

Prevensjonsmidler og forebygging av provosert abort

- En litteraturstudie som undersøker om gratis eller subsidierte prevensjonsmidler reduserer antall aborter, og om Helsedirektoratets anbefaling om gratis prevensjon bygger på en rasjonell beslutningsprosess.

Forfatter: Helene Sikveland

Veileder: Frode Veggeland



MASTEROPPGAVE

Thesis submitted as a part of the Master of Philosophy Degree in Health Economics, Policy and Management

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

September 2018

Prevensjonsmidler og forebygging av provosert abort;

**En litteraturstudie som undersøker om gratis eller subsidierte
prevensjonsmidler reduserer antall aborter, og om Helsedirektoratets
anbefaling om gratis prevensjon bygger på en rasjonell beslutningsprosess.**

© Helene Sikveland

2018

Prevensjonsmidler og forebygging av provosert abort

Helene Sikveland

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Prevensjon og forebygging av provosert abort - en litteraturstudie som undersøker om gratis eller subsidierte prevensjonsmidler reduserer antall aborter, og om Helsedirektoratets anbefaling om gratis prevensjon bygger på en rasjonell beslutningsprosess.

BAKGRUNN

Lett tilgjengelig prevensjon har lenge vært et politisk virkemiddel for å forebygge uønskede graviditeter og aborter. I dag har vi en subsidieringsordning i Norge som delvis dekker flere prevensjonstyper for kvinner f.o.m. 16 t.o.m. 20 år. Helsedirektoratet kom i 2012 med en anbefaling om at alle godkjente prevensjonsmetoder burde bli gratis for kvinner under 25 år.

MÅL OG PROBLEMSTILLING:

For å kunne sikre forsvarlige helsefremmende og forebyggende tiltak, er det viktig at det er samlet inn et godt kunnskapsgrunnlag til bruk i beslutningsprosesser der anbefalinger utarbeides. I denne oppgaven ser jeg på tidligere litteratur og forskning, for å undersøke om gratis eller subsidierte prevensjonsmidler reduserer antall aborter. Jeg vurderer dette opp mot kildene som helsedirektoratet la til grunn for sin anbefaling om gratis prevensjon, for å undersøke om arbeidet som resulterte i denne anbefalingen var del av en rasjonell beslutningsprosess.

METODE:

For å svare på de to problemstillingene ble det gjort en litteraturstudie gjennomført i tre deler. Ved hjelp av en strukturert søkestrategi og presise utvelgelseskriterier, ble det først funnet totalt 10 hovedartikler som handlet om forholdet mellom gratis eller subsidierte prevensjonsmidler og abort. Disse ble gjennomlest og analysert. I tillegg ble det hentet ut 18 andre artikler fra søket som gav annen relevant kunnskap om sammenhengen mellom prevensjon og abort, og disse ble analysert på samme måte som hovedartiklene. Til slutt ble også kildene fra Helsedirektoratets anbefaling fra 2012 hentet ut og analysert.

FUNN:

Det er mangel på gode studier som viser at gratis eller subsidierte prevensjonsmidler fører til reduksjon i abortforekomsten. Resultater fra tilleggsartikler funnet i litteratursøket, indikerer imidlertid at bedre prevensjonsveiledning, samt promotering av langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder, kan føre til færre aborter. En vurdering av kildene som Helsedirektoratet viser til i sin rapport, peker i retning av at kunnskapsgrunnlaget bak anbefalingen om gratis prevensjon til alle kvinner under 25 år, er mangelfullt. Det ser heller ikke ut til å eksistere en drøfting av andre tiltak for å redusere antall aborter, noe man normalt vil forvente i utarbeidelsen av anbefalinger. Mangel på informasjon og sammenlikning opp mot andre alternativer, peker i retning av at arbeidet som førte til Helsedirektoratets anbefaling ikke fulgte modellen for rasjonelle beslutningsprosesser. Det er behov for mer forskning på den konkrete effekten av gratis prevensjon på aborter, og det er også nødvendig å vurdere dette tiltaket opp mot andre mulige abortreduserende tiltak, før gratis prevensjon anbefales. Med en så stor mangel på vitenskapelig dokumentasjon bak anbefalingen, kan det også være interessant å undersøke videre hvilke faktorer som påvirket beslutningsprosessen til Helsedirektoratet.

Forord

I 2015 bestemte jeg meg for å bygge på en tidligere bachelorgrad innen økonomi med en mastergrad innenfor helseledelse, ved siden av å studere medisin ved UiO. Denne masteroppgaven markerer slutten på en periode med ekstra studieinnsats. Jeg visste at det kom til å bli krevende, men det har vist seg å være tilsvarende berikende. Arbeidet med masteroppgaven har vært preget av flere nye utfordringer for meg, noe som har gjort det til en svært lærerik prosess. Jeg har satt pris på muligheten til å dykke ned i et tema som interesserer meg, og det har vært spennende å skrive en oppgave som forhåpentligvis kan være med på å stille viktige spørsmålstegn ved beslutninger som tas innenfor norsk helsepolitikk.

Jeg vil gjerne takke min veileder, Frode Veggeland, for god hjelp gjennom denne prosessen. Du har engasjert deg, åpnet for refleksjon og utfordret meg til å være nysgjerrig. Du har gjennom gode samtaler hjulpet meg til å finne gode måter å gripe tak i denne oppgaven på. Uten deg hadde ikke dette arbeidet blitt like spennende.

I tillegg vil jeg takke mannen min, Erik, for mye støtte og oppmuntring de siste månedene. Jeg setter utrolig stor pris på all den tålmodigheten du har vist meg i en litt for travel hverdag. Jeg vil også takke familie og gode venner som alltid har stilt opp med ros og forståelse i de periodene jeg har hatt ekstra behov for det.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Forord.....	VII
Innholdsfortegnelse	IX
1 Introduksjon.....	1
1.1 Tema og formål.....	1
1.2 Begrepsavklaring.....	3
1.3 Oppbygging	3
2 Bakgrunn	5
2.1 Prevensjon og abort i Norge.....	5
2.2 Helsedirektoratets anbefaling	6
2.3 Preventive tiltak	6
3 Analyseramme og metode	8
3.1 Beslutningsteori.....	8
3.1.1 Beslutningsprosesser	8
3.1.2 Den rasjonelle beslutningsmodellen	9
3.1.3 Helsepolitiske anbefalinger og den rasjonelle beslutningsmodellen.....	10
3.2 Metode og data	11
3.2.1 Hensikten med litteraturstudier	12
3.2.2 Litteratursøk, utvalgelse og kritisk vurdering.....	12
3.2.3 Utvidede funn	15
3.2.4 Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag.....	16
3.3 Analyse av litteraturen	16
3.3.1 Analyse av hovedfunn	16
3.3.2 Analyse av utvidede funn.....	17
3.3.3 Analyse av Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag	17
4 Resultater	18
4.1 Hovedfunn.....	18
4.1.1 Estimeringer.....	18
4.1.2 Kohortstudien.....	19
4.1.3 Regresjon av data	20
4.1.4 Sammenheng mellom lands abortstatistikk og policyer	21
4.1.5 Samlet vurdering av hovedfunn	22
4.2 Utvidede funn	24
4.2.1 Faktorer relatert til abortrate.....	24
4.2.2 Faktorer relatert til gjentatte aborter	25
4.2.3 Prevensjonsbruk og abort.....	26
4.2.4 Barrierer for prevensjonsbruk.....	27
4.2.5 Prevensjonsbruk ved subsidiert eller gratis prevensjon.....	27
4.2.6 Annen atferdsendring ved subsidiert eller gratis prevensjon.....	28
4.2.7 Samlet vurdering av utvidede funn.....	28
4.3 Funn fra helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag	29
4.3.1 Tidligere vurderinger	29
4.3.2 SINTEF-rapporten	31
4.3.3 Anbefalinger fra WHO	32
4.3.4 Erfaringer fra andre land.....	33

