abortrate gruppe. Kommunene er samtidig delt inn etter andel innbyggere over og under 5000. Det er små tall for hver enkelt kommune, og disse tallene ble derfor utlevert fra fylkeslegen med forbehold om at de ikke skulle gjengis i oppgaven.

Spørreskjema til helsesøster omfatter helsesøstrenes viktigste arbeidsområder i forhold til ungdom:

- a) Helsestasjon for ungdom.
- b) Trefftid på ungdomskole og videregående skole.
- c) Undervisning om temaet *Ungdom og samliv* på ungdomskole og videregående skole.
- d) Samarbeide og henvise til lege.

I tillegg er det spørsmål om helsesøster kan

- a) Foreskrive p-piller til jenter i aldersgruppen 16-19 år.
- b) Ta klamydia- og graviditetstest.

Alle helsesøstrene i de 15 kommunene ble først kontaktet på telefon med forespørsel om å svare på et spørreskjema som ble sendt i posten, og alle besvarte skjemaet. I de kommunene med flere helsesøstrer valgte jeg å bruke svaret til den helsesøsteren med flest år i jobben som helsesøster. Alle kommunene er anonymisert.

2. Spørreskjema til jenter som tar abort i aldersgruppen 15-19 år

Det ble i samarbeid med gynekologisk avdeling på Hammerfest og Kirkenes sykehus delt ut et spørreskjema til jentene i aldersgruppen 15-19 år som tok abort i tidsperioden 15.04.04 – 15.04.05. Det ble avtalt på forhånd at mine kontaktpersoner på de respektive sykehusene skulle gjøre en individuell vurdering av hver jente med tanke på om det ikke skulle være aktuelt å dele ut skjemaet. Når et skjema ble utdelt, ble det gitt muntlig og skriftlig orientering om at det var helt opp til jentene om de ønsket å delta. Jentene fikk selv bestemme om de ønsket å fylle ut skjemaet på sykehuset eller hjemme. Skjemaene ble fylt ut anonymt. Jentene skrev ned sin bostedskommune som også er anonymisert i høy- abortrate gruppe eller lav- abortrate gruppe. Sykehusene har registrert alder på alle jentene i den aktuelle aldersgruppen som har tatt abort i denne tidsperioden. Jenter under 15 år er også blitt registrert, men har ikke fått utdelt skjemaet.

Analyse

Oppgaven min er en spørreskjemastudie med plass for tekstkommentarer som er analysert separat. De statistiske data fra spørreskjemaene er gjort ved hjelp av Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versjon 12.0.1.

Oppgaven er vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord Norge (REK Nord). Endelige intervjukskjema, informasjons- og samtykke erklæring til de abortsøkende jentene ble trykt opp etter at REK Nord hadde behandlet søknaden.

RESULTATER

Helsesøstrene:

Forholdet mellom abortrate og innbyggertall er vist i tabell 1. Det var to storkommuner i hver gruppe.

Tabell 1: Høy- og lav abortrate gruppe

	kommune med høy el lav ab-rate		Total
	høy rate	lav rate	
Kommune >5000	2	2	4
<5000	5	6	11
Total	7	8	15

Helsesøstrene hadde en alderspredning fra 37 til 62 år med median på 48 år. Det var stor spredning i antall år i jobben som helsesøster fra 1 til 30 år. Median har var på 13 år i jobb som helsesøster. Alle hadde i tillegg til utdanning som sykepleier tatt helsesøsterutdanning.

Helsestasjon for ungdom

Fem av små -kommunen hadde tilbud om Helsestasjon for ungdom. Av kommunen som ikke hadde dette tilbudet var det tre i LAV og to i HØY, en av kommunen i HØY skrev at tilbudet skulle starte opp høsten 2005. Alle storkommunene hadde tilbudet. Ser man på åpningstiden per uke var det litt forskjell mellom gruppene. Kommunene i lav- abortrate gruppene hadde litt lengre åpningstid per uke enn høy- abortrate gruppen (tabell 2).

Tabell 2: Åpningstid per uke på Helsestasjon for ungdom.

		Åpningstid totalt per uke		Total
		1-3t pr uke	4-6t pr uke	
Høy ab.rate	Kommune >5000	2		2
	<5000	3		3
	Total	5		5
Lav ab. rate	Kommune >5000	1	1	2
	<5000	2	1	3
	Total	3	2	5

Syv kommuner hadde registrert antall besøkende på Helsestasjon for ungdom i 2003. Mer enn ni av ti konsultasjoner var jenter.

Helsesøstrenes svar bekrefter at prevensjon og seksualitet er det mest vanlige tema å ta opp på Helsestasjon for ungdom, dette gjelder både jenter og gutter.

Treffetid på skolen

14 av helsesøstrene hadde treffetid på ungdomskolen, den ene kommunene som ikke hadde dette tilbudet var i LAV. I ni av de 12 kommunene som har tilbud om videregående skole (vgs) hadde helsesøster treffetid på vgs. På spørsmål om åpningstid, spurte jeg om totalt antall timer per uke for begge skolene (tabell 3).

Tabell 3: Samlet treffetid per uke på ungdomskole og videregående skole.

	Treffetid totalt per uke.			Total
	1-3t	4-6t	>6t	
Kommune med høy rate	2	2	3	7
høy el lav ab-rate	4	2	1	7
Total	6	4	4	14

På treffetid på ungdomskolen er det syv av helsesøstrene som sier at mer enn halvparten av ungdommene har spørsmål om prevensjon/seksualitet, mens syv svarer færre enn halvparten. På videregående skole sier fem at flere enn halvparten har spørsmål om prevensjon/seksualitet mens tre sier færre enn halvparten (tabell 4).

Tabell 4: Andel spørsmål knyttet til prevensjon/seksualitet på treffetid på ungdom - og videregående skole.

