



HELSEDEPARTEMENTET

Handlingsplan

Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008

Layout: April Reklamebyrå as
Illustrasjon: NSDI.no

Innhold

1	Innledning	7
2	Strategier og prinsipper for arbeidet	11
3	Hovedmål og hovedmålgrupper	15
3.1	Hovedmål	15
3.2	Hovedmålgrupper	15
4	Innsatsområder	17
4.1	Barn – autonomi og mestring	17
4.1.1	Foreldre og omsorgspersoner skal oppmuntres til kommunikasjon med sine barn om samliv og seksualitet	17
4.1.2	Barn skal utvikle eierskap til egen kropp og seksualitet	17
4.2	Ungdom og unge voksne – kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og mulighet til å forebygge uønsket svangerskap og abort	18
4.2.1	Unge jenter og gutter skal ha handlingsberedskap for å foreta etiske reflekterte valg omkring seksualitet og samliv	18
4.2.2	Unge kvinner og menn skal styrkes på bevisstgjøring om fertilitet og bruk av sikker prevensjon	20
4.3	Etniske minoritetsgrupper – kunnskap og autonomi	21
4.3.1	Ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn skal ha god kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og tilgang til prevensjonsveiledning	21
4.3.2	Styrke informasjons- og veiledningstilbudet til etniske minoritetsgrupper	22
4.4	Grupper med spesielle behov – eierskap til kropp, seksualitet og bruk av prevensjon	23
4.4.1	Informasjon og veiledning om samliv, seksualitet og prevensjon skal tilrettelegges for funksjonshemmede og utviklingshemmede	23
4.4.2	Ungdomsgrupper med spesielle behov skal få tilbud som kan bidra til å styrke mestringsevne og til å ta etiske reflekterte livsvalg	24
4.5	Kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd – tilbud om informasjon og veiledning	25
4.5.1	Kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd skal ha lett tilgjengelig tilbud om informasjon og veiledning	25
4.5.2	Kvinner som har gjennomført svangerskapsavbrudd bør ha et lett tilgjengelig tilbud om prevensjonsveiledning og psykisk støtte	26
4.5.3	Lik praktisering av lover og regler	27
4.6	Nøkkelpersonell – kunnskap og samarbeid	28
4.6.1	Nøkkelpersonell skal ha styrket kompetanse i veiledningsmetodikk innen samliv, seksualitet og prevensjon	28
4.6.2	Forskning og statistikk skal bli gode styringsverktøy i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort	28
	Vedlegg: Kilder	30
5	Støtteordninger for barnefamilier – basert på rettar	35
	Vedlegg 1 Utvikling av aborttala	39
	Vedlegg 2 Forskning og erfaringer	51
	Vedlegg 3 Ressursmiljøer og organisasjoner	59

Forord

Regjeringen legger med dette frem handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort for perioden 2004–2008. Forebygging av uønsket svangerskap og abort er et prioritert område for regjeringen.

I 2004 er det i statsbudsjettet bevilget vel 21,6 mill kr til forebygging av uønskete svangerskap og abort. I tillegg kommer vel 14,5 mill kr til stiftelsen Amatheia som driver landsomfattende veiledningsvirksomhet til kvinner og par som vurderer abort. Dette er den største bevilgningen noensinne siden tilskuddsmidler til dette formålet ble vedtatt i 1979.

Handlingsplanens hovedmål er en reduksjon av aborttallene. Forebygging av uønsket svangerskap og abort er et viktig ledd i folkehelsearbeidet. Arbeidet skal styrke respekten for menneskeverdet, fremme velferd og motvirke sosial ulikhet.

Planen fremhever utfordringer, fokuserer målgrupper og omtaler tiltak for måloppnåelse innen seks innsatsområder. Hovedmålgruppene er ungdom og unge voksne generelt, grupper med særlig risiko for uønsket graviditet, ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn og kvinner og par som vurderer abort.

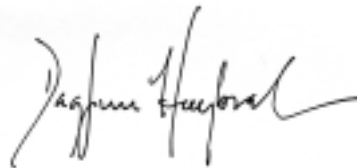
For å kunne ta etiske reflekterte valg i forhold til samliv og seksualitet har ungdom behov for kunnskap og informasjon. For hvert årskull er det en ny generasjon ungdom som skal ha informasjon og kunnskap om samliv, seksualitet og prevensjon.

Kvinner 20-24 år har den høyeste abortforekomsten, og denne aldersgruppen kvinner er derfor en særlig viktig målgruppe for forebygging av uønsket svangerskap og abort. Planen skal bidra til økt innsats i veiledning i samliv, seksualitet og

prevensjon til denne aldersgruppen og til kvinner og par med etnisk minoritetsbakgrunn. Planen prioriterer også utvikling av tiltak for å ansvarliggjøre unge gutter og menn når det gjelder samliv, seksualitet og prevensjon.

Det pågår et omfattende arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort i kommunene, og handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008 skal bidra til å styrke dette viktige arbeidet.

Februar 2004



Dagfinn Høybråten
Helseminister



Innledning

Resultater og erfaringer

Denne handlingsplanen bygger på erfaringene fra tidligere planer for å forebygge uønsket svangerskap og abort, og på relevant forskning, jf. blant annet vedlegg 1 om utviklingen i aborttallene og vedlegg 2 om forskning og erfaringer.

Asplans evaluering av handlingsplanen for perioden 1995–1998 konkluderer blant annet med:

- Det er godt samsvar mellom målsettingene, innsatsområdene og de prioriterte tiltakene når det gjelder valg av målgrupper.
- Planen er kunnskapsbasert med sterk grad av brukerorientering. Statlige og lokale tiltak utfyller hverandre på en måte som trolig bidrar til å forsterke de effektene man har ønsket å oppnå.
- Ressursbruk og disponering av midler er gjennomtenkt – evalueringen viser at det har vært stor uttelling for pengene i det forebyggende arbeidet.
- Det er godt samsvar mellom planens intensjoner og resultatene som er oppnådd. I tråd med den overordnede målsetting er det skjedd en nedgang i aborttallene blant planens målgrupper – spesielt i områder av landet der innsatsen har vært stor og omfattende.

Den årlige abortstatistikken fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2002 ble gjennomført vel 13 500 svangerskapsavbrudd i Norge. Det er det laveste aborttallet siden 1980. Forskning viser at ikke-etablert fast parforhold er blant de viktigste årsaker til svangerskapsavbrudd hos kvinner. Samtidig har samfunnsutviklingen ført til at kvinner har høyere alder ved førstegangsfødsel enn tidligere. Når det er flere ugifte kvinner og fødsler utsettes til kvinner har høyere alder, er det verdt å merke seg at abortraten for kvinner 15–49 år likevel er den hittil laveste målte noensinne på 12,7 svangerskapsav-

brudd pr 1000 kvinner i 2002.

Statistikken viser en reduksjon i svangerskapsavbrudd blant kvinner 15–19 år fra 18,8 per 1000 kvinner i 2001 til 16,9 per 1000 kvinner i 2002, dvs om lag 250 færre svangerskapsavbrudd i 2002. Dette er den laveste abortraten som er blitt registrert i aldersgruppen 15–19 år siden lovendringen om selvbestemt abort ble gjennomført i 1979. Kvinner 20–24 år er den aldersgruppen som har hatt den høyeste abortraten siden tidlig på 1980-tallet. I 2002 var raten i denne aldersgruppen 26,8 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner.

Utfordringer fremover

Utfordringer fremover er å fokusere på målgrupper og tiltak som kan bidra til å nå målene om reduserte aborttall og et trygt seksualliv. Viktige utfordringer blir:

- å opprettholde og forsterke den nåværende positive trend med nedgang i den generelle abortraten i aldergruppen 15–49 år og abortraten i tenåringsgruppen 15–19 år
- å redusere aborttallene blant unge voksne 20–24 år som vil være en særlig prioritert målgruppe i denne planperioden
- å tilrettelegge arbeidet for å møte behovene til etniske minoritetsgrupper som kommer fra land med annen kulturforståelse på seksualitetens område
- å tilrettelegge arbeidet for grupper i en sårbar livssituasjon med økt risiko for uønsket svangerskap og abort
- å bidra til likhet i og faglig kvalitet på helsetjenestens tilbud til gravide, kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd
- å gjennomføre arbeidet slik at det også bidrar til å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner

- å få forskning og statistikk om forebygging av uønsket svangerskap og abort til å bli gode styringsverktøy i arbeidet.

På bakgrunn av erfaringer og resultater fra tiltakene i handlingsplan 1999–2003 vil hovedmålgruppene være:

- Ungdom og unge voksne generelt – tiltak som medvirker til etiske reflekterte holdninger om kropp, seksualitet, prevensjon og samliv.
- Grupper med spesielle behov – tiltak rettet mot funksjonshemmede, utviklingshemmede, rusmisbrukere og de som er i risikozonen for å utvikle psykisk lidelse og utspiller sine problemer gjennom seksuell risikoatferd, og kvinner med gjentatte aborter.
- Ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn – tilbud om undervisning og veiledning om samliv, seksualitet og prevensjon.
- Kvinner eller par som vurderer abort – blant annet utvikle systematiske rutiner for informasjonsarbeid til abortsøkende kvinner i primærhelsetjenesten og på sykehus.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre en ekstern evaluering av planperioden 1999–2003.

Rammer for handlingsplanen

Handlingsplanen skal gjennomføres i femårsperioden 2004–2008 innenfor tilskuddsordningen til dette formålet i statsbudsjettet til Helsedepartementet. For å møte utfordringene har planen seks innsatsområder rettet mot ovennevnte målgrupper.

Planen krever aktiv oppfølging for å kunne innrettes på nye utfordringer som kommer til i løpet av perioden. Oppfølging skal gjøres gjennom årlige statusrapporter og årsplaner som tar hensyn til utviklingen i aborttallene og ny kunnskap på området. Større tiltak i planen skal evalueres fortløpende og samlede erfaringer fra Norge og internasjonalt skal danne grunnlag for videre innsats på området.

Sosial- og helsedirektoratet vil i all hovedsak ha ansvar for å følge opp tiltakene i handlingsplanen, og disse tiltakene må ses i sammenheng med andre relevante områder som strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, handlingsplan mot kjønnslemlestelse og handlingsplan mot tvangsekteskap.

Tiltakene som er listet opp under innsatsområdene «Hva er gjort» i kapittel 4 i denne planen, omfatter planperioden 1999–2003.

Dokumentasjon som er brukt i denne planen er gjengitt i vedlegg Kilder etter kapittel 4.

Planen er utarbeidet av Helsedepartementet i et samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt og med innspill fra berørte departementer.

Kapittel 5 om støtteordninger for barnefamilier basert på rettigheter er utarbeidet av Barne- og familiedepartementet.

Vedlegg 1 om utviklingen i aborttallene er utarbeidet av Sintef Unimed, og vedlegg 2 om forskning og erfaringer er utarbeidet av Nasjonalt folkehelseinstitutt.



2 Strategier og prinsipper for arbeidet

Hovedstrategier

Strategier for arbeidet bygger på forskning og erfaringer. Dialog om samliv, seksualitet og prevensjon, brukerinvolvering og lavterskeltilbud er grunnleggende prinsipper i arbeidet. For å lykkes må strategiene differensieres i forhold til ulike målgrupper og gjennomføres i et langsiktig perspektiv. Valg av målgrupper har sammenheng med forebyggingspotensialet.

Innsatsen gjennom handlingsplanen vil først og fremst være primærforebyggende – dvs strategier og tiltak som skal bidra til å hindre uønsket graviditet. Det legges også vekt på sekundærforebyggende tiltak til gravide kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd, og på å sikre likhet i tilbudet om veiledning og informasjon i forbindelse med begjæring om svangerskapsavbrudd. Det dreier seg om:

- å sørge for at barn og ungdom får god kunnskap om kropp og seksualitet – og at kunnskapen gis med respekt for menneskeverdet og modningsnivå
- å skape åpenhet og dialog om seksualitet og samliv blant ungdom med hovedvekt på positive budskap
- å trene unge mennesker i valg omkring seksualitet og etiske verdier og styrke handlingskompetanse i nære relasjoner
- å sørge for lett tilgjengelige veiledningstilbud til gravide kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd og oppfølgingstilbud til kvinner som har gjennomført svangerskapsavbrudd
- å styrke tilgjengelighet til veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon, samt tilgjengelighet til sikker prevensjon.

Tiltak – kunnskapsbasert intervensjon

Informasjon og veiledning må være basert på aktiv involvering av brukerne. Nye undersøkelser viser at med tradisjonelle veiledningsmetoder, får folk bare med seg 5 %–10 % av det som formidles. Tiltak for å forebygge uønsket svangerskap og abort bør derfor være utformet på grunnlag av innspill fra målgruppene og/eller bygge på at målgruppene selv fungerer som formidlere og veiledere for hverandre. Dette har vist god effekt – både når det gjelder å øke bruk av prevensjon blant voksne og øke kunnskap og handlingsberedskap blant ungdom. Det er viktig at intervensjonene er kjønnsesifikke for å nå frem med informasjon og kunnskap til begge kjønn. Videre er kommunikasjons- og forhandlingstrening viktig for å forhindre uønskede seksuelle situasjoner og for å bedre prevensjonsbruk. Kunnskapsoppsummeringer viser at slik trening er effektiv både i forhold til kvinner i risikosituasjoner og til unge generelt. Intervensjoner som tar utgangspunkt i målgruppenes sosiale virkelighet og involverer dem aktivt er langt mer effektive enn tradisjonelle informasjonskampanjer. Rollespill og praktisk ferdighetstrening er spesielt viktig i forhold til unge jenter og gutter. Gode intervensjoner på seksualitetens område kan bidra aktivt til å motvirke sosial ulikhet. For unge i vanskelige livssituasjoner er trening i konkrete selvhjelpsferdigheter og grensesetting effektive veier å gå.

Forebyggingsarenaer og metoder

Forebyggende innsats bør gjennomføres med ulike metoder på ulike arenaer. Tiltakene bør innrettes konkret mot målgruppenes kjønn, livsfase og kulturtilhørighet. Det bør legges spesiell vekt på å ta hensyn til sårbarhetsfaktorer hos de enkelte målgruppene. Brukermedvirkning og etablering av lavterskeltilbud, som målgruppene ønsker å

benytte, er essensielt i arbeidet. Det samme gjelder utvikling av metoder som fremmer mestring.

Forskning viser at god kunnskap og et positivt forhold til egen kropp og seksualitet er avgjørende for å utvikle en trygg seksuell identitet. Trygghet på egen identitet er en forutsetning for å kunne treffe selvstendige og reflekterte valg om seksualitet og samliv. Nøkkelbegreper er autonomi og mestring – å ha ansvar og mulighet for å bestem-

me og ivareta egen seksuell helse. En slik tilnærming vil kunne bidra til utsatt seksuell debut, mer forpliktende holdninger til seksuell omgang, bedre prevensjonsbruk og til færre uønskede graviditeter. Dette kan også bidra til større bevissthet om hvordan unngå smitte med seksuelt overførbare infeksjoner. I gjennomføring av handlingsplanen skal det legges hovedvekt på strategier som bygger på dette.



3 Hovedmål og hovedmålgrupper

3.1 Hovedmål

Handlingsplanen har to hovedmål:

- **Abortraten 15–49 år skal reduseres – dvs en fortsatt nedgang i antall svangerskapsavbrudd pr 1000 kvinner i fruktbar alder**
- **Alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv**

I formålsparagrafen i lov om svangerskapsavbrudd heter det at: ...«*Samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig*»...

Arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort er også forankret i internasjonale avtaler¹. Norge har forpliktet seg til å arbeide for å sikre folks reproduktive og seksuelle helse. Det betyr blant annet å arbeide for at alle skal kunne ha et trygt og godt seksualliv og hindre seksuell utnyttelse. Det betyr også å sikre at kvinner får et best mulig utgangspunkt for å velge å fullføre eller avbryte svangerskap.

3.2 Hovedmålgrupper

- **Ungdom og unge voksne**
Hvert år er det en ny generasjon ungdom som skal ha informasjon og kunnskap om seksualitet og prevensjon. Kvinner 20–24 år har den høyeste abortraten blant kvinner 15–49 år, noe som gjør denne aldersgruppen til en særlig viktig målgruppe.
- **Etniske minoritetsgrupper**
Jenter, gutter og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn skal på samme måte som andre ha god informasjon om samliv, seksualitet og prevensjon, mulighet til styrket handlingskompetanse og lett tilgang til prevensjon.
- **Grupper med spesielle behov**
Informasjon og veiledning skal tilrettelegges spesielt for jenter og gutter / kvinner og menn med fysisk funksjonshemming og/eller utviklingshemning, rusmisbrukere, unge som spiller sine livsproblemer ut gjennom seksuell risikoatferd, samt kvinner som får utført abort gjentatte ganger.
- **Kvinner og par som vurderer abort**
Kvinner og par som vurderer abort og kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd skal systematisk tilbys veiledning og informasjon etter behov, samt informasjon om tilgjengelige støttetiltak dersom de velger å bære barnet frem.

1) Norge har ratifisert følgende internasjonale konvensjoner:

International Planned Parenthood Federation (1996): *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*

UN (1979): *Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Woman*.

UN (1989): *Convention on the rights of the Child*.

UN (1990): *World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children, World Summit for Children*.

UN (1994): *Programme of Action definition of reproductive health. Standards. UN International Conference on Population and Development (ICPD)*.

UN (1995): *Platform for Action of the United Nations Fourth World Conference on Woman, Standards (FWCW)*.



4 Innsatsområder

I kapittel 4 omtales hva som er gjort i forrige planperiode og hva som skal gjøres i planperioden 2004–2008. Sosial- og helsedirektoratet skal i hovedsak følge opp tiltakene under innsatsområdene i samarbeid med flere andre aktører.

4.1 Barn – autonomi og mestring

4.1.1 Foreldre og omsorgspersoner skal oppmuntres til kommunikasjon med sine barn om seksualitet

Bakgrunn

Grunnlaget for utvikling av seksuell selvråderett og mestring legges tidlig i barneårene. Derfor bør den forebyggende innsatsen starte her. Sentrale forebyggingsarenaer er hjem, barnehage, skole og helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Et viktig virkemiddel er å styrke foreldre til dialog med sine barn om kropp og seksualitet.

Foreldre og ansatte som arbeider med barn, opplever ofte usikkerhet med hensyn til hvordan de bør snakke med barn om seksuell utvikling og har etterlyst informasjon om barns naturlige seksualitet. Voksne må kunne gi positive tilbakemeldinger til barna og lære dem å gi tydelige signaler hvis de skulle bli utsatt for seksuell utnyttelse og overgrep.

Det er viktig å oppmuntre foreldre til å fortsette samtalen om seksuell utvikling gjennom hele barns og unges oppvekst. Kunnskapsoppsummeringer viser at unge tenåringer er best rustet til å bestemme over sin seksualitet og forebygge overgrep dersom deres foreldre har kunnet kommunisere åpent med dem gjennom hele barndommen. Foreldre må være trygge på slik kommunikasjon og kunne gi klart uttrykk for egne verdier og standpunkter.

Hva er gjort

- Informasjonsprogrammet «Barns seksualitet» fra Pedagogisk Forum er utviklet og tatt i bruk ved landets helsestasjoner og barnehager. Programmet består av temahefte, video med veileder og kurs.
- Foreldreveiledningsprogrammet i regi av Barne- og familiedepartementet skal bidra til at foreldre kan bli trygge på å snakke med sine barn om blant annet seksualitet.

Hva skal gjøres – tiltak

- Evaluere og følge opp informasjonsprogrammet «Barns seksualitet» til foreldre, barnehage og helsestasjon.
- Utvikle materiell og barnebøker som foreldre og ansatte i barnehager kan bruke i samtale med barn om seksuell utvikling.

4.1.2 Barn skal utvikle eierskap til egen kropp og seksualitet

Bakgrunn

Dialogen med barn i aldersgruppen 6–13 år skal ta utgangspunkt i deres spørsmål og behov for kunnskap og ferdigheter. Sentrale tema er kroppen, seksuell identitet, vennskap, nærhet og forelskelse. Undervisning og ferdighetstrening skal legge vekt på å involvere barn og ungdom og gjøre dem trygge på legning og kjønnsidentitet. Aktuelle forebyggingsarenaer er skolen og skolefritidsordningen med skolehelsetjenesten som nær samarbeidspartener. Læreplanverket (L 97) legger opp til undervisning om samliv og seksualitet fra 5. klassetrinn.

Hva er gjort

- Undervisningsprogrammet «Du bestemmer» er oversatt fra svensk og gjort tilgjengelig for skolen og skolehelsetjenesten.

Hva skal gjøres – tiltak

- I samarbeid med Læringscenteret utvikle og utprøve undervisningspakker for 1.–3. klasse (barnetrinnet) og for 4.–7. klasse (mellomtrinnet).
- Videreutvikle ferdighetstreningsprogram som skal styrke gutters og jenters selvtillit og evne til å sette grenser. Programmet skal tilpasses aldersgruppene på ovennevnte alderstrinn.

