



Representantforslag 44 S

(2013–2014)

fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad, Rigmor Andersen Eide, Line Henriette Hjemdal, Kjell Ingolf Ropstad og Anders Tyvand

Dokument 8:44 S (2013–2014)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad, Rigmor Andersen Eide, Line Henriette Hjemdal, Kjell Ingolf Ropstad og Anders Tyvand om tiltak for å forebygge uønskede svangerskap og redusere antall aborter

Til Stortinget

Bakgrunn

Abort utgjør et etisk dilemma, og samfunnet ønsker en reduksjon i antallet uønskede svangerskap og aborter. I 2012 ble det utført 15 216 svangerskapsavbrudd i Norge. Det var 127 (0,8 pst.) færre svangerskapsavbrudd enn i 2011. Dette utgjør i snitt 13 aborter per 1 000 kvinner i alderen 15 til 49 år. Det totale antallet aborter per 1 000 kvinner har holdt seg forholdsvis stabilt de senere år, men det er endringer innenfor aldersgruppene.

Aldersgruppen 20–24 år

Forskning viser at det er ulike forhold som påvirker abortraten innenfor hver aldersgruppe. Også i 2012 var det høyest forekomst av aborter i aldersgruppen 20–24 år, med 26,6 per 1 000 kvinner. Endringer i abortraten for denne aldersgruppen sees oftest å ha sammenheng med endringer i fertilitetsmønsteret. Flere par velger i dag å få barn senere i livet enn for 10 år siden, noe som påvirker abortraten i aldersgruppen. Økningen i antall aborter betyr dermed ikke at flere kvinner i alderen 20–24 år er «dårligere» til å bruke prevensjon, men at flere kvinner ikke synes det passer å få barn hvis de blir gravide. Det kan skyldes at mange kvinner er under utdanning eller ikke er i stabile forhold.

En annen forklaring på at abortraten er høy i denne aldersgruppen er at kvinner mellom 20 og 24 år er de mest mobile i hele befolkningen. De flytter ofte i forbindelse med utdanning og mister kontakten med helsestasjon og/eller fastlege. Prevensjon avhenger av at man etablerer nye kontakter på studiestedet. Undersøkelser har vist at fastlegen ikke anses som et lavterskeltilbud på nytt sted på grunn av egenandel, timebestilling og ventetid. Studiestedene har mange steder ikke hatt god nok helsetjeneste. Enkelte steder har den kommunale legevakten blitt brukt til rutinekonsultasjoner i stedet for fastlege.

Aldersgruppen 25–34 år

Nest høyest abortrate finner man i aldersgruppen 25–34 år, hvor hovedtyngden ligger mellom 24–29 år (22,6 per 1 000 kvinner). Undersøkelser viser at andelen kvinner som tar abort over 25 år er betydelig høyere blant kvinner med innvandrerbakgrunn enn blant etnisk norske kvinner. Spesielt høy er raten blant kvinner med flyktningbakgrunn. Dette kan skyldes manglende informasjon og kunnskap. Det er også mange såkalte sårbare kvinner, og det er stilt spørsmål ved hvorvidt disse gruppene blir ivaretatt: personer med nedsatt funksjonsevne, psykiske lidelser og psykisk utviklingshemming. For aldersgruppen 30–34 år var abortraten 16,5 per 1 000 kvinner.

Aldersgruppen 15–19 år

De siste årene har det vært nedgang i svangerskapsavbrudd i aldersgruppen 15–19 år. Nedgangen i svangerskapsavbrudd fortsatte fra 2011 og 2012, fra 12,7 til 11,4 per 1 000 kvinner. Dette er den laveste forekomsten av avbrudd i alderen 15–19 år siden registreringen startet i 1979. Flere tenåringer har blitt seksuelt aktive, samtidig som både abortrater og fødselsrater har gått ned. Bruken av prevensjon har økt

blant denne aldersgruppen. I 2002 ble det innført en ordning der unge kvinner i alderen 16–19 år fikk gratis/subsidiert hormonell prevensjon. I samme periode har antall aborter i aldersklassene 20–24 år og 25–34 år gått opp.