4.3.5	Samlet vurdering av Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag.....	36
5	Diskusjon	40
5.1	Hva sier litteraturen om prevensjon og abort?	40
5.2	Var beslutningsprosessen til Helsedirektoratet rasjonell?	41
6	Konklusjon og forslag til videre forskning.....	45
	Litteraturliste	46
	Vedlegg / Appendiks	52

1 Introduksjon

1.1 Tema og formål

I år er det 40 år siden loven om selvbestemt abort ble vedtatt i Norge. Andelen aborter har variert lite de siste tiårene, og vi er omtrent på samme nivå som andre vesteuropeiske land når det gjelder abortrate for alle aldersgrupper (Folkehelseinstituttet, 2017). Norge har den laveste andelen tenåringsaborter i Norden, mens aldersgruppen med høyest abortrate er kvinner mellom 25-29 år (Folkehelseinstituttet, 2017). Lett tilgjengelig prevensjon har lenge vært et politisk virkemiddel for å redusere antall uønskede graviditeter og aborter. For å gjøre prevensjon mer tilgjengelig, har det vært forsøkt ulike ordninger som reduserer prevensjonskostnadene for unge kvinner. I 2006 ble det vedtatt en subsidieringsordning som delvis dekker flere prevensjonstyper for kvinner fra og med 16 til og med 20 år (Helsedirektoratet, 2012a). Denne ordningen gjelder fortsatt i dag.

På anmodning fra Helse- og Omsorgsdepartementet skrev Helsedirektoratet i 2012 en rapport om prevensjon og abort i Norge. Helse- og Omsorgsdepartementet ønsket en vurdering av prevensjonsordninger på bakgrunn av resultatene fra et forsøk med gratis prevensjon ferdigstilt av SINTEF i 2010 (Helsedirektoratet, 2012a). I rapporten som ble skrevet i 2012 anbefaler Helsedirektoratet at alle godkjente prevensjonsmetoder burde bli gratis for kvinner under 25 år. Det understrekes at denne anbefalingen bygger på tidligere vurderinger og erfaringer fra Norge, internasjonale studier og kunnskapsoppsummeringer, anbefalinger fra WHO og erfaringer fra andre land (Helsedirektoratet, 2012a).

Anbefalinger fra Helsedirektoratet presenteres til politikerne som deretter tar valg som påvirker befolkningens helse. For å kunne tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, er riktig bruk av kunnskap og erfaring et krav i utarbeidelsen av råd og anbefalinger (Helsedirektoratet, 2012b). Vitenskapelig dokumentasjon er svært viktig innenfor det medisinske fagfeltet, også for helsefremmende og helseforebyggende arbeid (Statens helsetilsyn, 1998). Det virker rimelig å anta at de fleste prosessene som fører frem til anbefalinger og råd som gis til politikere, aldri undersøkes nærmere, noe som kan være urovekkende med tanke på at anbefalingene ofte brukes som grunnlag for viktige beslutninger. I 2014 publiserte Mc Hugh, Perry, Bradley og Brugha en policy-analyse som

undersøkte utviklingen av retningslinjer for diabetesbehandling av en gruppe av rådgivende eksperter i Irland. Denne studien konkluderte med at vurderingene i stor grad var basert på kunnskap, men at personlige erfaringer også hadde påvirket beslutningene som ble tatt, og at det dermed var begrenset rasjonalitet i beslutningsprosessen (Mc Hugh et al., 2014). Det ble også gjort en liknende studie i Sverige, der beslutningsprosessen i utviklingen av sykdomsforebyggende retningslinjer ble undersøkt. Denne studien viste at beslutningstakerne tok hensyn til egne erfaringer og etiske meninger i tillegg til vitenskapelig dokumentasjon (Sundberg et al, 2017, s. 12). Resultatene fra disse to studiene viser at det kan være viktig å ta en nærmere titt på grunnlaget for politiske anbefalinger ved å undersøke hvor solid kunnskapsgrunnlaget er, og eventuelt avdekke om andre faktorer er med på å påvirke viktige beslutningsprosesser. Dette virker spesielt viktig innenfor helsepolitikk, ettersom råd fra Helsedirektoratet brukes av politikere til å ta avgjørelser som påvirker helsen til befolkningen.

Med utgangspunkt i dette skal jeg ta for meg to problemstillinger; (1) hvorvidt gratis eller subsidierte prevensjonsmidler reduserer antall aborter, og (2) hvorvidt arbeidet som resulterte i Helsedirektoratets anbefaling var basert på tilgjengelig kunnskap og fulgte en rasjonell beslutningsprosess.

For å svare på den første problemstillingen, ble det gjennomført en litteraturstudie med en tydelig søkestrategi og presise utvelgelseskriterier for å fange opp relevante artikler. Artikkene ble analysert og resultatene ble oppsummert. Det var få gode studier på den konkrete sammenhengen mellom gratis eller subsidierte prevensjonsmidler og provosert abort, noe som gjorde det spennende å undersøke hvilken annen forskning som fantes om prevensjon og forebygging av aborter. Det ble ved gjennomgangen av artikkene fra litteratursøket funnet flere tilleggsartikler som blant annet undersøkte hvilke faktorer som påvirker abortraten, forholdet mellom prevensjonsbruk og abort, samt barrierer for prevensjonsbruk. Disse artikkene ble også analysert og resultatene ble sammenstilt i en egen del for utvidede funn.

For å svare på oppgavens andre problemstilling ble kildene til Helsedirektoratets rapport fra 2012 undersøkt nærmere. Kildene ble hentet ut, gjennomlest og analysert. Resultatene fra denne gjennomgangen av kilder, sammen med selve innholdet i rapporten, ble videre brukt til

å diskutere om konklusjonene til Helsedirektoratet fremkommer av en rasjonell beslutningsprosess.

1.2 Begrepsavklaring

Flere av begrepene som brukes i denne oppgaven vil bli forklart etter hvert som de dukker opp. Det er likevel hensiktsmessig å ha noen begreper klart for seg allerede fra starten av.