4.2 Ungdom og unge voksne – kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og mulighet til å forebygge uønsket svangerskap og abort

4.2.1 Unge jenter og gutter skal ha handlingsberedskap for å foreta etiske reflekterte valg omkring seksualitet og samliv

Bakgrunn

Forsøk med prevensjonsveiledning i kommuner 1997–2000 viser at det er behov for å styrke undervisningen i samliv, seksualitet og prevensjon i ungdomsskolen og i den videregående skolen. Forskning og erfaring viser at det gjennom motiverte og skolerte lærere og helsesøstre nytter å drive seksualundervisning i skolen med tanke på å oppnå bruk av prevensjon.

Prosjektet «Jeg har et valg» er et felles undervisningsopplegg i ungdomsskolen for skole og helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Nasjonalt folkehelseinstituttets evaluering av prosjektet viser at styrket undervisning har ført til økt kunnskap om seksualitet, endrede holdninger til bruk av prevensjon og sosiale ferdigheter knyttet til seksualitet. Videre viser evalueringen at mange utsatte sin seksuelle debut sammenliknet med kontrollgruppen.

For unge i aldersgruppen 14–19 år er venner, kjærester og fagpersonell med informasjons- og veiledningskompetanse de viktigste samtalepartnere når det gjelder dialog om seksualitet. Sentrale tiltak handler derfor om relevant undervisning og veiledning i skolen og i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, samt målrettede informasjonstiltak som involverer målgruppene.

Forebyggingsarbeidet skal bidra til å styrke unge

jenters og gutters handlingskompetanse i nære relasjoner og i å kunne ta etiske reflekterte valg omkring seksualitet. Forskning viser at viktige forutsetninger for dette er:

- å skape større åpenhet og dialog med ungdom om seksualitet med vekt på positive budskap.
- å sørge for at kommunikasjonen skjer på ungdoms premisser, på arenaer de opplever som betydningsfulle og med personer de har tillit til.

Ungdom trenger god kunnskap om prevensjon som må være lett å få tak i og enkel å bruke. Nye norske undersøkelser og oversikter viser at tross for at samleiedebutalderen i Norge er blitt noe lavere i de senere år, er både tenåringsfødsler og tenåringsaborter er gått tilbake. Til sammen kan resultatene fra disse undersøkelsene tyde på at de unge målgruppene i økende grad bruker de mulighetene som finnes for å ivareta sin seksuelle helse.

Hva er gjort

- Ressursbok for lærere «Samliv og seksualitet» er veiledningsmaterieell utviklet og distribuert til landets ungdoms- og videregående skoler og lagt ut på www.skolenettet.no
- Tilhørende informasjonshefte «Til elever om ungdom, samliv og seksualitet» er utviklet og distribuert til 10. klasse i landets ungdomsskoler og lagt ut på www.skolenettet.no
- Tilhørende informasjonshefte «Om ungdom, samliv og seksualitet – Informasjon til foreldre» er utarbeidet, oversatt til 15 andre språk og sendt landets ungdomsskoler til fordeling blant foreldre som har elever i 10. klasse. Heftet er også lagt ut på www.skolenettet.no
- Besøk på ungdomshelsestasjonene tilbys 9. eller 10. klasser som del av undervisningstilbudet i samliv, seksualitet og prevensjon.
- Det er utviklet et undervisningsprogram «Jeg har et valg» for anvendelse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i samarbeid med ungdomsskolen. Programmet er evaluert av Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Det har vært lagt vekt på å etablere lavterskeltilbud i vertskommuner som har borteboende elever i videregående skole eller folkehøgskole.
- SUSS-telefonen er et gratis rådgivningstilbud

til unge jenter og gutter over hele landet. Telefon for seksuell helse retter seg mot unge voksne. SUSS har utviklet rådgivning også på e-web og SMS som ivaretar personvernet.

- Nettstedene Klara-klok.no og Unghelse.no er lavterskeltilbud til ungdom og gir svar på spørsmål om helse og livsstil.
- Medisinernes seksualopplysning, (MSO) i Oslo, Trondheim, Bergen og Tromsø har gjennomført undervisning på klubber, skoler og andre sentrale ungdomsarenaer. MSO brukes også til undervisning på høgskolene og kurs for nøkkelpersonell med ansvar for undervisning og veiledning av ungdom.
- Klinikk for seksuell opplysning i Oslo, (KSO) har årlig tilbudt skolering av helsepersonell ved ungdomshelsestasjonene.
- Ung til ung-prosjekter har vært gjennomført, for eksempel i regi av Norges bygdeungdomslag og med elever i videregående skole som prevensjonsveiledere. Ungdomsgrupper med etnisk minoritetsbakgrunn arbeider som helseopplysere for ungdom og voksne med temaene samliv og seksualitet.
- Landsdekkende informasjonstiltak om kropp, seksualitet og prevensjon er gjennomført i utvalgte ungdomsmedia og på aktuelle ungdomsarenaer. Det er særlig lagt vekt på internett og interaktive kampanjer på SMS. Informasjonsmateriell om samliv, seksualitet og prevensjon er distribuert årlig til ung til ung-prosjekter, landets ungdomshelsestasjoner, ungdomsorganisasjoner og skoler.
- Rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre og gratis p-piller til unge jenter er innført i 2002 for å bidra til å forebygge uønsket svangerskap og abort blant tenåringsjenter. Jf. rundskriv I – 3/2002. Som ledd i satsingen er det gjennomført etterutdanningskurs i samliv, seksualitet og prevensjonsveiledning for helsesøstre og jordmødre ved 7 høgskoler. Ved utgangen av 2003 har ca 1300 helsesøstre og jordmødre gjennomført etterutdanningen.
- Forsøk med utdeling av gratis kondomer til målgrupper i ungdomsbefolkningen ble satt i gang i 2000. Ordningen gjennomføres av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og utekontakter.
- Ti videregående skoler deltar i et forsøk med

kondomdispensere på skolen. Sentrale samarbeidspartnere er Norges bygdeungdomslag, Norges speiderforbund, prevensjonsveiledere blant russen i videregående skoler og enkelte folkehøgskoler.

- Bidrag er gitt til gjennomføring av verdiprojektet Skal-skal-ikke – med mål å gi barn og unge holdninger, grensesetting og trygge rammer for livsstilsvalg.

Hva skal gjøres – tiltak

Undervisning og ferdighetstrening

- I samarbeid med Læringssenteret skal Ressursbok for lærere «Samliv og seksualitet» evalueres og oppdateres, samt tilhørende informasjonshefter «Til elever om ungdom, samliv og seksualitet» og «Om ungdom, samliv og seksualitet – Informasjon til foreldre» til henholdsvis elever og foreldre på 10. klassetrinn.
- Ovennevnte informasjonshefter om samliv og seksualitet til ungdom og foreldre skal utgis årlig, og distribueres gjennom ungdomsskolene til henholdsvis elever i 10. klasse og deres foreldre.
- Videreutvikle og distribuere i samarbeid med Læringssenteret undervisningsprogrammet «Jeg har et valg» for anvendelse i ungdomsskolen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Supplere eksisterende informasjons- og undervisningsmateriell til anvendelse på forskjellige ungdomsarenaer, særlig materiell som innbyr til diskusjon, rollespill og interaktive kunnskapsdyster der unge kan prøve ut etiske dilemmaer.
- Revidere ferdighetstreningssopplegget «Sett dine egne grenser»
- Videreføre undervisningsvirksomheten til Medisinernes seksualopplysning, (MSO) på klubber, skoler og andre sentrale ungdomsarenaer.
- Bidra til informasjonstiltak om samliv og seksualitet i regi av at ungdomsorganisasjoner som driver konfirmasjonsforberedelser.
- Videreføre og bidra til å styrke ordningen med undervisningsbesøk for ungdomsskoleklasser på helsestasjon for ungdom.

- Samarbeide med fagmiljøer og frivillige organisasjoner om å ta i bruk kunnskapsbaserte ferdighetstreningprogrammer.

Informasjon og målgruppestyrt dialog

- Erfaringer med metoden der ungdom opplæres til å være veiledere for hverandre skal systematiseres og distribueres. Ung til ung-prosjekter skal blant annet gjennomføres i samarbeid med Medisinernes seksualopplysning (MSO).
- Landsdekkende informasjonstiltak om kropp, seksualitet og prevensjon som ungdom selv deltar i utformingen av, skal gjennomføres på ungdomsarenaer med vekt på internett, SMS, MMS og på andre arenaer som er aktuelle for gutter.

Lavterskeltilbud – rådgivning og veiledning

- Spre erfaringer fra ungdomshelsestasjoner som har hatt vellykkete forsøk med gutterådgivning.
- Nettstedene Klara-Klok.no og Unghelse.no som er viktige kunnskapskanaler for ungdom, særlig gutter, kan fortsette informasjons- og rådgivningsvirksomhet.
- Klinikk for seksuell opplysning i Oslo (KSO) kan fortsette med landsdekkende kompetansehevingstiltak for helsepersonell ved ungdomshelsestasjonene.
- Ordningen med gratis p-piller til jenter i alderen 16 til og med 19 år og helsesøstres og jordmødres rekvireringsrett skal vurderes på bakgrunn av blant annet erfaringer oppsummert av Sosial- og helsedirektoratet.
- Ordningen med utdeling av gratis kondomer i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og ved utekontaktene skal videreføres, og eventuelt utvide ordningen til nye sentrale ungdomsarenaer. Forsøk med kondomdispensere på videregående skoler skal evalueres før eventuell videre satsing.
- Stimulere til utvikling av tiltak som ansvarliggjør unge gutter i forhold til samliv, seksualitet og bruk av prevensjon.

Kompetanseheving

- Videreføre etterutdanning i samliv, seksualitet og prevensjonsveiledning for helsesøstre og jordmødre ved landets høyskoler. Vurdere å

igangsette tverrfaglig etterutdanning for helse- og sosialpersonell og pedagogisk personell i temaene samliv, seksualitet og prevensjon.

- Vurdere om emnet samliv, seksualitet og prevensjon kan styrkes i helsesøster- og jordmorutdanningene.

4.2.2 Unge kvinner og menn skal styrkes på bevisstgjøring om fertilitet og bruk av sikker prevensjon

Bakgrunn

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tilbud til ungdom opp til 20 år. Det er derfor behov for å utarbeide spesifikk informasjon om at fastlege og helsetjeneste ved universiteter og høyskoler kan bidra med veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon til kvinner og menn over 20 år.

Aldersgruppen 20–24 år har høyest aborthyppighet og unge voksne er derfor en særlig viktig målgruppe. Det skal legges vekt på tiltak som kan bidra til å redusere abortraten i denne aldersgruppen. Situasjonen for jenter i 20-årene er annerledes enn for tenåringer. Flere av dem lever i parforhold og flere er seksuelt aktive. Mange er i en fase av livet hvor de fullfører utdanning, etablerer seg på arbeidsmarkedet og må ta viktige avgjørelser om parforhold, familieetablering og foreldreskap.

Kvinner i 20-årene er den gruppen som andelsmessig får utført flest aborter. Om lag 26 av 1 000 kvinner i alderen 20–24 år gjennomgikk en abort i 2002. Blant dem som var mellom 25–29 år var det samme tallet under 20 av 1 000 kvinner, og vel 16 av 1000 kvinner 15–19 år.

Familiemønsteret har endret seg, og andelen jenter som får barn tidlig i 20-årene har gått kraftig ned i løpet av de siste 25 årene. For 25 år siden hadde nærmere 60 prosent av alle unge kvinner fått barn ved fylte 25 år. I dag er det kun litt over 30 prosent som har det. Tendensen til at kvinner under 30 år utsetter familieetablering, ser også ut til å speiles i aborthyppigheten.

I følge Sintef Unimeds rapport 2003 «Kvinner valg av svangerskapsavbrudd – Betydning av sivilstand, paritet og alder» oppgir enslige kvinner 24

år og yngre at ung alder, utdannings situasjon og ikke-etablert fast parforhold som de viktigste årsakene til svangerskapsavbrudd.

Hva er gjort

- Målrettede informasjonstiltak til unge kvinner og menn om sikre prevensjonsmetoder er gjennomført på aktuelle arenaer.
- Forsøk med lavterskeltilbud til unge voksne 20–24 år har vært utprøvd i en bydel i Oslo.
- Det har vært gjennomført forsøk med utvidet åpningstid ved Klinikk for seksuell opplysning i Oslo (KSO) på kveldstid og i sommerferien.
- Det har vært gjennomført forsøk med tilbud til aldersgruppen 20–24 år ved ungdomshelsetasjon i enkelte kommuner med universiteter og høskolesentra.
- Det har vært gitt stimuleringsmidler til utvidet tilbud ved ungdomshelsetasjoner i vertskommuner med videregående skoler.
- Fra 1. juli 2000 fikk fedre selvsendig opptjeningsrett til fødselspenger.

Hva skal gjøres – tiltak

Informasjon og målgruppestyrt dialog

- Bidra til å styrke det målrettede arbeidet med informasjonstiltak til unge kvinner og menn om sikker prevensjon, og videreføre eksisterende tiltak rettet mot målgruppen.
- Gjennomføre informasjonsvirksomhet til unge kvinner om å søke fastlege eller benytte helse-tjeneste ved universiteter og høskoler ved behov for veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon.
- Bidra til at frivillige organisasjoner og fagorganisasjoner styrker opplysningsarbeid om spørsmål knyttet til forebygging av uønsket svangerskap og abort.
- I samarbeid med Barne- og familiedepartementet utarbeide informasjonsmateriell om støtteordninger ved fødsel – for eksempel i forbindelse med studier.

Lavterskeltilbud

- Bidra til tilbud om prevensjonsveiledning til unge voksne under utdanning ved universitets- og høskolesentrene.

Kompetanseheving

- Bidra til å utarbeide etterutdanningstilbud til fastleger i temaene samliv, seksualitet, prevensjon og abortforebygging
- Bidra til oppdatering av Den norske lægeforsknings håndbok i prevensjonsveiledning og rådgivning til kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd.

4.3 Etniske minoritetsgrupper – kunnskap og autonomi

4.3.1 Ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn skal ha god kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og tilgang til prevensjonsveiledning

Bakgrunn

Ungdom og unge voksne med minoritetsbakgrunn er prioriterte målgrupper i handlingsplanen. Hensikten er å bidra til at de skal ha like gode muligheter som andre til et trygt og godt seksualliv, og kunne bestemme over egen kropp og seksualitet. Planen skal bidra til tilbud om informasjon og veiledning om samliv, seksualitet og prevensjon til grupper med svært ulike behov, og gjennomføres med respekt for kulturelle verdier og erfaringsbakgrunn. Arbeidet må ta hensyn til spennet mellom ungdom som kan bruke sitt flerkulturelle utgangspunkt som en ressurs – og mindrearige i asylmottak som en utsatt gruppe.

Erfaringer og informasjon fra fagmiljøer og etniske minoritetsorganisasjoner kan vise hvordan grupper med etnisk minoritetsbakgrunn skal få styrket mulighet til å ta etiske reflekterte livsvalg knyttet til seksualitet og svangerskap. Dette handler blant annet om stor variasjon mellom ulike etniske minoritetsgrupper og innen gruppene når det gjelder kunnskap om kropp, seksualitet, prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner. Videre kan det være vansker med tolketjeneste og usikkerhet med hensyn til hvordan man skal ta opp spørsmål knyttet til samliv og seksualitet med folk fra andre kulturer.

Hva er gjort

- Gjennomført fylkesvise kurs for helsepersonell og etterutdanningskurs for helsesøstre

- og jordmødre.
- Utarbeidet håndbok til bruk i undervisning av ungdom med etnisk minoritetsbakgrunn.
- Innvandrerungdom og seksualitet har vært et av temaene på nasjonale og nordiske konferanser.
- Undervisnings- og veiledningsprosjekt i regi av kommunehelsetjenesten er satt i gang i 50 kommuner med stor innvandrerbefolkning og/eller asylmottak.
- Gjennomført prosjekt der unge med etnisk minoritetsbakgrunn har vært formidlere og veiledere for hverandre
- Utarbeidet ulike typer informasjons- og undervisningsmaterieell som kan brukes av målgruppene.
- Informasjonshefte «Til elever om ungdom, samliv og seksualitet» er utviklet og distribuert til 10. klasse i landets ungdomsskoler og lagt ut på www.skolenettet.no
- Informasjonshefte «Om ungdom, samliv og seksualitet – Informasjon til foreldre» er utarbeidet og oversatt til 15 andre språk, og sendt landets ungdomsskoler til fordeling blant foreldre som har elever i 10. klasse. Heftet er også lagt ut på www.skolenettet.no

Hva skal gjøres – tiltak

Undervisning og ferdighetstrening

- I samarbeid med Læringscenteret følge opp og vurdere hvordan informasjonsheftene «Til elever om ungdom, samliv og seksualitet» og «Om ungdom, samliv og seksualitet – Informasjon til foreldre» fungerer for henholdsvis ungdom og foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn.
- Utvikle billedbasert hefte med grunninformasjon om anatomi og fysiologi. Heftet skal kunne brukes i undervisning og selvstudier uavhengig av språkkunnskaper.
- Opprette tilbud om ferdighetstrening i selvhjelp og grensesetting for jenter med etnisk minoritetsbakgrunn.

Informasjon og målgruppestyrt dialog

- Informasjonsbrosjyrene om abortloven m.v. skal oversettes til etniske minoritetsspråk og distribueres gjennom etniske minoritetsorga-

nisasjoner o.a.

- Utvikle og distribuere informasjonskort om forebygging av uønsket svangerskap og abort i flyktning- og asylmottakene.
- Bidra til å styrke kunnskap om seksualitet og prevensjon blant gutter med etnisk minoritetsbakgrunn.
- Evaluere og videreutvikle igangsatte ung til ung-prosjekter med ungdom med etnisk minoritetsbakgrunn med tanke på spredning til nye grupper.
- Videreføre brukerstyrte møtesteder og diskusjonsfora på internett, for eksempel utrop.no

Lavterskeltilbud

- Systematisere og spre erfaringer fra prosjekter rettet mot flyktninger for å heve kompetansen til personell i kommunehelsetjenesten.
- Bidra til å gjøre eksisterende helsetjenestetilbud om samlivs-, seksualitets- og prevensjonsveiledning til asylsøkere og flyktninger lettere tilgjengelig ved hjelp av tolk og flerspråklig personell.
- Bidra til å vurdere tilgjengelighet til informasjon om samliv, seksualitet og prevensjonsveiledning i asyl- og flyktningmottak.

4.3.2 Styrke informasjons- og veiledningstilbudet til etniske minoritetsgrupper

Bakgrunn

Foreldre med minoritetsbakgrunn skal i likhet med etniske norske foreldre ha mulighet til god kommunikasjon med sine barn og ungdommer om samliv og seksualitet. Innsatsen må tilpasses målgruppen. Flerkulturell bakgrunn og mangfold i denne foreldrepopulasjonen må ses som ressurs og tas hensyn til ved tilrettelegging av informasjonstilbudet. Informasjonen bør også omfatte risikoen for fosterskader og funksjonshemming hos barn som er født av foreldre som er i nær slekt.

Epidemiologiske studier fra Danmark og Nederland viser høy abortforekomst blant enkelte kvinnegrupper med etnisk minoritetsbakgrunn. Blant etterkommere av førstegenerasjons innvandrere avviker den derimot lite fra landenes generelle abortrate. Norske studier antyder en liknen-

de tendens. Det blir derfor særlig viktig å nå førstegenerasjons etniske minoritetskvinner med tilbud om informasjon om samliv, seksualitet, prevensjonsveiledning og prevensjon.

Hva er gjort

- Forsøk med informasjons- og veiledningstilbud er samordnet med tiltak i handlingsplanene mot tvangsekteskap og kvinnelig kjønnslemlestelse.
- Prosjekt med elektronisk informasjonsmaterieil kan lastes ned fra nettet og tilpasses kvinner med ulik språkbakgrunn og ulike veiledningsbehov på området seksuell helse.
- Informasjon knyttet til tvangsekteskap og ekteskap innen nærmeste familie gis på enkelte pakistanske informasjonsarenaer. Det settes spesielt fokus på risiko for funksjonshemming og helseskader hos barn med foreldre i nær slekt.
- Bidrag til informasjon og veiledning er gitt til kvinner og par med etnisk minoritetsbakgrunn som vurderer svangerskapsavbrudd.

Hva skal gjøres – tiltak

Informasjon og målgruppestyrt dialog

- Bidra til å styrke informasjonstilbudet om små barns seksualitet til etniske minoritetsforeldre i barnehage og på helsestasjonen.
- Utarbeide temahefte om hvordan foreldre kan ta opp samliv, seksualitet og prevensjon med sine barn.
- Bidra til å gjennomføre opplysningstiltak på informasjonsarenaer for etniske minoritetsforeldre for å øke kunnskap om seksuell helse og betydningen av å styrke barns og ungdoms autonomi og mestring.
- Bidra med informasjons- og veiledningsmaterieil til kvinner og par med etnisk minoritetsbakgrunn som vurderer svangerskapsavbrudd.

Kompetanseheving

- Gjennomføre forsøk med veiledningsgrupper for foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn ved skoler og i helsestasjons- og skolehelsetjeneste i samarbeid med Læringscenteret.

- Bidra til å utarbeide etterutdanningstilbud til fastleger i temaene samliv, seksualitet, prevensjon og abortforebygging.

