



Helse- og
omsorgsdepartementet

Handlingsplan

Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd

– informasjon og tilgjengelighet 2020–2024



Innhold

Forord	5
1. Innledning	7
1.1 Politiske rammer	7
1.2 Målgruppe og målsetting	8
1.3 Regjeringens arbeid på området	8
2. Fakta om svangerskapsavbrudd og bruk av prevensjon i Norge	13
2.1 Svangerskapsavbrudd	13
2.1.1 Forekomst og aldersfordeling	14
2.2 Bruk av prevensjon	15
2.2.1 Bruk av reseptbelagt prevensjon fordelt på type og brukers alder	15
2.2.2 Nødprevensjon	17
2.2.3 Sterilisering	17
3. Faktorer av betydning for svangerskapsavbrudd for	19
3.1 Tilstrekkelig helsekompetanse	19
3.1.1 Tidlig debutalder	20
3.1.2 Prevensjonsbruk og familieplanlegging	20
3.1.3 Antall tidligere barn, livssituasjon og alder	20
3.2 Andre sårbarhetsfaktorer	21
3.2.1 Tilknytning til arbeidsmarkedet	21
3.2.2 Kvinner med innvandrerbakgrunn	21
3.2.3 Seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter	21
3.2.4 Psykisk helse, rus og vold	22
4. Innsatsområder	25
4.1 Informasjon og veiledning om prevensjon	25
4.1.1 Seksualitetsundervisning	26
4.1.2 Forbedre informasjon om prevensjon i pakningsvedlegg for nødprevensjon	27
4.1.3 Mer målrettet informasjon og veiledning om prevensjon til personer i sårbare livssituasjoner	27
4.1.4 Informasjon om prevensjon i svangerskaps- og barselomsorgen	28
4.1.5 Digital informasjon til barn og unge	29
4.1.6 Regjeringens tiltak om informasjon og veiledning om prevensjon	29
4.2 Tilgjengelighet til prevensjon	29
4.2.1 Tilgjengelighet til hormonell prevensjon til unge under 16 år	30
4.2.2 Enklere administrering av tilgang på langtidsvirkende prevensjon for unge mellom 16–22 år	31
4.2.3 Gradvis utvidelse av bidragsordningen for prevensjonsmidler	31
4.2.4 Tilgjengelighet til prevensjon og veiledning for kvinner mellom 25–30 år	32
4.2.5 Gjentatte svangerskapsavbrudd	32
4.2.6 Gratis langtidsvirkende prevensjon til kvinner i legemiddelassistert rehabilitering	32
4.2.7 Mer målrettet innsats for bedre tilgang på prevensjon og informasjon om prevensjon	33
4.2.8 Øremerke midler til jordmorårsverk i kommunen	34
4.2.9 Regjeringens tiltak for enklere tilgang til prevensjon	34



Forord

Regjeringen er opptatt av seksuell og reproduktiv helse og rettigheter som en viktig del av vår allmenne helse. Regjeringens strategi for seksuell helse, Snakk om det! (2017–2022), tydeliggjør betydningen av temaet i bredt, og gir grunnlag for en helhetlig innsats for å styrke befolkningens seksuelle helse og reproduktive helse og rettigheter. God seksuell helse er viktig for den enkeltes livskvalitet. Barn, unge og voksne trenger kunnskap og trygghet for å sette grenser og for å ta selvstendige valg om egen kropp og seksualitet.

Selv om tallene på svangerskapsavbrudd gradvis har gått ned, mener regjeringen det fortsatt er rom for ytterligere reduksjon.

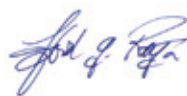
Nedgangen i aborttallene viser at det nytter med målrettet innsats for å forebygge uønskede graviditeter som ender i svangerskapsavbrudd. Viktige grep for å forebygge uønskede svangerskap er å øke helsekompetansen, enklere tilgang til prevensjon og gi tilpasset informasjon og veiledning om prevensjon. Regjeringens handlingsplan for å redusere antallet svangerskapsavbrudd følger også opp Norges internasjonale forpliktelser på området seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.



Bent Høie



Guri Melby



Abid Raja



Ida Lindtveit Røse



Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en trygg arena for å gi barn og unge råd og veiledning om seksuell og reproduktiv helse.



Innledning

Det har i flere tiår pågått et omfattende arbeid i Norge for å holde aborttallene på et lavest mulig nivå. Det har vært iverksatt tiltak for å sikre befolkningen god tilgjengelighet til prevensjon og tilgang på relevante tjenester og nødvendig kunnskap om prevensjon og seksuell helse. Målet har vært at flest mulig skal kunne ivareta sin seksuelle og reproduktive helse på en god måte. God seksuell helse er en viktig ressurs i alle menneskers liv. Det er viktig å videreføre det pågående arbeidet, samtidig som det rettes en særskilt innsats mot å forebygge uønskede graviditeter og svangerskapsavbrudd.

Det skjer stadig færre svangerskapsavbrudd i Norge. Å avbryte et svangerskap er allikevel en livshendelse i mange kvinners liv. Retten til selv å kunne vurdere sin situasjon og til å kunne velge å avbryte et svangerskap, er en viktig rettighet i både et kvinnehelse- og folkehelseperspektiv.

2020 markerer 25-års jubileet til FNs handlingsprogram for likestilling. Norge vil fortsatt være en pådriver for å beskytte oppnådde resultater og sikre videre fremgang for arbeidet med seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR), nasjonalt og internasjonalt.

Med denne handlingsplanen vil regjeringen bidra til å ytterligere redusere antallet uønskede graviditeter og svangerskapsavbrudd. Målet er å redusere antallet svangerskapsavbrudd med en tredjedel i løpet av perioden 2014–2024.

1.1 Politiske rammer

Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet legger grunnlag for utviklingsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Der beskrives det at regjeringen vil lage en samlet strategi på seksuell helse. Strategien Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) viser retningen på regjeringens arbeid med seksuell helse. Målet med strategien er å legge til rette for god seksuell helse i hele befolkningen. Viktige delmål for å nå denne ambisjonen er å sikre mennesker

i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuelle helse. Strategien fremhever seksualitet og seksuell helse som en naturlig og integrert del av den enkeltes helse. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Strategien skal bidra til en åpen og inkluderende kultur der mangfold anerkjennes og skal bidra til å motvirke tabuer, skam, fordommer og stigmatisering knyttet til seksualitet. Strategien revitaliseres gjennom et tverrsektorielt samarbeid. Denne handlingsplanen er forankret i Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022).

1.2 Målgruppe og målsetting

Målgruppen for handlingsplanen er alle som er i berøring med tematikken seksuell og reproduktiv helse. Dette omfatter blant annet ansatte i helse- og omsorgstjenesten, barnevernstjenesten, skole, bruker- og interesseorganisasjoner, samt befolkningen for øvrig.

Det overordnede målet med handlingsplanen er å bidra til å redusere antallet uønskede graviditeter og svangerskapsavbrudd.

Tiltakene i denne handlingsplanen skal bidra til:

- å styrke befolkningens helsekompetanse og muligheter til å ivareta egen seksuell og reproduktiv helse på en god måte
- at aborttallene er en tredjedel lavere i 2024 sammenlignet med 2014 og at aborttallene fortsatt holdes på et lavest mulig nivå

1.3 Regjeringens arbeid på området

Regjeringen har i løpet av regjeringsperioden iverksatt flere tiltak for å gi bedre tilgang til prevensjon og informasjon/veiledning om prevensjon til befolkningen.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste i dette arbeidet fordi den når ut til nesten alle barn og unge og deres familier. Den kan bidra til økt helsekompetanse, tidlig avdekking, forebygging, behandling og oppfølging. Alle kommuner skal ha et gratis helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år. Flere kommuner har på eget initiativ utvidet aldersgrensen i helsestasjon for ungdom til unge voksne. Regjeringen har i perioden 2014–2020 styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten betydelig. I statsbudsjettet for 2020 er det bevilget til sammen over 1,3 milliarder kroner til tjenesten fordelt på rammetilskudd og øremerket tilskudd.