	Spørsmål ungdomskole	Spørsmål videregående skole
Nesten alle	4	2
Flere enn halvparten	3	3
Færre enn halvparten	7	3
Total	14	8
Missing System	1	7
Total	15	15

På spørsmål om helsesøster har undervisning om temaet *Ungdom og samliv* på ungdomskolen og videregående skole, har de fleste undervisning på 9 og 10 klassetrinn. På 8 klassetrinn er det større forskjell mellom kommunene (tabell 5). Det er ingen forskjell mellom høy- og lav-

abortrate gruppene. En helsesøster hadde under hvert klassetrinn skrevet, *etter forespørsel fra skolen*. På spørsmål om andre yrkesgrupper har undervisning om temaet på ungdomskolen svarer åtte at læreren har undervisning/informasjon om temaet. En svarer medisinstudenter.

Tabell 5: Årlig undervisning av helsesøster på skolene om tema Ungdom og samliv.

	Undervisning 8 klasse	Undervisning 9 klasse	Undervisning 10 klasse	Undervisning videregående skole
ingen	9	3	3	6
1-3t	2	8	6	1
4-5t	3	3	4	2
>6t			1	
Total	14	14	14	9

P-pille foreskriving og testing

12 helsesøstere hadde tatt kurset som gir rett til å foreskrive p-piller til jenter i aldersgruppen 16-19 år. Seks i hver gruppe. Alle helsesøstrene i storkommunene kunne skrive ut resept. Tre hadde ikke tatt denne etterutdanningen. Helsesøster i HØY hadde planer om å ta dette kurset.

På spørsmål om hvilken tester helsesøster kan ta på helsestasjonen kunne 12 ta graviditetstest. Halvparten kunne ta Klamydia test på helsestasjonen. 11 demonstrerte bruk av kondom for jenter og gutter. Her var det ingen forskjell mellom høy- og lav- abortrate gruppene.

Andre tema

Spørsmål om de hyppigste grunnene til at helsesøster henviser til lege var et åpent spørsmål uten oppstilte forhåndskategorier. De vanligste problemstillingene var seksuelt overførbare sykdommer og graviditet. Andre problemstillinger som ble nevnt var, resept på andre prevensjonsmidler, gynekologisk undersøkelse, under 16 år eller over 19 år, problemer som trenger mer undersøkelse, uregelmessige blødninger og abort/angrepillen

Spørsmål om hvilke andre temaer ungdommer tar opp med helsesøster var også et åpent spørsmål uten forhåndskategorier. Her var de vanligste temaene seksuelt overførbare sykdommer og sosiale problemer som konflikter med venner, foreldre og/eller kjæreste. Andre problemstillinger var angst, depresjoner, spiseforstyrrelser, menstruasjonsforstyrrelser, rus- problematikk, problemer med søvn og selvskadning.

Hvor mange ungdommer de hadde hatt prevensjonsveiledning for den siste kalendermåneden varierte veldig, men som vi kan se av tabellen var det liten forskjell mellom høy- og lav-abortrate gruppene. To av kommunen som hadde hatt prevensjonsveiledning for over 20 ungdommer var storkommuner (tabell 6).

Tabell 6: Antall ungdommer helsesøster har hatt prevensjonsveiledning for den siste kalendermåneden.

Antall ungdom:		0-9	10-19	>20	Total
Kommune med høy el lav ab-rate	høy rate	2	4	1	7
	lav rate	3	2	2	7
Total		5	6	3	14

Ni av helsesøstrene svarte de ønsket etterutdanning om temaet samliv og prevensjon. Det var litt ulike svar på hvilken etterutdanning de ønsket, men kursing om hvordan man underviser ungdom om temaet og informasjon om nye prevensjonsmetoder gikk igjen hos flere. Også samtaleteknikk, mer informasjon om seksuell overførbare sykdommer, rus og ungdomshelse var temaer som var nevnt.

Jentene:

I tidsperioden 15.04.04- 15.04.05 er det utført 43 aborter i aldersgruppen 15-19 år i Finnmark, 38 av disse på Hammerfest sykehus, 5 på Kirkenes. På Hammerfest ble det delt ut 35 skjema, årsaken til at tre ikke fikk udelt skjema har vært vikarer som ikke har kjent til oppgaven.

Ingen under 15 år har tatt abort i denne tidsperioden på Hammerfest sykehus. Av de 35 som har fått skjema har aldersspredningen vært som følger:

Alder	15 år	16 år	17 år	18 år	19 år	Total
Antall	4	6	8	6	11	35

På Kirkenes ble det delt ut fire skjema, den ene som ikke fikk utdelt skjema var også pga en vikar som ikke kjente til oppgaven. Alle jentene var 19 år. Det har vært en abort hos en jente under 15 år i Kirkenes. Både på Hammerfest og Kirkenes sykehus har de fleste jentene ønsket å ta med seg skjemaet hjem.

Jeg fikk inn 9 skjema, i tillegg til to som ble returnert uten å være utfylt. Dette gir en svarprosent på rundt 21 %. Alle skjemaene kom fra Hammerfest sykehus. Tre av jentene var hjemmehørende i en høy- abortrate kommune og seks i en lav- abortrate kommune. Syv var fra storkommuner og to fra småkommuner. Aldersspredningen var fra 17 til 19 år med en median på 17 år. Alle jentene gikk på videregående skole.

Informasjon om prevensjon

Åtte av jentene hadde snakket med foreldrene om temaet prevensjon/seksualitet. Alle oppga de hadde pratet med venner om temaet. Å prate med venner blir sett på som viktigere enn å prate med foreldre (tabell 7).

Tabell 7: Antall jenter som har snakket med foreldre og venner om prevensjonsmidler, og deres oppfatning om dette var viktig.

