
Evaluering av Legeforeningens handlingsplan for bedre prevensjonsveiledning og reduserte aborttall

AKTUELT PROBLEM

OLAF GJERLØW AASLAND

Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo

Det at to av tre unge abortsøkende ikke har benyttet prevensjon, gjør det sannsynlig at mer og bedre prevensjonsveiledning vil kunne få ned aborttallene. Legeforeningen ser dette som sitt ansvar og tok i 1995 initiativ til en handlingsplan for bedre prevensjonsveiledning og reduserte aborttall. Det ble skrevet en enkel håndbok for allmennleger og laget en plakat til å henge på venteværelset. Sommeren 1997 ble boken og plakaten sendt til alle landets allmennpraktiserende leger, kommuneleger og bydelsleger.

Før utsendelsen ble et spørreskjema om praksis ved prevensjonsveiledning sendt til et tilfeldig utvalg på 211 allmennleger. Seks måneder etter at informasjonspakken var sendt ut, fikk de samme 211 legene igjen et tilsvarende spørreskjema, med noen tilleggsspørsmål om informasjonspakken.

132 leger svarte første gang og 105 andre gang. Fire av fem allmennleger sa at de gav prevensjonsveiledning ukentlig eller oftere, og en av tre at de gav daglig eller oftere. 70 % hadde gjennomgått videre- eller etterutdanning i seksualitet og prevensjonsveiledning. 80 % av dem som hadde mottatt håndboken benyttet den, og over 30 % mente at boken hadde gitt dem ny kunnskap. 12 % hadde endret praksis etter å ha lest håndboken. Hver fjerde lege hadde hengt opp plakaten på venterommet. Ved

sammenlikning av den enkelte leges praksis før og etter informasjonspakken, var det ingen påvisbare endringer. Ved å benytte hypotetiske konsultasjoner som enhet var det imidlertid en endring i ønsket retning.

Selv om evalueringen ikke kan si noe om en eventuell nedgang i aborttall, ser det ut som om kampanjen har ført til en kvalitetssikring av prevensjonsveiledningen. Det kan være at det gjøres for omfattende legeundersøkelser i forbindelse med p-pilleforskrivning.

Det forekommer ca. 30 000 ikke planlagte svangerskap i året i Norge. Av disse ender halvparten med fødsel og halvparten med provosert abort (1). Blant de abortsøkende har knapt halvparten brukt prevensjon, og bare en av tre blant kvinner mellom 15 og 24 år (2). Det er derfor nærliggende å tenke seg at økt prevensjonsbruk, ikke minst blant de yngste, vil kunne gi lavere aborttall.

Det er leger som først og fremst har ansvaret for veiledning og rådgivning med hensyn til prevensjon og abort. Derfor er det sannsynlig at en kvalitativ og kvantitativ økning av allmennlegens innsats på dette feltet vil kunne føre til lavere aborttall.

Høsten 1995 tok Legeforeningen initiativ til en handlingsplan for å bidra til redusert antall provoserte aborter gjennom bedret prevensjonsveiledning. Utkast til handlingsplan ble utarbeidet av en arbeidsgruppe og vedtatt av sentralstyret i juni 1996. Det ble laget en informasjonspakke bestående av en håndbok i prevensjonsveiledning for allmennleger (3) og en plakat (fig 1). I håndboken blir fordeler og ulemper ved de forskjellige metodene diskutert, hvem prevensjonsmidlet passer for, kontraindikasjoner, og hvilke medisinske undersøkelser som bør gjøres. Infeksjonsforebyggende arbeid og spørsmålet om risikofaktorer i forbindelse med bruk av p-piller er særskilt behandlet. Boken inneholder dessuten et kapittel om abortrådgivning.



Figur 1 Plakaten som ble sendt til alle allmennpraktiserende leger

I mai 1997 sendte Legeforeningen håndboken og plakaten ut til alle landets allmennpraktiserende leger, kommuneleger og bydelsleger. I alt ble det sendt ut 3 200 pakker. I tillegg ble 2 600 eksemplarer av håndboken distribuert til alle studenter ved landets medisinske fakulteter.

Prosjektet ble gjennomført med økonomisk støtte fra Statens helsetilsyn og RFSU, (svensk seksualpolitisk organisasjon) og det ble satt av midler til en enkel evaluering som ble foretatt av Legeforeningens forskningsinstitutt. Resultatene av evalueringen presenteres i denne artikkelen.