Regjeringen har utvidet helsesykepleiere og jordmødres rekvireringsrett for prevensjonsmidler. Fra 1. januar 2016 har disse faggruppene også kunnet rekvirere prevensjonsmetodene p-stav og spiral. Retten ble gjort gjeldende

uavhengig av tjenestested. Dette har bidratt til at prevensjon er blitt lettere tilgjengelig og er et virkemiddel for å styrke kvinners seksuelle autonomi, øke bruken av sikker prevensjon og forebygge uønskede svangerskap og abort.

Fra 1. januar 2015 har langtidsvirkende prevensjon vært inkludert i ordningen med fast bidragssats til prevensjonsmidler. Regjeringen har videre gradvis utvidet den øvre aldergrensen for subsidiering av hormonell prevensjon til unge gjennom folketrygden fra 20 til 22 år. I dag får alle unge mellom 16 og 22 år helt eller delvis dekket hormonell prevensjon gjennom bidragsordningen.

Gjennom Stortingets vedtak av statsbudsjettet for 2020, er det bevilget om lag 58 mill. kroner til oppfølgingen av strategien for seksuell helse Snakk om det! og 25 mill. kroner til stiftelsen Amatheia. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidler til seksuell helse og forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Målet med tilskuddsordningen er å bidra til god seksuell helse i hele befolkningen. Dette innebærer blant annet en fortsatt reduksjon i antall uønskede graviditeter og svangerskapsavbrudd. Det er også et mål å redusere smitte av seksuelt overførbare infeksjoner samt å sikre kunnskap om seksuell helse og at seksuell helse ivaretas i helse- og omsorgstjenestene og samfunnet for øvrig.

Formålet med tilskuddet til Stiftelsen Amatheia i 2020 er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, bl.a. gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av arbeidet. Tilskuddsordningene til seksuell helse og Amatheia skal gjennomgå i 2020.

Regjeringen har gradvis utvidet og støttet utvikling av digital informasjon om seksuell helse og prevensjon. Helsenorge.no er en nasjonal innbyggerportal med kvalitetssikret helseinformasjon og tjenester for kommunikasjon mellom innbyggerne og helse- og omsorgstjenesten. Her kan en finne informasjon om blant annet sex og samliv, herunder prevensjon og abort.

En annen offentlig digital informasjonskanal er nettsiden ung.no. Her finnes kvalitetssikret informasjon om blant annet sex, prevensjon og graviditet. Målgruppen er ungdom 13–20 år. Nettstedet er drevet av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Ung.no er svært populær og hadde i 2019 om lag 38 millioner sidevisninger og 20 millioner besøkende. Det ble besvart 48.000 spørsmål, om alt fra kropp, helse og sex, til skole og utdanningsspørsmål. Ungdom kan stille spørsmål (anonymt) om det de lurer på og få svar fra fagpersoner. Spørsmål lagres i et arkiv på ung.no slik at det er tilgjengelig for andre å se spørsmål og svar.

Helsedirektoratet lanserte i 2019 nettsiden zanzu.no, med informasjon om temaer tilknyttet seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Nettstedets hovedmålgruppe er personer med kort botid i Norge og er et tiltak for å nå målet i regjeringens strategi for seksuell helse om å styrke kunnskap om seksuell og reproduktiv helse blant nyankomne innvandrere og asylsøkere. Gjennom klarspråktekster på til sammen 9 ulike språk og illustrasjoner gir zanzu.no muligheter for kunnskap både for enkeltpersoner og til bruk i undervisning og veiledning. Nettsiden egner seg godt både for individuell bruk

og i konsultasjoner som et supplerende verktøy for å lette kommunikasjonen mellom bruker/pasient og helsepersonell.

Helsedirektoratet har over flere år forvaltet en ordning for gratis kondomer. Det er mulig å bestille gratis kondomer via helsenorge.no og det deles ut gratis kondomer via helsestasjons- og skolehelsetjenesten, klinikker og organisasjoner. I 2019 ble det sendt ut om lag 8,2 mill. kondomer.

Regjeringens familiepolitikk skal legge til rette for at flest mulig barn kan få en god oppvekst i sin familie og i sitt nærmiljø. Familien er den viktigste rammen rundt barns liv og utvikling. Regjeringen la i 2018 for første gang fram en foreldrestøttestrategi: Trygge foreldre – trygge barn (2018–2021). Målet er at alle foreldre skal vite hvor de kan få hjelp og støtte når de møter på små og store utfordringer. Regjeringen har også gjennomført forbedringer i ytelser til barnefamiliene. Blant annet er engangsstønaden økt betydelig, fra 35 263 kroner i 2013 til 84 720 kroner per barn i 2020.

Arbeidet med å bekjempe vold og overgrep er høyt prioritert av regjeringen. Undersøkelser viser at kvinner som er utsatt for partnervold har økt risiko for prevensjonssvikt og økt sannsynlighet for å bli gjentatt uønsket gravid og å avbryte svangerskapet. Videreføring av innsatsen mot vold i nære relasjoner vil derfor også ha innvirkning på svangerskapsavbrudd. Innsatsen blir blant annet beskrevet gjennom Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), i Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020) og i Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022). Regjeringen jobber nå med en ny handlingsplan mot vold i nære relasjoner for perioden 2020–2024, samt en ny handlingsplan om frihet fra negativ sosial kontroll og æresrelatert vold for perioden 2021–2024.







Fakta om svangerskapsavbrudd og bruk av prevensjon i Norge

I dette kapitlet presenteres i hovedsak tall hentet fra Folkehelseinstituttets Abortregister og Reseptregister. Tallene viser utviklingen i regjeringsperioden mellom 2014–2019. Utfyllende statistikk om svangerskapsavbrudd finnes på ww.fhi.no.

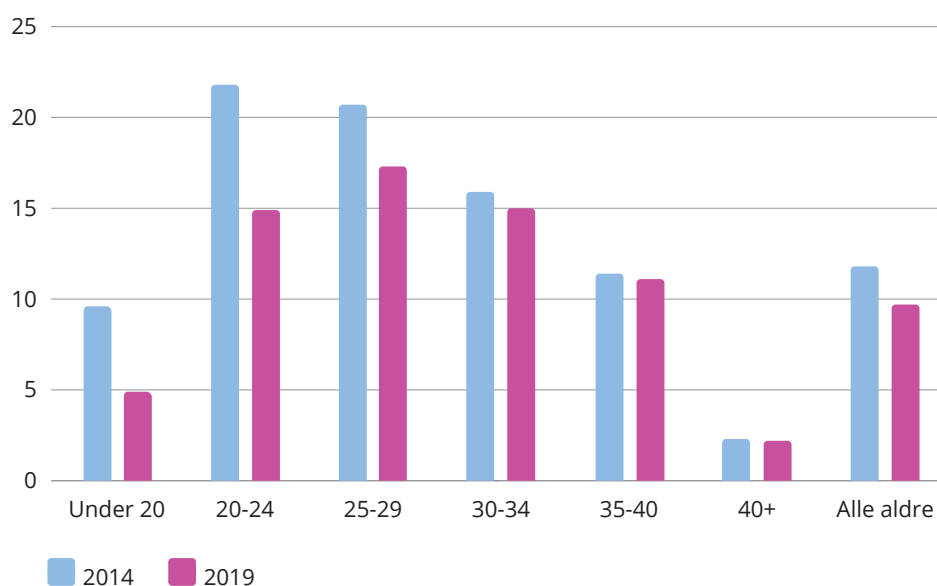
2.1 Svangerskapsavbrudd

Antallet svangerskapsavbrudd er i dag på et historisk lavt nivå. Trenden med synkende aborttall startet i 2008 og har fortsatt i denne regjeringsperioden. I 2019 ble det gjennomført 11 726 svangerskapsavbrudd i Norge. Siden 2014 har aborttallene gått ned med 17 prosent. I 2019 ble åtte av ti svangerskapsavbrudd utført før uke 9.

I 2019 var abortraten på 9,7 per 1000 kvinne og var for første gang under 10 per 1000 kvinne. Dette er en nedgang fra 11,8 per 1000 kvinne siden 2014. Nedgangen viser i hovedsak færre svangerskapsavbrudd for kvinner under 25 år, men det er en tendens til nedgang i alle aldersgrupper.