	Hvis ja, var dette viktig		Total
	viktig	lite viktig	
Snakket med ja foreldre om prevensjon	3	5	8
Total	3	5	8

	Hvis ja, var dette viktig		Total
	viktig	lite viktig	
Snakket med ja venner om prevensjon	6	3	9
Total	6	3	9

Seks av jentene hadde fått undervisning av lærer på skolen om prevensjonsbruk, to svarte at helsesøster hadde hatt informasjon/undervisning om temaet i skolen. De fleste som hadde hatt denne undervisningen i skolen mente den var viktig (tabell 8).

Tabell 8: Antall jenter som har fått undervisning om bruk av prevensjon på skolen av lærer, eller andre utenfor skolesystemet (helsesøster, MSO og lignende), og deres oppfatning om dette var viktig.

	Hvis ja, var dette viktig		Total
	viktig	lite viktig	
Undervisning på ja skolen om prevensjon	4	2	6
Total	4	2	6

	Hvis ja, var dette viktig		Total
	viktig	lite viktig	
Prevensjonsunde ja rvisning av andre utenfor skolen	1	1	2
Total	1	1	2

Syv svarte at helsesøster har fast treffetid på skolen, tre har oppsøkt helsesøster for å snakke om prevensjon. To har hatt spørsmål om seksualitet. På spørsmål om hvorfor de ikke har vært hos helsesøster med spørsmål om prevensjon og/eller seksualitet svarer tre at de ikke har hatt behov, en svarer hun har god nok veiledning hjemme, og fire har ikke besvart spørsmålet. Tre svarer de har benyttet andre informasjonskilder, her er SUSS- telefonen (*Senter for ungdomshelse samliv og seksualitet.*) og Internett nevnt.

Tilgang til prevensjon

Syv av jentene har tilgang til Helsestasjon for ungdom, av de to som svarte de ikke hadde tilgang var en fra storkommune og en fra en liten kommune. Av disse to har storkommunen tilbud om Helsestasjon for ungdom. Seks har oppsøkt helsesøster for å få prevensjon, de fleste har tilgang til gratis kondomer, to svarer at de ikke vet. Syv har fått resept på p-piller, fire hos lege og tre hos både lege og helsesøster. Fem har benyttet seg av nødprevensjon. Seks sier de

vet hvor de kan få tak i nødprevensjon, fem sier apoteket og en sier hos legen. To vet ikke hvor de kan få tak i nødprevensjon. På spørsmål om avstand til nærmeste apotek bor de fleste mindre enn 4 km fra et apotek. Bare en har hele 120 km til nærmeste apotek.

Aktuelle graviditet

På spørsmål om nåværende graviditet svarer seks at de ikke brukte prevensjon da de ble gravid, to sier de brukte prevensjon, begge brukte kondom. Seks av jentene mener de har god tilgang til prevensjon, en mener hun har dårlig tilgang. To svarte ikke på spørsmålet.

På spørsmål om hvorfor de ikke brukte prevensjon var dette noen av kommentarene:

” Var sløv”

” Tenkte det ville bli fint med en beibi, men i dette tilfellet passet det seg ikke pga omstendighetene rundt meg. Burde være mer forsiktig.”

”Man blir feit”

”Sex og prevensjon er et ganske tabu-belagt område”.

På evt. andre kommentarer har en av jentene skrevet:

”Jeg så du skriver om hvorfor det er høyere i Finnmark enn ellers, kan jo en av grunnene være at vi bor på så små plasser at legen eller helsesøster er en bekjent”.

DISKUSJON

Metode

I denne oppgaven valgte jeg å bruke spørreskjema som metode. Denne måten å drive forskning på har både fordeler og ulemper. Fordeler er blant annet at det er lite ressurskrevende, og kan gis til store utvalg. Den som svarer kan gjøre det når det passer, kan ta seg god tid, og har mulighet for anonymitet. Resultatene du får kan uttrykkes i tall. Ulempene er at du risikerer en lav svarprosent, noe som truer generaliserbarheten. Det er heller ikke lett å oppklare misforståelser ved spørsmålene, noe som vil kunne gå ut over validiteten for svarene du får. Reliabilitet er også et usikkerhetsmoment, har respondenten svart ærlig på dine spørsmål og husker hun rett? Motivasjon er en viktig faktor for å få opp svarprosenten på et spørreskjema. Respondenten må fatte interesse for temaet du skriver om.

På tross av god og jevnlig kontakt med mine kontaktpersoner på Hammerfest og Kirkenes sykehus ble ikke mer en 9 av 39 utdelte skjema fylt ut og sendt tilbake til meg. Dette gav en svarprosent på rundt 21 %. Ser man på aldersspredningen var 29 av jentene som fikk utdelt skjema mellom 17-19 år, og det var også denne aldersgruppen som sendte tilbake spørreskjemaet. Ti av jentene var i alderen 15-16 år og ingen av disse sendte tilbake utfylt skjema. Dette er kanskje ikke så uventet da dette er en alder det kanskje kan være vanskelig å skulle se nytten av en slik oppgave. Det å ta abort er ingen lett avgjørelse, og det kan være jentene ikke har orket å forholdet seg til et spørreskjema etter at aborten var utført. De fleste har også ønsket å ta skjemaet med seg hjem, noe som også senker sjansen for at de returnerer skjemaet.