4.4 Grupper med spesielle behov– eierskap til kropp, seksualitet og bruk av prevensjon

4.4.1 Informasjon og veiledning om samliv, seksualitet og prevensjon skal tilrettelegges for funksjonshemmede og utviklingshemmede

Bakgrunn

Mennesker med funksjonshemming og/eller utviklingshemming er ingen ensartet gruppe, men har i samme grad som resten av befolkningen behov for god kunnskap om kropp og seksualitet og lett tilgjengelig samlivs- og prevensjonsveiledning. Gjennom internasjonale konvensjoner og nasjonale planer er samfunnet forpliktet til å sikre at det ikke legges unødige hindringer i veien for at funksjonshemmede og/eller utviklingshemmede har et seksualliv.

Det er lite kunnskap om i hvilken grad ulike grupper funksjonshemmede og/eller utviklingshemmede har økt risiko for uønskede svangerskap og abort. Imidlertid indikerer norske og internasjonale undersøkelser at noen grupper funksjonshemmede har opptil tre ganger større risiko enn andre for å bli utsatt for seksuell utnyttning og overgrep. Årsakene er blant annet manglende eiendomsfølelse over egen kropp og seksualitet, liten eller avvikende evne til å motta og sende signaler til omgivelsene, og konkrete forhold knyttet til selve funksjonshemmingen eller utviklingshemmingen. Det er all grunn til å tro at lav seksuell autonomi hos den enkelte også i stor grad vil påvirke egenkontroll over seksualitet, fertilitet og prevensjonsbruk.

Ungdom med funksjonshemninger og/eller utviklingshemninger skal i likhet med andre ungdommer ha undervisning om samliv og seksualitet på skolen. En del unge funksjonshemmede har likevel behov for ytterligere kunnskaper og veiledning. For enkelte skaper selve funksjonsnedsettelsen behov for informasjon om hvordan den påvirker deres seksualliv. Andre kan ha behov for konkret kunnskap og støtte til å etablere relasjoner til andre mennesker.

Undersøkelser viser at hjelpeapparatet får stadig flere henvendelser relatert til seksualitet og funksjonshemming/utviklingshemming, og at det er behov for kompetanse for å tilpasse veiledning og informasjon til disse målgruppene.

Hva er gjort

- Nettverk funksjonshemmede, seksualitet og samliv (NFSS), etablert i 1998, utgjør en viktig ressurs i kunnskapsformidling og utvikling av tilrettelagt informasjonsmateriell.
- Utviklet undervisnings- og kartleggingsverktøy til bruk i arbeidet med utviklingshemmede og seksualitet.
- Utviklet interaktivt opplæringsprogram om samliv, seksualitet og etikk for utviklingshemmede.
- Tegnspråkstolket eller teksten for hørselshemmede undervisningsfilmer om ungdom, samliv og seksualitet og om små barns seksualitet.
- Tegnspråksteater for og med døv ungdom om seksualitet er produsert som video med undervisningsmateriell.
- Pilotprosjekter med opplæring og formidling til ulike grupper med funksjonshemninger er gjennomført i regi av flere kommuner, habiliterings- og rehabiliteringstjenester og brukerorganisasjoner.
- Det er innført trygderefusjon for seksualtekniske hjelpemidler for funksjonshemmede i 2002.

Hva skal gjøres – tiltak

Undervisning og ferdighetstrening

- Bidra til utvikling av undervisningsmateriell tilpasset ulike grupper funksjonshemmede, særlig for grupper med sansetap og bevegelsehemninger.
- Utviklingen av nytt materiell tilpasset utviklingshemmede skal videreføres.
- Videreføre tiltak med tilrettelagt smågruppeundervisning i regi av helsestasjoner, habiliterings- og rehabiliteringstjenestene og kompetansesentrene.
- Ferdigstille og utgi metodebok innenfor undervisning og veiledning om samliv, seksualitet og prevensjon for funksjonshemmet ungdom.

- I samarbeid med skole og skolefritidsordning bidra til å bevisstgjøre barn og ungdom på psykososiale faktorer bak seksuell risikoatferd og seksuell utnyttelse gjennom utvikling av rollespill.

Informasjon og målgruppestyrt dialog

- Bidra til at relevant opplysningsmateriell som filmer, bøker og brosjyrer og informasjonstjenester på internett tilrettelegges for hørsels- og synshemmede.
- Oppmuntre brukerorganisasjonenes arbeid med forebygging av uønsket svangerskap og abort. Benytte erfaringer fra pilotprosjekter som har anvendt ung til ung-formidling i arbeidet.

Lavterskeltilbud – rådgivning og veiledning

- Bidra til å øke tilgjengeligheten til eksisterende rådgivningstilbud om samliv, seksualitet og prevensjon for funksjonshemmede.
- Bidra til å styrke tilgjengeligheten til spesialkompetanse som helsestasjons- og skolehelse-tjenesten kan benytte seg av, ved prevensjonsveiledning til funksjonshemmede og utviklingshemmede.

Kompetanseheving

- Videreføre kompetanseheving og utdanning av nøkkelpersonell i regi av Nettverk funksjonshemmede, samliv og seksualitet (NFSS).

4.4.2 Ungdomsgrupper med spesielle behov skal få tilbud som kan bidra til å styrke mestringsevne og til å ta etiske reflekterte livsvalg

Bakgrunn

Ny forskning viser at ungdom i kritiske livssituasjoner kan spille ut problemer gjennom seksuell risikoatferd. Dette gjør dem ekstra utsatt for seksuell utnyttelse, uønsket graviditet, abort og seksuelt overførbare infeksjoner.

Forskningen tyder på at sårbarheten er knyttet til helt forskjellige faktorer ved deres livssituasjon. Det dreier seg om unge som har vært utsatt for overgrep, unge med lavt selvbylde eller psykiske problemer og unge som bruker seksualitet til å

kompensere for stor ensomhet. Det handler også om de mest vanskeligstilte gruppene – unge stoffmisbrukere og prostituerte. Både gutter og jenter kan havne i prostitusjonsmiljøet og kan dermed være i risikozonen for seksuell utnyttelse. Mange har vært innom behandlingsapparatet, men koblingen mellom deres psykiske og/eller sosiale problemer og seksuelle risikoatferd blir ofte ikke avdekket eller tatt opp.

Hvis intervensjon skal lykkes, krever det nøye analyse av hva som er hovedproblemet og et målrettet intervensjonsopplegg. Nye undersøkelser viser imidlertid at konkrete treningsprogrammer som skal styrke selvbilde og allmenne livsferdigheter, er en nyttig start. Det skal gjennom handlingsplanen tas sikte på å etablere og videreføre tiltak som er innrettet på disse målgruppene.

Hva er gjort

- Forsøk med treningsopplegg i forhold til unge i faresonen pågår flere steder i landet. Hensikten er å komme frem til intervensjonsmetoder som gjør at de kan gjenvinne sitt eierskap til kropp og seksualitet.
- Enkelte forsøksprosjekter er satt i gang i forhold til unge jenter med psykiske problemer som spilles ut gjennom seksuell risikoatferd.
- Tiltak til jenter som lever i særlig utsatte livssituasjoner – fattigdom, rus og prostitusjon er utprøvd gjennom Albertine, et forsøksprosjekt til unge kvinner på vei ut av prostitusjon og stoffmisbruk.
- Gjennomført samarbeidsprosjekter i regi av Sosialmedisinsk senter i Tromsø – spesielt rettet mot unge i faresonen og unge rusmiddelbrukere.
- Gitt støtte til Future – ung til ung-aksjon i storbyen. Future arbeider for å forebygge stoffmisbruk blant storbyungdom.

Hva skal gjøres – tiltak

Undervisning og ferdighetstrening

- Samarbeide med aktuelle fagmiljøer og organisasjoner om å ta i bruk kunnskapsbaserte ferdighetstreningprogrammer som bidrar til å styrke selvbildet til ungdom i kritiske livssituasjoner.

- I samarbeid med Læringscenteret utarbeide skolemateriell og rollespill som kan benyttes til å synliggjøre risikosituasjoner for å bevisstgjøre barn og ungdom på seksuell risikoatferd og seksuell utnyttelse.

Informasjon og målgruppestyrt dialog

- I samarbeid med Prosjenteret bidra til utvikling av likemannsutdanningsprogram for prostituerte jenter og unge kvinner.
- Videreføre igangsatte prosjekter med ung til ung-formidling blant ungdom i faresonen for rusmiddelbruk og seksuell utnyttelse.
- Bidra til arbeidet med å etablere selvhjelpsgrupper som kan styrke/hjelpe foreldre med ungdom i faresonen.

Lavterskeltilbud – rådgivning og veiledning

- Bidra til å utvikle tilbud tilpasset rusmisbrukere og prostituerte.
- Vurdere muligheten for lett tilgjengelig prevensjon til prostituerte tenåringer og unge voksne.
- Videreføre ordningen med gratis kondomer til sårbare grupper.

Kompetanseheving

- Bidra til å heve kompetansen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten med tanke på å kunne avdekke psykiske problemer som spilles ut gjennom risikoatferd.
- Bidra til kompetanseheving i barne- og ungdomspsykiatrien på området seksuell helse og risikoatferd.

4.5 Kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd – tilbud om informasjon og veiledning

4.5.1 Kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd skal ha lett tilgjengelig tilbud om informasjon og veiledning

Bakgrunn

Kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd, skal ha tilbud om informasjon og veiledning. Det følger blant annet av lov om svangerskapsavbrudd § 2 første ledd at kvinnen skal tilbys informasjon og veiledning om den bistand samfun-

net kan tilby henne dersom kvinnen angir at hun har behov for det. God informasjon og veiledning er nyttig for å gi kvinnen et bredest mulig grunnlag for sine valg.

Kvinnens og parets rett til informasjon og veiledning i forbindelse med fosterdiagnostikk skal styrkes. I lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. er det presisert at informasjon og genetisk veiledning skal gis før fosterdiagnostiske undersøkelser gjennomføres. Ny teknologi bidrar til økt informasjon om fosteret. Kunnskapen om det ufødte liv blir på denne måten mer tilgjengelig, noe som kan stille gravide og par overfor nye valg og utfordringer. I tråd med den medisinske og teknologiske utviklingen er det derfor viktig med veiledning og informasjon om nye utfordringer kvinner og par kan bli stilt ovenfor.

Kvinnen eller paret skal få et godt grunnlag for å avgjøre om de ønsker fosterdiagnostikk. Videre skal informasjon og genetisk veiledning gis etter at fosterdiagnostikk er gjennomført dersom undersøkelsen viser at fosteret har en sykdom eller funksjonshemming. I den forbindelse vil det også være viktig med informasjon om gjeldende hjelpetiltak.

Helsetjenesten tilbyr informasjon og veiledning til kvinner som vurderer eller begjærer svangerskapsavbrudd. Selv om dette er et offentlig ansvar, kan også frivillige organisasjoner bidra på dette feltet, først og fremst Amatheia.

I henhold til forskriften om svangerskapsavbrudd § 2 skal kvinner som fremsetter begjæring om svangerskapsavbrudd få informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger. I denne sammenheng kan nevnes at pasienter har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Dette følger av lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter § 3–1. Dette vil også gjelde for valg av metode ved svangerskapsavbrudd, – kirurgisk eller medikamentell behandling.

Hva er gjort

- Tre informasjonsbrosjyrer er utarbeidet av Helsedepartementet vedrørende svangerskapsavbrudd. Disse heter:
 - Om abortloven

– Rutiner ved svangerskapsavbrudd

– Til deg som vurderer svangerskapsavbrudd

- To informasjonsbrosjyrer er utgitt av Helsedepartementet med informasjon om det rutinemessige tilbudet om ultralyd rundt 18. svangerskapsuke og om genetisk fosterdiagnostikk.
- Sintef Unimed har gjennomført en brukerundersøkelse om «Beslutningsprosess og behov for informasjon/rådgivning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd...» ved fem regionsykehus. Ovennevnte informasjonsmaterieell brukes lite. Dette kan forklares med at brosjyrene er lite kjent blant allmennleger, sykehusleger, og annet personale som har kontakt med abortsøkende kvinner. Videre konkluderes det med at mye av informasjons tiltakene fungerer bra, men at kvaliteten på informasjonsarbeidet til abortsøkende kvinner kan bli bedre både i allmennpraksis og på sykehus.
- Norsk forbund for utviklingshemmede har under arbeid informasjonsmaterieell til kvinner som står overfor valg av svangerskapsavbrudd på grunn av utviklingsavvik hos fosteret.

Hva skal gjøres – tiltak

- Oppdatere og distribuere ovennevnte informasjonsbrosjyrer til allmennleger, helsestasjoner og sykehus m fl.
- Bidra i samarbeid med universiteter og høyskoler til å utarbeide etterutdanningstilbud til fastleger og sykehuspersonale for å styrke informasjons- og veiledningstilbudet til kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd.
- Bidra til å styrke informasjons- og veiledningstilbudet til kvinner som vurderer abort etter fosterdiagnostikk.
- Gjøre forsøk med tilbud om likemannsarbeid i forhold til foreldre som får vite at de venter et funksjonshemmet barn.

4.5.2 Kvinner som har gjennomført svangerskapsavbrudd bør ha lett tilgjengelig tilbud om prevensjonsveiledning og psykisk støtte

Bakgrunn

Undersøkelser viser at kvinner som har gjennom-

gått svangerskapsavbrudd kan ha behov for et tilbud om oppfølging. Dette gjelder særlig kvinner som har fått utført abort sent i svangerskapet. Det er behov for å vurdere om faste rutiner for tilbud om oppfølgingssamtaler bør utvikles i allmennpraksis eller på sykehus.

Det har også vært drøftet om kvinner som har fått utført svangerskapsavbrudd en gang, blir mer utsatt for gjentatte eller repeterende aborter. Statistikken viser at ca en tredjedel av kvinner som tar abort, har tatt en eller flere aborter tidligere. Det kan være et forebyggingspotensiale i å etterprøve om oppfølgingssamtaler som fokuserer på prevensjonsveiledning, kan forebygge gjentatte aborter.

Hva er gjort

- Sintef Unimed har i rapport om «Fastlegeordningen og svangerskapsavbrudd – bedre sekundærforebygging?» konkludert med at fastlegeforsøket i Trondheim trolig har redusert forekomst av gjentatte svangerskapsavbrudd hos kvinner i Trondheim. Videre konkluderes det med fastlegeordningen kan bidra til bedre sekundær forebygging av uønsket svangerskap gjennom god oppfølging hos legen.
- Sintef Unimed har i rapport om prosjektet «Kvinnens valg av svangerskapsavbrudd» undersøkt om sivilstand (gift/ugift), paritet (antall barn) og alder er årsaker til abort. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at sivilstand er mer avgjørende enn paritet og alder for gravide kvinners valg mellom fødsel eller svangerskapsavbrudd. Det vil si at ugifte velger abort hyppigere enn gifte kvinner når svangerskap oppstår.
- Kvinneklinikkene ved Bærum sykehus og Universitetssykehuset i Tromsø har i planperioden 1999–2003 gjennomført prosjekter med rådgivningstilbud til kvinner som har fått utført abort. Andre sykehus har også erfaringer med å gi tilbud om slike oppfølgingssamtaler.

Hva skal gjøres – tiltak

- I samarbeid med aktuell helsetjeneste bidra til å utvikle systematiske rutiner for tilbud om oppfølgingssamtaler med kvinner som har gjennomført svangerskapsavbrudd.
- I samarbeid med aktuell helsetjeneste bidra til

å utvikle tilbud om kompetanseheving for sykehusansatte som arbeider innen feltet.

4.5.3 Lik praktisering av lover og regler

Bakgrunn

En undersøkelse gjennomført i 1999 i samarbeid mellom Ullevål sykehus og Statens helsetilsyn viser at lov om svangerskapsavbrudd praktiseres ulikt. Hensikten med studien var å se om det var geografiske forskjeller i forekomsten av begjæringer om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke og i sannsynligheten for avslag på begjæringen. Svangerskapets varighet er den faktor som har størst betydning for avslag på begjæring om svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. uke. Undersøkelsen konkluderer også med at sannsynligheten for avslag avhenger av hvor i landet kvinnen er bosatt og at ung alder hos abortsøker oftere resulterte i nemndavslag sammenliknet med eldre abortsøkere.

Lov om sterilisering gjelder inngrep som tar sikte på å oppheve en persons forplantningsevne. En del menn og kvinner benytter denne metoden for å forebygge uønsket graviditet. I 2002 ble det innført full egenbetaling for sterilisering av menn og 50 % egenbetaling for sterilisering av kvinner. Sosial- og helsedirektoratet skal oppsummere erfaringer med denne ordningen sett i forhold til en eventuell endring i aborttallene.

Hva er gjort

- Praktisering av abortloven etter utgangen av 12. svangerskapsuke og forslag til løsninger på problemet med geografisk ulikhet har vært tatt opp på landskonferanser for abortnemndene i perioden 2000–2003.
- Ny forskrift om svangerskapsavbrudd ble vedtatt i 2001. I § 12 ble det presisert at det tredje medlem i klagenemnda bør fortrinnsvis være jurist, blant annet for å oppnå større likhet i tolkning og praktisering av bestemmelsene.

Hva skal gjøres – tiltak

- Bidra til å utvikle kurstilbud med tanke på heve kompetansen hos medlemmene i abortnemnder og klagenemnder.
- Fortsette med landskonferanser for abort-

nemndene for blant annet å drøfte etikk, erfaringer og klinisk praksis, og starte opp landskonferanser for fylkenes steriliseringsnemnder.

- Oppsummere erfaringer med praktisering av lov om sterilisering og bedre kvaliteten på steriliseringsdata.

4.6 Nøkkelpersonell – kunnskap og samarbeid

4.6.1 Nøkkelpersonell skal ha styrket kompetanse i veiledningsmetodikk innen samliv, seksualitet og prevensjon

Bakgrunn

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer viser at nøkkelpersonell som arbeider med samliv, seksualitet og prevensjon, bør ha kompetanse i veiledningsmetoder som kan styrke og involvere målgruppene. Dette krever solid kunnskap både om de enkelte målgruppene, om temaene og trening i metoder som bygger på brukerstyrt dialog.

Handlingsplanen tar sikte på styrke kunnskap og kompetanse til nøkkelpersonell på disse områdene i perioden 2004–2008.

Hva er gjort

- For å drive undervisningsopplegg som bygger på prinsippet om brukerstyrt dialog, er det gjennomført skolerings tiltak i forbindelse med gruppeundervisning for 10. klassene på ungdomshelsestasjonen, undervisningen til Medisinernes seksualopplysning (MSO) og programmene «Jeg har et valg» og «Sett dine egne grenser».
- Helsepersonell i de forebyggende tjenestene flere steder i landet har fått innføring i undervisning og veiledning av etnisk minoritetsungdom og unge med lesbisk /homofil legning.
- Klinikk for seksuell opplysning i Oslo (KSO) har gjennomført kompetanseheving for helsepersonell som skal etablere helsestasjon for ungdom eller drive undervisning om samliv og seksualitet for 10. klasser.
- Gjennomført obligatoriske etterutdanningskurs for helsesøstre og jordmødre som ønsker rekvireringsrett for hormonell prevensjon for unge jenter i alder 16 tom 19 år. Jf. rundskriv I-3 /2002.

- Gjennomført informasjonstiltak i forbindelse med reseptfritak for nødprevensjon (angrepille).
- Gjennomført nasjonale konferanser for oppdatering og skolering av abortnemndene og personell involvert i prosessen med svangerskapsavbrudd.

Hva skal gjøres – tiltak

- Bidra til å styrke kunnskapen hos nøkkelpersonell i helse- og sosialtjenestene om etniske minoriteter og vanskeligstilt ungdom gjennom seminarer og tverrfaglige møteplasser.
- Vurdere opprettelse av etterutdanningskurs i samliv, seksualitet og prevensjon rettet mot personell som arbeider med etniske minoriteter.
- Innlede samarbeid med Nasjonal kompetanse-enhet for minoritetshelse innen fagutvikling, nettverksbygging og formidling.
- Bidra til kompetanseheving blant helsepersonell med ansvar for informasjon og veiledning til gravide og abortsøkende med særlig vekt på prevensjonsveiledning til kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd.
- Bidra til å utvikle og gjennomføre kurs for personell i abortnemndene.
- Bidra til å utvikle etterutdanningskurs i temaene i samliv, seksualitet og prevensjon for fastlegene og helsetjenesten ved universiteter og høyskoler.
- Utvikle elektronisk informasjons- og veiledningsmaterieell om seksuell helse til kvinner med ulik språkbakgrunn til bruk for helsepersonell.
- Evaluere ordningen med reseptfritak for nødprevensjon (angrepille).

4.6.2 Forskning og statistikk skal bli gode styringsverktøy i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort

Bakgrunn

For å gjennomføre effektive forebyggingstiltak er kunnskapsoppbygging om strategier og faktorer som påvirker atferd, nødvendig. Dette gjelder atferdsendring generelt, seksuell atferd og særlig seksuell risikofatferd.

Brukerundersøkelser om veilednings- og informa-

sjonsbehov blant abortsøkende og kvinner med repeterende aborter viser at det er behov for mer kunnskap knyttet til prevensjon, prevensjonsveiledning og annen oppfølging etter svangerskapsavbrudd.

Abortstatistikken er et sentralt redskap i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort. Statistisk Sentralbyrå (SSB) har siden 1979 årlig utarbeidet statistikk over svangerskapsavbrudd blant kvinner 15–49 år i Norge. Arbeidet med å forbedre grunnlag, kvalitet, statistikktilfang og muligheter for forskning i tilknytning til abortstatistikken er satt i gang fra 2003 ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Handlingsplanen skal bidra til at abortstatistikk og formidling av forskningsresultater kan bli verktøy som i langt større grad enn i dag kan benyttes til å målstyre innsatsen i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort.