Tall fra Folkehelseinstituttet for samme periode, viser at gjennomsnittsalderen på førstegangs fødende har steget og at det har vært en nedgang i antallet fødsler per 1000 kvinner, særlig i de yngre aldersgruppene.

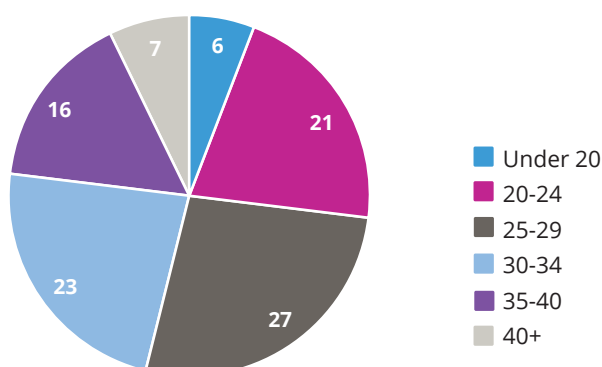
2.1.1 Forekomst og aldersfordeling



Figur 1 Abortrater per 1000 kvinner i 2014 og 2019, etter kvinnens alder (Abortregisteret)

Som figur 1 viser varierer forekomsten av svangerskapsavbrudd med alder. For aldersgruppen 15–19 år er abortraten halvert i perioden 2014 til 2019. Aldersgruppen 20–24 år har i lang tid hatt den høyeste forekomsten av svangerskapsavbrudd, men den har blitt redusert med nærmere 33 prosent fra 2014 til 2019, og er nå lavere enn i aldersgruppen 25–29 år. For kvinner 25–29 år har det vært en mindre reduksjon i abortratene i samme tidsperiode med 11,5 prosent. For kvinner over 30 år, og særlig fra 35 års alder, er abortraten nokså stabil.

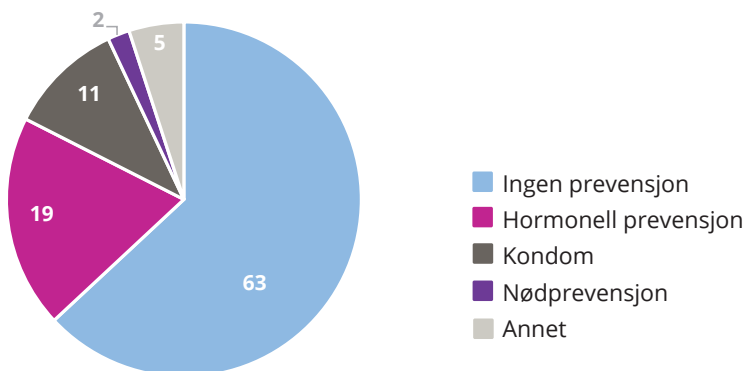
I perioden 2014–2019 ble om lag 70 prosent av alle svangerskapsavbrudd gjennomført blant kvinner mellom 20 år og 34 år. Gjennomsnittsalderen til kvinnene som gjennomførte svangerskapsavbrudd gikk opp fra 28 til 29 år. Tall fra FHI viser at det var om lag 50 svangerskapsavbrudd i 2019 for personer under 16 år.



Figur 2 Andel av alle aborter (%) gjennomført i hver aldersgruppe i 2019

2.2 Bruk av prevensjon

Data fra Abortregisteret viser at de fleste som tok abort mellom 2014 og 2018 oppga at de ikke brukte prevensjon da de ble gravide. Om lag 38 prosent oppga å ha brukt prevensjon. De vanligste prevensjonsmetodene var hormonell prevensjon, som p-piller og andre korttidsvirkende metoder, og kondom. To prosent hadde brukt nødprevensjon og fem prosent oppgav andre typer prevensjon.

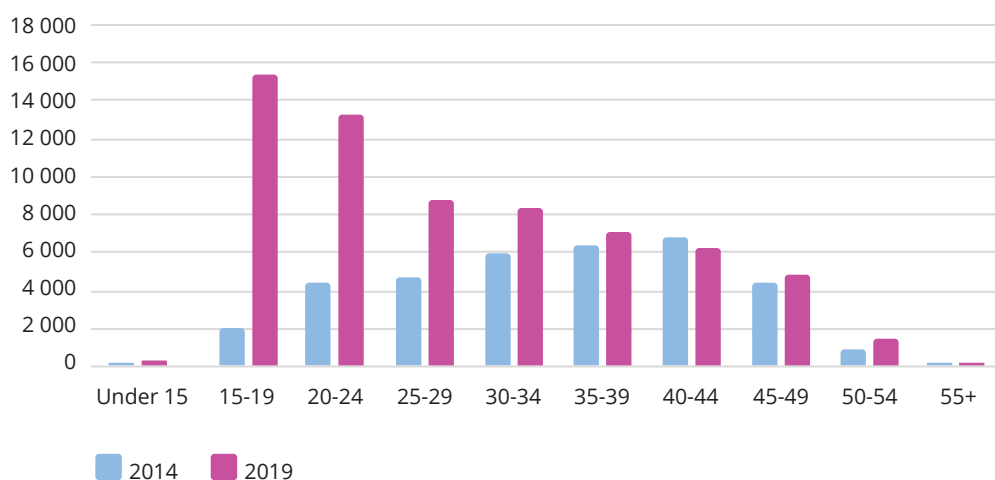


Figur 3 Oppgitt prevensjonsbruk blant abortsøkende kvinner mellom 2014 og 2018 (Abortregisteret 2019)

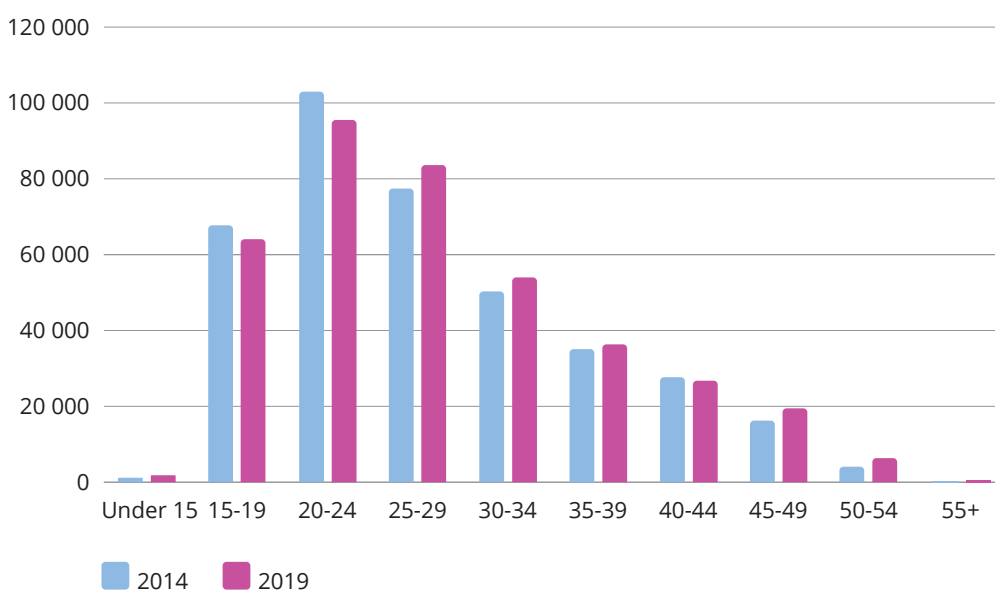
2.2.1 Bruk av reseptbelagt prevensjon fordelt på type og brukers alder

Bruk av p-piller og annen korttidsvirkende prevensjon kan medføre avbrudd i prevensjonsbruken som igjen øker risikoen for uønsket svangerskap. Norske helsemyndigheter og Verdens helseorganisasjon anbefaler at flere kvinner som trenger prevensjon gis mulighet til å velge p-stav og spiral, også kalt langtidsvirkende, reversible prevensjonsmetoder. Disse gir økt grad av sikkerhet mot uønsket graviditet, har få eller ingen brukerfeil og god kontinuitet i bruk. Anbefalingene bygger blant annet på forskning som viser at langtidsvirkende prevensjon gir stor tilfredshet blant brukerne, og at færre kvinner rapporterer bivirkninger, sammenlignet med andre prevensjonsmidler. De samme prevensjonsmidlene gir også beskyttelse mot svangerskap utenfor livmoren og visse kreftformer. Kvinner som begynner med langtidsvirkende prevensjon etter et svangerskapsavbrudd har lavere sannsynlighet for gjentatt svangerskapsavbrudd i løpet av de påfølgende tre årene.