Den lave svarprosenten blant jenter som tok abort i denne aldersgruppen var noe jeg fryktet på forhånd. Jeg søkte derfor REK nord om å få gjøre personlig intervju med noen av jentene som skulle ta abort i Finnmark i den aktuelle aldersgruppen. Dette på bakgrunn av at et personlig intervju gir økt svarprosent, eventuelle misforståelser kan oppklares underveis, og det er lettere å få svar på alle spørsmålene. Du vil også i større grad kunne gå inn på mer dyptgående spørsmål. Det finnes selvfølgelig også ulemper med denne måten å gjøre det på. Blant annet at jeg som intervjuer kan påvirke respondenten, at sensitive svar ikke svares ærlig på og at det er en kostbar og tidskrevende metode. Likevel tror jeg dette kunne vært en fin mulighet for meg å nå ut til jentene. Jeg fikk ikke gjennomslag for dette hos REK nord og bestemte meg derfor for å bruke spørreskjema.

Aborttallene- hva har skjedd?

Aborttallene i aldersgruppen 15-19 år i Finnmark har siden 2000 hatt en jevn nedgang, denne nedgangen har også fortsatt i 2004. Det er registrert 43 aborter på Hammerfest og Kirkenes sykehus i den aktuelle aldersgruppen i tidsperioden 15.04.04 til 15.04.05. I sammenligning var det i 2003 utført 67 aborter i samme aldersgruppe i Finnmark.

Dette er en indikasjon på at aborttallene i Finnmark for denne aldersgruppen er på vei ned. Mine resultater kan muligens være med på å vise at Finnmark i stor grad er på rett vei med tanke på forebyggende arbeid i de ulike kommunene. Også jentenes svar underbygger at ungdom føler de har god tilgang til prevensjon, og er informert om temaet.

Høy- og lav- abortrate gruppe

Jeg hadde i min oppgave på bakgrunn av en gjennomsnittlig abortrate over en fem års periode delt 15 kommuner i Finnmark inn i en høy- abortrate gruppe og en lav- abortrate gruppe.

Aborttallene jeg tok utgangspunkt i var svært små tall og det var små marginer som skilte de ulike gruppene. Det var derfor ikke uventet at det var liten forskjell mellom gruppen. Bare et resultat viste en liten forskjell, dette gjaldt åpningstid på Helsestasjon for ungdom. Her viser det seg at i høy- abortrate gruppen er det ingen av kommunen som har åpningstid mer en 1-3 timer i uken, mens det i lav- abortrate gruppene er to kommuner som har åpningstid på 4-6 timer i uken. Selv om det er en svært liten forskjell, og små tall, kan dette være en indikasjon på at det lønner seg å ha litt lengre åpningstid per uke.

Noe som er med å svekke denne påstanden er at det ved treffetid på ungdomskolen og vgs viser seg å være lengre åpningstid blant høy- abortrate gruppen enn lav- abortrate gruppen. Ser man likevel på hvilken spørsmål ungdom tar opp på Helsestasjon for ungdom og treffetid, har flere ungdom som oppsøker Helsestasjon for ungdom spørsmål knyttet til prevensjon/seksualitet enn på treffetid. Dette kan være en indikasjon på at ungdom i større grad ser på Helsestasjon for ungdom som et sted hvor de kan komme å ta opp problemstillinger som omhandler dette temaet, mens det på treffetid er i større grad også tas opp andre tema. Siden ungdom ofte oppsøker Helsestasjon for ungdom med spørsmål om prevensjon/seksualitet kan lengre åpningstid være gunstig for å forebygge uønskede graviditeter.

Helsestasjon for ungdom

Ser man på tilbudet til ungdom i Finnmark har ti av mine 15 utvalgte kommuner tilbudet Helsestasjon for ungdom. At alle storkommunen hadde tilbudet er naturlig da disse kommunene har tilbud om videregående skole og av den grunn har flere ungdommer i kommunen som ønsker og har behov for tilbudet. Jeg har ikke tatt med spørsmål om hvor mange år kommunene har hatt tilbudet, noe som jeg i etterkant ser kunne vært spennende å vite. Ser man på tall fra statistisk sentralbyrå var det i 2000 seks av kommunene som er med i min oppgave som hadde oppgitt at de ikke hadde Helsestasjon for ungdom, en hadde ikke besvart. I 2002 var det seks kommuner uten tilbudet Helsestasjon for ungdom. I min oppgave har fem kommuner ikke tilbudet, mens en av disse fem svarer de skal starte opp med dette høsten 2005. Dette viser at tilbudet vokser i Finnmark. 12 av helsesøstrene har tatt etterutdanningskurs og kan skrive ut resept på p-piller til jenter i alderen 16-19 år, et tilbud som ble startet i 2002. Dette er et tilbud som vil gjøre p-piller mye lettere tilgjengelig for mange unge jenter.

Over halvparten av helsesøstrene svarer at nesten alle som oppsøker Helsestasjon for ungdom har spørsmål knyttet til prevensjon/sekssualitet. Dette viser at svært mange ungdom har spørsmål om temaet. Blant jentene er både foreldre og venner viktige samtalepartnere. At venner blir sett på som viktigere enn foreldre er ikke uventet, da dette er en alder ungdom ofte ønsker å løsrive seg fra sine foreldre, og venner er svært viktig.

Det er en klar overvekt av jenter som oppsøker Helsestasjon for ungdom, noe som nok henger sammen med at jenter debutere seksuelt tidligere (8), og er flinkere til å snakke om temaet (20).

Undervisning/informasjon

I Norge er det så langt ikke lagt opp til prioritering av undervisning om temaet i grunnskolen. I Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen er det få føringer, det eneste klassetrinnet med få og vage føringer er det 10-klassestrinnet (21). Åpenhet om prevensjon synes nemlig å være etablert før elevene begynner i den videregående skole, og denne åpenheten synes å utvikles i årene de unge går på ungdomskolen. Det er derfor viktig å tidlig komme på banen og lære ungdom et språk som gjør det naturlig å snakke om seksualitet og prevensjon. For å skape sunne prevensjonsvaner og bedre tryggheten for den enkelte vil det og være av betydning å vedlikeholde og påbygge prevensjonskunnskapen fra ungdomskolen inn i den videregående skole (19).