Subsidieringen av hormonell prevensjon til unge kvinner i alderen 16–19 år består i 104 kroner for tre måneders forbruk, 416 kroner per år. All hormonell prevensjon (med unntak av p-stav og spiral) er inkludert, men hva unge kvinner må betale varierer. Det er alt fra gratis til en egenandel på opp til 150 kroner per tre måneder. Erfaringer viser at kvinner velger de billigste p-pillene som faller økonomisk innenfor tilskuddsrammen. Bidragsordningen er lite i stand til å oppfylle mål om økt og kontinuerlig prevensjonsbruk, noe langtidsvirkende, reversible prevensjonsmidler bidrar til.

Geografiske variasjoner

Oslo, Finnmark og Troms hadde flest svangerskapsavbrudd per 1 000 kvinner i 2012 i aldersgruppen 15–49 år. Geografiske forskjeller anses som vanskeligere å forklare enn variasjoner mellom aldersgrupper.

Sosioøkonomisk status

Det er dokumentert sosiale ulikheter i forekomsten av uønsket svangerskap og abort. Ifølge Willy Pedersen (professor ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi) m.fl. (2006) er risikoen for abort høyest hos unge kvinner med lav utdanning. Provosert abort så ut til å være knyttet til kjennetegn ved den sosiale konteksten kvinnene levde i, og familiesituasjonen under oppveksten. Kvinner oppvokst i Nord-Norge hadde høyere risiko enn andre. Familiefaktorer som foreldres samlivsbrudd, manglende tilsyn i oppveksten og alkoholforbruk hos foreldrene, var forbundet med økt risiko for provosert abort.

Minoritetsbakgrunn og særlig sårbare kvinner

En undersøkelse viser at flyktninger tar flest aborter uansett aldersgruppe. De senere årene har også særlig sårbare kvinners abortrater blitt viet oppmerksomhet, da de har høyere abortrisiko enn kvinnepopulasjonen for øvrig. Kvinner med spesielle behov er grupper som fysisk funksjonshemmede, utviklingshemmede, rusmisbrukere, unge som har seksuell risikoferd og kvinner som har utført abort gjentatte ganger. En studie fra Sverige viste at i 2011 hadde 40 pst. av abortsøkende kvinner i alderen 15–49 år erfaring med minst én tidligere abort.

Nordiske land

Forekomst av abort varierer mellom de nordiske landene. Sverige har det høyeste aborttallet av de fem

nordiske landene med nesten dobbelt så mange aborter som Finland.

Årsaker til abort

Uønsket graviditet forklares ofte med én av tre faktorer; manglende bruk av prevensjon, bruksfeil ved prevensjonen og metodefeil ved prevensjonen. Flere studier påviser liten sammenheng mellom prevensjonskunnskapen til kvinnene som tar abort og prevensjonspraksis. Det er også studier som viser at ung alder er hyppigere forbundet med risikoferd knyttet til prevensjonsbruk. Det vil si at abortsøkende kvinner var godt kjent med hvilke prevensjonsmetoder som fantes, men hadde av ulike grunner ikke brukt prevensjon. Studier viser også at kvinner som bruker p-piller, ofte glemmer å ta dem regelmessig. Det er dermed ikke entydig eller et enkelt forhold mellom kvinners holdninger og kunnskap – og deres atferd. Det er heller ikke entydige årsaker til at kvinner tar abort. Årsakene kan variere mellom kvinner og aldersgrupper. Det er generelt sett få studier som har sett på årsakene til at kvinner velger abort. Dette forklares bl.a. med at andelen kvinner som er villige til å være med på studier om abort, er lav. De studier som har sett på årsaker til at kvinnene tar abort, peker på vanskeligheter knyttet til utdanning, jobb og økonomi. Noen studier har vist at det også kan være press fra partner om å ta abort.