Tall fra Reseptregisteret viser at bruken av reseptbelagt prevensjon har endret seg siden 2014. Det har vært en nedgang i antall kvinner mellom 15 og 25 år som har hentet ut korttidsvirkende prevensjon, og relativt stabilt hos øvrige aldersgrupper. For langtidsvirkende prevensjon har det vært en markant økning i antall brukere mellom 15–35 år og særlig i aldersgruppen 15–24 år. I 2019 hentet om lag 150 personer under 15 år ut minst en resept for langtidsvirkende prevensjon og 1800 personer hentet ut minst en resept på kort og eller langtidsvirkende prevensjon, se figur 4 og 5.



Figur 4 Antall kvinner som har hentet ut minst en resept på langtidsvirkende prevensjon i 2014 og 2019 (Reseptregisteret, 2019)



Figur 5 Antall kvinner som har hentet ut minst én resept på hormonell prevensjon kort- og/eller langtidsvirkende prevensjon) i 2014 og 2019 i ulike aldergrupper (Reseptregisteret, 2019)

Bruken av prevensjon har endret seg, men nedgangen i totalt antall brukere for noen aldersgrupper betyr ikke nødvendigvis at det er en nedgang i bruk av hormonell prevensjon. Nedgangen i tallene kan skyldes at ved bruk av langtidsvirkende prevensjon med virketid 3–5 år eller mer, er det ikke behov for fornyelse av resepter like hyppig som ved bruk av kortidsvirkende (p-piller mv.) prevensjon.

2.2.2 Nødprevensjon

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at salget av nødprevensjon har gått ned med nesten en tredel på ti år. I 2009 ble det solgt over 166 000 definerte døgndoser nødprevensjon. I 2019 var antallet redusert til om lag 115 300 doser. Av dette ble fem prosent (om lag 6 200 doser) solgt i dagligvarehandelen. Nødprevensjon har vært solgt uten resept siden 2005. Salg utenom apotek ble tillatt fra 2009. Andelen som blir solgt i dagligvarehandelen har vært lavt i hele perioden fra 2009 til 2019. Det er ikke satt en aldersgrense for kjøp i apotek, men det er 18 års aldersgrense for kjøp i dagligvarehandelen.

2.2.3 Sterilisering

Sterilisering er en varig og sikker prevensjonsmetode. Sterilisering er en ikke-reversibel prevensjonsmetode og derfor primært et tiltak for de som ikke ønsker (flere) barn. Det har vært en nedgang i antallet kvinner som steriliserte seg de to siste tiårene, fra 5000 årlig i 2002 til om lag 1000 i 2018. Årsaken til nedgangen skyldes til dels nye sikrere prevensjonsmidler og trolig også økt pasientbetaling for sterilisering fra 2002. Sterilisering er en lavt prioritert helsetjeneste med en vesentlig pasientbetaling. Sterilisering er den eneste langtidsvirkende prevensjonsmetoden for menn. Også for menn har det vært en nedgang i inngrep i offentlige sykehus de siste årene fra 861 inngrep i 2014 til 291 inngrep i 2018. Sterilisering av menn tilbys og utføres i liten grad i den offentlige helsetjenesten. Det er grunn til å anta at et betydelig antall steriliseringsinngrep hos menn i dag utføres hos helprivate aktører/spesialister.



Selv med riktig bruk av prevensjon
er det en viss risiko for å bli gravid.



Faktorer av betydning for svangerskapsavbrudd

Det er flere faktorer som virker inn på atferd som kan føre til uønsket graviditet og svangerskapsavbrudd. Noen faktorer betyr mer enn andre, og jo flere negative faktorer, jo større er sannsynligheten for å bli gravid uten å ha planlagt for det. Kompetanse om seksuell og reproduktiv helse er nødvendig for å kunne ivareta sin egen seksuelle helse på en god måte. Kunnskap om prevensjonsbruk for å forhindre å bli uønsket gravid er ett eksempel på dette. Kompetanse om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter er sammen med god tilgang til sikker prevensjon og tilpassede tjenester en viktig faktor for å kunne nå målene om forebygging av svangerskapsavbrudd.

3.1 Tilstrekkelig helsekompetanse

Tilstrekkelig kompetanse om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter er en forutsetning for å kunne planlegge svangerskap. Helse- og omsorgsdepartementet la i 2019 frem en strategi for å øke befolkningens helsekompetanse (2019–2023).

Helsekompetanse er definert som “personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse”. Helsekompetanse relatert til seksuell helse kan forstås som evnen til å forstå, vurdere og anvende relevant informasjon til å treffe kunnskapsbaserte valg om seksuell og reproduktiv helse og oppsøke tjenester som fremmer egen seksuell og reproduktiv helse.

Helsekompetanse relatert til seksuell helse og reproduktiv helse etableres allerede i barne- og ungdomstiden og vil kunne påvirke seksuell og reproduktiv helse og bruk av relevante tjenester gjennom livet. Helsekompetanse er derfor en faktor som spiller inn i flere utfordringsområder når det gjelder reproduktiv helse og forebygging av uønskede graviditeter.

Helsedirektoratet har gitt tilskudd til Sex og samfunn. De utgir “eMetodebok for seksuell helse”. Emetodeboken dekker et svært bredt spekter av

helsepersonells kunnskapsbehov om prevensjon og seksuell helse. Sex og samfunn gir også praktisk opplæring og undervisning for helsepersonell om ulike emner innenfor seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Siden 2016 har de gjennomført strukturert opplæring av helsepersonell som skal administrere p-stav og spiral.

3.1.1 Tidlig debutalder

Tall fra Storbritannia viser at ungdom som debuterer tidlig har betydelig økt sannsynlighet for å bli uønsket gravid i tenårene. I Norge debuterer de fleste etter fylte 16 år. Om lag 10 prosent av ungdom debuterer før de fyller 15 år, mens 21 prosent gutter og 24 prosent jenter debuterer seksuelt før de fylte 16 år. Det er et fåtall tenåringer i Norge som blir gravide, og de fleste velger å ta abort. I 2016 var det 12 kvinner i alderen 15 år og yngre og 115 kvinner i alderen 16–17 år som fødte et barn. Dette utgjorde 0,2 prosent av alle fødsler. Svangerskapsavbrudd hos de yngste har også gått ned se kapittel 2.1.1.

3.1.2 Prevensjonsbruk og familieplanlegging

Som vist i kapittel 2 viser data fra Abortregisteret at de fleste som gjennomførte svangerskapsavbrudd mellom 2014 og 2018 oppga at de ikke brukte prevensjon da de ble gravide. Om lag 38 prosent har tatt aktive valg for å unngå å bli gravide. De vanligste prevensjonsmetodene var hormonell prevensjon, som p-piller og andre korttidsvirkende metoder, og kondom.

Brukt riktig, gir alle godkjente prevensjonsmetoder som selges i Norge god beskyttelse mot graviditet. Ingen prevensjon er imidlertid helt sikker. Selv med riktig bruk er det en viss risiko for å bli gravid. En betydelig andel uønskede svangerskap kan tilskrives feil bruk av prevensjon. Langtidsvirkende prevensjon er sikrere enn korttidsvirkende. Dette er en av årsakene til at det å få flere til å skifte fra p-piller til langtidsvirkende prevensjon kan bidra til reduserte abortrater.

Det har vært en gradvis endring i bruk av reseptbelagt prevensjon. Det sees en svak nedgang i antall brukere mellom 15 og 24 år som har hentet ut resepter på prevensjon, og en svak økning i aldersgruppen mellom 25 og 34 år. Dette kan forklares med økt bruk av langtidsvirkende prevensjon, særlig i de yngste aldersgruppene, som vist i figur 4. I Abortratene på samme tid falt for hele aldersgruppen mellom 15 og 29 år, se kapittel 2.