Hele ni av helsesøstrene hadde et ønske om etterutdanning om temaet Samliv og Prevensjon. Her ble ønsket om å få kursing i hvordan nå ut til ungdommen nevnt av flere. I dagens samfunn er det ikke mangel på informasjonskilder som gjør at budskapet ikke når helt frem til ungdom, det er i større grad hvordan det blir presentert. Utfordringen med å undervise ungdom om dette temaet er å nå frem til ungdommen. Temaet er for mange vanskelig å snakke om og forskning har vist at den tradisjonelle seksualundervisningen har en tendens til å bli for tung, kjedelig og ekspertpreget. Tema-orientert læring, og gruppearbeid kan stimulere elever og da også gutter til å prate mer om seksualitet og prevensjon (20).

Det er viktig at de unge tidlig får mulighet til å snakke om seksualitet på en naturlig måte. Vi kan ta eksempel i Nederland som har en av verdens laveste fødsels- og abortrate. De har over en 30 års periode redusert antall tenårings fødsler med 72 prosent. Litt av bakgrunnen for suksessen er at Nederland over flere år har hatt en åpen holdning til sex og seksualundervisning, også inkludert bruk av prevensjon. Det å snakke om temaet i ung alder har vært sett på som viktig, før temaet blir sett på som "pinlig" for de unge. Evaluering av jobben de har gjort i Nederland viser at ungdom i Nederland i større grad enn ungdom i andre land har evnen til å snakke om seksualitet og prevensjon på en naturlig måte (22).

Undervisning om temaet *Ungdom og Samliv* til ungdommer i Finnmark variere mellom kommunene. De fleste helsesøstrene har undervisning om temaet i 9 og 10 klasse, mens i 8 klasse er det litt forskjell mellom de ulike kommunene. Her har kommuner i Finnmark i likhet med sikkert mange andre kommuner i Norge et forbedringspotensiale. Både med tanke på å kunne bruke helsesøster mer i jobben med å undervise ungdom om temaet, men også det å kunne bruke andre aktører som MSO (medisinstudentenes seksualopplysning) mer flittig. Blant de syv jentene som hadde fått undervisning om temaet på skolen, mente over halvparten at dette var viktig. Det å styrke kompetansen i veiledningsmetodikk innen samliv, seksualitet og prevensjon er også en av punktene i den nye handlingsplanen (7). Dette er noe jeg tror både helsesøstere og lærere i skolen kunne hatt nytte og glede av.

Selv om helsesøster i dag i større grad enn tidligere har hovedansvaret for samliv- og seksualundervisningen er det fortsatt viktig at lærere også har ansvar for en del av denne undervisningen. Temaet kan relateres til mange fag, og det er derfor viktig at lærer integrerer temaet naturlig inn i ulike fag på et tidlig klassetrinn. For faren med at bare helsesøster skal ha denne undervisningen er at hvis elever er borte akkurat den dagen helsesøster underviser om

temaet vil de ikke få noen undervisning om dette. Å kunne ta opp temaet i flere fag vil være med på å gjøre ungdom mer fortrolig og trygg. Her er det viktig at helsesøster og lærere samarbeider.

Hvorfor tar jenter i Finnmark abort?

En av kommentarene til en av jentene var en refleksjon over at tallene muligens er høyere i Finnmark enn resten av landet fordi det er så mange små kommuner, og lege og helsesøster ofte er en bekjent. Dette er noe jeg selv har tenkt på som mulig årsak. Finnmark består av mange små kommuner, og terskelen for å ta kontakt med en lege eller helsesøster som du forholder deg til som venn av foreldre, foreldre av venner og lignende kan for mange unge være stor. Selv om de fleste vet at helsepersonell har taushetsplikt kan det være ubehaglig å skulle forholde seg til noen du kjenner. Også avstand til helsestasjonen og legekontor kan være et problem for de unge. Dette gjelder også ved bruk av nødprevensjon. På små plasser kjenner de fleste hverandre, og det kan derfor være tøft å skulle gå på apoteket å kjøpe nødprevensjon. Disse problemene vil være mindre synlig i en storby som Oslo som har apotek på hvert hjørne. Så kan man spørre seg om det er noe man kan gjøre med denne problemstillingen. Det faktum at det er små kommuner og få folk i Finnmark er noe vi ikke kan endre. En løsning på problemet med at lege og helsesøster ofte er en bekjent er i større grad å ta i bruke turnusleger, sykepleier studenter og lignende. Det fleste kommuner får hver sjette måned en ny turnuslege. En mulighet kan være å presentere denne personen på skolene slik at ungdom til en hver tid vet hvem de kan kontakte på legekantoret utenom kommunelege 1. En annen mulighet er å bruke sykepleierstudenter med interesser for temaet til undervisning og treffetid. Slik får ungdom mulighet til å ta opp temaet med noen som de ikke har et forhold til fra før. Det kan også være lurt å tematisere problemet på skole, en mulighet er at helsepersonell kommer inn å snakker med ungdom om taushetsplikt og hva det innebærer.

Blant jentene har de fleste tilgang til Helsestasjon for ungdom og gratis kondomer. Mange har benyttet seg av tilbudet. Det virker også som jentene er godt informert om hvor de kan få tak i prevensjon, og flere informasjonskilder er blitt benyttet. De fleste er også fornøyd med tilgangen på prevensjon, og flere har tidligere tatt i bruk nødprevensjon. Det er derfor litt merkelig å se at hele syv av de ni jentene ikke brukte prevensjon når de ble gravide. Det er derfor ikke brukefeil som er i fokus, men mangel på bruk av prevensjon, noe tidligere forskning også viser (19). På kommentarer om det var andre grunner til at de ikke brukte prevensjon er det litt forskjellige ting som blir nevnt. Kommentarer som *man blir feit*, er en

holdning som går igjen blant unge jenter om bruk av p-piller. Her er det viktig at helsepersonell informere godt om bivirkninger av p-piller, og snakker om alternative prevensjonsmidler. På kommentarer som *var sløv, burde være mer forsiktig* går det mer på jentenes egne holdninger til bruk av prevensjon.