Tiltak

Handlingsplan

Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort ble lansert i 2010. Planen gjennomføres i femårsperioden 2010–2015. Planen har to overordnede mål: å redusere aborttallene, og å bidra til at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv. Målene skal oppnås gjennom fem strategiske virkemidler:

- Lett tilgjengelighet til god kunnskap om seksualitet og handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og relasjoner.
- Lett tilgjengelighet til tjenester med tilbud om rådgivning og veiledning og spesielt til tjenester med tilbud om konsultasjon for prevensjon, abort og seksuelt overførbare sykdommer.
- Lett tilgjengelighet til selvbestemt prevensjon og økt tilgjengelighet til test og behandling for seksuelt overførbare sykdommer som f.eks. klamydia.
- Integrering av seksuell helse i det lokale folkehelsearbeidet.
- Utvikling av kunnskap og virkemidler – styrket nordisk samarbeid.

Det foreligger en statusrapport på handlingsplanen per juni 2012. Det er også utført en evaluering av nasjonal plan for seksuell helse utført av Econ, på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Det er snart behov for en ny plan for å forebygge uønskede svangerskap og redusere aborttallene. Planen må baseres på en evaluering av den gjeldende planen. Forslagsstillerne mener det er nødvendig å konkretisere en målsetting med arbeidet, og mener det er realistisk å redusere antallet svangerskapsavbrudd med en tredel i løpet av ti år. Det vil være hensiktsmessig med en offentlig utredning om hvilke tiltak som trengs for at dette målet skal nås. Utredningen bør ha et bredest mulig perspektiv og legge grunnlaget for en handlingsplan.

Systematisert seksualundervisning

Ulike studier viser at seksualundervisningen i Finland og Danmark er mer systematisert og omfattende enn i Norge og Sverige. Finland sender hvert år ut en brosjyre om seksualitet til alle 15-åringene. Landet har også gjort seksualundervisning til en obligatorisk del av lærerutdanningen. Nasjonale kampanjer i Danmark, særlig mot etniske minoriteter, antas å ha bidratt til nedgang i abortraten i denne gruppen.

Det er viktig at undervisningen også inneholder rom for refleksjon og dialog rundt forelskelse og seksualitet blant barn og ungdom. Det er et mål at ungdom er trygge på seg selv både sosialt og seksuelt.

Forslagsstillerne mener det må utarbeides en mer målrettet og systematisert seksualundervisning.

Mer tilgjengelig informasjon og veiledning

Informasjons- og veiledningstjenester om seksuell helse, prevensjon og uønsket graviditet må bygges ut. Det må rettes en særlig innsats mot gutter og deres ansvar på området. Ved en uønsket graviditet er det viktig at det gis god informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby kvinnen.

Internett- og telefon tjenester, helsestasjoner for ungdom, studenthelsetjenester, fastleger og veiledningstjenester er viktig for at kvinner og menn skal ha god informasjon og få den hjelpen de trenger. Informasjon må være tilgjengelig på flere språk, og gis i en form som er tilpasset ulike gruppers kulturelle eller religiøse bakgrunn.

Det er behov for å utarbeide spesielle, målrettede tiltak overfor utvalgte grupper der aborthyppigheten er høy.

Mer tilgjengelig prevensjon

Prevensjon er et viktig virkemiddel for å forebygge uønskede svangerskap. Internasjonale studier har vist at det å velge den typen prevensjon man føler seg mest vel med, er en av de viktigste faktorene for at prevensjonsmetoden brukes riktig. Andre avgjørende

forhold er tilgjengelighet, og at prevensjonen kan kjøpes reseptfritt på apotek. Det er av betydning at ikke bare leger, men også helsesøstre og jordmødre kan rekvirere hormonell prevensjon.

Kunnskapsoppsummeringer har anbefalt økt anvendelse av LARC-metodene: long-acting reversible contraceptives, dvs. langtidsvirkende, reversible prevensjonsmetoder. Dette er fordi de er sikrest og mest kostnadseffektive. Ifølge Helsedirektoratet viser internasjonale studier en nedgang på 18–70 pst. i forekomsten av uønskede svangerskap ved tilbud om subsidiert prevensjon og lavterskeltilbud med prevensjonskonsultasjon for kvinner. Reduksjon i abortforekomsten er beregnet å være 8–60 pst. blant kvinner i fertil alder avhengig av subsidieringsbeløp. Videre bidrar lett tilgjengelig, gratis eller billig prevensjon til å utjevne sosiale forskjeller i reproduktiv helse blant kvinner. Det ligger betydelige innsparinger i samfunnsmessige utgifter knyttet til uønsket svangerskap ved ordninger med gratis eller subsidiert prevensjon.