3.1.3 Antall tidligere barn, livssituasjon og alder

Data fra Abortregisteret viser at det var omtrent like mange kvinner med og uten barn som tok abort mellom 2014 og 2018. Andelen aborter varierer med antall tidligere barn og kvinners alder. Kvinner med to eller flere barn har høyere sannsynlighet for svangerskapsavbrudd sammenlignet med kvinner uten eller med kun ett barn. Oppsummert forskning tyder på at kvinners egenvurderte kapasitet til å dekke omsorgsbehovet til barna ser ut til å påvirke utfallet av et uønsket svangerskap. Alder er også en grunn til at kvinner velger abort.

3.2 Andre sårbarhetsfaktorer

Registerdata og øvrig kunnskap viser at det også er andre faktorer som har betydning for antall svangerskapsavbrudd.

3.2.1 Tilknytning til arbeidsmarkedet

Arbeidsdeltakelse påvirker også kvinners sannsynlighet for å avbryte et svangerskap. Analyser av abortregisteret viser at når alder og utdanningsnivå er kontrollert for, har kvinner som jobbet deltid og kvinner uten lønnet arbeid høyere sannsynlighet for å ta abort sammenlignet med kvinner i full jobb. Kvinner som tar abort er yngre, og flere står utenfor arbeidslivet sammenlignet med kvinner som føder. Sannsynligheten for å ta gjentatt abort er lavest blant kvinner med høyere utdanning.

3.2.2 Kvinner med innvandrerbakgrunn

Skandinavisk og internasjonal forskning viser at forekomsten av svangerskapsavbrudd er høyere enn gjennomsnittet blant kvinner med innvandrerbakgrunn. I tillegg viser en norsk studie at den høyeste forekomsten av avbrutt svangerskap forekommer i gruppen flyktninger, uavhengig av aldersgruppe. For noen har dette sammenheng med lavere helsekompetanse knyttet til seksuell og reproduktiv helse samt mindre erfaring med prevensjonsbruk. Det er stor variasjon mellom ulike etniske minoritetsgrupper og innen enkeltgrupper når det gjelder kunnskap om kropp, seksualitet, prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner. Det er behov for mer kunnskap om innvandrerkvinnens seksuelle og reproduktive helse samt familieplanlegging.

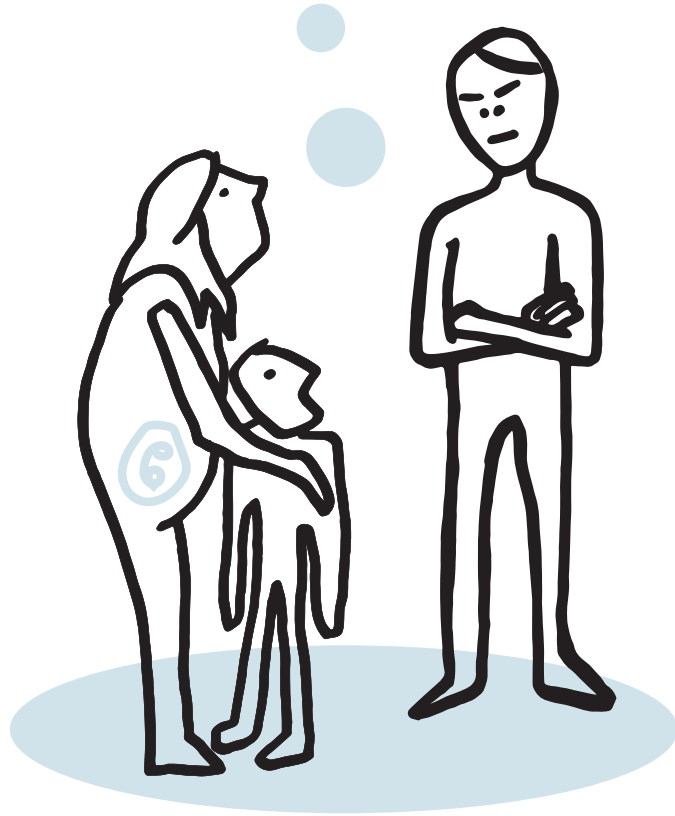
3.2.3 Seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter

Det er mye som tyder på at seksuelle minoriteter sin seksualitet og reproduktive helse og rettigheter ikke er godt nok ivaretatt i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Kvinner som har sex med flere kjønn har høyere sannsynlighet for å bli uplanlagt gravide og ta abort, særlig i tenårene. Flere med en annen kjønnsidentitet enn kvinne kan bli gravide. Det er lite kunnskap om seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteters seksuelle og reproduktive helse og rettigheter i det offentlige helsetjenestetilbud på kommunalt nivå. Personer som opplever kjønnsinkongruens, transpersoner og/eller andre kjønnsminoriteter med livmor har behov for prevensjon dersom de ikke ønsker å bli gravide. Dette gjelder også mens de står på testosteronbehandling. I bidragsordningen for prevensjon i aldersgruppen 16–21 år er kravet til kvinnelig personnummer nylig fjernet og rundskrivsteksten oppdatert slik at det ikke lenger stilles krav om at brukeren er juridisk kvinne for at utgiftene til prevensjon skal dekkes automatisk. Gruppen møter imidlertid strukturelle barrierer for å dekke deres behov for seksuell og reproduktiv helsehjelp.

3.2.4 Psykisk helse, rus og vold

Psykiske helseutfordringer og bruk av rusmidler kan ha innvirkning på seksuell og reproduktiv helse. Internasjonale studier har blant annet dokumentert at både depresjon og bruk av illegale rusmidler begge øker sannsynligheten for å bli uønsket gravid og å ta abort.

På grunn av sin livssituasjon kan kvinner utsatt for partnervold ha dårligere seksuell autonomi og kontroll over egen reproduktive helse. De kan ha redusert mulighet til å ta beslutninger om bruk av prevensjon og valg av prevensjonsmetode.





Informasjon og veiledning om prevensjon
må være lett tilgjengelig.



Innsatsområder

Som det fremgår i kapittel 2 går aborttallene i Norge ned. Den langsiktige satsingen og tiltakene omtalt i kapittel 1 har vært viktige for å bidra til dette. Det er viktig at det gode arbeidet videreføres. Samtidig må det også jobbes målrettet for å få ned aborttallene ytterligere.

Regjeringen vil fortsatt forbedre befolkningens helsekompetanse og satse på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, subsidiere hormonell prevensjon for gitte aldersgrupper gjennom bidragsordningen og videreføre tilskudd til seksuell helse.

Basert på erfaringer fra tiltak som er satt i gang og oppdatert kunnskap, vil regjeringen i denne handlingsplanen fremme tiltak fordelt på to områder, tilpasset informasjon og veiledning om prevensjon og tilgjengelighet til prevensjon.

4.1 Informasjon og veiledning om prevensjon

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en særlig viktig tjeneste som regjeringen har styrket betydelig i regjeringsperioden som vist i kapittel 1. Tjenesten skal blant annet tilby informasjon og veiledning om prevensjon til ungdom, unge voksne og kvinner etter fødsel. Det følger av Pasient- og brukerrettighetsloven at informasjonen skal være tilpasset mottakernes individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Regjeringen vil videreføre sitt arbeid med tiltak som kan øke brukernes helsekompetanse om seksuell og reproduktiv helse og gjøre informasjon og veiledning om prevensjon lett tilgjengelig for befolkningen. Digitale informasjonskanaler er et sentralt tiltak for tilpasset informasjon og veiledning til befolkningen. Se eksempler nevnt i kapittel 1.

Flere nye og mer effektive prevensjonsmetoder har kommet på markedet og er gjort lettere tilgjengelig for befolkningen. God og tilpasset informasjon og veiledning i bruk av prevensjonsmidler er sannsynligvis en viktig faktor, sammen med tiltak som subsidiering av langtidsvirkende prevensjon til unge. Regjeringens styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten har, sammen med utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesykepleiere, bidratt til at prevensjon og prevensjonsveiledning er lettere tilgjengelig.