KONKLUSJON

Finnmark er et fylke med mange små kommuner. Det kan være en av forklaringene til at aborttallene er høyere her enn resten av Norge. På små plasser er det ofte slik at lege eller helsesøster er en bekjent noe som øker terskelen for at de unge tar kontakt med helsetjenesten for å snakke om seksualitet og prevensjon. Også avstand til helsestasjon og apotek kan være et problem for de unge. Derfor kan det være nyttig i små kommuner at man bruker f. eks turnuslege, sykepleierstudenter og lignende mer aktivt i jobben med ungdom.

Mine tall viser en betydelig nedgang i aborttallene i Finnmark, en nedgang som har pågått siden århundreskiftet.

Kommunene i Finnmark jobber aktivt med forebyggende arbeid mot ungdom i aldersgruppen 15-19 år. De fleste kommunene har tilbud om Helsestasjon for ungdom, og flere har planer om å starte dette tilbudet. Blant helsesøstrene har hele 12 av 15 tatt etterutdanningskurs og kan skrive ut gratis resepter til jenter i alderen 16- 19 år. Mange av kommunene har også tilbud om treffetid med helsesøster på ungdom – og videregående skole. Helsesøster har som oftest undervisning om temaet *Ungdom og samliv* i 9- og 10- klasse. På de nedre klassetrinnene er det lite undervisning. Jeg tror det kan være nyttig å ta opp dette temaet på et tidligere tidspunkt på ungdomskolen slik at ungdom tidlig får et forhold til prevensjon og seksualitet.

Den eneste forskjellen mellom min høy- og lav- abortrate gruppe er åpningstiden på Helsestasjon for ungdom. Der viser det seg at lav- abortrate gruppen har noe lengre åpningstid. Dette kan være en indikasjon på at det virker forebyggende å ha lengre åpningstid enn 1-3 timer i uken. Her er det viktig å ta forbehold i at tallene er svært små.

De fleste jentene virker som de har god kunnskap om prevensjon og føler selv de har god tilgang. Det er derfor litt oppsiktsvekkende at hele syv av ni ikke bruke prevensjon da de ble gravide, og fem hadde benyttet seg av nødprevensjon tidligere. Det kan derfor være litt interessant å diskutere hvorfor unge jenter på tross av god tilgang og informasjon ender i en situasjon hvor de må ta abort. Her er nok holdninger til bruk av prevensjon en viktig faktor. Men også manglende kunnskap til f. eks bruk av p-piller. I en spørreskjemaundersøkelse gjort i den videregående skolen i Trondheim viste det seg at mange unge i overdreven grad

forbinder bruk av p-piller med bivirkninger. Også p-pillens sikkerhet i forhold til spiral, kondom og minepille ble undervurdert (20). Både holdninger og riktig kunnskap til bruk av prevensjon er tema jeg mener burde vært tatt opp tidlig på ungdomskolen, slik at ungdom har et forhold til bruk av prevensjon ved sin første seksuelle erfaring.

KILDER

1. Jaklin, A. Historien om Nord-Norge. Gyldendal Norsk Forlag AS 2004
2. <http://www.kampdager.no/arkiv/abort/tidslinje.html>
3. Helse – abort, Likestillingscenteret.
<http://www.likestilling.no/undertema.html?id=64>
4. Aasland O. Evaluering av Legeforeningens handlingsplan for bedre prevensjonsveiledning og reduserte aborttall. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1642-5
5. Handlingsplan 1995-1998. For forebygging av uønskede svangerskap og abort. Oslo: Statens Helsetilsyn, Sosial- og Helsedepartementet, Barne- og Familiedepartementet, 1995.
6. Handlingsplan 1999-2003. Forebygging av uønskt svangerskap og abort. Oslo: Sosial- og Helsedepartementet, 1999.
7. Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004-2008. Oslo: Helsedepartementet, 2004
8. Pedersen W, Samuelsen S. Nye mønstre av seksualatferd blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:3006-9
9. Lappegård, T.: Større ulikhet i barnetall, Samfunnsspeilet nr 5, 1998.
10. Skjeldestad F. 20 år med selvbestemt abort- hva viser aborttallene? Trondheim: Sintef Unimed 2000.
11. Lappegård T. Vigran Å.: 25 år med selvbestemt abort i Norge. Samfunnsspeilet nr. 3, 2003.
12. Statens helsetilsyn. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten 1998.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_helsestasjon_skolehelsetjeneste_ik-2617.pdf
13. Aavitsland P. Ungdom, sex og helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:3005
14. Myklestad I. Forebygging av uønskede tenåringssvangerskap. Implementering og evaluering av en skoleintervensjon i Oslo. Folkehelseinstituttet, Rapport 2003:2:81 sider.
15. Tabell 1 Utførte svangerskap, etter kvinnens alder. 1979-2003
<http://www.ssb.no/emner/03/01/20/abort/tab-2004-07-14-01.html>
16. Tabell 4 Utførte svangerskap blant tenåringer (-19 år), etter bostedsfylke. 1999-2003
<http://www.ssb.no/emner/03/01/20/abort/tab-2004-07-14-04.html>
17. Lappegård T. (2000): Sex, men ikke barn. Samfunnsspeilet nr. 6, 2000.
18. Kvalem, I. L., J. M. Sundet og L. S. Bakketeig (1988): "Seksuell debutalder før og nå", *Samfunnsspeilet* 1988, 2, 23-26, Statistisk sentralbyrå.