Hva er gjort

- Forsøk med prevensjonsveiledning i kommuner 1997–2000 viste at det med god veiledning og økt tilgjengelighet til prevensjon kan aborttallene reduseres. Antall svangerskapsavbrudd sank med 34 % og antall fødsler med 24 % i aldersgruppen 17–19 år i forsøkskommunen sammenlignet med kontrollkommunen.
- Felles nordisk abortstatistikk oppdateres løpende og finnes på nettstedet www.stakes.fi. Det nordiske abortepidemiologiske nettverket (NAPE) har publisert felles artikler om abort i Norden og har holdt to samarbeids-

konferanser.

- Det er gjennomført undersøkelser om veilednings- og informasjonsbehov blant abortsøkende og kvinner med gjentatte aborter. To undersøkelser belyser problemstillinger i forhold til fosterdiagnostikk og selektiv abort. Det er også gjennomført undersøkelser om forekomsten av abort blant kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn.

Hva skal gjøres – tiltak

- Det nordiske abortepidemiologiske nettverket (NAPE) skal gjennomføre en felles nordisk samarbeidskonferanse i 2004, og videreføre samarbeidet om nordisk abortstatistikk.
- Undersøkelser om veilednings- og informasjonsbehov blant abortsøkende og kvinner med gjentatte aborter skal følges opp. Det samme gjelder undersøkelser om svangerskapsavbrudd blant kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn. Undersøkelsene er viktige for å kunne gi målrettet veiledning.
- Rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt om koordinert og forbedret abortstatistikk skal følges opp, blant annet for å forenkle og forbedre meldings- og registreringspraksis for svangerskapsavbrudd.
- Forskningsprosjekt om ettervirkninger etter abort skal ferdigstilles ved Sintef Unimed.

Vedlegg: Kilder

2003:

1. Bakken IJ, Skjeldestad FE (2003): Fastlegeordningen og svangerskapsavbrudd – bedre sekundær forebygging, SINTEF Unimed, Trondheim. STF78 A032503
2. Bakken IJ, Skjeldestad FE (2003): Kvinners valg av svangerskapsavbrudd, SINTEF Unimed, Trondheim. STF78 F032501
3. Cates Jr W, Williamson NE (2003): Review: primary prevention strategies do not improve contraceptive use or reduce pregnancies in adolescents. *Evid. Based Med.*, January 1, 2003; 8 (1): 18–18
4. Elvebakken KT, Risøy SM (2003): Kontekster for valg; kulturelle, profesjonelle og individuelle forståelser av fosterdiagnostikk og selektiv abort. Røkkansenteret
5. Elvbakken KT, Apold AB (2003): Informasjon og veiledning som tiltak i abortpolitikken. Statusrapport, Røkkansenteret UiB
6. Flatseth (2003): Å bære eller la være. Prosjekt rapport. Røkkansenteret UiB
7. Gissler M (2003): Nordic Statistics on Induced Abortions. Stakes, Finland http://www.stakes.info/files/pdf/tiedonantaja-palautteet/2002/Tp20_02.pdf
8. Kessels RPC (2003): Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003 96: 219–222.
9. Knudsen LB (2003): Abort i 30 år – en dansk succeshistorie. *Dansk Sociologi* 2003;14:93–98
10. Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, Hedberg C, Ollendorff U, Sundstrom K, Totlandsdal K, Vilhjalmsdottir S. (2003): Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Mar;82(3):257–68
11. Kvam, MH (2003): Seksuelle overgrep mot synshemmede barn i Norge, SINTEF Unimed, Trondheim
12. Lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.
13. Lynne A (2003): Man vil jo helst ordne opp selv.....» En kvalitativ studie av unges forhold til skolehelsetjenesten og hvilke alternative mestringsstrategier som blir tatt i bruk ved problemer. Norsk Gallup institutt
14. Myklestad I (2003): Forebygging av uønskede tenåringssvangerskap: Implementering og evaluering av en skoleintervensjon i Oslo. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt 2003. Rapport 2003:2
15. Short MB, Rosenthal SL (2003): Helping Teenaged Girls Make Wise Sexual Decisions. *Contemporary OB/GYN*, vol 48 no 5
16. Skjeldestad FE (2003): Personlige grunner for valg av svangerskapsavbrudd, SINTEF Unimed, Trondheim. STF78 A032504
17. Statistisk sentralbyrå (2003): Utførte svangerskapsavbrudd, etter kvinnens alder. 1979–2002. Tabell. <http://www.ssb.no>
18. Statistisk sentralbyrå (2003): Utførte svangerskapsavbrudd, per 1000 kvinner 15–49 år, etter kvinnens bostedsfylke. 1980–2002. Tabell. <http://www.ssb.no>
19. Statistisk sentralbyrå (2003): Svangerskapsavbrudd 2002. Endelige tall. <http://www.ssb.no>
20. Vigran A, Lappegård T (2003): 25 år med selvbestemt abort i Norge. Statistisk sentralbyrå: Samfunnsspeilet nr. 3, 2003

2002:

21. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L (2002): Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2002;324:1426
22. Eskild A, Helgadóttir LB, Jerve F, Quigstad E,

- Stray-Pedersen S, Løset Å (2002): Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. Tidsskrift Den Norske Lægeförening 2002;122: 1355–7
23. Fagernes Å, Tvedt AG (2002): Erfaringer med tilbud om veiledning før og etter svangerskapsavbrudd ved Bærum Sykehus. Rapport
 24. Fjeld W, Barstad B (2002): Seksualitet og funksjonshemming. Habiliteringstjenestens kunnskaper og behov – en oppfølger av Berg Gårds publikasjon nr 2/96. NFSS publikasjon 1/02.
 25. Hansen T, Skjeldestad FE (2002): Forsøk med Samliv- og Prevensjonsveiledning i Kommuner 1997–2000. Delrapport C, SINTEF Unimed, Trondheim. STF79A022501
 26. Helsedepartementet (2002): Forebygging av uønsket svangerskap og abort. Rundskriv I-3/2002
 27. IPPF(2002): Youth and IPPF European Network. A Review of the IPPF EN Youth Strategy
 28. Lafa (2002): Lilla Tråden – metodpärm för sex og samlevnad för 10–13 åringar. Landstinget förebygger aids, Stockholm
 29. Skjeldestad FE (2002): Beslutningsprosess og behov for informasjon/rådgivning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd: en evaluering av intensjonene i abortloven. SINTEF Unimed, Trondheim. STF78 A022502
 30. Spencer JM, Zimet GD, Aalsma MC, et al. (2002): Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. Pediatrics. 109:581–584.
- 2001:**
31. Bjørngård JH, Skjeldestad FE (2001): Forsøk med Samliv- og Prevensjonsveiledning i Kommuner 1997–2000. Delrapport B, SINTEF Unimed, Trondheim. STF78A012503
 32. Eskild A, Nesheim BI, Berglund T, Totalandsdal JK, Andresen JF (2001): Geografisk variasjon i forekomsten av induser-te senaborter i Norge 1996–97. Tidsskr Nor Lægefören 2001; 121: 24–7
 33. Helsedepartementet (2001): Forskrift 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd
 34. Knudsen L ED. (2001): Induced Abortion in the Nordic Countries. A report from a meeting of the Nordic Network of Abortion Epidemiology. Copenhagen, March 2001. Se artikler: www.abortnet.dk
 35. Kumar L (2001): Djulaha! Om å forstå anderledshet. Høgskoleforlaget
 36. Lappegård T (2001): Fruktbarhet blant innvandrerkvinner. Samfunnsspeilet nr. 2
 37. Ollendorff U (2001): Strategier i forebyggende helsearbeid – ungdom, samliv og seksualitet. Utposten nr.2
 38. Rademakers J (2001): Abortus i Nederland 1993–2000. Report, Summary, STISAN
 39. Røhme K (2001): Forsøk med Samliv- og Prevensjonsveiledning i Kommuner 1997–2000. Delrapport A, SINTEF Unimed, Trondheim. STF78 A012502
 40. Shrier LA, Harris SK, Sternberg M, et al. (2001): Associations of depression, self-esteem, and substance use with sexual risk among adolescents. Prev Med. 2001;33:179–189
 41. Skjeldestad FE (2001): Forsøk med Samliv- og Prevensjonsveiledning i Kommuner 1997–2000. Hovedrapport, SINTEF Unimed, Trondheim. STF78 A012501
 42. Sosial og helsedepartementet (2001): Genetisk fosterdiagnostikk I-0998
 43. Sosial og helsedepartementet (2001): Ultralyd I-0999
 44. UNICEF (2001): Teenage Births in Rich Nations, Innocenti Report Card, issue no 3
- 2000:**
45. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2000): Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of others. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Jan;39(1):127–130
 46. Askland L (2000): På jakt etter seksualiteten i førskulelæruddanninga. Barnehagefolk, nr 1, Barn og seksualitet, 44–46
 47. Ingerslev O (2000): Sundhedsforhold blandt indvandrere. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Rockwool Fondens Forsknings-enhed, Mogensen GV, Matthiessen PC (ed) Aarhus Universitetsforlag, 2000
 48. Langfeldt T (2000): Barns seksualitet. Pedagogisk forum, Oslo

49. Shepherd, Weston, Peersman, Napuli (2000): Interventions for encouraging sexual lifestyles and behavior to prevent. Cochrane review
50. Skjeldestad FE (2000): 20 år med selvbestemt abort – hva viser aborttallene? SINTEF Unimed, Trondheim. STF78 A00251
51. Sverdrup S, Lunde TK (2000): Evaluering av handlingsplan 1995–1998 for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Asplan analyse
52. Whitaker DJ, Miller KS (2000): Parent-adolescent discussions about sex and condoms: impact on peer influences of sexual risk behaviour. *J Adolesc Res.* 2000;15:251–273.
- 1999:**
53. Boyer CB, Tschann JM, Shafer MA (1999): Predictors of risk for sexually transmitted diseases in ninth grade urban high school students. *J Adolesc Res.*;14:448–465.
54. Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER, Goodman E (1999): Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of YouthArch *Pediatr Adolesc Med.* 1999 May;153(5):487–493
55. Huser B (1999): Kvinners opplevelse av sårbarhet ved selvbestemt abort. *Kvinneforskning* 4.99
56. Kirby D, Coyle KK (1999): School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviour. *Children and Youth Services Review.*19:415–436.
57. Norges Handicapforbunds Ungdom (1999): Funksjonshemmede og seksualitet – en veileder. Norges Handicapforbunds Ungdom, Oslo.
58. Safren SA, Heimberg RG (1999):
59. Sosial- og helsedepartementet: Forebygging av uønsket svangerskap og abort, 1999–2003. Handlingsplan. I-0952N
- 1998 og tidligere:**
60. Apold AB (1998): Informasjon og rådgjeving i Alternativ til Abort i Norge (AAN). Senter for Samfunnsforskning, notat 153
61. Applegate M (1998): Aids education for Adolescents. A review of the literature. *Journal of Hiv/Aids Prevention and Education for Adolescents & Children*, 2 (1)
62. Barne- og familiedepartementet: Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Handlingsplan. Q-1012 B
63. Barne- og familiedepartementet: Handlingsplan mot tvangsekteskap. Handlingsplan 2. utgave. Q-0980/2
64. Depression, Hopelessness, Suicidality, and Related Factors in Sexual Minority and Heterosexual Adolescents *J Consult Clin Psychol.* Dec;67(6):859–866
65. IPPF (1996): Charter on Sexual and Reproductive Rights. International Planned Parenthood federation
66. Kvam MH (1996): Seksualitet og fysisk funksjonshemming. Habiliteringstjenestens kunnskaper og behov. Berg Gårds skriftserie nr 2/96
67. Lov 13.juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd. <http://www.lovdatab.no>
68. Lov 3. juni 1977 nr. 57 om sterilisering
69. Millstein SG, Moscicki AB. Sexually-transmitted disease in female adolescents: effects of psychosocial factors and high risk behaviours. *J Adolesc Health.* 1995;17:83–90.
70. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al. (1997): Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *JAMA.* 278:823–832.
71. Sosial- og helsedepartementet: Ansvar og omtanke – Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Strategiplan. I-1033B
72. Sosial og helsedepartementet (1998): Om abortloven I-0935
73. Sosial og helsedepartementet (1998): Til deg som vurderer abort I-0936
74. Sosial og helsedepartementet (1998): Rutiner ved svangerskapsavbrudd I-0937
75. Tschann JM, Adler NE (1997): Sexual self-acceptance, communication with partner, and contraceptive use among adolescent females: A longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, vol. 7 no.4
76. UN (1994): Programme of Action, definition of reproductive health. Standards. ICDP



5 Støtteordningar for barnefamiljar – basert på rettar

Den viktigaste innsatsen i høve til gravide er allmenne samfunnstiltak som gjer det lettare å ha barn. Overføringane til barnefamiliane ligg utanfor rammene til handlingsplanen, men kan motverka høge aborttal av sosiale grunnar.

I skandinavisk sosialpolitikk har det tradisjonelt gått eit skarp skilje mellom lokal sosialhjelp, basert på skjønn, og statlege trygdeordningar knytt til rettar. I Noreg er støtteordningar til familiane i stor grad knytt til rettar, det vil seia at alle har rett ut frå objektive vilkår.

Dei støtteordningane som er mest interessante for gravide, er dei ordningane som gjeld for den fyrste tida etter fødselen. I tabellane 5.1, 5.2 og 5.3 er det gjeve ei oversikt over sentrale støtteordningar og rettar for barnefamiljar.

Dei siste tiåra er det satsa mykje på å betra ordningane med permisjon for småbarnsfamiliane. Så seint som i 1986 var fødselspermisjonen på berre 18 veker. Permisjonstida er gradvis vorte utvida, og i dag varer ordninga med fødselspengar eit år, dersom ein vel 80 prosent lønnsdekning. I 2001 var det 49 503 kvinner som avslutta perioden med fødselspengar, og 33 679 menn tok ut fødselspengar.

Frå 1. juli 2000 fekk faren sjølvstendig oppteningsrett til fødselspengar. Faren kan få fødselspengar basert på eiga lønn, uavhengig av om mora har rett til fødselspengar dersom mora etter fødselen går ut i arbeid eller utdanning eller er for sjuk til å ta seg av barnet. Faren vil ikkje ha rett på slik stønad dersom mora samtidig er heime og tar seg av barnet. Dersom mora etter fødselen arbeider deltid, blir far sine fødselspengar redusert tilsvarande reduksjonen i mora si arbeidstid. Om mora sin stillingsdel er minst 75 % av full arbeidstid, får likevel

faren fødselspengar i forhold til eigen stillingsdel. Endringa er ei styrking av fedrane sine rettar. Samstundes er det ei viktig endring for kvinner som ikkje har tent opp rett til fødselspengar, mellom anna studentar.

Kvinner som ikkje har vore i arbeid før fødselen, eller har hatt veldig låg inntekt, får utbetalt ein eingongsstønad. Kvinner som er på attføring vil òg få eingongsstønad. I 1986 utgjorde eingongsstønden 4 000 kroner, og summen har gradvis vorte heva til 33 584 kroner i 2003. Det vart utbetalt eingongsstønad til om lag 13 000 kvinner i 2001.

Kvinner som er under utdanning som gjev rett til stønad, og som har vore under utdanning i 6 månader før fødselen, kan få fødselsstipend frå Statens Lånekasse for utdanning. Stipend vert gjeve i 42 veker, og svarar til det maksimale støttebeløpet som Lånekassen kan gje til mora. Studentar vil i tillegg få eingongsstønad som skildra over. Kvinner som er under utdanning, men som ikkje har rett til fødselsstipend frå Lånekassa vil få eingongsstønden. Dette gjeld og dei som er meir enn eitt år forsinka i utdanninga si, dei som nett har avslutta studia og dei som ikkje har studert i 6 månader før fødselen.

Barnetrygda er den største overføringsordninga til barnefamiliane, og ho vert gjeve automatisk til alle nyfødde som er busette i Noreg fram til og med måneden før barnet fyller 18 år.

Hausten 1998 vart kontantstøtta innført for dei som har barn på eitt år, og frå 1. januar 1999 for dei som har barn på to år. Målet med kontantstøtta er å gje foreldra høve til sjølve å ta omsorg for egne barn, og velja omsorgsform. Vilåret for å få full kontantstøtte er at barnet ikkje har barnehageplass. Det vert gjeve delvis kontantstøtte for barn

som har deltids plass i barnehage. Frå 1. august 2003 auka kontantstøtta til 3 657 kroner per måned.

Om lag 9 prosent av dei barna som ble fødd i 2002

hadde einslege mødre.¹ Etter folketrygdlova kan einsleg mor eller far få ei rekkje ytingar som vist i tabell 5.2.

Tabell 5.1 Støtteordningar

Fødselspengar	Ved yrkesaktivitet i seks av dei siste 10 mnd før fødselen vert det gjeve fødselspengar i 52 veker med 80 prosent lønnsdekning eller i 42 veker med 100 prosent lønn. Tre veker før og seks veker etter fødselen må takast av mora. Fire veker er satt av til faren (fedrekvoten).	Summen er avgrensa til ei inntekt på brutto 6G (om lag 28 400 kr/mnd)
Fødselsstipend frå Lånekassen	Fødselsstipend frå Lånekassen vert gjeve i 42 veker til kvinner som er eller som har vore i utdanning som gjev rett til støtte i seks mnd før fødselen. Både kvinner og menn kan få fødselsstipend om vilkåra er oppfylt, men dei 9 fyrste vekene er reservert mor. Storleiken på summen er avhengig av om kvinna sin sambuar/ektefelle er i arbeid med høg eller låg inntekt eller er student.	Stipendbeløpet er lik det studenten kan få i utdanningsstipend og lån for dei aktuelle vekene.
Eingongsstønad	Eingongsstønad er ein eingongssum som vert gjeve til kvinner som ikkje har vore i arbeid før fødselen, eller som har hatt ei inntekt under 27 085 kroner. Stønaden vert gjeve per barn ved fleirbarnsfødsel, og vert gjeve i tillegg til fødselsstipend frå Lånekassen.	33 584 kroner
Barnetrygd	Vert gjeve automatisk til alle nyfødde busett i Noreg fram til og med den siste måneden før barnet er 18 år. Barnetrygd Finnmarkstillegg Småbarnstillegg til einslege forsørgjarar	For kvart barn: 972 kr/mnd 316 kr/mnd 657 kr/mnd
Kontantstøtte	Det vert gjeve full kontantstøtte til foreldre som har barn mellom eitt og tre år som ikkje har barnehageplass. Ved deltids plass i barnehage vert kontantstøtta redusert.	Full kontantstøtte utgjer 3 657 kroner per måned.

1) SSB. Befolkningsstatistikk, fødsler 2002.

Tabell 5.2 Overføringer til einslege forsørgjarar

Overgangsstønad	Overgangsstønad vert gjeve i tre år, og inntil yngste barn vert åtte år. Ved nødvendig utdanning kan perioden verta forlenga med 2 år. Stønaden vert redusert ved arbeidsinntekt, og fell bort ved ei inntekt på 292 000 kroner per år. Stønaden fell bort ved stabilt sambuarskap (stabilt sambuarskap i meir enn 12 av dei siste 18 månadene).	8 766 kr/mnd
Barnetrygd for eitt barn ekstra	Barnetrygd for eit barn ekstra. Dette fell bort ved stabilt sambuarskap.	972 kr/mnd
Ekstra småbarnstillegg	Til einslege forsørgjarar med barn 0–3 år, som har rett til full overgangsstønad og utvida barnetrygd, vert det gjeve ekstra småbarnstillegg.	657 kr/mnd
Fødselsstipend	Stipend frå Lånekassen vert gjeve til einslege forsørgjarar under utdanning med overgangsstønad.	Stipendbeløpet er lik det studenten kan få i utdanningsstipend og lån for dei aktuelle vekene.
Stønad til barnetilsyn	Stønad til barnetilsyn utgjer 66% av dokumenterte utgifter. Stønaden vert halvert ved inntekt over 341 166 kroner og fell bort ved inntekt over 454 888 kroner. Eitt barn: To barn: Tre eller fleire:	Maksimumbeløpa for 2003: 2 671 kr/mnd 3 485 kr/mnd 3 949 kr/mnd
Forskot på bidrag	Forskot på bidrag er eit minstebeløp som vert utbetalt også der faren er ukjent eller ikkje betalar bidrag.	1 240 kr/mnd for kvart barn.