4.1.1 Seksualitetsundervisning

Regjeringen vil bidra til at det utvikles undervisningsopplegg som kan benyttes i barnehage og skole, slik at barn og unge har kunnskapen, ferdighetene og holdningene de trenger for å respektere hverandre og ta informerte valg om seksuell og reproduktiv helse.

God seksualitetsundervisning i skolen kan bidra til å fremme seksuell helsekompetanse hos elevene. God seksualitetsundervisning forutsetter en helhetlig tilnærming til seksualitetens positive og negative sider. Alderstilpasset informasjon vil sikre at barn og ungdom får kunnskap før de faktisk kommer i en situasjon hvor de har behov for kunnskapen.

Til tross for obligatorisk seksualitetsundervisning i skolen opplever mange ungdommer at undervisning om kropp og seksualitet kommer for sent. De etterspør en styrket, mer mangfoldig og mer normkritisk undervisning, hvor kritisk tenkning og grensesetting (respekt for egne og andres grenser) er viktige elementer. Videre anses undervisningen å ikke legge stor nok vekt på positiv seksualitet og de sosiale dimensjonene ved barn og ungdoms seksuelle utvikling.

Læreplanene alene gir ikke god seksualitetsundervisning, men de gir rammer og setter mål. God og helhetlig seksualitetsundervisning handler også om hvordan skolene og lærerne planlegger og gjennomfører opplæringen.

Det gjøres fortløpende vurderinger av behovet for å oppdatere, forbedre eller utvikle nytt materiell som kan brukes i skolen, der tema er seksualitet, kjønn, kropp og grensesetting. Det nye læreplanverket for Kunnskapsløftet som tas i bruk høsten 2020, legger godt til rette for god seksualitetsundervisning i skolen gjennom hele opplæringsløpet. Tematikken berøres i flere fag og på ulike nivå i opplæringen. Samfunnsfag, naturfag, KRLE og kroppsøving har ulike innfallsvinkler til seksualitetsundervisningen, og fagene skal utfylle hverandre. Skolen har en viktig rolle ved at elevene skal få opplæring i temaer knyttet til seksualitet, kjønn, kropp og grensesetting. Gjennom opplæringen skal elevene få større bevissthet om disse temaene, slik at de blir i stand til å ta gode og bevisste valg for seg selv og respektere andres grenser.

Nytt i læreplanene er at skolen skal legge til rette for læring innenfor tre tverrfaglige temaer, blant annet folkehelse og livsmestring. Folkehelse og livsmestring som tverrfaglig tema i skolen skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg.

Lærerne og skolelederne har ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Dette gjelder selvsagt også seksualitetsundervisningen og fagene den inngår i. Regjeringen har satt av midler som kommunene og skolene kan bruke til kompetanseheving. I 2017 ble det innført en desentralisert ordning for kompetanseutvikling i skolen. Ordningen innebærer at bruken av statlige kompetansemidler skal være bedre tilpasset lokale behov. Alle fylkene har etablert samarbeidsforum der kommuner, fylkeskommunen, universitet, høyskoler og fylkesmannen er med.

4.1.2 Forbedre informasjon om prevensjon i pakningsvedlegg for nødprevensjon

Som omtalt i kapittel 2.2.2 ble det solgt 115 000 doser nødprevensjon i Norge i 2019. Nødprevensjon er ikke ment å brukes som prevensjon, og er ikke like sikker som ordinære prevensjonsmidler når det gjelder å hindre graviditet. I undervisning og rådgivning om prevensjon bør det tydeliggjøres at nødprevensjon ikke anbefales å brukes som primær prevensjonsmetode. I pakningsvedlegget i noen typer nødprevensjon gis det informasjon om vanlig prevensjon og råd om å oppsøke lege eller prevensjonsklinikk/helsestasjon for å få hjelp til å finne frem til en passende prevensjonsmetode.

Regjeringen vil gi Statens legemiddelverk i oppdrag å kontakte alle legemiddelprodusenter som har nødprevensjon på det norske markedet, med en oppfordring om å ta inn i pakningsvedleggene informasjon om tilgjengelige prevensjonsmetoder og hvor brukerne kan få veiledning.

4.1.3 Mer målrettet informasjon og veiledning om prevensjon til personer i sårbare livssituasjoner

Det er ikke et entydig svar på hva som kjennetegner personer som blir gravide uten at de ønsker det og som gjennomfører svangerskapsavbrudd. Flere undersøkelser tyder på at enkelte grupper i dag ikke får god nok informasjon og veiledning om prevensjon. Når det gjelder informasjon om seksuell helse og prevensjon, er det flere eksempler på relevante aktører som burde samarbeide bedre. I denne sammenheng nevnes helsestasjons- og skolehelsetjenestens samarbeid med ulike hjelpetilbud som møter barn og unge, barnevernet, ulike innvandrergrepper, seksuelle minoriteter og kvinner på krisesentre. Det er viktig at informasjonen tilpasses brukerens helsekompetanse samt språklige og kulturelle bakgrunn. For å kunne lage gode målrettede tiltak for innvandrerkvinner vil regjeringen sette i gang et FoU-prosjekt med mål om å avdekke ulike forhold rundt innvandrerkvinnens seksuelle og reproduktive helse, samt familieplanlegging. Prosjektet skal være et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommunene bør jobbe for at tilbudet om informasjon og prevensjonsveiledning når ut til alle relevante personer i egen kommune. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i dette arbeidet for barn og unge i aldersgruppen 0-20 år. Det fremgår av forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten at tjenesten skal ha rutiner for, og legge til rette for nødvendig samarbeid med blant annet relevante kommunale tjenester og

spesialisthelsetjenester, inkludert private tjenesteytere med avtale med spesialisthelsetjenesten eller kommunen, herunder fastleger. Videre nevnes samarbeidsaktører som relevante fylkeskommunale tjenester og statlige tjenester. Det er behov for et tettere samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og relevante aktører, herunder tjenester som møter barn og unge som er utsatt for negativ sosial kontroll, vold og overgrep eller har psykisk helse- og rusproblemer og barnevernstjenesten. Kommunene må på samme måte bidra til god informasjon og prevensjonsveiledning til personer 20 år og eldre ved et godt samarbeid mellom ulike kommunale tjenester.

For barn i barnevernet, vil et godt samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barnevernstjenesten være viktig. Som det fremgår i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skal helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom samarbeide med den kommunale barneverntjenesten. Ved behov skal tjenestene også samarbeide med statlig barnevern. Ledere av virksomhetene bør sørge for å etablere rutiner og regelmessige samarbeidsmøter både på system- og individnivå som sikrer at barn og ungdommer fanges opp tidlig og får nødvendig oppfølging, tilpasset deres livssituasjon og særskilte behov.

Samarbeidet må også ivareta behov for kunnskap om seksuell helse og prevensjonsveiledning. Det fremgår i tillegg av retningslinjer om helseansvarlig i barnevernsinstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøker at hver institusjon skal ha en helseansvarlig som bidrar til å sikre at barna får nødvendig helsehjelp. Ansvar for å yte helsehjelp ligger til helse- og omsorgstjenesten, men helseansvarlig skal, sammen med leder og andre ansatte, bidra til at barna får nødvendig helsehjelp. Helseansvarlig kan hjelpe ungdommen til å komme i kontakt med fastlege og/eller helsestasjons- og skolehelsetjenesten for informasjon og veiledning om prevensjon, kropp og seksualitet.

Det er viktig at tiltak knyttet til reproduktiv og seksuell helse er likeverdige og inkluderende. Det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag om seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter sin reproduktive helse for å utforme tiltak og tjenester til disse gruppene. Mange prosjekter målrettet mot disse finansieres gjennom tilskuddsmidler forvaltet av Helsedirektoratet. Det er viktig at slike tiltak fortsatt prioriteres innenfor tilskuddsordningen.

4.1.4 Informasjon om prevensjon i svangerskaps- og barselomsorgen

Kvinner som har født blir oppfordret til å gjennomføre kontroll hos jordmor, fastlege eller gynekolog 6 uker etter fødsel. Ved denne kontrollen er det naturlig at helsepersonellet tar opp spørsmål om prevensjon. Kvinnen kan også ta opp prevensjon i samtale med jordmor eller helsesykepleier på helsestasjonen i tiden før dette.