Med ordet *abort* refereres det i denne teksten til provosert abort, dvs. at svangerskapet avbrytes ved hjelp av kirurgisk eller medisinsk metode. Spontanabort, som oftest forekommer på grunn av feil ved fosteret i starten av svangerskapet, omtales ikke her.

Begrepene *prevensjon* og *prevensjonsmidler* benyttes i denne sammenheng om midler som med stor sikkerhet beskytter mot graviditet og er godkjent i Norge. Dette omfatter hovedsakelig p-pillene kombinasjonspiller (østrogen og progesteron) og minipiller (kun progesteron), p-sprøyter, p-ring, p-plaster, hormonspiral, kobberspiral og p-stav. Hormonspiral, kobberspiral og p-stav tilhører en gruppe langtidsvirkende og reversible prevensjonsmidler, også kalt *LARCs* (Long acting reversible contraceptives). Kondom er også et prevensjonsmiddel, som i tillegg til å hindre graviditet også beskytter mot seksuelt overførbare sykdommer, men kondomer er allerede gjort gratis og lett tilgjengelig for hele befolkningen og regnes derfor ikke som en del av prevensjonsmidlene det fokuseres på i denne oppgaven.

1.3 Oppbygging

I starten av dette introduksjonskapittelet ble det gitt en kort beskrivelse av bakgrunn og motivasjon for denne oppgaven, og dette vil bli utdypet nærmere i kapittel 2. Kapittel 3 tar først for seg det teoretiske rammeverket rundt beslutningsprosesser. Deretter beskrives hensikten med litteraturstudier som en metode for kunnskapsinnhenting, før metodisk tilnærming utdypes videre, inkludert søkestrategi, inklusjonskriterier og kritisk vurdering. I slutten av dette kapittelet presenteres også analyse av hovedfunnene fra litteratursøket, analyse av tilleggsartiklene som ble funnet innenfor tema prevensjon og abort, samt analyse av de relevante kildene fra Helsedirektoratets rapport fra 2012. Tabeller som viser fullstendig analyse finnes i appendiks. Kapittel 4 tar for seg resultatene fra litteratursøket, inkludert

hovedfunn og utvidede funn, samt gjennomgang av funn fra Helsedirektoratets kilder. Resultatene diskuteres videre i kapittel 5 og drøftes her i lys av problemstillingen, bakgrunn og teori. Kapittel 6 inneholder konklusjon, samt forslag til videre forskning.

2 Bakgrunn

2.1 Prevensjon og abort i Norge

I 1978 ble det vedtatt rett til selvbestemt abort i Norge. I §2 i Lov om svangerskapsavbrudd står det at kvinner selv kan ta avgjørelsen om abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke. Dersom abort ønskes senere enn dette, må bestemte kriterier være oppfylt og aborten må innvilges av en nemd (Folkehelseinstituttet, 2017). I følge folkehelseinstituttet har Norge den laveste abortraten blant tenåringer i Norden, og er generelt på samme nivå som andre vesteuropeiske land på total abortrate for alle aldersgrupper. I 2017 var det totale antall aborter per 1000 kvinner 10,6 (Løkeland, et al., 2018). Aldersgruppen med høyest abortrate er nå de kvinnene som er 25-29 år, men også blant disse er andelen aborter fallende (Folkehelseinstituttet, 2017). Totalt sett lå abortraten ganske stabilt i Norge fra slutten av 1970-tallet til 2013, med unntak av en topp i 2008, der abortraten var oppe i 14,5 per 1000 kvinner (Hognert et al., 2017) (Gåsemyr, Totlandsdal, Mjaatvdt, & Seliussen, 2010). Siden 2008 har antall aborter gradvis sunket (Løkeland, et al., 2018).

Politikere har i flere år vært opptatt av å bidra til økt tilgjengelighet av prevensjon for unge kvinner i Norge, med mål om å redusere antall uønskede graviditeter og aborter. I Januar 2002 ble det innført gratis p-piller for 16-19 åringer, som kunne rekvireres av lege, helsesøster og jordmor (Helsedirektoratet, 2015). I 2006 ble dette erstattet med en subsidieringsordning med fast bidragssats for kvinner fra 16 til og med 20 år, der alle typer godkjent prevensjon, bortsett fra spiraler og p-stav, ble dekket (Helsedirektoratet, 2012a). De godkjente prevensjonsmetodene i Norge er kombinasjonspillen (inneholder hormonene østrogen og progestogen), minipillen (inneholder kun progestogen), p-sprøyter, p-ring, p-plaster, hormonspiral, kobberspiral og p-stav (Norsk Helseinformatikk, 2017). Årsaken til at flere prevensjonsmetoder ble inkludert i den nye ordningen, var å sikre større valgmulighet, og dermed bedre etterlevelse, for bruk av prevensjon (Helsedirektoratet, 2012a). Denne subsidieringen gjelder fortsatt i dag, og inkluderer nå også hormonspiral, kobberspiral og p-stav.

2.2 Helsedirektoratets anbefaling

I 2010 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet å vurdere resultatene fra et forsøk gjort av SINTEF, der det ble gitt gratis prevensjon til kvinner mellom 20-24 år. Direktoratet ble også bedt om å komme med råd til videre oppfølging. Dette resulterte i en rapport i 2012 der Helsedirektoratet anbefalte at alle godkjente prevensjonsmetoder burde være gratis for kvinner under 25 år (Helsedirektoratet, 2012a). Helsedirektoratet (2012a) konkluderte med at en slik gratisordning ville øke kvinners personlige kontroll over seksuell helse, fjerne sosiale ulikheter i prevensjonsvaner og bedre bruken av prevensjon, samt gi en reduksjon i aborttallene. Totalkostnaden for det anbefalte alternativet, medregnet en estimert kostnadsbesparelse for reduksjoner i antall aborter, ble estimert til å være omkring 90 millioner kroner årlig. I rapporten fra 2012 understreker helsedirektoratet at kostnaden og den økte risikoen for negative effekter, som økt forekomst av klamydia, utviklingen av brystkreft eller andre alvorlige bivirkninger, ble vurdert som lavere enn de positive effektene ved tiltaket (Helsedirektoratet, 2012a).

Helsedirektoratet er et fag- og myndighetsorgan som ligger under Helse- og omsorgsdepartementet i Norge (Helsedirektoratet, 2018). Dette direktoratet fungerer som faglig rådgiver, og de skal sammenstille kunnskap og erfaringer på ulike områder innen helse, samt iverksette vedtatt politikk og forvalte lover og regler. Råd og anbefalinger som er utarbeidet av Helsedirektoratet presenteres til politikerne, som deretter tar valg som påvirker helsen til befolkningen. En av de tre verdiene til helsedirektoratet er ”faglig styrke”, og direktoratet har et stort fokus på kunnskapsbasert arbeid (Helsedirektoratet, 2018). Med slike verdier i grunn, er det naturlig å forvente at anbefalinger fra Helsedirektoratet bygger på et solid kunnskapsgrunnlag. I Helsedirektoratets rapport fra 2012, står det at anbefalingen om gratis prevensjon bygger på tidligere vurderinger og erfaringer fra Norge, i tillegg til internasjonale studier og kunnskapsoppsummeringer, anbefalinger fra WHO og erfaringer fra land som allerede har subsidieringsordninger for prevensjonsmidler til kvinner (Helsedirektoratet, 2012a).