Tabell 5.3 Andre rettar og økonomiske føremoner

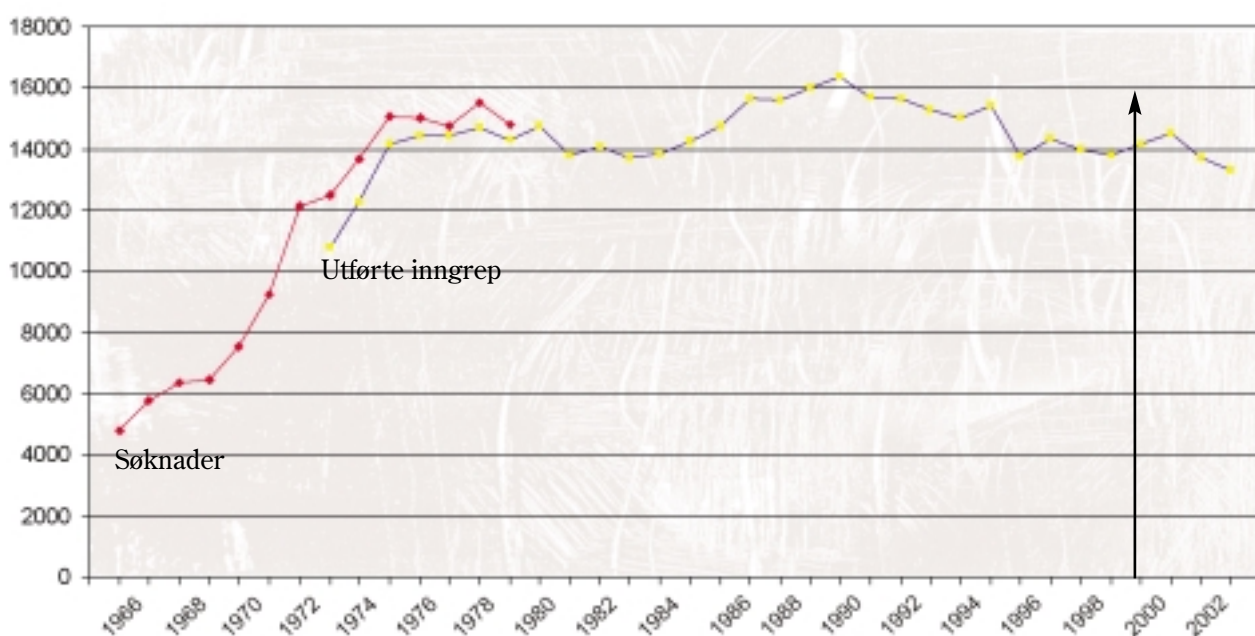
Økonomiske føremoner gjennom skattesystemet	Foreldrefrådrag vert gjeve for dokumenterte utgifter til pass av barn under 12 år. Eitt barn, maksimum: To eller fleire barn, maksimum:	25 000 kr per år 30 000 kr per år
Permisjon utan lønn	Kvar av foreldra har rett til eitt års permisjon utan lønn i forlenging av fødselspermisjonen.	
Redusert arbeidstid	Småbarnsforeldre har høve til redusert arbeidstid utan lønn.	
Fri frå arbeidet med lønn, når barn er sjuke	Det vert gjeve fri frå arbeid med lønn til arbeidstakarar med omsorg for barn under 12 år. Kvar av foreldra har rett til 10 dagar per år. Einslege forsørgjarar har rett til 20 dagar per år.	
Bustøtte	Ved låg samla inntekt i hushaldet kan Husbanken gje stønad for å dekkje buutgifter opp til ei viss grense.	

Vedlegg 1 Utvikling av aborttala

Sintef Unimed har utarbeidd denne rapporten om utvikling av aborttala.

I 2002 vart det utført 13 557 svangerskapsavbrot i Noreg. Dette er det lægste aborttalet sidan lov om sjølvbestemt svangerskapsavbrot trådde i kraft 1. januar 1979. Figur 1 viser talet søknader svangerskapsavbrot frå og med 1965 til og med 1978. Vidare inneheld figur 1.1 talet utførte svangerskaps-

avbrot frå og med 1972 til og med 2002 (1–3). Aborttala auka fram til 1973–74, deretter varierte aborttala mellom 14–15000 fram til 1979. Etter innføringa av lov om sjølvbestemt abort i 1979 gikk aborttala ned til 13 700 i 1982. Frå 1984 og fram til 1989 auka aborttala til over 16 300. Etter 1989 har aborttala gått ned att, unnateke 1996 då ein liten auke i forhold til 1995 vart observert.



Figur 1.1 Talet søknader om svangerskapsavbrot 1965–1978 og talet utførte inngrep 1972–2002

Som det går fram av figur 1.1 har aborttala likevel vore stabile sidan 1974. Dette i ei tid då det har vore store demografiske endringar blant kvinner i fertil alder (15–44 år). Berre frå 1979 og fram til 1997 har talet kvinner i fertil alder auka med nær

100 000, frå 820 000 kvinner 15–44 år i 1979 til 920 000 kvinner i 1997 og 915 000 i 2002 (4). Sett på denne bakgrunnen kunne ein ha forventa ein auke i dei absolutte aborttala gjennom 1980- og inn i 1990-åra.

Tabell 1.1 Abortratar etter alder i femårs aldersgrupper og treårs periodar Treårsperiodar

	1979– 1981	1982– 1984	1985– 1987	1988– 1990	1991– 1993	1994– 1996	1997– 1999	2000– 2002
Alder								
15–19	20.8	18.3	19.4	18.5	16.2	15.2	15.8	15.6
20–24	23.6	24.5	28.5	30.3	28.2	25.2	25.8	27.3
25–29	17.7	16.9	19.7	22.4	22.5	20.8	19.7	19.4
30–34	14.6	14.1	14.4	15.1	15.6	15.6	15.5	15.3
35–39	12.1	11.4	10.9	10.5	10.3	10.0	10.3	10.8
40–44	7.5	6.4	5.3	4.5	4.3	4.0	4.1	4.3
15–44	16.7	15.7	16.6	17.1	16.5	15.3	15.1	15.1
15–44*	16.7	16.0	17.3	17.9	17.2	16.0	16.1	16.3
15–44**	16.7	15.3	15.8	15.7	14.6	13.7	13.8	14.2
Manglande opp- lysningar alder (%)	0.5	0.2				0.4	0.7	

* Justert for alder til kvinner 15–44 år i1979

** Justert for alder og sivilstand (gift/ugift) til kvinner 15–44 år i 1979

Tabell 1.1 viser abort førekomen målt per 1000 kvinner i femårs aldersgrupper og treårsperiodar 1979–2002. Abortfila (datagrunnlaget for denne rapporten) i Statistisk Sentralbyrå har nærmast komplette data for alder. Over 24-årsperioden 1979–2002 manglar opplysningar om fødselsår (alder) for mindre enn 0,2% av dei kvinnene som har fått gjennomført svangerskapsavbrot (tabell 1, nedste kolonne).

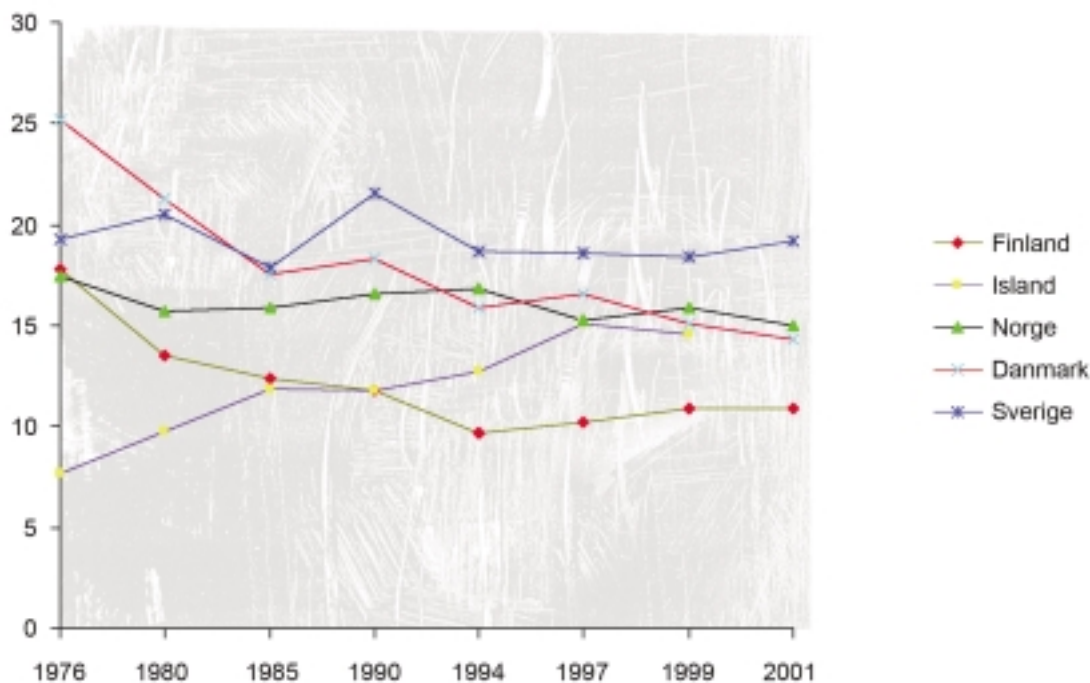
Dei alders-spesifikke abortratane avspeglar i hovudtrekk den generelle utviklinga i aborttala. Dei alders-spesifikke abortratane gjekk ned frå første treårsperioden 1979–81 til andre treårsperioden 1982–84 for alle gruppene, unnateke aldersgruppa 20–24 år. Auken i dei absolutte aborttala mellom 1984 og1989 finn ein først og fremst i aldersgruppene 20–24 og 25–29 år, der ein 25–30% auke vart observert. Etter 1988–90 har abortratane i disse aldersgruppene gått tilbake til eit noko høgre nivå enn det som vart observert tidleg på 1980-talet. For tenåringar (15–19 år) har abortførekomen gått ned over 25% frå første treårsperioden 1979–81 til treårsperioden 1994–96. Seinare har abort førekomen blant tenåringar vore stabil. For aldersgruppa 30–34 år har abort førekomen nærmast vore konstant over 24-årsperioden studien dekkjer.

I aldersgruppene 35–39 og 40–44 år har abortførekomen vore fallende på 1980-talet og haldt seg relativt konstant på 1990-talet.

Aldersgruppa 20–24 år har hatt den høgste abort førekomen i alle åra etter innføringa av lov om sjølvbestemt abort. Mens tenåringar hadde høgre abortførekomen enn kvinner i aldersgruppa 25–29 år i byrjinga på 1980-talet, er forholdet omvendt på 1990-talet.

Den generelle abortraten, 15–44 år, var relativt stabil gjennom heile 1980-talet og har vore fallende utover på 1990-tallet. Frå treårsperioden 1988–90 og fram til 2000–2002 har den generelle abortraten felle gradvis med 10% (justert for alder og sivilstand).

Per 1000 kvinner 15–44 år



Aldersjustert til norske kvinner 15–44 år i 1990

Figur 1.2 Svangerskapsavbrot i dei nordiske landa 1976–2002

Over dei siste 25 åra har abortførekomen i dei nordiske landa vore låg i forhold til andre land med liberal abort lovgiving. Abortlovene i dei nordiske landa er i praksis like. Danmark, Sverige og Noreg har sjølvbestemt abort, medan Finland og Island har ei lovgiving som seier at abort kan utførast når to legar, lege og sosionom/ sosialarbeidar har signert kravet om svangerskapsavbrot.

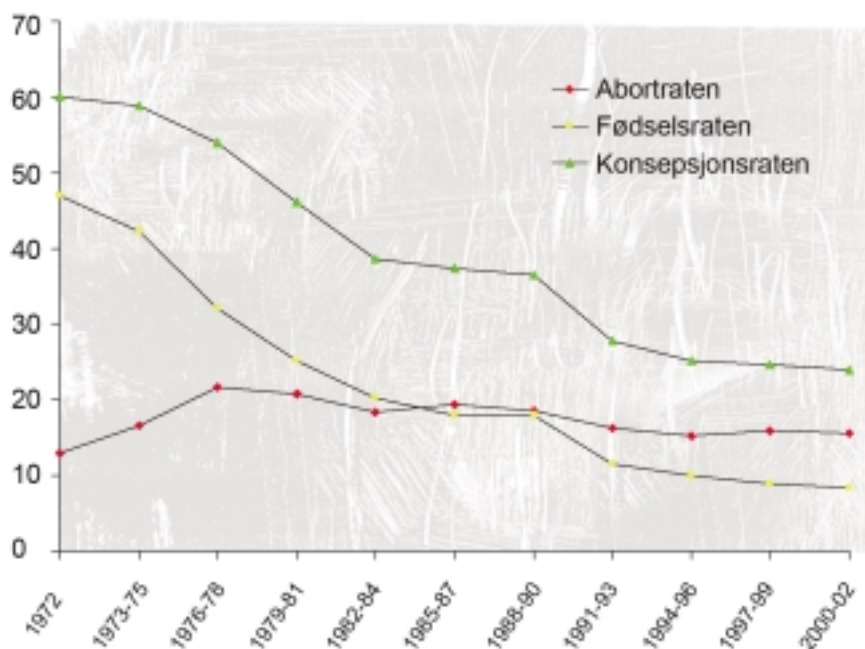
Finland har i ei årrekke hatt den lægste abortførekomen i Norden (5). Medan abortførekomen var like høg i Finland som i Noreg på midten av 1970-talet, har Finland dei seinare åra hatt ein 30% lægre abort førekomen enn Noreg. Island har hatt ein jamn stigande abortrate gjennom 1980- og inn i 1990-åra (6). Sverige har i alle år hatt den høgste abortførekomen i dei nordiske landa (7). Abortraten var høg i Danmark på 1970-talet, men har gått monaleg ned i løpet av 1980- og 1990-tallet (8). I dei seinare åre har det ikkje vore vesentleg forskjell i den generelle abortraten mellom Danmark og Noreg. Det er ingen eintydige forklaringar på kvifor Finland og Danmark har lukkast med å redusera abortførekomen gjennom 1970- og tidleg i 1980-åra. I desse to

landa gikk abortførekomen ned utan at spesielle politiske tiltak vart iverksett.

Handlingsplanar for førebygging av uønskt svangerskap og abort

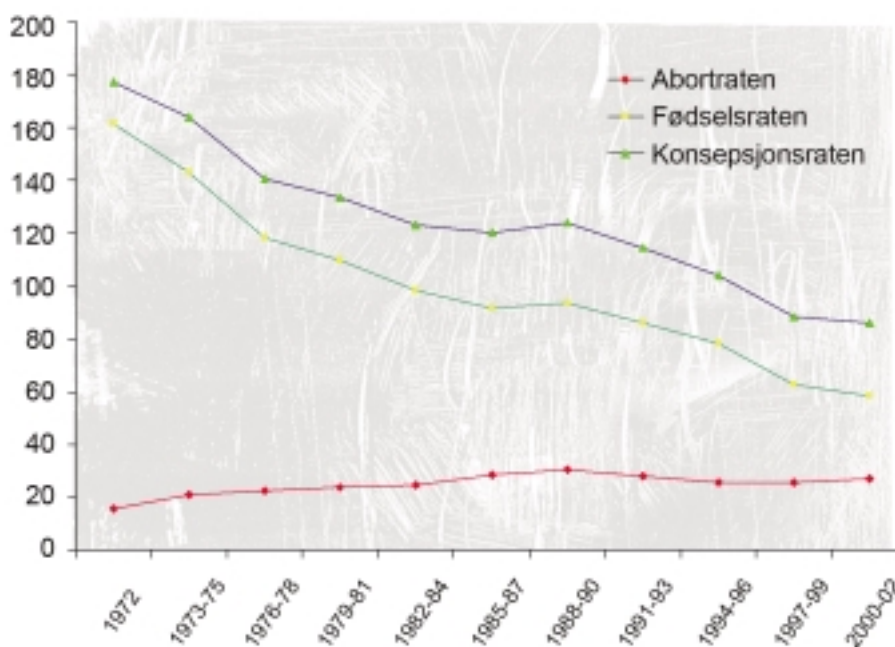
Den første Handlingsplanen for førebygging av uønskt svangerskap og abort omfatta åra 1991–93 (9). Den første Handlingsplanen vart ført vidare i 1994 med ein ny Handlingsplan for åra 1995–1998 (10). Handlingsplanen for åra 1995–1998 hadde som målsetting å redusera abortraten for tenåringar med 5% og redusera abortraten i aldersgruppa 20–24 år med 8% innan utgangen av planperioden. Frå treårsperioden 1991–93 til treårsperioden 1997–99 er abortførekomen blant tenåringar nærmast uendra, medan 8,5% nedgang i førekomen av svangerskapsavbrot blant kvinner 20–24 år er registrert. Handlingsplanen 1999–2003 (11) har hatt som generelt mål å redusere den generelle abortraten ytterlegare utan å tallfesta målsettinga. Frå perioden 1994–96 til 2000–2002 er det nærmast ingen endring i dei alders-spesifikke abortratane og den generelle abortraten, unnateke aldersgruppa 20–24 år, der ein 8% auke er observert.

Per 1000 kvinner



Figur 1.3 Konsepsjons-, fødsels- og abortratar for kvinner 15–19 år frå 1972 til 2002

Per 1000 kvinner



Figur 1.4 Konsepsjons-, fødsels- og abortratar for kvinner 20–24 år frå 1972 til 2002

Figur 1.3 og figur 1.4 gir oversikt over fødsler- og abortar for tenåringer og kvinner 20–24 år i eit 30-års perspektiv. Det er ein klar reduksjon i fødsler (12) i begge aldersgruppene. Fødsler blant tenåringer er redusert med over 80% frå tidleg på 1970-talet. Blant kvinner 20–24 år er fødselstalet meir enn halvert. Dette har skjedd utan vesentlege endringar i aborttala. For tenåringer steig aborttala tidleg på 1970-tallet, gjennom 1980-talet var abortraten relativt stabil, medan ein klar nedgang i førekomensten av abort blant tenåringer er observert utover på 1990-talet. For aldersgruppa 20–24 år har det vore ein svakt stigande abortrate gjennom 1980-talet, for så å falla med nær 20% gjennom 1990-åra og deretter auka frå 1997–99 til 2000–2002. Vi får ikkje nokon fullstendig evaluering før data for 2003 føreligg.

I alle år har det vore store skilnader i abortførekomenst mellom norske fylke. Same skilnaden finn vi i våre naboland, mellom amt i Danmark, län i Sverige og lääni i Finland.

Mens abortraten for tenåringer var meir enn tre ganger høgre for ungdom i Oslo som i Vest-Agder i treårsperioden 1988–90, har abortraten for ungdom i Oslo gått dramatisk ned gjennom 1990-åra (frå 32.2 i 1988–90 til 18.3 i 2000–2002). Skilnaden mellom høgste og lægste abortrate for tenåringer i 2000–2002 var over dobbelt så stor i Finnmark (27.6 per 1000) som i Vest-Agder (11.3 per 1000).

Tabell 1.2 Fylkesvise abortratar for tenåringer; 1988–2002

	1988–1990	1991–1993	1994–1996	1997–1999	2000–2002
Østfold	18.0	14.3	15.6	16.1	15.6
Akershus	19.0	16.9	14.0	16.0	14.4
Oslo	32.2	26.2	23.2	21.9	18.3
Hedmark	17.0	15.5	13.7	15.0	14.9
Oppland	18.3	16.2	15.7	16.2	16.8
Buskerud	16.3	16.2	14.7	14.3	14.4
Vestfold	16.6	15.4	16.1	15.6	15.5
Telemark	16.6	13.5	13.0	16.2	15.8
Aust-Agder	16.1	13.9	15.0	11.4	11.3
Vest-Agder	10.8	9.6	11.1	12.0	11.3
Rogaland	13.8	12.7	12.6	11.5	12.5
Hordaland	18.0	13.5	13.4	15.3	14.3
Sogn og Fjordane	15.5	14.2	14.0	12.1	14.5
Møre og Romsdal	15.1	13.1	12.0	13.1	13.4
Sør-Trøndelag	19.1	16.4	16.3	15.2	16.1
Nord-Trøndelag	16.8	15.0	14.0	16.0	15.3
Nordland	20.9	20.4	19.6	20.4	21.5
Troms	20.9	22.8	21.1	19.6	22.8
Finnmark	24.0	24.8	23.0	27.6	27.6
Heile landet	18.5	16.2	15.2	15.8	15.6

I fleire fylke har førekomensten av abort for tenåringer gått ned etter treårsperioden 1988–90. Dette gjeld først og fremst fylka Oslo, Akershus og Aust-Agder.

For aldersgruppa 20–24 år har abortraten gått ned med 10% sidan treårsperioden 1988–90. Størst nedgang i abortar i denne aldersgruppa finn ein i Oslo. For dei andre fylka er det små forandringar over treårsperiodane.