19. Knutsen M., Furnes K., Moen MH. Manglende prevensjonsbruk blant abortsøkende kvinner. Tidsskrif Nor Lægeforen 1999;119:201-3
20. Skjeldestad F. Forsøk med Samliv- og Prevensjonsveiledning i Kommuner i 1997-2000. Delrapport C- Kommunikasjon om prevensjon og kunnskap og overbevisninger vedrørende p-piller i de videregående skoler i Trondheim. Trondheim: Sintef Unimed 2002
21. Kirke-, Utdannings- og Forskningsdepartementet (KUF). Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen (L97).
<http://www.utdanningsdirektoratet.no/L97/planer/laereplaner.grunnskole.html>
22. Unicef Report. A league Table of Teenage Births In Rich Nations. Innocenti Report Card Issue No. 3. Florence: Innocenti Research Centre, 2001.

Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt.

Jeg er medisinstudent ved Universitetet i Tromsø og ønsker å undersøke hvorfor aborttallene liggere høyere i Finmark enn i resten av landet. Jeg spør deg derfor om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med at du nylig har søkt om å få utført en abort.

Hvis du samtykker i å delta, vil jeg be deg om å fylle ut et spørreskjema som fokuserer på hvilken prevensjonsveiledning du har fått, hvordan tilgang til prevensjon har vært, og litt om din egen bruk av prevensjon. Skjema er anonymt, og jeg kommer ikke til å kjenne ditt navn.

Svarene dine kan være med å hjelpe til å gi en økt forståelse for hvilken prevensjonsveiledning som bør gis i skole og helsevesen.

Deltakelsen er frivillig. Dersom du ikke vil delta, trengs ingen begrunnelse. Du kan ta skjema og svarconvolutt med hjem dersom du vil tenke deg om. Hvis du ikke ønsker å delta, vil jeg sette pris på om du likevel fyller ut de tre første spørsmålene om din bostedskommune, din alder og ditt skoletrinn.

Når prosjektet er avsluttet, vil alle opplysninger som er samlet, bli slettet. Ingen opplysninger i oppgaven jeg skal skrive vil kunne tilbakeføres til enkeltpersoner.

Min veileder er Professor, dr.med. Knut Holtedahl ved UiTø.

Hvis du ønsker å delta må spørreskjemaet fylles ut og legges i den ferdigadresserte konvolutten, som limes igjen og postlegges.

Med vennlig hilsen

Solveig Bjellmo, stud. med

I. Spørsmål om deg.

1) Bostedskommune: _____

2) Alder: _____

3) Skoletrinn våren 2004:

- Videregående skole
- Ungdomsskole
- Går ikke på skole nå.

II. Informasjon om prevensjon

1) Har du noen gang snakket med dine foreldre om bruk av prevensjonsmidler?

- JA
- NEI
 - Hvis ja, har dette vært viktig for deg?
 - Viktig
 - Lite viktig

2) Har du noen gang snakket med eldre søsken om bruk av prevensjonsmidler?

- JA
- NEI
 - Hvis ja, har dette vært viktig for deg?
 - Viktig
 - Lite viktig

3) Har du venner eller andre kjente du kan snakke med om prevensjon?

- JA
- NEI
 - Hvis ja, har dette vært viktig for deg?
 - Viktig
 - Lite viktig

4) Kan du huske å ha fått undervisning av lærer på skolen om prevensjonsbruk?

- JA
- NEI
 - Hvis ja, har dette vært viktig for deg?
 - Viktig
 - Lite viktig

5) Var det andre utenforstående personer utenfor skolesystemet som kom til skolen og gav undervisning/informasjon om bruk av prevensjon?

- JA (hvem _____)
- NEI
 - Hvis ja, har dette vært viktig for deg?
 - Viktig
 - Lite viktig

6) Har/hadde helsesøster fast ukentlig treffetid på skolen?

- JA
- NEI

- Hvis ja, har du noen gang oppsøkt helsesøster for å få prevensjonsveiledning?

- Ja
- Nei

- Har du oppsøkt helsesøster for å ta opp andre spørsmål knyttet til seksualitet?

- Ja
- Nei

7) Hvis du aldri har vært hos helsesøster med spørsmål om prevensjon og/eller seksualitet, har du da tanker om hvorfor?

8) Har du benyttet andre informasjonskilder? (foreksempel, Internett, SUSS-telefonene, Senter for ungdomhelse samliv og seksualitet.)

- JA, Hvilke kilder? _____
- NEI

III. Tilgang til prevensjon

1) Har ungdom i din kommune tilbud om Ungdommens helsestasjon (med gratis tilgang til helsesøster og/eller lege på ettermiddag/kveldstid)?

- JA
- NEI

- Hvis ja, har du noen gang oppsøkt helsesøster for å få prevensjon?

- Ja
- Nei

2) Har du mulighet til å hente gratis kondomer hos helsesøster eller legekantor?

- JA
- NEI

3) Har du noen gang fått foreskrevet resept på prevensjonsmiddel (p-piller, p-sprøyte, novaring eller andre prevensjonsmidler som inneholder hormoner.)?

- JA
- NEI

Hvis ja, hvem skrev ut resepten?

- Lege
- Helsesøster

4) Hvor mange km (ca) er det til nærmeste apotek fra der du bor? Antall km _____

5) Vet du hvor du kan henvende deg for å få tak i "angrepillen"?

- JA
- NEI

- Hvis ja, hvor? _____

6) Har du noen gang benyttet "angrepillen" selv?

- JA
- NEI

IV Spørsmål om nåværende graviditet

1) Da du ble gravid brukte du prevensjon?

- JA
- NEI

- Hvis ja, hva slags? _____
hva gikk galt? _____

- Hvis nei, føler du at du har god tilgang til prevensjon ?