2.3 Preventive tiltak

I den medisinske verden er det strenge krav til vitenskapelig dokumentasjon, også for helsefremmende og forebyggende arbeid (Statens helsetilsyn, 1998). I noe forebyggende

arbeid har det vist seg å være vanskeligere å finne kunnskap som er vitenskapelig dokumentert, og derfor blir også erfaringsbasert kunnskap ofte viktig for politikere når de skal fatte avgjørelser (Statens helsetilsyn, 1998). Helsedirektoratet (2012b) understreker i sin veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer at alle anbefalinger og retningslinjer skal bygge på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasienters behov, vurdert i forhold til mulige ønskede og uønskede konsekvenser av tiltak. Som nevnt innledningsvis finnes det studier som viser at beslutninger som tas i utarbeidelsen av nye retningslinjer, ikke kun påvirkes av kunnskap, men også personlige- og etiske vurderinger (Mc Hugh et al., 2014; Sundberg et al, 2017). Noen studier går faktisk så langt som å antyde at beslutningstakere hovedsakelig baserer avgjørelser på gammel vane og kulturelle normer (Brownson, Chiqui & Stamatakis, 2009, s. 1577).

Å gi gratis prevensjon til unge kvinner er et forebyggende tiltak med hensikt å redusere abortforekomsten, der man gir medikamenter til en frisk populasjon. Dette tiltaket har positive effekter knyttet til etiske spørsmål, og negative effekter i form av potensielle alvorlige bivirkninger og store kostnader for samfunnet. Det virker spesielt viktig å undersøke om det i utarbeidelsen av anbefalingen om å iverksette dette tiltaket har vært fokus på solid kunnskap. Denne oppgaven skal ta for seg hva litteraturen sier om forholdet mellom gratis eller subsidierte prevensjonsmidler og abort, og også undersøke hvorvidt anbefalingen om å gi gratis prevensjon til unge kvinner er bygget på kunnskap og følger en rasjonell beslutningsmodell.

3 Analyseramme og metode

I starten av dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket som brukes til å vurdere hvorvidt Helsedirektoratet fulgte en rasjonell beslutningsprosess da de valgte å anbefale gratis prevensjon i 2012. For å kunne bedømme beslutningsprosessen, må det gjøres en vurdering av kunnskapen som eksisterer, og det foretas derfor et litteratursøk for å finne evidens som kan klargjøre hvorvidt gratis eller subsidiert prevensjon fører til færre aborter. Kildene fra Helsedirektoratets rapport blir også gjennomgått for å kartlegge hvilken evidens som ble brukt i utformingen av anbefalingen. I slutten av kapitlet presenteres analyse av alle funn fra litteratursøket, samt analyse av de relevante kildene fra Helsedirektoratets rapport.

3.1 Beslutningsteori

God beslutningstaking i styringsorganer er viktig for at vi skal ende opp med sikre, helsefremmede og effektive tiltak i norsk helsepolitikk. I dette delkapitlet presenteres det teoretiske rammeverket for beslutningsprosesser som anvendes i diskusjonen senere i oppgaven.

3.1.1 Beslutningsprosesser

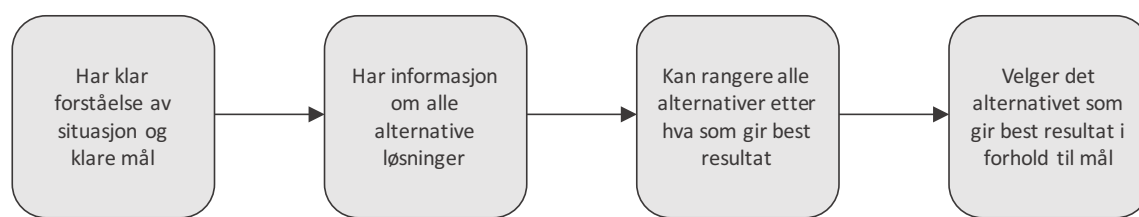
Beslutninger handler om å ta stilling til informasjon ved at opplysninger innhentes, systematiseres og analyseres, før man til slutt tar et valg mellom flere alternativer (Jacobsen & Thorsvik, 2008, s. 279). En beslutningsprosess er alle vurderinger som fører frem til endelige valg og handlinger (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 307). Beslutningsprosesser formes av sammenhengen beslutninger tas i, og kan påvirkes av kultur, makt, økonomi, politikk, personlige forhold som identitet, personlighet og religion, samt tidspress eller usikkerhet (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

Som mennesker blir vi hver dag stilt overfor beslutninger av varierende viktighet; noen valg er nærmest uvesentlige og tillegges lite tanke, mens andre har stor betydning. Når det skal tas politiske valg som påvirker befolkningens helse, virker det rimelig å stille høye krav og forvente en så god beslutningsprosess som mulig. Jacobsen og Thorsvik (2008) er to norske statsvitere som i en bok om organisasjonsteori beskriver flere ulike modeller for hvordan beslutninger blir fattet. Modellen for rasjonelle beslutninger blir her dratt frem som en

grunnleggende idealmodell for hvordan beslutninger fattes, og det er denne modellen som legges til grunn i denne oppgaven.

3.1.2 Den rasjonelle beslutningsmodellen

Den rasjonelle beslutningsmodellen er en normativ beslutningsmodell, som er målrettet og har fokus på fornuft og rasjonalitet. Dersom man strekker seg etter rasjonalitet i beslutningsprosesser vil man ha fokus på målet, og å skaffe full informasjon om mulige løsninger før alternativene sammenliknes og et valg tas og implementeres. Modellen er fremstilt i figur 1. Det blir i denne modellen antatt at mennesker kan handle perfekt rasjonelt i beslutningssammenhenger. Perfekt rasjonalitet vil si at de som fattet beslutninger har klare mål, full informasjon om alle alternativer og konsekvenser og kan rangere dem, før de til slutt velger det alternativet som er best for å nå målet (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 310).