Tabell 1.3 Fylkesvise abortratar for aldersgruppa 20–24 år; 1988–1997

	1988–1990	1991–1993	1994–1996	1997–1999	2000–2002
Østfold	26.8	24.2	22.3	24.5	27.1
Akershus	33.1	29.0	24.3	27.2	27.6
Oslo	59.4	56.4	46.9	40.0	39.9
Hedmark	25.0	25.9	20.5	25.2	27.1
Oppland	24.5	23.7	23.4	25.7	25.7
Buskerud	30.0	24.8	21.0	24.0	25.4
Vestfold	25.3	25.6	21.7	26.3	27.3
Telemark	24.8	24.3	23.8	22.2	26.4
Aust-Agder	16.9	17.0	18.0	19.7	17.6
Vest-Agder	16.7	14.5	18.1	18.7	18.7
Rogaland	19.3	20.0	19.6	19.7	21.0
Hordaland	26.8	24.5	21.7	22.3	24.0
Sogn og Fjordane	18.9	17.7	18.5	18.6	19.2
Møre og Romsdal	20.5	19.2	15.4	17.4	20.6
Sør-Trøndelag	30.6	27.3	25.2	26.0	32.4
Nord-Trøndelag	19.9	23.0	17.0	22.4	22.4
Nordland	29.4	28.3	26.5	27.6	29.9
Troms	36.0	34.8	35.0	33.8	34.6
Finnmark	37.8	34.5	36.6	37.4	39.8
Heile landet	30.3	28.2	25.2	25.8	27.3

For både aldersgruppene er det ein klar geografisk profil. Lægre abortratar på Sørlandet og på Vestlandet, unnateke Hordaland, med høgre abortratar nordover langs kysten. Medan innanlandsfylka har relativt sett abortratar på nivå med Hordaland og Sør-Trøndelag, har Finnmark og Oslo hatt høgste abortratane i ei årrekke i aldersgruppa 20–24 år.

faktorar; § 2 c dreier seg om alvorleg sjukdom hjå fosteret som følgje av arvelege anlegg eller skadelege påverknader; § 2 d gjeld strafferettslege forhold der graviditeten vart til under tvang (incest, valdtekt), medan § 2 e tek opp langt komne svangerskap blant alvorleg sinnslidande eller alvorleg psykisk utviklingshemma kvinner.

Svangerskapsavbrot i andre trimester (>12 svangerskapsveker)

Krav om svangerskapsavbrot som vert sett fram etter 12. svangerskapsveke vert handsama i nemnd. Nemndene er sett saman av to legar.

Etter at registreringa starta i 1979, har talet svangerskapsavbrot etter 12. veke av svangerskapet variert mellom 350 og 400 per år. Totalt har dette utgjort 2,5–3,0% av alle utførte svangerskapsavbrota i landet.

Lov om svangerskapsavbrot (§ 2 a-e) gjev fem hovudgrunnar for samtykkje til at svangerskapsavbrot kan utførast etter 12. veke av svangerskapet (13). § 2 a inkluderer grunnar som gjeld mora si fysiske og psykiske helse; § 2 b tek omsyn til sosiale

Tabell 1.4 Grunnar for samtykkje til andre trimester svangerskapsavbrot, treårsperiodar 1979–2002. Heile landet.

		1979– 1981	1982– 1984	1985– 1987	1987– 1990	1991– 1993	1994– 1996	1997– 1999	2000– 2002
		%	%	%	%	%	%	%	%
Helsemessige	2 a	14	14	14	12	10	10	9	15
Sosiale	2 b	38	67	78	70	52	45	31	45
Arvemessige	2 c	4	3	7	17	29	33	28	35
Etiske	2 d	0.7	0.3	0.5	0.3	0.6	0.6	0.2	0.7
Alvorlig mentaleavvik	2 e	0.1	0.4	0.3	0.3	0.2	0.4	0.5	0.3
2a+2b		5	3	0.8	0.1	2	0.6		
Andre kombinasj.		0.4	0.2	0.0	0.1	0.4	0.2		
Ingen opplysninger		38	13	0.3	0.8	6	10	31	4
Årlige gjennomsnittstal for svangerskapsavbrot		n=392	n=356	n=360	n=355	n=350	n=363	n=405	n=443

Rapporteringa frå abortnemndene til Statistisk Sentralbyrå har vore varierende sidan registreringa starta i 1979. I treårsperioden 1979–81 mangla opplysningar for samtykkje i 38% av tilfella. Kvaliteten på rapporteringa var betre på midten av 1980-talet, medan aukande grad av mangelfull rapportering på nytt gjorde seg gjeldande utover i 1990-åra. For treårsperioden 1997–99 mangla grunnar for samtykkje til abort etter 12. svangerskapsveke hjå 31% av dei som fekk utført inngrepet. Den prosentvise fordelinga av grunnar for samtykkje til abort etter 12. svangerskapsveke må lesast med bakgrunn i relativt mangelfull rapportering frå år til anna.

Det er først og fremst sosiale grunnar (vanskeleg livssituasjon, § 2 b) som vert oppført som grunn av abortnemndene ved samtykkje til abort etter 12. veke av svangerskapet. Frå midten av 1980-talet har sjukdom hjå fosteret (§ 2 c) hatt ein prosentvis auke som grunn for samtykkje til svangerskapsavbrot. I 2000–2002 var sjukdom hjå fosteret (§ 2 c) oppgitt som årsak til vel ein tredjedel av alle svangerskapsavbrota etter 12. svangerskapsveke. Sjukdom hjå mor (§ 2 a) har gjennom heile tidsperioden utgjort 9–15% av alle som har fått godkjent svangerskapsavbrot etter 12. veke. Svangerskapsavbrot etter 12. veke på strafferettslege indikasjonar (§ 2 d) og blant alvorleg sinnslidande eller

blant alvorleg psykisk utviklingshemma kvinner (§ 2 e) utgjær særst få inngrep.

I abortlovgjevinga har fosteret aukande rettsvern med aukande svangerskapslengde. I den norske abortlova går det ei grense ved slutten av 12. og 18. veke av svangerskapet. Over 18. veke skal det svært tungtvegande grunnar til for at det blir gjeve samtykkje til utføring av svangerskapsavbrot. I fyrste treårsperioden etter at registreringa starta i 1979 vart det på landsbasis årleg utført i underkant av 20 svangerskapsavbrot etter 18. veke. Årleg etter 1994 har dette talet på landsbasis vore nær 70 svangerskapsavbrot.

For dei siste åra er kvaliteten på opplysningar om lengda på svangerskapet ved svangerskapsavbrot etter 12. veke mangelfull. Statistisk Sentralbyrå har ikkje lenger tilgang til kliniske opplysningar om lengda på svangerskapet, men kan berre rekna ut svangerskapslengda som differansen mellom dato for inngrepet og siste menstruasjonen.

Tabell 1.5: Grunnar for samtykkje til svangerskapsavbrot etter 18 svangerskapsveke, treårsperiodar 1979–2002. Heile landet.

		1979–81	1982–84	1985–87	1988–90	1991–93	1994–96	1997–99	2002–02
Helsemessige	2 a	1	< 5	10	8	2	3	6	8
Sosiale	2 b	4	< 5	8	6	2	4	5	5
Arvemessige	2 c	< 3	< 2	10	29	43	58	50	60
Etiske	2 d	< 1	< 1	< 1		< 1	< 1		< 1
Alvorlig mentale avvik	2 e			< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	
2a+2b		< 1	< 1						
Andre kombinasj.		< 1			< 1				
Årlege gjennomsnitts tal		n=18	n=16	n=29	n=44	n=52	n=68	n=65	n=70

Frå tabellen kan ein lese at fram til treårsperioden 1985–87, var det grunnar som omhandla sjukdom eller sær sars vanskeleg livssituasjon hjå den gravide som oftast ga samtykkje til svangerskapsavbrot blant langtkomne gravide. Etter treårsperioden 1985–87 har grunnar knytt til alvorleg sjukdom hjå fosteret dominert. Gjennom 1990- åra har denne grunnen utgjort over 80% av alle utførte svangerskapsavbrot etter 18. veke av svangerskapet.

Demografiske endringar i det norske samfunnet

Planlegging av svangerskap og fødsel skjer oftast innanfor det etablerte parforholdet. Faktorar som er avgjerande for kva tid i livsløpet og kven som planlegg svangerskap og fødsel, er dei same faktorene som avgjer kven som vel fødsel framfor svangerskapsavbrot når ikkje planlagte svangerskap oppstår (14, 15). Tradisjonelt har gifte kvinner fødd langt fleire barn enn ugifte kvinner. Den prosentvise delen av sambuarar har auka frå midten av 1970-talet og utover. Fødselar blant sambuarar er langt meir vanleg enn blant ugifte kvinner som ikkje er sambuarar, men lægre samanlikna med gifte kvinner.

I alle åra etter 1979 har ugifte kvinner hatt den doble abortraten av gifte kvinner. Den generelle abortraten tek ikkje omsyn til endringar i ekteskapleg status, men korrigerer berre for auken i talet kvinner i fruktbar alder. Den generelle abortraten er derfor eit grovt mål for endringar i svang-

erskapsavbrot over tid, men eit betre mål enn dei absolutte aborttala, som ikkje tek omsyn til demografiske endringar i det heile. Som mål i internasjonale samanlikningar er det den generelle abortraten som vert nytta.

Ved å justera for endringar i samansetjing i alder for gifte kvinner i fruktbar alder frå 1979 til 2002 viser abortraten for gifte kvinner ein nedgang frå 11.2 til 10.5 per 1000 gifte kvinner (6%), tilsvarande har abortraten for ugifte kvinner gått ned frå 22.5 til 19.6 per 1000 ugifte kvinner (13%) i same tidsrommet. I tabell 1.1 er den generelle abortraten rekna ut justert for alder (*) og alder og sivilstand (***) til samansetjinga av kvinner i 1979. Etter justering for alder er det små endringar i den generelle abortraten over heile 24-årsperioden. Derimot etter justering for både alder og sivilstand er det ein gradvis 15% nedgang frå treårsperioden 1979–81 til 2000–2002. Dette kan takast til inntekt for at dei førebyggjande tiltaka, som har vorte iverksett har hatt effekt.

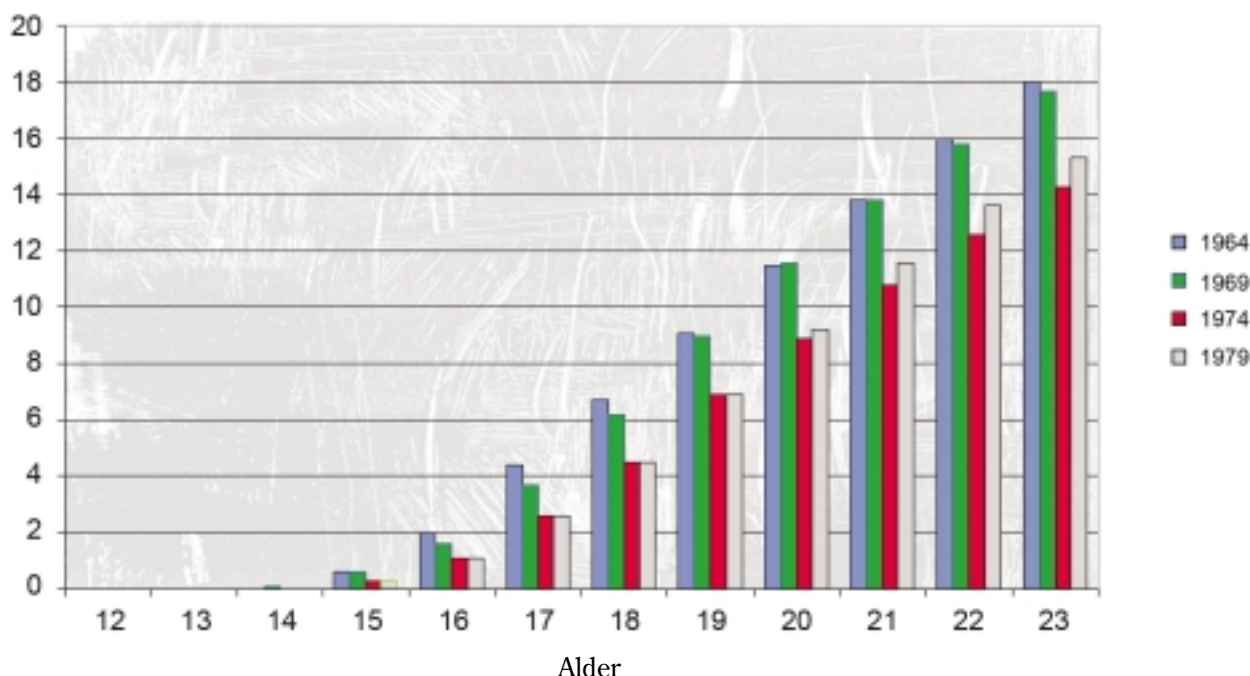
Fødselskull og abort førekomst

I Noreg har abort førekomsten blant tenåringer gått klart ned frå midten av 1980-åra og inn i 1990-åra (jf tabell 1.1). Fødselskulla fødd 1964 og 1969 vil ha gjennomlevd tenåra på 1980-talet. Fødselskulla fødd 1974 og 1979 vil i hovudsak ha gjennomlevd tenåra på 1990-talet.

Dei individuelle registreringane (abortjournalen) som vert gjort i Statistisk Sentralbyrå inneheld opplysningar om tidlegare svangerskapsavbrot. På

denne måten kan vi lage kumulerte tal for kvart fødselskull som viser kor mange som har teke abort i ulike aldrar frå 15 år og oppover.

Prosent



Figur 1.5 Prosentvis del av fødselskulla 1964, 1969, 1974 og 1979 som har teke minst eit svangerskapsavbrot fram til og med 23 år.

I figuren kan ein lesa ein skilnad i førekomsten av abort mellom fødselskulla 1964/1969 og 1974/1979 allereie ved 17-års alderen. Av dei som er fødd 1974/1979 er det ein tydeleg lægre del som har teke eit svangerskapsavbrot enn dei som er fødd i 1964 og 1969. Då desse fødselskulla var 23 år, hadde 14–15% av dei fødd i 1974/1979 teke eit svangerskapsavbrot, medan om 18% av dei fødd i 1964/1969 hadde teke eit svangerskapsavbrot. Det er denne skilnaden som avspeglar seg i høgre abortratar blant tenåringar på 1980-talet samanlikna med 1990-talet.

Skilnaden observert mellom fødselskulla 1964/69 og 1974 i figur 1.5 tilseier at om lag 1500 færre kvinner født i 1974/1979 har teke abort innan 24 år samanlikna med fødselskulla 1964/69. Det er på denne måten ein kan måla effekten av det førebyg-

gjande arbeidet. Dette gir perspektiv for evaluering av svangerskapsførebyggjande tiltak i komande handlingsplanar for førebygging av uønskt svangerskap og abort.

Samandrag

I 2002 vart det utført 13 533 svangerskapsavbrot i Noreg, det lægste aborttalet etter lov om sjølvbestemt abort vart innført 1. januar 1979. Etter 1989 har aborttala i hovudsak gått ned. Dei aldersspesifikke abortratane (førekomsten av abort målt per 1 000 kvinner etter alder) avspeglar i hovudtrekk den generelle utviklinga i aborttala. Aldersgruppa 20–24 år har hatt den høgste førekomsten av abort i alle åra etter registreringa starta i 1979. Medan tenåringsjenter hadde høgre førekomst av abort enn kvinner i aldersgruppa 25–29 år i byrjinga av 1980-åra, er tilhøvet omvendt på

1990-talet. Det er i aldersgruppene under 30 år abortraten er høgst, og potensialet for førebygging størst. I Noreg har førekomsten av abort blant tenåringar gått klart ned frå midten av 1980-åra og inn i 1990-åra. Det er til dømes slik at av dei som er fødd i 1974 eller i 1979 er det 3–3.5% færre som har teke eit svangerskapsavbrot enn dei som er fødd i 1964 og 1969. Dette utgjorde ved 23-års alder over 1 500 færre svangerskapsavbrot.

Førre handlingsplanen (1999–2003) hadde som mål å redusera førekomsten av abort blant kvinner i fruktbar alder. Etter 1994 er det marginale endringar i den generelle abortraten blant kvinner 15–44 år. Det er ikkje mogeleg å gjera nokon fullstendig evaluering av den førre planperioden før tala for 2003 ligg føre. Frå treårsperioden 1997–99 til 2000–2002 er det ingen endring korkje i dei alders-spesifikke eller den generelle abortraten, unnateke aldersgruppa 20–24 år der ein 6% auke er registrert.

I alle år har det vore store skilnader i førekomsten av abort mellom norske fylke, og det er dei nordlegaste fylka og Oslo som har hatt dei høgste abortratane. Medan abortraten blant tenåringar har gått markert ned i Oslo, har den økt over planperioden i dei nordlegaste fylka. For aldersgruppa 20–24 år er framleis abortraten høgst i Oslo og dei nordlegaste fylka utan endring over siste planperioden.

Talet på svangerskapsavbrot etter 12. veke av svangerskapet har variert mellom 350 og 450 per år etter 1979. Totalt har dette utgjort 2.5–3.0% av alle utførte svangerskapsavbrot i landet. Det er fyrst og fremst sosiale grunnar som vert oppførte som grunn av abortnemndene ved samtykkje til abort etter 12. veke. Frå midten av 1980-talet har sjukdom hjå fosteret (§ 2 c) hatt ein prosentvis auke som grunn for samtykkje til svangerskapsavbrot. I 2002 var sjukdom hjå fosteret (§ 2 c) grunnen til over ein tredjedel av alle svangerskapsavbrota etter 12. veke av svangerskapet. Etter 18. veke av svangerskapet vert det ikkje gjeve løyve til å avbryta svangerskap der det er grunn til å tru at fosteret er levedyktig, så sant det ikkje er overhengande fare for mora sitt liv og helse. Etter 1994 har det årleg vorte utført kring 70 svangerskapsavbrot blant langtkomne gravide, og om lag 80% av desse skuldast alvorleg sjukdom hjå fosteret.

Litteratur:

1. Grünfeld B. Legal abort i Norge. Oslo. Universitetsforlaget 1973.
2. Skjeldestad FE. Induced abortion and births. Trends in seven counties. Norway 1972–1983. Scand J Soc Med 1986; 14: 61-6.
3. Analyser basert på tilgang på data i «Abortfila» (1979–2002). Oslo, Statistisk Sentralbyrå.
4. Tabeller. Folkemengden etter kjønn og alder. Oslo, Statistisk Sentralbyrå, 1979–2002.
5. Tabell. Aborter enligt aldersgrupp per 1000 kvinner i motsvarande ålder åren 1975–2002. Stakes. Helsingfors, 2003.
6. Tabell. Iceland. Induced abortion 1976–1999. Reykjavik. Hagstofu, 2002.
7. Tabell. Induced abortion in Sweden 1976–2002. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003.
8. Statistik om prævention og aborter. København, Sundhedsstyrelsen 2002.
9. Handlingsplan for abortforebyggende tiltak i perioden 1991–93. Oslo. Sosialdepartementet, 1991.
10. Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort 1995–1998. Oslo, Statens Helsetilsyn, 1995 (IK 2483).
11. Førebygging av uønskt svangerskap og a bort 1999–2003. Handlingsplan. Oslo, Sosial- og Helsedepartementet, 1999. (I-0952 N)
12. Tabell. Antall og prosent fødte etter mora sin alder. Medisinsk Fødselsregister. Institutt for Hygiene og sosial medisin, Universitetet i Bergen. Årsmeldinger 1972–2001
13. Lov om svangerskapsavbrudd med endringer forskrift og veiledning. Oslo. Sosialdepartementet, Helsedirektoratet 1978 (I-2062)
14. Skjeldestad FE, Borgan J-K, Daltveit AK, Nymoene EH. Demografiske faktorar og svangerskap – kven veljer abort. Tidsskr Nor Lægefören 1993; 113; 56–60.
15. Skjeldestad FE. When pregnant – why induced abortion? Scand J Soc Med 1994; 22: 68–73.



Vedlegg 2 Forskning og erfaringer

Vedlegg 2 er en rapport utarbeidet av Nasjonalt folkehelseinstitutt for Helsedepartementet i forbindelse med ny handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort 2004–2008.

Innledning

Formålsparagrafen (§ 1) i lov om svangerskapsavbrudd anfører en serie virkemidler som skal anvendes for å skape en ansvarsbevisst holdning, slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig. Beslutninger om hvor og hvordan slike virkemidler skal settes inn, må være forankret i solid kunnskap. Slik kunnskap vinnes gjennom forskning. I denne gjennomgangen brukes ordet forskning i vid betydning om all systematisk aktivitet som sikter mot å fremskaffe ny kunnskap, ut over den offisielle statistikken som publiseres i Statistisk Årbok.

Et av de prioriterte tiltakene i handlingsplanen Forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999–2003 (1) var å stimulere til forskning om forebygging av uønsket svangerskap og abort. Dette er en videreføring av tilsvarende prioriterte tiltak i perioden 1995–1998: Forskning og statistikk om abort. I sammendraget om forskningen for den perioden er anført en upublisert rapport til Statens Helsetilsyn av Finn Egil Skjeldestad om utviklingen 1979–1997 og to SINTEF Unimed-rapporter fra 1997 av Finn Egil Skjeldestad om kvinner som gjennomgår flere enn en abort (1). Temaet var prioritert i Norges Forskningsråds program Forskning om forebyggende helsearbeid i perioden 1997–2000. Da forskning er tidkrevende, er det sjelden publikasjonene kommer før det er gått noen år fra godkjenning av prosjektene. Det er derfor grunn til å forvente resultater av flere arbeider for femårsperioden 1999–2003.

Forebyggende tiltak og forskning bør gå hånd i hånd. Stortingsmelding nr. 16 (1995–96) «Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv» har et kapittel om forebygging, som i hovedsak fokuserer på ungdom og unge voksne, ikke minst skolens rolle (2). Det forventes at forebyggingstiltakene er fulgt opp i forskningen. Evaluering kan ses som forskning for å finne ut om tiltakene nytter. Denne rapporten gir en kortfattet oversikt over aktuell forskning gjennomført i handlingsplanperioden 1999–2003. Hovedvekten blir lagt på norske bidrag, men relevante undersøkelser fra andre land i Norden som har betydning for forståelsen av forhold i Norge, tas også med.