Materiale og metode

Et utvalg på 211 allmennleger ble konstruert ved at hver 14. allmennpraktiserende lege, kommunelege I eller II, eller bydelslege 1 eller 2 ble trukket fra Legeforeningens medlemsarkiv. Disse legene fikk i februar 1997 tilsendt et tre siders spørreskjema, bl.a. med spørsmål om eventuell videre- og etterutdanning i seksualitet og prevensjonsveiledning, hvor ofte man gav prevensjonsveiledning, og hvilke prøver og undersøkelser som ble foretatt i forbindelse med forskrivning av p-pille. Med spørreskjemaet fulgte et brev undertegnet av Legeforeningens president, der det ble påpekt at antallet uønskede graviditeter er høyt, og at antallet provoserte aborter sannsynligvis gikk kraftig opp i 1996 etter at det har vært en jevn nedgang siden lov om svangerskapsavbrudd ble vedtatt i 1975. Det ble videre presisert at Legeforeningen mener allmennlegen bør beholde sin sentrale rolle i det svangerskapsforebyggende arbeidet, og at det bl.a. var nedsatt et utvalg til å utarbeide en handlingsplan for å redusere antallet uønskede graviditeter og provoserte aborter. Skjemaet skulle besvares anonymt og returneres i en prefrankert svarkonvolutt. Det ble ikke purret.

I november 1997, seks måneder etter at informasjonspakken var sendt til alle allmennleger, fikk de samme 211 legene tilsendt et nytt spørreskjema som var identisk med det forrige, men som i tillegg inneholdt spørsmål om hvordan håndboken og plakaten eventuelt var tatt i bruk. Siden undersøkelsen var anonym kunne endringer i svarmønster fra første til andre spørreunde bare måles som gruppeforskjeller. Den kunne ikke vise hvordan den enkelte lege eventuelt endret sine svar.

For at ikke de legene som bare i liten grad praktiserte prevensjonsveiledning skulle telle for mye, er svarene i en del analyser vektet i henhold til hvor ofte den enkelte lege angav at hun eller han drev prevensjonsveiledning, slik at telleenheten blir endret fra den enkelte lege til hypotetiske konsultasjoner med prevensjonsveiledning i løpet av ett år. Leger som sa at de gav prevensjonsveiledning flere ganger om dagen fikk vektallet 300, mens de som svarte at de gjorde det hver dag fikk 220, som tilsvarer antall arbeidsdager i et 44 ukers arbeidsår. Frekvensene hver uke, hver måned, og sjeldnere enn hver måned fikk henholdsvis verdiene 44, 10 og 5.

Eventuelle statistisk signifikante forskjeller er vist med 95 % konfidensintervall.

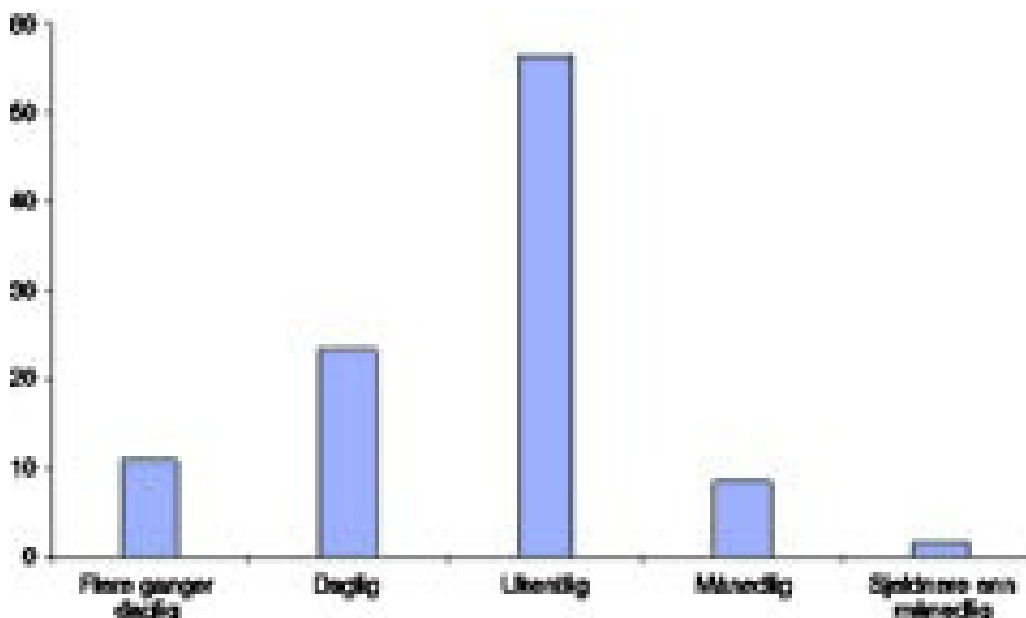
Resultater

Respons

132 leger svarte første gang og 105 andre gang, dvs. en svarprosent på henholdsvis 63 og 50. Av de 105 som svarte andre gang var det 18 som angav at de ikke hadde mottatt håndboken og plakaten, og ytterligere ni som ikke svarte på dette spørsmålet, og som derfor sannsynligvis heller ikke hadde mottatt informasjonspakken. Hver fjerde lege hadde altså ikke mottatt informasjonspakken.