Figur 1 (Jacobsen og Thorsvik, 2008, s. 281)

Den rasjonelle beslutningsmodellen idealiserer evnen mennesker har til å handle rasjonelt, men i virkeligheten er det vanskelig for mennesker å opptre fullstendig i tråd med dette idealet (Jacobsen & Thorsvik 2008). Menneskers rasjonalitet er begrenset, og forutsetninger om perfekt rasjonalitet møter ofte på problemer i flere av leddene i denne modellen. Mål er ofte uklare, det er sjelden man har tilgang til full informasjon om alle mulige løsninger med tilhørende konsekvenser, og alternativer blir ofte vurdert i den rekkefølgen de dukker opp (Jacobsen & Thorsvik, 2016). Eksempler på begrensninger knyttet til informasjonsbehandling kan være at informasjonen man har innebærer stor usikkerhet, at det blir brukt informasjon som er lett å finne, eller at man kun anvender kunnskap man har tilgjengelig fra tidligere i stedet for å samle all relevant informasjon. Eksempler på begrenset rasjonalitet i valget mellom alternativer kan innebære at man vurderer alternativene som de kommer, eller at man påvirkes av menneskers innebygde aversjon mot å akseptere nederlag og dermed unngår å endre retning fra valg som har blitt gjort tidligere (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Dersom rasjonaliteten i beslutningsprosesser blir begrenset, vil man naturligvis ende opp med å være

usikker på om alternativet som er valgt virkelig er det beste. Ut fra den rasjonelle beslutningsmodellen vil man i praksis forvente at beslutningstakerne prøver å skaffe så mye informasjon som mulig, før beslutninger fattes. På normativt grunnlag vil idealet om perfekt rasjonalitet sies å være noe man alltid bør strekke seg etter når beslutninger av stor betydning skal tas.

3.1.3 Helsepolitiske anbefalinger og den rasjonelle beslutningsmodellen

Avgjørelser som tas om statlige tiltak, er gjerne i kategorien av beslutninger som kan ha stor betydning. Hvis vi skal ha tillit til at landet blir styrt på en trygg og god måte, er det avgjørende at slike tiltak er nøye gjennomtenkt og godt begrunnet. Et av ansvarsområdene til forvaltningen, den offentlige administrasjon i Norge, er å forberede saker for politikere (Christensen, Egeberg, Læg Reid & Aars, 2014). De må i dette arbeidet blant annet følge prinsippet om fagstyre, som innebærer at beslutninger er basert på faglig, vitenskapelig dokumentasjon (Christensen et al., 2014). I Norges utredningsinstruks §2-1, stilles det flere minimumskrav til utredning i forbindelse med statlige tiltak (Utredningsinstruksen, 2016). Disse kravene skal bidra til å legge et godt grunnlag for avgjørelser som tas i forbindelse med slike tiltak, og forhindre at det fattes beslutninger som gir uønskede konsekvenser eller fører til sløsing med ressurser. Minimumskravene overlapper med kravene i den rasjonelle beslutningsmodellen, og innebærer blant annet at man skal identifisere problem og mål, kartlegge relevante tiltak, samt sammenlikne positive og negative virkninger av disse tiltakene (Utredningsinstruksen, 2016). Et av de grunnleggende prinsippene for offentlig forvaltning er altså at vedtak skal være godt belyst og ha et solid faglig grunnlag før de iverksettes, og dette kan sees i sammenheng med forutsetning om informasjonsinnhenting i den rasjonelle beslutningsmodellen.

Det virker klart at informasjon er viktig når man skal fatte rasjonelle avgjørelser, og at kunnskap står sentralt i utarbeidelse av statlige tiltak. Innen helse er det et spesielt stort fokus på at tiltak og retningslinjer skal være evidensbaserte, noe som er naturlig ettersom de kan ha stor betydning for befolkningens helse (Brownson et al., 2009). En feil avgjørelse kan i verste fall ha fatale konsekvenser, og det er derfor viktig at beslutninger som påvirker helse tas på bakgrunn av kunnskap, og ikke er basert på for eksempel antakelser eller gammel vane. Brownson et al. (2009) beskriver tre elementer som er sentrale i evidensbasert helsepolitikk; prosess, innhold og resultat. De understreker at det er viktig å forstå hvordan prosessen

foregår for å lettere kunne sørge for at politikken senere blir vedtatt, at innholdet må identifisere hvilke tiltak som kan være effektive, og at dokumentering av resultater av igangsatte tiltak vil påvirke nye valg. For å vite hvilke tiltak som kan være effektive må det hentes inn data som kan bidra til å klarlegge hvilket tiltak som er det beste, og systematiske oversikter regnes da som det beste evidensgrunnlaget (Brownson et al., 2009).

Det er tydelig at helsepolitiske anbefalinger skal baseres på kunnskap, og at beslutninger om tiltak og retningslinjer innen helse skal baseres på gode og evidensbasert prosesser. Når Helsedirektoratet kommer med sine anbefalinger, har de ansvar for å først skaffe et godt faglig grunnlag. Kravene til evidens vil være avhengig av tiltaket, og vil naturligvis øke med alvorlighetsgraden av potensielle konsekvenser. Å innføre en ordning med gratis prevensjon til alle kvinner under 25 år kan ha potensielt store negative helseeffekter på befolkningsnivå, i tillegg til at kostnaden ved å eventuelt innføre en slik ordning har betydning for statens bruk og fordeling av ressurser. I avgjørelser omkring viktige tiltak som dette, vil det være rimelig å forvente at beslutningen er så rasjonell som mulig.

Hvis Helsedirektoratet skulle anvendt den rasjonelle beslutningsmodellen i denne beslutningsprosessen, ville man forventet at de først samlet inn relevant informasjon om alle alternative tiltak for å redusere aborter og konsekvensene av disse. De ville deretter sammenliknet alternativene med hverandre, og rangerte de ulike løsningene, før de til slutt anbefalte den beste løsningen for å redusere antall aborter. Når jeg i denne oppgaven skal vurdere om Helsedirektoratets beslutning om å anbefale gratis prevensjon faktisk var basert på den rasjonelle beslutningsmodellen, vil jeg i stor grad fokusere på kunnskapen de la til grunn for sin avgjørelse. Dette vil jeg gjøre ved å først finne ut hva litteraturen sier om forholdet mellom gratis eller subsidiert prevensjon og abort, og deretter undersøke hva som ligger av kunnskap i Helsedirektoratets egne kilder. Til slutt vil jeg sammenlikne funnene mine med trinnene i den rasjonelle beslutningsmodellen.

3.2 Metode og data

I dette delkapittelet vil jeg først tydeliggjøre hva som er hensikten med litteraturstudie som metode, og deretter redegjøre for hvordan litteraturinnsamlingen har foregått, inkludert søkestrategi, inklusjonskriterier og kritisk vurdering. Til slutt vil utvidede funn fra

litteratursøket bli introdusert, og uthenting av relevante kilder fra helsedirektoratets rapport beskrives.

3.2.1 Hensikten med litteraturstudier

Innhenting av informasjon er en essensiell del av en beslutningsprosess, og for å samle inn all tilgjengelig informasjon er det en fordel å gjøre systematiske søk etter kunnskap. En litteraturstudie innebærer en systematisk gjennomgang og oppsummering, samt kritisk tolkning av forskning som finnes på et bestemt tema (Cronin, Ryan, & Coughlan, 2008). Litteraturstudier bør inneholde et forskningsspørsmål, en metode med klar søkestrategi og vurdering av funn, analyse, resultatpresentasjon og en diskusjon rundt resultatene (Aveyard, 2014, s. 3). En klar problemstilling og en systematisk tilnærming er viktig for å kunne trekke pålitelige konklusjoner fra en slik studie (Aveyard & Sharp, 2013). Informasjonen bør hentes fra flere kilder (Cronin et al., 2008). Når all relevant informasjon er sammenstilt, får man ny kunnskap som kan være en del av et større prosjekt, eller være en studie i seg selv. Man kan få økt innsikt rundt problemstillingen, men man kan også finne ut at man mangler kunnskap på emnet og at det er behov for mer forskning (Aveyard, 2014, s. 3).