Forskere fra mange miljøer har interessert seg for temaer omkring seksualitet, familieplanlegging, svangerskapsforebyggende tiltak i vid forstand, og svangerskapsavbrudd. Sosiologer, antropologer, psykologer, epidemiologer og leger med ulike spesialiteter publiserer gjerne i tidsskrifter som dekker eget fagfelt, mens andre resultater kommer som rapporter. Ikke alt er tilgjengelig i elektroniske databaser på internett. Det er et puslespill å danne et helhetsbilde av den kunnskapsmengden som foreligger selv i et «lite» miljø som det norske.

I en oppsummering av forskning omkring forebygging av uønskede svangerskap og abort er det naturlig å ta med andre relevante aspekter, fra epidemiologiske data til klinisk utprøving av nye metoder for abort selv om det ikke er direkte forebyggende arbeid. Slik aktivitet gir noe av premissene for det forebyggende arbeidet og vil bli omtalt. Aktuelle redaksjonelle artikler og annet stoff som har allmenn interesse blir listet uten at det gis en nærmere beskrivelse Avslutningsvis nevnes pågående studier og manuskripter som er under trykking i den grad det har vært mulig å få kunnskap om dem.

Epidemiologisk forskning

SINTEF Unimed (Skjeldestad) presenterte i år 2000 en samlet analyse av alle svangerskapsavbrudd registrert i Statistisk Sentralbyrå fra 1979 til og med 1998 (3). Når det ble justert for demografiske endringer, fant han at abortraten hadde sunket gradvis fra 15,9 til 12,9 per 1000 gifte kvinner og fra 22,5 til 17,8 per 1000 ugifte. Det meste av nedgangen skjedde på 1990-tallet og var størst i de yngste aldersgruppene. Fylkesforskjellene ble også mindre i perioden, men fortsatt har Oslo og Finnmark de høyeste ratene. Andelen inngrep etter 12. uke har vært stabilt, men inngrep i henhold til lovens § 2 c (risiko for fosterskade) økte i 20-årsperioden. I en separat undersøkelse fra Trondheim i samme rapport fant Skjeldestad at vel en tredel av dem som tok abort i 1997–98 hadde hatt minst en abort tidligere. I aldersgruppen under 20 år hadde rundt 10% hatt minst en tidligere abort. Tallene tyder på at opplysning og veiledning i prevensjon bør styrkes.

To publikasjoner belyser utviklingen i legal abort og forskjeller mellom de fem landene i Norden. Knudsen og medarbeidere har studert forholdene gjennom tretti år, fra 1970 til 2000, med hovedvekt på tenåringssvangerskap (4). Den generelle abortraten økte gjennom perioden i Island, men sank i de fire andre landene; med langt lavere rater for Finland enn for Sverige (høyst), Danmark og Norge. I Finland har aldersspesifikk hyppighet for aldersgruppen 15–19 år steget i 1990-årene; for øvrig var hyppigheten av abort i 1999 påfallende lavere i Danmark og Finland enn i Norge og Sverige; Island lå fortsatt høyst. Fertilitetsratene har sunket dramatisk i Island gjennom de siste tretti år. Forfatterne peker på at det har vært obligatorisk samlivs- og seksualundervisning i danske skoler siden 1970, mens regler om slik undervisning i finske skoler er endret i motsatt retning. Bender og medarbeidere så på fertilitet og abort blant tenåringer i Island og de andre landene i Norden (5). De høye ratene i Island forklares med kulturforskjeller, som dels går på tidlig seksuell debut, mindre samlivs- og seksualundervisning og mindre tilgang til og bruk av antikonsepsjonsmidler.

Også i Sverige har abortratene for tenåringer gått opp i de senere år, fra 17 per 1000 i 1995 til 22,5 i

2001 (6). Det er nevnt at mindre samlivs- og seksualundervisning i skolene, mer skoleskulk, røyking og stoffmisbruk i samme periode kan ha bidratt til den uheldige utviklingen.

Vigran og Lappegård beskriver utviklingen av abort i Norge og resten av Norden de siste 25 år (7). Til tross for små variasjoner har aborthyppigheten i Norge vært stabil så lenge loven har vært gjeldende. I gjennomsnitt tok rundt 13 kvinner av en gruppe på 1000 kvinner i alderen 15–49 år abort, som betyr at hvert femte påbegynte svangerskap endte i abort. Bak disse tallene har det skjedd endringer i aldersgruppene, som i hovedsak må ses i sammenheng med endret fruktbarhetsmønster. Årsakene til at en kvinne velger abort, er komplekse og må ses i sammenheng med livsfasen. Yngre kvinner som tar abort, er i større grad barnløse enn de eldre, og det er en høyere andel barnløse blant enslige. Mange av dem er under utdanning. Mye tyder på at muligheten for abort for de unge kvinnene også brukes som et middel for å utsette tiden for å etablere familie og få barn. De fleste over 30 år har to eller flere barn og er yrkesaktive. For dem er det mye som tyder på at abort brukes som et middel for å bestemme ønsket antall barn. Det stabile nivået av aborthyppigheten i de 25 årene Norge har hatt selvbestemt abort, tyder på at det er behov for mulighet for abort, uavhengig av endringer i holdninger til abort og seksualitet og tilgang til prevensjon.

Figur 3.5 i handlingsplanen Forebygging av uønskt svangerskap og abort 1999–2003 (1) har krav på spesiell interesse. Den viser hvor stor del av fødselskullene av kvinner født i 1964, 1969 og 1974 som hadde minst ett svangerskapsavbrudd fra de var 15 til de var 23 år gamle. Den viser at de som var født i 1974 år for år hadde hatt færre aborter enn de som var født på 1960-tallet. Det spekuleres ikke i hvilke samfunnsmessige endringer eller andre påvirkninger som kan forklare denne forskjellen mellom kvinner født med fem års mellomrom. Hvis tendensen blir den samme i neste fødselskohort (1979-kullet), bør det generere hypoteser om mulige årsaker, som kan gi grunnlag for videre forebyggende arbeid.

I Norge har Eskild og medarbeidere brukt syke-

husenes protokoller til å analysere geografiske forskjeller i nemndbehandlede aborter (etter 12. uke) i 1996–1997 (8). Tretti prosent av søknadene skyldtes risiko for fosterskade (§ 2 c). Totalt antall begjæringer per 10 000 kvinner var høyest i Oslo, Buskerud og Sør-Trøndelag, lavest i Vest-Agder, Møre og Romsdal og Finnmark. Forskjellen mellom høyest og lavest er stor, en faktor på rundt 3. Avslag på begjæringen i primærnemnd var vanligst på Sørvestlandet (43%) og i Nord-Norge (38%) mot 20% på landsbasis. Forfatterne hevder at slik variasjon ikke er i tråd med lovens intensjon og etterlyser mer fullstendige opplysninger om begrunnelsene enn det som fremgikk av protokollene.

Seksualvaner

Seksualvaner hos folk i Norge mellom 18 og 60 år er undersøkt av en gruppe fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, med gjentatte anonyme spørreskjemaer til 10 000 personer hver gang, fire ganger i 1987, 1992, 1997 og 2002, siste gang begrenset til dem mellom 18 og 49 år (9). Svarprosenten sank fra 63% til 36%, som gjør at resultatene må tolkes forsiktig. Median alder ved første samleie sank litt for menn, men var konstant for kvinner i perioden; i 2002 var den 17,5 år for menn og 17,1 år for kvinner. Median antall seksualpartnere hittil i livet for dem uten samboende partner var i hele perioden mellom fem og sju, litt færre for kvinner enn for menn. For kvinner og menn med samboende ektefelle eller partner var antallet litt lavere. Et mindretall oppga «veldig mange» partnere. Om lag 60% brukte prevensjon ved siste samleie; kondom ble brukt av ca. 20% av dem uten og 10% av dem med samboende partner. Med tanke på forebygging av uønsket svangerskap var det bare små endringer i folks seksualvaner og prevensjonsbruk i 15-årsperioden.

Nye mønstre av seksualatferd blant ungdom er kartlagt av Pedersen og Samuelson (10).

Landsrepresentative undersøkelser fra 1992 og 2002 viser at median debutalder for samleie har falt et helt år for jenter til 16,7 i løpet av tiårsperioden, og at jenter og gutter har like stor sannsynlighet for å gjøre seksuelle erfaringer utenfor faste kjæresteforhold. Dette kan gi økt risikoatferd, men kanskje også nye mønstre av seksuelt aktive og selvbevisste unge jenter.

Abort blant kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn

Eskild og medarbeidere studerte provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo (11). Data fra abortregisteret kunne ikke brukes til å finne ut hvilke grupper av kvinner helse-tjenesten og myndighetene bør rette abortforebyggende tiltak mot. Isteden brukte man informasjon fra pasientjournaler ved Ullevål Universitetssykehus, sammenholdt med statistikk fra Oslo kommune, Statistisk kontor. Denne tilnærmingen var arbeidskrevende, dyrere og mindre presis enn identifiserbare data fra Statistisk Sentralbyrå ville ha vært. Forskerne fant at de fremmedkulturelle var overrepresentert blant abortsøkerne (24,5 %, mot 13,8 % i den generelle befolkning). Tendensen var tydeligst for kvinner over 35 år.

Seksuell adferd, og reaksjon på svangerskap

I en longitudinell studie blant ungdom i Nordland spurte Træen blant annet om hvilke seksuelle handlinger ungdom hadde erfart, og når (12). Svarene viste at ved en gjennomsnittsalder på 16,4 år hadde 96 % av jentene og 90 % av guttene kysset, 93 % av jentene og 85 % av guttene hadde tungkysset, 69 % av jentene og 92 % av guttene hadde onanert, 69 % av jentene og 93 % av guttene hadde fått orgasme, 81 % av jentene og 66 % av guttene hadde blitt befølt over hele kroppen, 76 % av jentene og 70 % av guttene hadde selv befølt partneren over hele kroppen, 73 % av jentene og 66 % av guttene hadde befølt partners kjønnsorganer med hendene, 63 % av jentene og 52 % av guttene hadde hatt samleie, og 51 % av jentene og 42 % av guttene hadde hatt oral sex. Flere jenter enn gutter har altså opplevd seksuelle handlinger sammen med en partner. Videre har flere jenter enn gutter opplevd å bli passivt befølt over hele kroppen av en partner. På samme tid hadde langt flere gutter enn jenter aktivt befølt partnerens kropp over det hele.

Pedersen og Hegna har ved hjelp av spørreskjema kartlagt barn og ungdom i aldersgruppen 14–17 år som selger sex (13). Studien er fra Oslo og omfatter alle offentlige og private skoler med responsrate på 94 %. Svarene ble gitt anonymt. I alt 1,4 % hadde solgt seksuelle tjenester, tre ganger så mange gutter som piker, henholdsvis 2,1 % og 0,6 %. Halvparten hadde solgt sex mer enn 10 ganger.

Det var liten eller ingen sammenheng med sosio-demografiske forhold som foreldrenes sosiale klasse, norsk eller fremmedkulturell familie, boligens størrelse og om de bodde i østlige eller vestlige bydeler i Oslo. Salg av seksuelle tjenester var derimot korrelert til alder ved første samleie, alkoholbruk og stoffmisbruk (med kjønnsforskjell i bruk: Mer heroin hos gutter, mer ecstasy hos jenter). For jenter var det også klar sammenheng med å være utsatt for vold eller trusler om vold.

Nær en av fem ungdommer i Oslo har i dag ikke-vestlig minoritetsbakgrunn, og de fleste er muslimer. Pedersen har studert forelskelse og seksualitet hos muslimske jenter, med utgangspunkt i «Ung i Oslo-studien» som er nevnt i foregående avsnitt, sammenholdt med semistrukturerte intervjuer av unge kvinner med bakgrunn fra Pakistan i alderen 18–25 år (14). Det viser seg å være stor forskjell mellom unge muslimske menn og kvinner når det gjelder holdninger og praksis. Hyppighet av samleiedebut hos muslimske gutter under 17 år var omtrent som for gutter som var kristne eller uten religion. Av muslimske jenter under 17 år hadde bare ca. 8 % hatt samleie, mot nær 40 % av norske jenter med kristen bakgrunn. Religion og familieverdier syntes å ha langt større betydning for jentene. Når dette sammenholdes med Eskill og medarbeideres funn om at innvandrerkvinner tar abort oftere enn de med norsk bakgrunn (11, referert ovenfor), må en anta at det er et udekket behov for prevensjon blant gifte, muslimske kvinner.

Ikke planlagt svangerskap:

Beslutningsprosess

Beslutningsprosessen før svangerskapsavbrudd ble undersøkt blant 432 kvinner som fikk inngrepet gjennomført ved fem norske sykehus (15). Metoden var personlig intervju etter strukturert spørreskjema. Deltagelse var frivillig; elleve prosent av slo å delta. Intervjuene ble foretatt i forbindelse med journalopptaket og den kliniske undersøkelsen ved poliklinikkene. Over 80 % hadde tatt beslutningen om svangerskapsavbrudd før de søkte lege, 72 % innen en uke etter positiv svangerskapstest. Begjæring ble fremmet gjennom allmennpraktiker av 81 %, gjennom spesialist av 8 %, mens 4 % henvendte seg direkte til sykehuset. I Bærum ble ungdomshelsestasjonen brukt av 15 %

av dem som begjærte abort. Femten prosent var fortsatt i tvil om beslutningen etter at de var blitt henvist til sykehuset, og fem prosent hadde ikke tatt endelig beslutning da de ankom sykehuset. På spørsmål om grad av tvil svarte 48 % at de aldri tvilte på beslutningen, mens 15 % hadde hatt store vansker med å bestemme seg og 11 % var «fortsatt i tvil, men må bare gjøre inngrepet». Halvparten av kvinnene hadde fått informasjon av henvissende lege. 36 % av alle uttrykte ønske om mer informasjon om inngrepet ved fremmøtet på sykehuset. 13 % trodde at abortinngrep var fritt for komplikasjoner. Av 155 enslige var det 6 % som hadde behov for informasjon om sosiale rettigheter og støtteordninger. En konklusjon er at det er gruppen som ikke har tatt beslutningen om svangerskapsavbrudd før de søker helsevesenet, som kan ha behov for mer omfattende informasjon og rådgivning, en annen konklusjon at offentlige brosjyrer brukes og leses lite.

Stiftelsen Amatheia (tidligere Alternativ til Abort i Norge), har abortrådgivning som hovedoppgave. Granlund har kartlagt brukerprofilen i tiden 1997–2000 (16). Kontorene ble årlig oppsøkt av rundt 5000 kvinner; to tredeler av dem var gravide og om lag 15 % usikre på om de var gravide. Blant de gravide var 80 % innenfor 12-ukersgrensen. Den «typiske» bruker var under 25 år, enslig eller med fast følge og var uten barn fra før. Blant dem som var usikre på om de var gravide, var det mange tenåringer, skoleelever som ble forsørget av andre. For halvparten av de gravide var hovedtemaet spørsmålet om å fortsette eller avbryte svangerskapet; fjerdeparten berørte problemet uten at det var hovedtema. Ellers var kvinnene opptatt av ulike forhold, alt fra sosiale rettigheter og relasjoner til psykologiske og medisinske forhold. Stiftelsen har ingen kunnskap om hvor mange av de gravide som fullførte svangerskapet og hvor mange som valgte abort.

Aksept eller avvisning av svangerskap

I en dansk undersøkelse av Rasch og medarbeidere ble identiske spørsmål om planlagt eller ikke planlagt svangerskap besvart av kvinner som gikk til ordinær svangerskapskontroll før 20. uke, kvinner som hadde hatt spontan abort eller svangerskap utenfor livmoren, og av kvinner som fikk

utført svangerskapsavbrudd (17). De ble så delt inn i grupper: De som aksepterte og de som avviste («rejected») svangerskapet. Den siste gruppen var altså de som begjærte abort. Blant dem som aksepterte sitt svangerskap, var svangerskapet ikke planlagt hos 32%, uavhengig av om de gikk til kontroll eller at det endte som spontan abort eller satt utenfor livmoren. Av ikke planlagte svangerskap endte tre ganger så mange i fødsel (eller spontan abort) som provosert abort. Bare 15% av dem som ikke hadde planlagt, men likevel aksepterte sitt svangerskap, hadde brukt prevensjon ved det befruktende samleiet, mot 51% av dem som ikke hadde planlagt å bli gravide og begjærte abort. Dette tyder på at tanken om å få barn, likevel ikke var så fjern for dem som aksepterte svangerskapet. Sammenlignet med dem som begjærte abort, var de som ikke hadde planlagt, men aksepterte svangerskapet, litt eldre, oftere i stabile parforhold, de hadde noe høyere utdanning og flere hadde lønnet arbeid.

Forebygging av uønskede tenåringssvangerskap

Myklestads rapport Forebygging av uønskede tenåringssvangerskap i Oslo beskriver et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet og tre bydeler i Oslo med høy andel av svangerskap og aborter blant tenåringer (18). Det ble utviklet et skoleprogram der ett av formålene var å forebygge uønskede tenåringssvangerskap. Planlegging, implementering og analyse pågikk i årene 1999–2002. Metoden var å undersøke kunnskap, holdninger og seksuell risikoadferd blant elever på ungdomstrinnet før og etter et undervisningsprogram (intervensjonen). Det ble brukt spørreskjema. Bydelene Sagene–Torshov og Romsås hadde intervensjonsskolene og Gamle Oslo kontrollskolene (ingen intervensjon). Ifølge målsettingen skulle programmet «Jeg har et valg!» føre til at ungdom på niende klassetrinn skulle få best mulig utgangspunkt for å velge gunstig helserelatert adferd. I tillegg ønsket man å få informasjon om ungdommens motivasjon for sikker prevensjonsbruk, innvirkning på deres psykososiale helse og endring i forekomst av tenåringssvangerskap over tid. Resultatene viste at elevene i intervensjonsgruppen tilegnet seg mer kunnskap om prevensjon, seksualitet og graviditet enn før, og mer enn

dem i kontrollgruppen. Holdninger til tilgjengelighet til 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 intervensjonen (posttest) hadde 9 % hatt samleie de siste tre måneder, mot 23 % av elevene i kontrollskolene i samme periode. For noen faktorer hadde intervensjonen større effekt på jentene enn på guttene. På grunn av høy motivasjon for bruk av prevensjon i fremtiden, var potensialet for endring lavt. Besøk på helsestasjon for ungdom ble registrert som positivt.

Kvalem brukte liknende metodikk med intervensjons- og kontrollskoler i sin avhandling om skolebasert seksualundervisning og ungdommens prevensjonsbruk, spesielt 16 til 20-år gamle gutters bruk av kondom (19). Undersøkelsen ble gjort i Vestfold fylke. Resultatene viste at bare gruppen som deltok både på «pretest» og undervisningsopplegget hadde signifikant økning i bruk av kondom etter et halvt år. Effekten var størst blant dem som hadde få seksualpartnere. Forfatteren understreker betydningen av å forankre forebyggende informasjon i ungdommens egen sosiale og seksuelle virkelighet og av å fokusere på seksualitetens positive sider.

Spesialtema: Fosterdiagnostikk

Lov om svangerskapsavbrudd § 2, 3. ledd, bokstav c gir mulighet for svangerskapsavbrudd etter 12. uke når det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom som følge av arvelig anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet. Teksten er omtrent uforandret fra den første norske abortloven av 1960, utformet i en tid da fosterdiagnostikk var ukjent. I dag er det mulig å påvise fosteravvik ved hjelp av ultralyd og diverse analyser av fostervann og fosterceller med nær 100 % sikkerhet, samt få sterk mistanke ved analyser av morens blod. Noen avvik (og fosterets kjønn) kan påvises alt før utgangen av 12. svangerskapsuke. Antallet svangerskapsavbrudd på såkalt eugenisk indikasjon har i siste 20-årsperiode steget jevn fra ca.16 i året i 1979–81 til 155 i 2000–02 (20). Siden den første konsensuskonferansen om ultralyd i svangerskapet i 1986 har slik diagnostikk i 18. svangerskapsuke vært et anbefalt tilbud til alle

gravide, bekreftet etter en ny konferanse i 1995. Nesten alle tar mot tilbudet. Stadig forbedret apparatur og diagnostisk ferdighet gjorde at muligheten for å påvise fosteravvik ble sterkere betont ved den siste konferansen.

Eskild og medarbeidere har studert nemndpraksis og fosterdiagnoser for søknader om abort etter lovens § 2, 3. ledd, bokstav c, i 1996–97 (21). Av 303 søkere fikk 300 søknaden innvilget av primærnemnden og 3 i klagenemnd. Aborter på grunn av fosteravvik utgjorde 1% av alle svangerskapsavbrudd i perioden. Gjennomsnittlig svangerskapsvarighet ved inngrepet var 18 uker. Forskerne hadde tillatelse til å innhente alle relevante dokumenter om hvert kasus og fant at fosterets utviklingsavvik ikke var dokumentert i 53 % av tilfellene. Alvorlige misdannelser i sentralnervesystemet forekom hos 26 % av dem med oppgitt diagnose og kromosomfeil hos 25 %, hvorav 16 fostre (40 % av dem med kromosomfeil) hadde trisomi 21, Down syndrom. Forfatterne etterlyser bedre dokumentasjon som grunnlag for evaluering av nemndenes praktisering av abortloven, og for økt kunnskap om grunnlaget for kvinners valg av abort ved påviste feil hos fostrene.