Omfang av prevensjonsveiledning i Norge

Figur 2 viser hvor stor andel av legene som gir prevensjonsveiledning flere ganger daglig, daglig, ukentlig, månedlig, og sjeldnere enn månedlig. Basert på denne fordelingen blir antallet årlige konsultasjoner med prevensjonsveiledning for de 132 legene som svarte første gang 14 145. Siden disse legene utgjør 63 % av 211 leger, som igjen er 1/14 av alle allmennleger, blir det estimerte årlige antallet konsultasjoner med prevensjonsveiledning, forutsatt at de 132 legene er representative, ca. 315 000, fordelt på vel 2 800 leger. 76 % av alle prevensjonsveiledningene gjøres av de 26 % av legene som har én eller flere prevensjonsveiledninger daglig.



Figur 2 Svarfordeling på spørsmålet "Hvor ofte gir du prevensjonsveiledning?" Prosent

Kunnskap og kompetanse

30 % av legene hadde ingen godkjent videre- og etterutdanning i seksualitet og prevensjonsveiledning, resten hadde 1 – 160 timer. Median tid for dem som hadde gjennomgått videre- og etterutdanning var 20 timer. Blant dem som drev prevensjonsveiledning daglig eller oftere var det 18 % som ikke hadde noe videre- og etterutdanning, og her var median utdanningstid for dem med utdanning 30 timer. 10 % av legene mente at de ikke hadde tilstrekkelig oppdatert kunnskap om prevensjon, mens de aller fleste mente at de hadde lett tilgjengelig litteratur på området. 11 % angav at de brukte denne litteraturen ofte, og 85 % at de brukte den av og til.

Prevensjonspraksis

36 % spurte pasientene i forbindelse med prevensjonsveiledningen om de hadde problemer i tilknytning til seksuallivet. 89 % anbefalte kondom i tillegg til annen prevensjon for kvinner uten fast partner, og over halvparten av legene sa at de drøftet seksualitet og grensesetting i forbindelse med prevensjonsveiledning til kvinner under 20 år. 59 % (95 % konfidensintervall 50 – 67 %) tok av og til eller ofte opp prevensjon som tema for kvinner mellom 14 og 19 år der konsultasjonen hadde et annet utgangspunkt. Tilsvarende var det 28 % (21 – 37 %) som tok opp prevensjon med mannlige pasienter mellom 14 og 19 år.

44 % av legene sa at de prioriterte prevensjonsveiledning, og 60 % av disse hadde gjort pasientene sine oppmerksom på dette. 85 % forskrev postkoital prevensjonspille (angrepille).

Medisinske undersøkelser og rutiner i forbindelse med p-pilleforskrivning

Tabell 1 viser hvor mange av legene som ved førstegangsforskrivning, tremånederskontroll og ettårskontroll målte blodtrykk, foretok gynekologisk undersøkelse og mammapalpasjon, gjorde urinundersøkelse og testet for genital chlamydiainfeksjon. Mange leger sa også at de ved førstegangsforskrivning opptok en grundig anamnese. 77 % gav pasienten ny time eller bad pasienten selv ta kontakt etter tre måneder.

Tabell

	Første konsultasjon	Tremåneders kontroll	Ettårskontroll
Blodtrykksmåling	98	72	90
Gynekologisk undersøkelse	52	42	67
Mammaundersøkelse	51	20	39
Urinundersøkelse	47	23	37
Undersøkelse på Chlamydia	49	39	49

75 % skrev vanligvis ut resept som med reiterasjoner varte i minst ni måneder. Gjennomsnittlig antall månedspakninger per forskrivning, dvs. antall forskrevne pakninger ganger reiterasjoner, var 12.

Effekt av håndbok og plakat

4 % av dem som hadde mottatt håndboken brukte den ofte, og 79 % brukte den av og til. 32 % mente at de gjennom boken hadde fått ny kunnskap om prevensjon, og 12 % at de hadde endret sin prevensjonspraksis. Det som bl.a. ble angitt av endret praksis var bedre rutiner for p-pilleforskrivning, mer oppmerksomhet omkring pasientenes seksualliv, hyppigere kontroller og mer tid med pasienten.