Noen kvinner har samleie og blir uplanlagt gravide før de kommer til første kontroll hos jordmor eller lege etter fødsel. Dette kan både skyldes mangel på informasjon om risiko for å bli gravid kort tid etter fødsel og mangel på tilgang til prevensjon. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å bidra til at tjenestene informerer om hvordan graviditet kan unngås og risiko for å bli gravid kort tid

etter fødsel, dvs. også før 6-ukerskontroll. I den forbindelse er det aktuelt å målrette ordninger som kan øke tilgangen på langtidsvirkende prevensjon til utvalgte kvinner.

4.1.5 Digital informasjon til barn og unge

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og barne-, ungdoms- og familiedirektoratet samarbeider om bedre digitale tjenester til barn og unge gjennom programmet Digi-ung. Gjennom arbeidet med Digi-ung jobber direktoratene blant annet med å spre og gi tilpasset informasjon om kropp og helse, herunder seksuell helse, til ungdommer via nettsiden ung.no. I statsbudsjettet for 2020 er det bevilget 11,3 mill. kroner til formålet digitale tjenester til barn og unge over Helse- og omsorgsdepartementets kapittel. Disse benyttes til Digi-ung. Helsedirektoratet må ha en særlig oppmerksomhet på hvordan arbeidet med digitale tjenester til barn og unge også kan være med å realisere handlingsplanens mål om færre svangerskapsavbrudd. Dette vil kunne gjelde både informasjonsarbeidet som skjer på ung.no, eventuelle videreutviklinger av ulike chat-tjenester, e-læringsprogrammer og digitaliseringsprosjekter i helsetjenester til ungdom.

4.1.6 Regjeringens tiltak om informasjon og veiledning om prevensjon

Regjeringen vil:

- Gi Statens legemiddelverk i oppdrag å kontakte alle legemiddelprodusenter som har nødprevensjon på det norske markedet, med en oppfordring om å ta inn i pakningsvedleggene informasjon om tilgjengelig prevensjonsmetoder og hvor brukerne kan få veiledning.
- Gi Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til at tjenestene informerer om hvordan graviditet kan unngås og om risiko for å bli gravid kort tid etter fødsel.
- Sette i gang et FoU-prosjekt med mål om å skaffe kunnskap om ulike forhold rundt innvandrerkvinner seksuelle og reproduktive helse, samt familieplanlegging.
- Sørge for at midler til digitale tjenester til barn og unge over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett også stimulerer til informasjon og veiledning om seksuell og reproduktiv helse og prevensjon på internett.

4.2 Tilgjengelighet til prevensjon

Enkel tilgang til prevensjon har vært et viktig tiltak for å forebygge uønskede graviditeter og svangerskapsavbrudd. Samtidig som det er en nedgang i antall svangerskapsavbrudd, øker andelen kvinner som bruker langtidsvirkende prevensjon. Det er grunn til å tro at antall svangerskapsavbrudd vil fortsette å gå ned, hvis flere kvinner velger hormonell prevensjon og helst langtidsvirkende prevensjon. God tilgjengelighet til prevensjon er essensielt for å forebygge uønskede svangerskap og aborter. Regjeringen har flere tiltak som skal føre til enklere tilgang.

Det har vært en gradvis økning i antall kondomer formidlet via Helsedirektoratets kondomordning i perioden 2014 til 2018. Kondomer beskytter også mot seksuelt overførbare infeksjoner.

4.2.1 Tilgjengelighet til hormonell prevensjon til unge under 16 år

I dag kan leger, jordmødre og helsesykepleiere rekvirere reseptbelagt prevensjon til personer over 16 år. For unge under 16 år, kreves det at lege rekvirerer. Estimert basert på tall fra Reseptregisteret viser at over 11 000 personer under 16 år hentet ut minst én resept på hormonell prevensjon i 2018. Av disse var det om lag 5 500 som fylte 16 år senere samme år. For noen unge kan det være en høy terskel for å oppsøke lege for å få resept på hormonell prevensjon. Det kan føre til at ikke alle med prevensjonsbehov nås. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er spesielt rettet mot barn og unge. Det er en tjeneste som er lett tilgjengelig og nyter stor tillit. I helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan barn og unge få rådgivning om seksuell helse fra helsesykepleier og jordmor.

For å øke tilgjengeligheten til prevensjon vil Helse- og omsorgsdepartementet sende på høring forslag om å utvide rekvireringsretten slik at jordmødre og helsesykepleiere også gis rett til å rekvirere hormonell prevensjon til unge under 16 år. Rekvirering av langtidsvirkende prevensjon til de under 16 år, skal fortsatt kreve en medisinfaglig vurdering gjort av lege. Utvidelsen innebærer en endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Høringsnotatet vil drøfte både faglige, etiske og juridiske problemstillinger.

Det kan argumenteres for at reseptbelagt prevensjon kan bidra til å kamuflere et forhold med stor aldersforskjell og mangel på gjensidig tillit og jevnbyrdighet og gjøre det lettere for en voksen/eldre partner å begå overgrep mot unge. Kondomer og nødprevensjon kan skaffes anonymt uten at partners alder er et tema. Reseptbelagt prevensjon forutsetter kontakt med helsepersonell for å få resept. Gjennom denne kontakten får helsepersonell mulighet til å snakke med den unge og få innsikt om partners alder og jevnbyrdighet i forholdet. Det kan bidra til at overgrepssituasjoner avdekkes. Tiltak som bidrar til at unge under 16 år kan unngå uønsket graviditet og abort står ikke i motsetning til innsats for å forebygge seksuelle overgrep.

Rekvirering av hormonell prevensjon til unge under 16 år skal gjøres på en måte som ivaretar hensyn til avvergingsplikten og som innebærer en samtale/veiledning om seksuell helse, prevensjonsbruk og mulige bivirkninger. Helsepersonell som rekvirerer prevensjon må ha nødvendig kompetanse til å kunne avdekke

overgrepssituasjoner (uansett alder), samt veilede og gi råd til unge i forhold med stor aldersforskjell og mangel på gjensidig tillit og jevnbyrdighet.

Helsesykepleiers nærhet til barne- og ungdomsmiljøet i lokalsamfunn eller ved skolen kan samtidig bidra til at utfordringer som gjelder flere i et ungdomsmiljø fanges opp og ivaretas. Helsesykepleierutdanningen er under revidering og utdanningen skal gi kandidatene den nødvendige kompetansen til både å rekvirere prevensjon og til å snakke med barn og unge om blant annet prevensjon, seksuell og reproduktiv helse, mestring og selvbestemmelse.

Uavhengig av spørsmålet om utvidelse av rekvireringsretten til helsesykepleiere og jordmødre er det viktig at faglige og juridiske hensyn ivaretas. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide veiledningsmaterieell for rekvirering av hormonell prevensjon til jenter under 16 år. Veilederen skal utarbeides i samarbeid med relevante aktører.

4.2.2 Enklere administrering av tilgang på langtidsvirkende prevensjon for unge mellom 16–22 år

Ungdom mellom 16 og 22 år (2020) får helt eller delvis dekket utgifter til hormonell prevensjon og kobberspiral gjennom bidragsordningen for prevensjonsmidler. Utgiftene dekkes av Helfo, som har en direkte oppgjørsordning med apotekene.

Det er apoteket som beregner hvor stort bidrag en har rett på ut fra den fastsatte bidragssatsen, og hvor stor egenandel vedkommende eventuelt skal betale ved utleveringen. Brukeren må derfor først innhente en resept hos lege, jordmor eller helsesykepleier, for deretter å hente ut prevensjonsmidlet på apoteket. Ved bruk av langtidsvirkende prevensjon som spiral og p-stav må brukeren i tillegg komme tilbake til helsepersonell for å få satt inn prevensjonen. Dette kan for mange være en tungvint løsning, som kan føre til frafall og unødige barrierer for å få tilgang til prevensjon.