Med økende mengder tilgjengelig litteratur, spesielt innenfor helse, har litteraturstudier en viktig rolle i å samle relevant forskning på spesifikke tema. Dersom man kun leser én av mange artikler, vil man fort kunne trekke feil konklusjoner. En litteraturstudie gir et mer komplett bilde av hvilken kunnskap som finnes, og gir mer korrekt forståelse enn enkeltstudier (Aveyard, 2014). Litteraturstudier bidrar til god evidens, noe som er viktig i helsetjenestens evidensbasert praksis (Aveyard, 2014).

3.2.2 Litteratursøk, utvalgelse og kritisk vurdering

For å svare på om gratis eller subsidiert prevensjon fører til redusert antall aborter, er det hensiktsmessig å lage en oversikt over relevant litteratur på dette emnet. Ved å gjøre systematiske litteratursøk i eksisterende litteratur, er det ønskelig å finne artikler som spesifikt omhandler forholdet mellom subsidiert eller gratis prevensjon og abortrater. Selv med en god søkestrategi, er det mulig relevante artikler ikke fanges opp av litteratursøket. Det er også en mulighet for en noe dårligere reliabiliteten i litteraturstudien ved at det kun er en person som alene leser gjennom og trekker ut viktig informasjon av inkluderte artikler. For å håndtere disse problemene best mulig benyttes det en klar søkestrategi med bruk av mange

søkeord og databaser for å fange opp relevante artikler. Det settes også tydelige utvelgelseskriterier og gjøres en kritisk vurdering av artiklene som blir valgt ut.

Søkestrategi

Litteratursøk gjøres i databasene Medline, Embase, Scopus, Web of Science, IBSS og Cochrane Library. Søkeordene som brukes er; *subsidized contraception, subsidized birth control, subsidized prevention, no-cost contraception, no-cost birth control, no-cost prevention, free contraception, free birth control, free prevention, funded contraception, funded birth control, funded prevention, contraceptive, unwanted pregnancy, unplanned pregnancy, unintended pregnancy, abortion*, samt tilhørende MESH-termer. Disse søkeordene ble kombinert ved hjelp av OR- og AND- funksjonen (se appendiks). Søkene resulterer i 361, 60, 60, 38, 215 og 5 treff i henholdsvis Medline, Embase, Scopus, Web of Science, IBSS og Cochrane Library. Duplikater fjernes ved hjelp av EndNote, og det gjenstår da totalt 569 artikler.

Utvelgelseskriterier

Inklusjonskriterier:

- Publikasjoner som undersøker forholdet mellom gratis/subsidierte prevensjonsmidler og aborter.
- Publikasjoner på engelsk, norsk, dansk eller svensk.
- Publikasjoner som handler om land i Europa, Nord-Amerika og Australia.

Eksklusjonskriterier:

- Publikasjoner som ser på substituert/gratis/dekket prevensjons virkning på fertilitet/ graviditeter/ antall fødsler uten å vurdere antall aborter.
- Publikasjoner som ser på andre intervensjoners virkning på abort.

Tittel og abstrakt på de 569 artiklene blir lest og vurdert ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Basert på denne gjennomgangen ble det funnet 20 artikler som tilsynelatende oppfylte kriteriene. Disse artiklene ble lest i sin helhet, og etter en nærmere vurdering var det 7 artikler som gjenstod. Det ble søkt etter flere relevante artikler i similar articles (i gjeldende database), citing articles og kildene det ble referert til i de 7 utvalgte artiklene. Dette resulterte i 3 nye artikler som ble inkludert i litteraturgrunnlaget. Totalt var det 10 artikler som oppfylte kriteriene, og som ble gjenstand for videre analyse.

Kritisk vurdering

Artiklene som oppfylte kriteriene ble vurdert etter sjekklister som passer til studiedesign (se appendiks). Sjekklisene ble hentet fra Folkehelseinstituttet og Joanna Briggs Institute (Folkehelseinstituttet, 2014; Joanna Briggs Institute, 2017). Kritisk vurdering av artiklene er fremstilt i tabellen under. Tre av artiklene vurderes å være av høy kvalitet, mens de resterende artiklene er av middels kvalitet. På grunn av mangel på studier av høy kvalitet, besluttet det å også inkludere også artiklene med middels kvalitet i litteraturstudien. Det er viktig å ha dette i bakhodet ved videre analyse og resultatsammenstilling. Samtlige artikler er fagfellevurdert.

#	FORFATTER OG TITTEL	DESIGN	KVALITET
1	Foster, D. G., Klaisle, C. M., Blum, M., Bradsberry, M. E., Brindis, C. D. & Stewart, F. H. "Expanded State-Funded Family Planning Services: Estimating Pregnancies Averted by the Family PACT Program in California, 1997–1998"	Ikke-eksperimentell estimeringsstudie: - Estimerte antall graviditeter basert på prevensjon utdelt og sammenliknet med estimert fertilitet ut fra prevensjonsmetoder brukt før programmet. - Antar sammenheng mellom prevensjonsbruk og graviditeter og aborter, estimerer.	MIDDELS
2	Foster, D. G., Biggs, M. A., Amaral, G., Brindis, C., Navarro, S., Bradsberry, M., & Stewart, F. "Estimates of pregnancies averted through California's family planning waiver program in 2002"	Ikke-eksperimentell estimeringsstudie: - Estimerte antall graviditeter basert på prevensjon utdelt og sammenliknet med estimert fertilitet ut fra prevensjonsmetoder brukt før programmet: - Antar sammenheng mellom prevensjonsbruk og graviditeter og aborter, estimerer.	MIDDELS
3	Amu, O. & Appiah, K. "Teenage pregnancy in the United Kingdom: are we doing enough?"	Narrative Expert opinion: - Ikke klart hva som er forfatterens rolle. - Uklart hvordan de har gått frem for å finne evidensen de bruker.	MIDDELS
4	Kearney, M. S. & Levine, P. B "Subsidized Contraception, Fertility, and Sexual Behavior."	Difference-in-difference (kvasi eksperimentell): - RCT hadde vært bedre egnet til spm. - Bruker data fra ulike datakilder istedenfor å samle selv. Må til spesifikke kilder for å få vite kvalitet på innsamling. - Gjøres ikke rede for eventuelle andre intervensjoner i tidsrommet.	MIDDELS
5	Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E. & Secura, G. M. "Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception."	Prospektiv kohortstudie: - RCT hadde vært bedre egnet til spm. - Har ikke tatt hensyn til alle konfundere. - Rekrutterte fra abortklinikker og sammenlikner med nasjonale tall for seksuelt erfarne tenåringer → Svar gjelder høyrisiko populasjon. Får ikke tall som er representative for populasjon som helhet (hvis alle tilbys gratis prevensjon)	MIDDELS
6	Part, K. A. I., Moreau, C., Donati, S., Gissler, M., Fronteira, I., Karro, H. & the, R. g.	Prevalensstudie: - Studiedesign er passende for å beskrive variasjon i europeiske lands statistikk på tenåringsgraviditeter, -	HØY