LARC-metodene er p-stav og spiral. P-stav føres inn under huden i overarmen, der den frigjør hormonet gestagen som beskytter mot graviditet i ca. tre år. Spiral settes inn i livmoren og beskytter mot graviditet i ca. tre år.

Kvinner må i større grad enn i dag få informasjon om LARC-metodene. Helsepersonell mangler kunnskap om hvilke kvinner som kan bruke disse metodene, og mange mangler kompetanse i innsetting av spiral eller p-stav. P-stav benyttes i svært liten grad i allmennpraksis, viser en undersøkelse fra 2012. Helsedirektoratet anbefalte i en statusrapport i 2012 å øke bruken av LARC-metodene. Tilfredsheten er størst blant brukere av p-stav. Det er et mål å få flere fastleger til å tilby p-stav til sine pasienter.

All hormonell prevensjon med unntak av p-stav og spiral blir subsidiert for aldersgruppen 16–19 år med 104 kroner per kvartal, 416 kroner per år. P-stav og spiral koster om lag 1 100–1 200 kroner for tre år. Disse har dermed lavere tilgjengelighet siden de ikke er subsidiert. LARC har færre komplikasjoner enn alternative prevensjonsmetoder. Forslagsstillerne mener LARC må bli mer tilgjengelig for aldersgruppen 16 til 19 år ved at disse prevensjonsmetodene blir gratis.

I en studie foretatt i Tromsø og Hamar ble det gjennomført et forsøksprosjekt med gratis prevensjon til kvinner i alderen 20–24 år. Hensikten var å belyse om gratis og lett tilgjengelig hormonell prevensjon kunne bidra til bedre kontinuitet i prevensjonsbruk og redusere aborttallene blant unge voksne kvinner.

Følgende resultater fremheves i rapporten:

- Det er signifikant oppgang i kontinuitet i bruk av hormonell prevensjon blant kvinner som fikk til-

bud om gratis hormonell prevensjon i forsøkskommunene.

- Det er størst endring i bruk av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene kobberspiral, hormonspiral og p-stav – LARC; bruken har økt med mer enn 100 pst.
- Det er signifikant nedgang i abortforekomsten blant 20–24-åringene i forsøkskommunene og ingen endring i kontrollkommunene.
- Kvinnene i forsøket vurderte gratis prevensjon som en av de viktigste faktorene for bruk og kontinuitet i bruk av hormonell prevensjon.

Forslagsstillerne mener, på bakgrunn av resultatene i rapporten, at det må legges til rette for at kvinner under 25 år kan få tilgang til gratis prevensjonsmidler. Det er avgjørende at en slik ordning også inkluderer andre relevante tjenester, som opplæring og veiledning i de ulike prevensjonsmidlene. Ordningen kan med fordel introduseres som en opptrapping over tid. Det vil sikre kunnskaps- og kapasitetsoppbygging hos de instanser som skal formidle prevensjonsmidlene og veilede. Dette gjelder særlig fastleger og personell på helsestasjoner for ungdom og studenthelsetjenester.

En opptrapping over fire år kan gjøres på følgende måte:

- Første år: 416 kroner i subsidier per år og gratis LARC t.o.m. 22 år.
- Andre år: 416 kroner i subsidier per år og gratis LARC t.o.m. 24 år.
- Tredje år: Alle prevensjonsmidler opp til 22 år.
- Fjerde år: Alle prevensjonsmidler opp til 24 år.

Mange fastleger mangler kunnskap om LARC, noe som hindrer kvinner i å bruke disse, på tross av at dette er deres foretrukne prevensjonsmetode. Parallelt med at en opptrapping settes i verk, må fastleger tilbys kursing i disse prevensjonsmetodene, slik at alle kvinner har tilgang til LARC, uavhengig av hvor i landet en bor eller hvilken fastlege en har.