Utfordringen gjelder først og fremst de som har krav på å få dekket utgiftene etter bidragsordningen. Det er mulig å få satt inn langtidsvirkende prevensjon hos lege, jordmor eller helsesykepleier uten bruk av resept, men da må enten kommunen eller bruker betale for legemidlet. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Helsedirektoratet å utrede om og hvordan det kan legges til rette for rekvirerings- og oppgjørsløsninger som forenkler tilgangen til langtidsvirkende prevensjon i bidragsordningen.

4.2.3 Gradvis utvidelse av bidragsordningen for prevensjonsmidler

Regjeringen har i perioden 2014–2019 gradvis utvidet den øvre aldersgrensen for å få helt eller delvis dekke utgifter til hormonell prevensjon og kobberspiral gjennom bidragsordningen for prevensjonsmidler fra 19 til 22 år. Regjeringen tar sikte på å utvide dette tiltaket med en gradvis økning av den øvre aldersgrensen opp til 24 år. Bruken av langtidsvirkende prevensjon har økt de siste årene og særlig for personer under 24 år. Ved å utvide den øvre aldersgrensen for bidragsordningen kan flere få enklere tilgang på langtidsvirkende prevensjon.

4.2.4 Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I 2018 var gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende 29,5 år og 29 år for abortsøkende. Som vist i kapittel 2.1 har abortratene gått ned i aldersgruppene 15–30 år siden 2014, men nedgangen har vært lavest blant kvinner 25 år og eldre. For mange vil fastlege eller gynekolog være naturlige sted å få rekvirert og administrert langtidsvirkende prevensjon. For enkelte kan terskelen for å oppsøke disse tjenestene være høy sammenlignet med tjenester som for eksempel helsestasjon for ungdom og studenthelsetjenestene, som mange unge kvinner er kjent med.

I de senere årene har mange kommuner på eget initiativ utvidet den øvre aldersgrensen i helsestasjonstilbudene for ungdom til å gjelde opp til og med 24 år. Mange over 24 år har ingen naturlige møtepunkter med helsestasjonstjenester før de blir gravide.

Målrettede tiltak for å nå aldersgruppen 25–30 år kan være at kommunen velger å utvide aldersgrensen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette vil være et supplement til det ordinære tilbudet i kommunen. Utvidelse av aldersgrenser må vurderes av den enkelte kommune basert på den enkelte kommune sitt behov.

En videreføring av tilgjengelige tilskuddsmidler til seksuell helse skal blant annet bidra til å realisere handlingsplanens mål om å redusere antallet svangerskapsavbrudd, også for de mellom 25–30 år.

4.2.5 Gjentatte svangerskapsavbrudd

De fleste kvinner som velger å avbryte et svangerskap gjør det kun en gang i løpet av livet. Av de som gjennomførte et svangerskapsavbrudd mellom 2014 og 2018, hadde 40 prosent tatt minst en abort tidligere, og halvparten gjorde det i løpet av en relativ kort periode (innen 3 år). Antallet kvinner som har gjennomgått gjentatte svangerskapsavbrudd har gått ned mellom 2014 og 2018.

Helsedirektoratet kan gjennom tilskuddene til seksuell helse og Stiftelsen Amatheia stimulere til prosjekter som retter seg mot risikogrupper blant kvinner som tar gjentatte svangerskapsavbrudd, basert på en faglig vurdering og prioritering innenfor tilskuddsregelverket.

4.2.6 Gratis langtidsvirkende prevensjon til kvinner i legemiddelassistert rehabilitering

Helsedirektoratet anbefaler bruk av langtidsvirkende prevensjon ved oppstart i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Målet er å redusere antallet svangerskap før rusfrihet og stabil livssituasjon er oppnådd.

Slik prevensjon er i dag gratis for kvinner i LAR, men kravet om egenbetaling ved poliklinisk konsultasjon gjelder fortsatt. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår imidlertid forskriftsendringer for å fjerne egenandeler i de tilfeller kvinner i LAR tilbys informasjon og konsultasjon om og innsetting/fjerning

av langtidsvirkende prevensjon med virkning fra 1. juli 2020. Endringen vil medføre egenandelsfritak både ved poliklinisk konsultasjon på sykehusene og ved konsultasjon hos fastlege og spesialister innen gynekologi/obstetikk som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak.

Formålet med endringen er at kvinner i LAR ikke skal oppleve en økonomisk barriere for å oppsøke helsehjelp i forbindelse med veiledning til tilbud om gratis langtidsvirkende prevensjon.

4.2.7 Mer målrettet innsats for bedre tilgang på prevensjon og informasjon om prevensjon

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et likeverdig tilbud til alle i aldersgruppen 0–20 år. Tilbudet bør tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov, for å sikre et likeverdig tilbud. Dette innebærer blant annet å ta hensyn til språklige og kulturelle forskjeller i innvandrerbefolkningen.

Deler av innvandrerbefolkningen i Norge har generelt sett dårligere helse, og utilstrekkelig tilgang til relevant helseinformasjon. Innvandrere som kommer til Norge møter et nytt samfunn som blant annet innbefatter ny kultur, språk og samfunnsorganisering. Flere studier har påvist sammenheng mellom begrenset forståelse av helseinformasjon og innvandreres helsekompetanse.

Dette understøtter behovet for bruk av tolk og annen tilrettelagt informasjon. Det følger av Pasient- og brukerrettighetsloven at informasjonen skal være tilpasset mottakernes individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Der hvor pasienten ikke snakker norsk, forutsetter det bruk av kvalifisert tolk. Dette gjelder for alle pasienter og må ses i sammenheng med bestemmelsene om at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet av helsehjelpen.

En rekke kommuner har de siste årene satset på målrettede og konkrete tilbud til kvinner med innvandrerbakgrunn. For eksempel er det flere helsestasjoner rundt om i Oslo og andre byer som har etablert egne grupper for innvandrerkvinner hvor prevensjonsveiledning er ett av flere tema.

Oslo Universitetssykehus HF hadde i perioden 2010–2015 et tilbud om familieplanlegging og gratis prevensjon for minoritetskvinner (FAFUS). Kunnskapen og erfaringene fra prosjektet er samlet i en egen håndbok for hvordan kommuner og bydeler kan starte et tilsvarende tilpasset tilbud.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidler som kan stimulere til prosjekter som øker innvandrerkvinnens kompetanse om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

4.2.8 Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Tilstrekkelig kapasitet og god tilgjengelighet ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktig for oppnåelse av flere av tiltakene i handlingsplanen. Som eksempler nevnes blant annet rekvirering og administrering av hormonell prevensjon, råd og veiledning til barn og ungdom om seksuell og reproduktiv helse.

Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten betraktelig gjennom både rammetilskudd og øremerket tilskudd og dette har resultert i en stor økning i antall årsverk i tjenesten. I 2020 er 40 mill. kroner av det øremerkede tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten avsatt særskilt til jordmorårsverk. For å ytterligere styrke antall årsverk for jordmødre i kommunen, vil regjeringen fra 2021 øremerke 60 mill. kroner til jordmorårsverk i kommunen.

4.2.9 Regjeringens tiltak for enklere tilgang til prevensjon

Regjeringen vil:

- Sendte på høring forslag om å utvide helsesykepleieres og jordmødres rekvireringsrett til hormonell prevensjon til også å omfatte jenter under 16 år.
- Gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide veiledningsmateriell for rekvirering av hormonell prevensjon til unge under 16 år.
- Gi Helsedirektoratet å utrede om og hvordan det kan legges til rette for rekvirerings- og oppgjørsløsninger som forenkler tilgangen til langtidsvirkende prevensjon i bidragsordningen.
- Videreføre tilskuddsmidler som skal bidra til å realisere handlingsplanens mål om å redusere antallet svangerskapsavbrudd.
- Fjerne egenandeler ved informasjon om og innsetting (og ved eventuell uttak) av langtidsvirkende prevensjon til kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
- Øremerke 60 mill. kroner av tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten til jordmorårsverk i kommunen.
- Ta sikte på å gradvis utvide aldersgrensen for subsidiering av langtidsvirkende prevensjon opp til 24 år.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
www.publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjoner er også tilgjengelige på:
www.regjeringen.no

Publikasjonskode: I-1197 B
Design og ombrekking: Anne Leela/Konsis Grafisk
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
06/2020 – opplag 250