	“Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services.”	aborter og seksualhelsetjenester, men kan ikke brukes til å finne årsakssammenhenger som antydnet. - Mulig underrapportering av graviditeter/aborter kan påvirke resultatene.	
7	Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q. & Peipert, J. F. ”Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy.”	Prospektiv kohortstudie: - RCT hadde vært bedre egnet til spm. - Har ikke tatt hensyn til alle konfundere. - Rekrutterte fra abortklinikker og sammenlikner med nasjonale tall for seksuelt erfarne tenåringer → Svar gjelder høyrisiko populasjon. Får ikke tall som er representative for populasjon som helhet (hvis alle tilbys gratis prevensjon)	MIDDELS
8	Birgisson, N. E., Zhao, Q. H., Secura, G. M., Madden, T. & Peipert, J. F. “Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review”	Prospektiv kohortstudie: - RCT hadde vært bedre egnet til spm. - Har ikke tatt hensyn til alle konfundere. - Rekrutterte fra abortklinikker og sammenlikner med nasjonale tall for seksuelt erfarne tenåringer → Svar gjelder høyrisiko populasjon. Får ikke tall som er representative for populasjon som helhet (hvis alle tilbys gratis prevensjon)	MIDDELS
9	Mulligan, K. ”Contraception Use, Abortions, and Births: The Effect of Insurance Mandates.”	Ikke- eksperimentell studie med regresjon og estimering	HØY
10	Hognert, H., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Milsom, I., Lidegaard, O. & Lindh, I. ”High birth rates despite easy access to contraception and abortion: a cross-sectional study.”	Prevalensstudie: - Studiedesign er passende for å beskrive nordiske lands statistikk på aborter og seksualhelsetjenester, men kan ikke si noe om årsaker. - Resultater kan påvirkes av eventuell underrapportering av tenåringsgraviditeter og -aborter.	HØY

3.2.3 Utvidede funn

Som beskrevet, resulterte litteratursøket i kun ti artikler som passet til oppgavens problemstilling, og flere av disse hadde viktige svakheter. Det var mangel på studier av høy kvalitet, og det fantes ingen randomiserte kontrollerte studier som ville vært foretrukket design for problemstillingen. I tillegg ble det ved første gjennomlesing avdekket at syv av artiklene var fra USA, et land som er svært ulikt Norge på blant annet abortstatistikk, og flere av artiklene viste seg å være skrevet om samme studie.

En mangel på gode artikler som så på den konkrete sammenhengen mellom gratis eller subsidiert prevensjon og abort, gjorde det interessant å se nærmere på hva slags annen kunnskap som fantes om prevensjon og forebygging av provosert abort, generelt. Ved gjennomgang av alle artiklene ble det funnet atten artikler som falt utenfor

inklusionskriteriene, men som fortsatt var relevante for det overordnede temaet. Disse artiklene ble sortert ut under gjennomlesingen av treffene fra litteratursøket. Det ble også sjekket at artiklene var fagfellevurdert, for å sikre en grad av reliabilitet og validitet. Tilleggsartiklene undersøker blant annet faktorer som påvirker abortrate, forholdet mellom prevensjonsbruk og abort og barrierer for prevensjonsbruk, og dette utforskes videre i analysen. Disse artiklene er kun bifunn fra det spesifikke litteratursøket, og kan ikke påstås å være dekkende for all litteratur som finnes på temaet prevensjon og abort. Artiklene gir likevel et bilde på hvilken annen kunnskap man kan finne dersom man søker etter å finne informasjon om forholdet mellom gratis eller subsidiert prevensjon og abort.

3.2.4 Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag

Det faktum at litteratursøket resulterte i få artikler med høy kvalitet, gjør det ekstra interessant for å se nærmere på hva Helsedirektoratet (2012a) brukte som kilder da de i 2012 anbefalte å gi gratis prevensjon til alle kvinner under 25 år. Som nevnt i kapittel 2, sier Helsedirektoratet (2012a) at anbefalingen bygger på tidligere vurderinger, anbefalinger fra WHO og internasjonale studier og kunnskapsoppsummeringer. Kildene som er brukt i avsnittene i rapporten som direkte omhandler forholdet mellom gratis/subsidiert prevensjon og abort hentes ut og undersøkes videre i siste del av analysekapittelet. Det samme gjelder kilder som er brukt i avsnitt som omhandler forholdet mellom gratis/subsidiert prevensjon og økt bruk/økt effektivitet av prevensjon eller avsnitt som omhandler forholdet mellom økt bruk/økt effektivitet av prevensjon og abort. Dette utgjør til sammen 33 kilder som ble analysert videre.

3.3 Analyse av litteraturen

De 10 hovedartiklene og de 18 tilleggsartiklene ble grundig gjennomlest, og problemstilling, studiedesign og resultater ble identifisert. De 33 relevante kildene fra Helsedirektoratets rapport ble også gjennomlest, før hovedinnhold og relevant informasjon om abort og gratis prevensjon ble hentet ut. Analysen av de ulike delene av litteraturstudien er fremstilt i separate tabeller som finnes i appendiks.

3.3.1 Analyse av hovedfunn

Ved hjelp av tabellen for hovedfunn ble artiklene delt inn i fire ulike grupper ut fra studiedesign; estimeringer (1 og 2), kohortstudien (5, 7 og 8), regresjon av data (4 og 9) og

artikler som ser på sammenhenger mellom lands abortstatistikk og policyer (3, 6 og 10). Denne inndelingen benyttes videre når resultatene presenteres.

3.3.2 Analyse av utvidede funn

Ved hjelp av tabellen for utvidede funn ble artiklene delt inn i seks ulike grupper ut fra problemstilling; Faktorer relatert til abortrate (A, B, L, og P), faktorer relatert til gjentatte aborter (D, N, O, Q og R), forholdet mellom prevensjonsbruk og abort (C og J), barrierer for prevensjonsbruk (E, G, H og M), prevensjonsbruk ved gratis eller subsidiert prevensjon (F og I) og annen atferdsendring som følge av gratis eller subsidiert prevensjon (K). Denne inndelingen benyttes også videre når resultatene presenteres.