Temaet medikamentell abort ble kommentert i Tidsskrift for Den norske lægeforening av Aavitsland i 2001 (22) og av Nesheim i 2003 (23), og svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade av Bergsjø i 2000 (24). Aavitsland har også kommentert temaet ungdom, sex og helse (25).

Igangværende prosjekter

Følgende prosjekter i Norges forskningsråds program *Helse og samfunn* (26) er utlistet:

- Effekt av intervensjon for å forebygge uønsket svangerskap blant ungdom. En randomisert prospektiv studie. Ansvarlig: Bente Træen, Universitetet i Tromsø
- Tenåringsgraviditet i storby – selvbylde og variasjoner i seksuell atferd. Ansvarlig: Knut-Inge Klepp, Universitetet i Oslo
- Kontekster for valg – individuelle, profesjonelle og kulturelle forståelser av fosterdiagnostikk og selektiv abort. Ansvarlig: Thorvald Sirnes, Universitetet i Bergen
- Informasjon og veiledning som tiltak i abort-

politikken – en studie av helsetjenestens møte med kvinner som begjærer abort. Ansvarlig:

Kari Tove Elvebakken, Universitetet i Bergen

- Ungdoms seksualitet: En prospektiv, longitudinell studie med vekt på forskjeller etter kjønn. Ansvarlig: Willy Pedersen, Universitetet i Oslo

- Skal man bære eller la være? Språkkulturelle konstruksjoner og tradisjoner om selektiv abort. En historikk komparasjon. Ansvarlig: Thorvald Sirnes, Universitetet i Bergen

Ann-Karin Valle ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, studerer «Tenåringsseksualitet, kjønn og sosiale forskjeller» blant 15- og 16- åringer i Oslo, basert på HUBROs ungdomsundersøkelse i Oslo, med støtte fra NFR's program *Helse og Samfunn*.

Siri Vangen ved Folkehelseinstitutt studerer «Provosert abort og innvandrere i Oslo», finansiert fra Helse og rehabilitering (NKSF): Det har tidligere ikke vært noen kjennskap i Norge eller andre europeiske land til at kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn er en risikogruppe for provosert abort. Det finnes dermed liten kunnskap om årsakene til svangerskapsavbrudd blant disse kvinnene. Det er ikke sikkert at de samme virkemidlene kan benyttes for å redusere aborttallene hos innvandrere som hos etniske nordmenn. Studien til Eskild og medarbeidere (11) hadde flere begrensinger. Målet er derfor å få mer kunnskap om kvinner som søker abort og om reproduksjonsmønsteret hos kvinner fra etniske minoriteter sammenliknet med etnisk norske.

Litteratur og andre kilder

1. Sosial- og helsedepartementet. Forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999–2003. Handlingsplan. Oslo: Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Statens helsetilsyn og Statens institutt for folkehelse, 1999. Bestillingsnummer I-0952 N.
2. Sosial- og helsedepartementet. Om erfaringer med lov m svangerskapsavbrudd. St meld nr 16 (1995–96). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.
3. Skjeldestad FE. 20 år med selvbestemt abort –

- hva viser aborttallene? SINTEF RAPPORT nr. STF78 A00251. Trondheim: SINTEF Unimed, Seksjon for epidemiologisk forskning, 2000. ISBN 82-14-02-053-0.
4. Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, Hedberg C, Ollendorff U, Sundström K, Totlandsdal K, Vilhjalmsdottir S. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:257-68.
 5. Bender SS, Geirsson RT, Kosunen E. Trends in teenage fertility, abortion, and pregnancy rates in Iceland compared with other Nordic countries, 1976–99. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:38-47.
 6. Edgarth K. Adolescent sexual health in Sweden. *Sex Transm Infect* 2002;78:352-6.
 7. Vigran Å, Lappegård T. 25 år med selvbestemt abort i Norge. *Samfunnsspeilet* nr. 3, 2003.
 8. Eskild A, Nesheim B-I, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. Geografisk variasjon i forekomsten av induserte senaborter i Norge 1996–97. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:24-7.
 9. Træen B, Stigum H, Magnus P. Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for epidemiologi, 2003.
<http://www.fhi.no/publ/rapporter/>
 10. Pedersen W, Samuelsen SO. Nye mønstre av seksualatferd blant ungdom. *Tidsskr Nor lægeforen* 2003;123:3006-9.
 11. Eskild A, Helgadottir LB, Jerve F, Stray-Pedersen S, Løset Å. Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:1355-7.
 12. Træen B. Effect of an intervention to prevent unwanted pregnancy in adolescents. A randomised, prospective study from Nordland County, Norway 1999–2001. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2003;13:207-223.
 14. Pedersen W, Hegna K. Children and adolescents who sell sex: a community study. *Social Science & Medicine* 2003;56(1):135-47.
 13. Pedersen W. Dyd i ars erotica: Forelskelse og seksualitet blant muslimske jenter i Norge. *Sosiologisk tidsskrift* 2002;10(3):209-37.
 15. Skjeldestad FE. Beslutningsprosess og behov for informasjon / rådgivning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd – en evaluering av intensjonene i abortloven. SINTEF RAPPORT nr. SFT78 A022502. Trondheim: SINTEF Unimed, Seksjon for epidemiologisk forskning, 2002: 44 sider med bilag. ISBN 82-14-02800-0.
 16. Granlund TO. Hvem oppsøker stiftelsen Alternativ til Abort i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:165-8.
 17. Rasch V, Knudsen LB, Wieland H. Pregnancy planning and acceptance among Danish pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:1030-5.
 18. Myklestad I. Forebygging av uønskede tenåringssvangerskap. Implementering og evaluering av en skoleintervensjon i Oslo. *Folkehelseinstituttet, Rapport* 2003:2:81 sider. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003. ISSN 1503-1403. ISSN 82-8082-026-4. IN 5063-2046-1.
 19. Kvaalem IL. Understanding and changing adolescent contraceptive behaviour. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, SV-fakultetet, Psykologisk institutt, 2002. ISBN 82-596-2034-3.
 20. Skjeldestad FE. Personlig informasjon 2003, ikke publisert.
 21. Eskild A, Nesheim B-I, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade i Norge, 1996–97. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:1000-3.
 22. Aavitsland P. Svangerskapsavbrudd, mifepriston, og pasientrettigheter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:3261.
 23. Nesheim B-I. Medikamentell abort – et provoserende emne? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2411.
 24. Bergsjø P. Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade. Når er selektiv abort indisert og etisk akseptabelt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:998.
 25. Aavitsland P. Ungdom, sex og helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:3005.
 26. Norges forskningsråd. Brev med vedlegg fra avdelingssjef Ragna Valen og rådgiver Ivar Bermann til Helsedepartementet, datert Oslo 07.07.2003, referanse 200301251.



Vedlegg 3 Ressursmiljøer og organisasjoner

Det finnes mange ressursmiljøer som kan være aktuelle å kontakte for tips og råd om samliv og seksualitet. Her er en oversikt over en del av dem – med kontakinformasjon og omtale:

Amathea

Hovedkontor: Dronningensgt. 8b, 0152 Oslo
Tlf: 22 47 80 10
Faks: 22 47 80 20
E-post: post@amathea.no
Internett: www.amathea.no
Amathea (tidligere AAN) er en landsdekkende privat stiftelse som gir råd til gravide. Amathea tilbyr også gratis informasjonsmateriell om rettigheter og muligheter for gravide.

Barn og Unges Kontakttelefon (Røde Kors)

Tlf: 800 33321
Åpen mandag–fredag kl. 14:00–20:00 hele året (inkl. helligdager)
En generell tjeneste for ungdom opp til 18 år som har behov for voksenkontakt eller noen å snakke med.

Dixi – Landsforeningen for voldtatte

Postboks 407
4067 Stavanger
E-post Oslo: dixioslo@online.no
E-post Stavanger: stavanger@dixi.no
Internett: www.dixi.no
Dixi Landsforeningen for voldtatte arbeider for å hjelpe voldtektsofre og deres pårørende, spre informasjon om senskader og følgeskader samt drive holdningsskapende arbeid.

Flerkulturell innsats mot HIV og AIDS – ungdomsgruppe (se også: ORKIS)

Tlf: 21 02 32 08
Internett:
www.oslo.redcross.no/html/orkis/orkis_Fimha.htm

Prosjektet driver, i tillegg til gratis kondomutdeling, utstrakt informasjon og sikker sex blant innvandrere generelt og de afrikanske miljøene spesielt.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)

Postboks 4404 Torshov, 0403 Oslo
Tlf: 22 04 23 89
Faks: 22 04 23 84
E-post: folkehelseinstituttet@fhi.no
Internett: www.folkehelsa.no
FHI har oversikt over informasjon og forskning om hiv/aids og seksuelt overførbare sykdommer, i tillegg til en del undervisningsmaterieell.

Grimstad MPAT institutt

Psykolog E. Almås og lege E.E.P. Benestad
Storgt. 40/42, 4876 Grimstad
Tlf: 37 25 81 00
Faks: 37 25 81 07
E-post: esben.esther@sexologi.com eller elsa.almaas@sexologi.com
Internett: www.sexologi.com
Instituttet har kompetanse på seksualrådgivning, seksualterapi og seksuelle minoritetsgrupper. Driver kurs i sexologi for fagpersoner og fagmiljøer, og gir veiledning til fagpersonell knyttet til kjønn og seksualitet.

Helseutvalget for homofile

Kongensgate 12, 0153 Oslo
Tlf: 23 35 72 00
Faks: 23 35 72 01
E-post: oslo@helseutvalget.no
Internett: www.helseutvalget.no
Helseutvalget driver helsefremmende og forebyggende arbeid. Målgruppen lesber, homser og bifile, med hovedvekt på sikrere sex. De har informasjonsmateriell, og holder kurs og seminarer for målgruppene.

Homofiles ungdomstelefon: 810 00 277
Telefontid søndag–fredag kl. 18:00 til 22:00.
Gratis telefonlinje hvor ungdom svarer ungdom på spørsmål om homofili, identitet, forelskelse, og sikrere sex. Telefonen er en landsdekkende informasjons- og støttetelefon drevet av homofil og lesbisk ungdom.

IKN – Islamsk Kvinnegruppe Norge
Maridalsveien 3, 0178 Oslo
Tlf: 22 20 65 20
Faks: 22 20 52 89
E-post: post@ikn.no
Internett: www.ikn.no
Interesseorganisasjon for muslimske kvinner og barn i Norge, med avdelinger i Bergen, Haugesund, Bærum, Trondheim og Oslo. IKN holder kurs og driver ulike sosiale aktiviteter. Tilbyr råd og veiledning for muslimer og andre om islam i Norge. Registrerer og veileder i diskrimineringssaker.

Informasjonstelefon om tvangsekteskap (ORKIS)
Gratis grønt nummer 81 55 52 01
Åpent alle hverdager fra kl. 11:00 til 20:00
Alle som betjener telefonen har taushetsplikt.
E-post: info.tvangsekteskap@redcross.no
Internett: www.oslo.redcross.no/html/orkis/orkis_infotelefon.htm
Informasjonstelefonen er et tilbud til ungdom som trues med eller utsettes for tvangsekteskap. Gir råd, veiledning og akutt krisehjelp. Telefontjenesten er for ungdom, foreldre, lærere, venner, naboer, sosialarbeidere og andre som er i kontakt med noen som utsettes for tvang.

Institutt for klinisk sexologi og terapi
Sporveisgt. 8, 0354 Oslo
Tlf: 22 93 30 30
Faks: 22 93 30 40
E-post: langfeldt@sexologi.no
Internett: www.sexologi.no
Tilbyr sexologisk rådgivning, terapi og psykoterapi til par og enkeltpersoner, barn som voksne, med ulike problemer knyttet til seksualitet. Instituttet har kompetanse på psykisk utviklingshemmede, seksuelle problemer og seksuelle overgrepere.

KSO – Klinikk for seksuell opplysning
Hammerfestgt. 1, Pb 6699 Rodeløkka, 0565 Oslo

Samtaletelefon: 23 22 80 60, alle hverdager kl.09.00–15.00
Faks: 23 22 80 61
E-post: ksexo@online.no
Internett: www.seksuellopplysning.no
Klinikken tilbyr informasjon og veiledning i forbindelse med prevensjon, graviditet, abort, seksuelt overførbare sykdommer og seksuelle problemer. Tilbyr undervisning for tiendeklasser fra Oslo-skolene på dagtid og andre undervisningsoppdrag etter avtale.

Likestillingssenteret
Besøksadresse: Grensen 5 i Oslo sentrum
Postboks 8049 Dep, 0031 OSLO
Tlf: 22 24 25 71
Faks: 22 24 95 21
E-post: postmottak@likestilling.no
Internett: www.likestilling.no/adresser.shtml
Likestillingssenteret arbeider for reell likestilling mellom kvinner og menn på alle samfunnsområder. Kontoret holder åpent 08.00–15.00 i perioden 15. mai–14. september og 08.00–15.45 resten av året.

LLH – Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring
Postadresse: Postboks 948 Sentrum 0104 OSLO
Besøksadresse: Kongensgate 12
Tlf: 23 10 39 39
Faks: 23 10 39 38
E-post: post@llh.no
Internett: www.llh.no
LLH er en interesseorganisasjon for homofile og lesbiske. LLH bidrar blant annet med undervisning og informasjonsformidling. Har oversikt over litteratur og informasjonsmaterieell og lokale avdelinger av organisasjonen. (se også nettstedet www.homofili.no)

Læringscenteret
Besøksadresse: Kolstadgata 1, Tøyen
Postadresse: Postboks 2924 Tøyen, 0608 Oslo
Telefon: 23 30 12 00
Faks: 23 30 12 99
E-post: ls@ls.no
Internett: www.ls.no
Læringscenteret driver nettstedet www.skolenettet.no. Her finnes egne sider om seksualitets – og samlivsundervisning i skolen. Oversikter over materieell og online-ressursbøker.

Klara klok og Unghelse

«Klara-klok» er Sosial- og helsedirektoratets «helsestasjon for ungdom på nettet». Unge stiller spørsmål til et bredt fagpanel og svarene legges ut på sidene. Viktig informasjonsbank for alle som arbeider med ungdom og helseopplysning.

«Unghelse» er en informasjonsportal med nyheter og oversikter vedrørende ungdoms helse. Søkbare oversikter over hjelpetilbud, inkludert helsestasjoner for ungdom. Infobase om samliv og seksualitet.
www.klara-klok.no
www.unghelse.no

MiRA-senteret

Ressurssentert for innvandrere- og flyktningkvinner
Postboks 1749 Vika, 0121 Oslo
Tlf: 22 11 69 20
Faks: 22 36 40 19
E-post: post@mirasenteret.no
Internett: www.mirasenteret.no

Faglig kompetanse på problemområder som unge jenter med minoritetsbakgrunn møter i hverdagen. Senteret arbeider med spørsmål tilknyttet likestilling for kvinner med minoritetsbakgrunn i Norge, og tilbyr kurs, rådgivning og veiledning.

MSO – Medisinernes seksualopplysning

Seksualundervisning på ungdomstrinnet og på ungdomsklubber. Undervisningsopplegg til bruk i skolen, og opplegg spesielt rettet mot elever med minoritetsbakgrunn. Foredrag for lærere, helsepersonell og andre som jobber med ungdom.

MSO Oslo Tlf: 22 46 92 80
E-post: mso-styret@studmed.uio.no
Internett: www.mso.oslo.no
MSO Bergen Tlf: 55 97 48 57
E-post: mso@uib.no
Internett: www.mso-bergen.no
MSO Trondheim Tlf: 73 59 75 16
E-post: msotr@stud.ntnu.no
Internett: www.stud.ntnu.no/studorg/msotr
MSO Tromsø Tlf: 77 64 47 86
E-post: mso@fagmed.uit.no
Internett: www.fm.uit.no/student/mso/

Noabuse

E-post: post@noabuse.no
Internett: www.noabuse.no
Webportalen mot overgrep. Sidene gir en oversikt

over hjelpeapparatet mot seksuelle overgrep, familievold og rusmisbruk. Ressurser på nett, omhandler temaene angst, spiseforstyrrelser, selvmord m.m.

Nettverk for funksjonshemmede, seksualitet og samliv (NFSS)

Habiliteringsteamet for voksne: ATT Grethe Rønvik
Postboks 3509, 8092 Bodø
Tlf: 75 54 91 80
Faks: 75 54 91 90
E-post: post@nfss.nu
Internett: www.nfss.nu

Et landsdekkende nettverk for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene for spørsmål som angår seksualitet og samliv i forhold til mennesker med funksjonshemninger. Tilbyr undervisningsopplegg og fagkonferanser. Grethe Rønvik kan kontaktes for informasjon om nettverket og opplyse om representantene for den enkelte helseregion.

OK-prosjekt

Møllergata 4, 0179 Oslo
Tlf: 23 42 79 40
Faks: 23 42 79 59
E-post: mail@okprosjekt.no
Internett: www.okprosjekt.no

Omsorg og kunnskap om kvinnelig omskjæring. Ok-prosjektet er det nasjonale prosjektet for oppfølging av regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse. Tilbyr materiell, kurs og formidler undervisere.

ORKIS

Postadresse: Postboks 3 Grønland, 0133 Oslo
Tlf: 21 02 32 00
Faks: 21 02 32 01
Internett: www.redcross.no

ORKIS – Oslo Røde Kors Internasjonale Senter er et utadrettet ressurs- og kompetansesenter som driver prosjektbasert virksomhet rettet mot utvikling av gjensidig respekt og kulturelt mangfold.

Pluss – Landsforeningen mot aids

Hausmannsgt 7, 0186 Oslo
Tlf: 21 31 45 80
Faks: 21 31 45 81
E-post: post@pluss-lma.no
Internett: www.pluss-lma.no
Interesseorganisasjon for hiv-positive. Arbeider

med rettighetsspørsmål, utgir informasjonsmaterieil og tilbyr foredragsholdere til skoler med mer.

Norsk filminstitutt
Dronningensgate 16, Postboks 482 Sentrum, 0105 Oslo
Tlf: 22 47 45 00
Faks: 22 47 45 99
E-post: nfi@nfi.no
Internett: www.nfi.no

Norsk filminstitutt har oversikt over aktuelle filmer og leier ut og selger undervisningsfilmer.

NSSR
Norsk forening for samliv, seksualitet og reproduktiv helse
KSO, Postboks 6699 Rodeløkka, 0502 Oslo
Tlf: 23 22 80 60
Faks: 23 22 80 61
E-post: nssr@c2i.net
NSSR formidler kontakt med internasjonale fagmiljøer på området reproduktiv helse. De har også oversikt over faglitteratur, spesielt ungdoms reproduktive helse.

Olafiapoliklinikken
Grensen 5–7, 0159 Oslo
Tlf: 22 08 29 50
Faks: 22 08 29 90
E-post: mail@olafia.no
Internett: www.olafia.no
Poliklinikk uten timebestilling: Spisskompetanse på seksuelt overførbare sykdommer. Tilbyr undervisning av helsepersonell.

RFSU Norge
P.B 10, Sentrum, 0101 Oslo
Tlf: 815 33 666
E-post: post@rfsu.no
Internett: www.rfsu.no
Kondomprodusent og distributør.
Informasjonsmaterieil om seksualitet og prevensjon. Nettstedet har opplysninger og mulighet for bestilling. RFSU Sverige har en egen avdeling for undervisningsmaterieil og hjelpemidler for ulike typer funksjonshemninger.

Sosial og helsedirektoratet
Postboks 8154 Dep, 0031 Oslo

Tlf: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
E-post: postmottak@shdir.no
Internett: www.shdir.no
Sosial- og helsedirektoratet har oversikt over alle statlige prosjekter vedrørende ungdom, samliv og seksualitet. De utarbeider brosjyrematerieil, videoer m.m. om ungdom, seksualitet og samliv, prevensjon, SOS og hiv.

Stiftelsen Støttesenteret mot incest, Oslo
Pb 8895 Youngstorget, 0028 Oslo
Tlf: 23 31 46 50
Faks: 23 31 46 51
E-post: postmaster@sentermotincest.no
Internett: www.sentermotincest.no
Hjemmesiden har lenkesamling til andre incestsentre i Norge.
Senteret er et supplement og alternativ til det offentlige hjelpeapparatet. Selvhjelpsorganisasjon som har tilbud til barn, ungdom og kvinner om samtale og grupper.

SUSS – Senter for ungdom, samliv og seksualitet
Hjelpetelefoner til ungdom og unge voksne:
SUSS-telefonen 800 33 866
Telefonen for seksuell helse 810 02 244
Hjelpetelefonene ivaretar anonymitet og gir gratis råd og veiledning om seksualitet, prevensjon m.v. Kan også kontaktes på SMS og e-post.

Administrasjon:
Tlf: 22 04 62 00
Faks: 22 04 62 04
E-post: suss@suss.no
Internett: www.suss.no
SUSS har spisskompetanse på ungdom, samliv og seksualitet. SUSS tilbyr undervisningstips, råd og veiledning, seminarer og kurs for barn, ungdom og voksne.

Tolkonline
Markveien 23 Q, 1406 Ski
Tlf: 64 86 51 40 Mob: 90 16 63 37
Faks: 96 05 15 82
E-post: ruban@online.no
Internett: www.tolkonline.no
Ressursside med oppdaterer informasjon om offentlige og private tolketjenester.