21 av de 77 legene som mottok plakaten hadde hengt den opp, og fem av disse hadde opplevd at dette førte til flere spørsmål om prevensjon fra pasientene.

Sammenlikning av konsultasjoner før og etter pakken

Det var ingen signifikante forskjeller i svarmønster mellom første og andre spørrerunde når vi bruker legene som enheter. Men dersom vi forutsetter at de 132 legene som svarte første gang og de 77 av dem som også svarte annen gang, og som sa at de hadde mottatt håndboken og plakaten, er like representative, kan vi sammenlikne de 14 145 årlige hypotetiske konsultasjonene før pakken med de 7 095 etter. Det viser seg da at andelen konsultasjoner der legen mener relevant litteratur ikke er lett tilgjengelig, går ned fra 3,1 % (95 % konfidensintervall 2,8 – 3,4 %) til 0,8 % (0,6 – 1,0 %). Andelen konsultasjoner der legen eventuelt vil anbefale kondom til kvinner uten fast partner øker fra 93,8 % (93,4 – 94,2 %) til 95,7 % (95,1 – 96,1 %), mens andelen

konsultasjoner der legen ville drøfte seksualitet og grensesetting med kvinner under 20 år øker fra 66,2 % (65,4 – 67,0 %) til 69,5 % (68,4 – 70,7 %). Andelen konsultasjoner der legen eventuelt ville skrive ut postkoital prevensjon (angrepille) øker fra 83,7 % (83,1 – 84,3 %) til 87,3 % (86,5 – 88,0 %).

Diskusjon

Denne undersøkelsen kan ikke oppfattes som en fullgod evaluering av tiltakspakken. Det ville kreve legedata der den enkelte leges oppfatning og atferd før og etter tiltaket var registrert, eventuelt supplert med en gruppe sammenliknbare kontrolleger som ikke fikk pakken. I tillegg burde man også ha data om pasientenes oppfatning av hvordan legens prevensjonsveiledning eventuelt hadde endret seg i forbindelse med tiltaket. Det er flere grunner til at en slik mer omfattende design ikke er valgt. De to viktigste er at en ikke-anonym spørreskjemaundersøkelse av denne typen sannsynligvis ville gi lavere svarprosent enn en anonym, og at en undersøkelse som omfattet kontrollgruppe og eventuelle pasientdata ville bli altfor omfattende og kostbar i forhold til tilgjengelig tid og ressurser.

Svarprosentene er innenfor det akseptable, særlig tatt i betraktning av at det ikke ble purret. Det er kanskje grunn til å anta at det blant dem som ikke svarte, er en overvekt av leger som i liten grad driver prevensjonsveiledning. I så fall er estimatet for antall konsultasjoner med prevensjonsveiledning noe høyt. Det er imidlertid bekymringsfullt at 25 % av legene sier at de ikke fikk tilsendt informasjonspakken. Dette kan både skyldes feil i utsendelsen, og at legen faktisk har fått pakken uten å registrere det.

Når frekvensfordelingene på de generelle kunnskaps- og praksisspørsmålene ikke endres signifikant fra første til andre spørreunde, betyr det først og fremst at dataenes reliabilitet er tilfredsstillende. Undersøkelsen viser at norske allmennpraktikere i utstrakt grad driver prevensjonsveiledning, og at de prioriterer dette arbeidet høyt. En forklaring på denne høye reliabiliteten kan være at praksis i utgangspunktet var nær optimal og hadde lite endringspotensial mot det bedre.

Det er kanskje noe bekymringsfullt at 30 % av legene driver prevensjonsveiledning uten videre- eller etterutdanning på feltet. Det som er spesielt iøynefallende er omfanget av undersøkelser og prøver som tas i forbindelse med p-pilleforskrivning. I håndboken står det at verken gynekologisk undersøkelse, mammalpalpasjon eller urinprøve er nødvendige undersøkelser ved forskrivning av p-pille til ellers friske kvinner. Som det fremgår av tabell 1 er dette imidlertid ganske vanlig praksis, både ved førstegangsforskrivning, ved tremåneders- og ved ettårskontroll. En nærmere analyse av data viser at i løpet av det første året etter en førstegangsforskrivning av p-pille er det 74 % av legene som foretar gynekologisk undersøkelse minst to ganger, 55 % foretar mammalpalpasjon minst to ganger, og 50 % undersøker urinen minst to ganger. Overdreven bruk av for eksempel gynekologisk undersøkelse eller mammalpalpasjon ved prevensjonsveiledning til friske, unge jenter innebærer en unødig medikalisering, og reduserer kanskje sannsynligheten for at nettopp denne gruppen søker veiledning.