- Ja
- Nei

- Er det andre grunner til at du ikke brukte prevensjon?

2) Har du andre kommentarer?

Takk fordi du tok deg tid til å fylle ut skjema!
Vær snill å sende det tilbake i vedlagte, frankerte konvolutt.

Vennlig hilsen

Solveig Bjellmo
Stud. med.

SPØRRESKJEMA OM PREVENSJONSVEILEDNING

I løpet av de siste tre årene har man i Norge sett en nedgang i aborttallene blant unge jenter i alderen 15-19 år. Statistikken viser at fra 1999 til 2002 har aborttallene gått ned fra 19,0 til 16,9 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner 15-19 år. Ser man på tallene fra de tre nordligste fylkene følger de ikke den samme positive trenden som resten av Norge. Særlig Finmark ligger høyt på statistikken med 31,9 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner 15-19 år i 2002.

Dette er bakgrunnen for at jeg som ung kvinnelig medisinstudent fra Nord-Norge ønsker å skrive min 5.årsoppgave om hvilken konsekvens prevensjonskunnskap har for aborttallene i Finmark. For å kunne gjøre dette, trenger jeg din hjelp til å kartlegge hvilken prevensjonsundervisning og hvilken tilgang til prevensjon unge jenter i denne aldersgruppen har i din kommune.

Ved å delta kan du bidra til å belyse sammenhengen mellom prevensjonskunnskap og abort i Finmark. Skjema er anonymt, men kommune bes oppgitt. I prosjektoppgaven og eventuell annen publisering vil ingen opplysninger kunne føres tilbake til deg som person eller til den enkelte kommune.

Jeg vil være svært takknemlig om du tar deg tid til å fylle ut skjema og postlegge det i vedlagte ferdigadresserte og frankerte konvolutt, helst innen 15 mai.

Tromsø 28/4-04

Med vennlig hilsen

Solveig Bjellmo
Stud.med.

1) Kommune: _____

2) Alder: _____

3) Antall år i jobb som helsesøster _____

4) Tilleggsutdanning til sykepleier:

- Helsesøster
- Jordmor
- Annet (hva?) _____

5) Har kommunen helsestasjon for ungdom?

- Ja
- Nei

- Hvis ja, åpningstid pr uke?

- 1-3t
- 4-6t
- $\geq 6t$

- Antall besøkende i 2003 (ca):

Jenter _____

Gutter _____

- Hvor stor andel av disse hadde spørsmål knyttet til prevensjon/ seksualitet?

Jenter:

- Nesten alle
- Flere enn halvparten
- Færre enn halvparten

Gutter:

- Nesten alle
- Flere enn halvparten
- Færre enn halvparten

6) På hvilken måte har ungdom fått informasjon om helsestasjonstilbudet?

- Ingen
- Lokalavisa
- Informasjon på skolen
- Plakater
- Andre

7) Har du eller annen helsesøster ukentlig treffetid på

Ungdomskolene:

- Ja
- Nei

Videregående skole:

- Ja
- Nei

- Hvis ja, åpningstid pr uke, totalt alle skoler og alle helsesøstre

- 1-3t
- 4-6t
- ≥6t

- Antall besøkende i 2003 (ca)

Jenter _____

Gutter _____

- Hvor stor andel av disse hadde spørsmål knyttet til prevensjon/seksualitet?

Ungdomskoleelever:

- Nesten alle
- Flere enn halvparten
- Færre enn halvparten

Elever videregående skole:

- Nesten alle
- Flere enn halvparten
- Færre enn halvparten

7) Gjennomfører helsesøster årlig undervisning/informasjon i tema *Ungdom og samliv* til:

8 Klasse:

- Ingen
- 1-3t
- 4-5t
- ≥6t

9 Klasse:

- Ingen
- 1-3t
- 4-5t
- ≥6t

10 klasse:

- Ingen
- 1-3t
- 4-5t
- $\geq 6t$

Videregående skole:

- Ingen
- 1-3t
- 4-5t
- $\geq 6t$

- Angi eventuelt undervisning på yngre klassetrinn enn 8 klasse _____

8) Er det andre som gjennomfører undervisning/informasjon i tema *Ungdom og samliv* til elever på:

Ungdomskolen:

- Ja (angi yrkesgruppe _____)
- Nei

Videregående skole:

- Ja (angi yrkesgruppe _____)
- Nei

9) Har du som helsesøster rett til å forskrive p-piller til jenter i alderen 16-20 år?

- Ja
- Nei

- Hvis ja, hvordan blir jentene fulgt opp av deg eller annet helsepersonell etter at du har forskrevet p-piller? (beskriv)

- hvis nei, har du planer om å ta denne etterutdanningen?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

11) Tar du prøver på klamydia og/eller annen seksuelt overført sykdom?

- Ja
- Nei

12) Tar du graviditetstest?

- Ja
- Nei

13) Demonstrerer du bruk av kondom nokså rutinemessig?

- Ja, for gutter og jenter
- Ja, for gutter
- Nei

14) Hva er hyppigste grunn til at du henviser til lege når ungdommene har problemstillinger som gjelder prevensjon/graviditet/seksuell overførbare sykdommer?

15) Hva er de hyppigste temaene som elevene selv vil spørre eller snakke om, utenom å få prevensjon?

1. _____
2. _____
3. _____

16) I siste kalendermåned har du gitt prevensjonsveiledning til _____(antall) ungdommer?

17) Skulle du ønske mer etterutdanning for å undervise/veilede ungdommer i temaet samliv og prevensjon?

- Ja
- Nei

- hvis ja, hva slags?

Takk fordi du tok deg tid til å fylle ut skjema!
Vær snill å sende det tilbake i vedlagte, frankerte konvolutt.

Vennlig hilsen

Solveig Bjellmo
Stud. med.