Også helsesøstre og jordmødre kan i dag sette inn p-stav, men dette blir i liten grad gjort. Mange kjenner ikke til at de har lov til å gjøre dette. Også disse må få anledning til å bygge opp kompetanse. Disse yrkesgruppene må derfor få tilbud om kurs der de blir oppdatert på forskning og praktisk kunnskap, slik at de kan veilede i bruken av LARC og lære seg prosedyren for innsetting og fjerning av p-staver.

Jordmødre kan i dag også legge inn spiraler, men dette er et tilbud som blir lite brukt.

Parallelt med opptrappingen og kompetansehevende tiltak for fastleger, helsesøstre og jordmødre, må antall stillinger økes i kommunene. Dette vil gjøre skolehelsetjenesten mer tilgjengelig og helsestasjon for ungdom vil også kunne få utvidet åpningstid

og kapasitet. Kommunene må oppfordres til å utvide tilbudet til også å gjelde unge kvinner mellom 20 og 25 år.

Studenthelsetjenestene kommer i kontakt med en stor gruppe kvinner som har adresse og fastleger andre steder i landet enn der de studerer og bor. Studenthelsetjenesten når ut til aldersgruppen 20–24 år, som av Helsedirektoratet er definert som den viktigste målgruppen å nå. Tjenestetilbudet må derfor bygges ut, slik at studenthelsetjenesten blir et mer tilgjengelig tilbud, og dermed når ut til flere i målgruppen.

Det bør gjøres en følgeevaluering av gratis prevensjon til kvinner under 25 år, og det bør gjøres en grundig vurdering av tiltaket fem år etter at opptrappingen er fullført.

Økt engangstønad

Det er mange ulike årsaker til at kvinner velger å ta abort, blant annet økonomiske årsaker. Engangstønaden for gravide bør økes til 2 G, og samtidig ta større hensyn til gravide som er i en overgangsfase mellom studier og arbeid. En slik utvidet engangstøtte kan fordeles ut over et lengre tidsrom, med en større sum i tilknytning til fødsel.

Forskningsprosjekt om reseptfri, hormonell prevensjon

Økt tilgjengelighet til prevensjon og dermed nedgang i antall uønskede svangerskap kan oppnås dersom prevensjon kan kjøpes reseptfritt på apotek. En forutsetning for et slikt tiltak er at dette er forsvarlig. Det bør derfor gjennomføres et forskningsprosjekt eventuelt med tilhørende forsøksordning for å få kunnskap om hormonelle prevensjonsmidler skal kunne kjøpes reseptfritt på apotek. Det er behov for å øke forskningen på årsakene til variasjoner i abortraten mellom aldersgrupper og over tid, og hvilke tiltak som har effekt på abortraten.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen legge fram en plan for å redusere aborttallene med en tredel på ti år.
2. Stortinget ber regjeringen utarbeide en mer målrettet og systematisert seksualundervisning.
3. Stortinget ber regjeringen bygge ut informasjons- og veiledningstjenester om prevensjon og uønsket graviditet, som Internett- og telefontjenester, helsestasjoner for ungdom, studenthelsetjenester og veiledningstjenester.

4. Stortinget ber regjeringen utarbeide spesielle målrettede tiltak overfor utvalgte grupper der aborthyppigheten er høy.
5. Stortinget ber regjeringen iverksette kompetansehevede tiltak om langtidsvirkende, reversible prevensjonsmidler (LARC) for fastleger, jordmødre og helsesøstre.
6. Stortinget ber regjeringen utvide ordningen med gratis hormonell prevensjon til 16–19-åringer til også å gjelde LARC.
7. Stortinget ber regjeringen gradvis utvide ordningen med gratis prevensjon til å gjelde opp til og med 24 år.
8. Stortinget ber regjeringen utvide jordmødres og helsesøstres forskrivningsrett til prevensjonsmidler.
9. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å gi gravide uten fødselspengerettigheter knyttet til arbeidslivet bedre økonomiske vilkår gjennom en opptrapping av engangsstønaden til 2 G.
10. Stortinget ber regjeringen øke forskningen på årsakene til variasjoner i abortraten mellom aldersgrupper og over tid, og hvilke tiltak som har effekt på abortraten, herunder forskning for kunnskap om det er forsvarlig at hormonelle prevensjonsmidler kan kjøpes reseptfritt på apotek.

2. april 2014