Ved å gå over til hypotetiske konsultasjoner med prevensjonsveiledning som enhet får vi et kraftig inflatert utvalg der selv små forskjeller blir statistisk signifikante. Dette tilsier selvsagt en viss varsomhet med å trekke konklusjoner omkring hvorvidt det har

skjedd reelle endringer i praksis fra mars til november 1997, og enda større varsomhet med å tolke de påviste endringene som resultater av tiltakspakken. Men de påviste endringene er logiske og i forventet retning.

Når andelen konsultasjoner der legen eventuelt vil anbefale kondom til kvinner uten fast partner øker fra 94 % til 96 % prosent, betyr dette ikke at over 90 % av alle prevensjonskonsultasjoner gjelder kvinner uten fast partner. Derimot betyr det at legene i over 90 % av de konsultasjonene som gjelder kvinner uten fast partner, vil anbefale kondom, og at denne tendensen har økt med 2 % fra første til annen spørreunde. Tilsvarende resonnement gjelder ved drøfting av seksualitet og grensesetting med kvinner under 20 år (4 % økning), og ved forskrivning av postkoital prevensjon (3 % økning).

Den egentlige testen på om informasjonskampanjen har hatt noen effekt, ville vært å kunne påvise en reell nedgang i antall abortsøkende unge kvinner som ikke har brukt prevensjon som en følge av allmennlegenes forbedrede innsats. Dette er selvsagt ikke mulig. Imidlertid er det nylig publisert en studie av 447 abortsøkende ved regionsykehuset i Trondheim i tiden 15.1 – 15.7. 1997 der 71 % (64 – 77 %) av kvinnene mellom 15 og 24 år ikke hadde brukt prevensjon (2), som var uendret fra en tilsvarende undersøkelse i 1985 (4). Siden denne undersøkelsen er gjennomført rett før Legeforeningens kampanje, kunne en ny kartlegging innen samme geografiske område kanskje antyde om det har skjedd noen endring. Men dersom det skulle vise seg å være en nedgang i abortsøkende som ikke hadde benyttet prevensjon, vil det likevel ikke være mulig å tilskrive dette en endret aktivitet fra allmennlegenes side.

En annen og kanskje vel så viktig oppfølging ville imidlertid være å se om det var mulig å få redusert medikaliseringstendensen i forbindelse med prevensjonsveiledning, særlig når målgruppen er friske unge kvinner, og hvilken innvirkning dette eventuelt vil ha på etterspørselen etter slike tjenester.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at fire av fem allmennleger gir prevensjonsveiledning ukentlig eller oftere, og over 30 % daglig eller oftere. 70 % har gjennomgått videre- eller etterutdanning i seksualitet og prevensjonsveiledning. Man får inntrykk av at dette arbeidet prioriteres høyt, og at det stort sett følger de ekspertråd som er gitt i *Håndbok i prevensjonsveiledning og abortrådgivning for allmennleger* (3). På visse områder, særlig i forhold til oppfølging av p-pilleforskrivning, kan det se ut som om det gjøres flere undersøkelser og tas flere prøver enn det som er anbefalt.

Blant dem som hadde mottatt Legeforeningens materiellpakke var det over 80 % som benyttet håndboken, og over 30 % som mente boken hadde gitt dem ny kunnskap om prevensjon. 12 % mente at de hadde endret sin praksis som følge av informasjonspakken, bl.a. ved at de brukte mer tid på pasientene. Det var imidlertid ingen påvisbare endringer i rapportert praksis. En omregning til hypotetiske konsultasjoner med prevensjonsveiledning viste en tendens til endring mot det anbefalte, for eksempel at kvinner uten fast partner oftere ble anbefalt å bruke kondom, at seksualitet og grensesetting i større grad ble drøftet med kvinner under 20 år, eller at postkoital prevensjon oftere ble forskrevet ved behov.

LITTERATUR

1. Nesheim B-I. Prevensjon og aborter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 177.
 2. Knutsen M, Moen MH. Manglende prevensjonsbruk blant abortsøkende kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 201 – 3.
 3. Nesheim B-I, Svendsen K-OB. Håndbok i prevensjonsveiledning og abortrådgivning for allmennleger. Oslo: Den norske lægeforening, 1997.
 4. Skjeldestad FE, Tuveng J, Fosse A, Grimstad H. Prevensjonsbruk blant abortsøkende kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 207 – 9.
-

Publisert: 30. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juli 2026.