3.3.3 Analyse av Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag

Ved hjelp av tabellen for helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag ble kildene delt inn i fire ulike grupper; Tidligere vurderinger (2, 3, 4, 5, 6, 65, 106), SINTEF-undersøkelsen (1), anbefalinger fra WHO (24, 57, 58) og erfaringer fra andre land. Erfaringer fra andre land inkluderer publikasjoner som omhandler direkte sammenheng mellom gratis/subsidiert prevensjon og abort, sammenheng mellom gratis/subsidiert prevensjon og endringer i prevensjonsbruk eller mellom endringer i prevensjonsbruk og abort (12, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 36, 46, 47, 48, 49). Det er også flere av de internasjonale publikasjonene som hovedsakelig omtaler kostnadseffektivitet ved å tilby gratis prevensjon (7, 8, 9, 19, 29, 35, 62, 63, 132). Akkurat som for hovedartiklene og tilleggsartiklene, brukes inndelingen av kildene til Helsedirektoratet til å strukturere resultatene i neste kapittel.

4 Resultater

I dette kapittelet fremlegges funn fra hovedartiklene, tilleggsartiklene og helsedirektoratets kilder i tre separate deler. Som nevnt, presenteres resultatene med utgangspunkt i inndelinger definert i analysedelen. I hver av de tre hoveddelene vil det til slutt også fremlegges en samlet vurdering. Resultatene benyttes videre i diskusjonen i kapittel 5.

4.1 Hovedfunn

Litteratursøket resulterte i ti relevante artikler av varierende kvalitet. Syv av de ti inkluderte artiklene undersøker forholdet mellom gratis prevensjon og abort i USA, mens de resterende tre ser nærmere på europeiske land. To av artiklene estimerer reduserte abortrater basert på endret prevensjonsbruk etter innføring av et familieplanleggingsprogram som inkluderte utdeling av gratis prevensjon, tre av artiklene analyserer resultater en kohortstudie fra 2007 der utdeling av gratis prevensjon var kostnadsfritt, to av artiklene er regresjonsanalyser av data innhentet i etterkant av pålagt dekning av prevensjonstjenester via forsikringstjenester og tre artikler undersøker sammenhengen mellom ulike lands abortrater og tilgang på subsidiert eller gratis prevensjon. Vi skal nå se nærmere på de ulike gruppene av artikler, inkludert styrker og begrensninger.

4.1.1 Estimeringer

Foster et al. skrev i 2004 en artikkel der de undersøkte Family PACT-programmet i California, USA sin innvirkning på fertilitet fra 1997-1998. Family PACT ble innført i California i 1996 og var et program som gav folk tilgang til diverse familieplanleggingstjenester, blant annet gratis prevensjon til dem som hadde inntekt på mindre enn 200% under fattigdomsgrensen uten tilgang på liknende dekning fra annet hold (Foster et al., 2004). Forfatterne estimerte reduksjon i uønskede svangerskap ved å sammenlikne prevensjonsbruk før og etter programmet, samt kalkulerte sannsynlighet for graviditet ved å ta høyde for type prevensjon valgt og fruktbarhet i forhold til alder. Ved hjelp av disse estimeringene kom de frem til at et år med Family PACT førte til at 108 000 uønskede svangerskap (tilsvarer en 90% reduksjon) og 41 000 aborter ble unngått (Foster et al., 2004).

I 2006 ble det skrevet en ny artikkel der Family PACT-programmet sin innvirkning på fertilitet og aborter i 2002 ble undersøkt. Forfatterne estimerte antall graviditeter basert på prevensjonsmetoden utdelt sammenliknet med prevensjonsmetoden brukt før programmet, tatt i betraktning feil bruk og eventuell slutt av bruk. Ut fra disse estimatene kalkulerte de at 79 000 aborter ble unngått på grunn av Family PACT i 2002 (Foster et al., 2006).

Resultatene fra disse to artiklene tyder på at gratis prevensjon kan føre til reduserte antall aborter. Det reduserte antallet estimerte aborter kan likevel ikke sikkert sies å komme fra gratis prevensjon alene. I Family PACT-programmet fikk folk tilgang til flere tjenester som blant annet graviditetstesting, rådgivningstjenester, gratis prevensjon og gratis nødprevensjon. Med så mange tiltak er det vanskelig å si at gratis prevensjon alene hadde hatt en signifikant effekt på prevensjonsbruk og dermed abortraten. Det er for eksempel en mulighet for at det kan ha vært rådgivningstjenesten som førte til endret bruk av prevensjon, og ikke eliminering av kostnader. I tillegg er effektene på aborter i disse artiklene beregnet ut fra estimeringer basert på prevensjonsbruk, som baserer seg på en antakelse om at tallene på utlevering av prevensjon direkte fører til færre graviditeter og dermed også aborter. Ved å ikke måle utfallet, men kun estimere det, får man ikke tatt høyde for blant annet mulig endret atferd. De som benyttet seg av Family PACT kan for eksempel i større grad la være å bruke midlene som forskrevet, eller ha økt risikoatferd som resultat av gratis tilgang. I lys av disse begrensningene kan man stille spørsmål ved om resultatene er til å stole på.

4.1.2 Kohortstudien

Det ble i 2007 startet en kohortstudie i St. Luis området i Missouri i USA kalt CHOICE-prosjektet. CHOICE hadde som mål å undersøke hvordan gratis prevensjon, veiledning og promotering av langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC), som hormonspiral, kobberspiral og p-stav, kan påvirke andelen uønskede svangerskap (Washington University, 2018). Prosjektet fjernet hindre for økt bruk av LARC ved å eliminere barrierer som kostnad, kunnskap og tilgang (Birgisson, Zhao, Secura, Madden, & Peipert, 2015).

I ettertid ble det gjort flere ulike analyser av datamaterialet for å vurdere virkningen av prosjektet. Peipert, Madden, Allsworth, and Secura (2012) fant en signifikant reduksjon i antall tenåringsfødsler, aborter og gjentatte aborter i studien, og konkluderte med at promotering av de mest effektive prevensjonsmetodene sammen med gratis prevensjon

reduserer antall uønskede svangerskap. I følge deres beregninger, sammenliknet med resten av staten og nasjonale tall, vil en implementering av policyer tilsvarende CHOICE-prosjektets intervensjon kunne forhindre 62-78% av USAs aborter årlig. Secura, Madden, et al. (2014) konkluderte senere med at kvinnelige tenåringer i programmet hadde lavere graviditet-, fødsels- og abortrate enn tenåringer med seksuell erfaring nasjonalt, med henholdsvis 9,7/1000 opp mot 41,5/1000 aborter. I 2015 ble flere av nøkkelfunnene fra CHOICE-prosjektet oppsummert, og forfatterne konkluderte med at den økte tilgangen til LARC, samt grundig informering av kvinnene og god opplæring av ansatte, kunne føre til færre uønskede graviditeter og aborter og dermed spare helsevesenet for store kostnader (Birgisson et al., 2015).

CHOICE-studien har et solid prospektivt design med et stort utvalg med hele 9256 deltakere (Bond, 2013). En begrensning kan likevel være at det er vanskelig å generalisere funnene til andre populasjoner ettersom deltakerne ble rekruttert fra blant annet abortklinikker i regionen, og de fleste var i høyrisikogruppen for uønsket graviditet (Secura, Madden, et al., 2014). CHOICE-prosjektet setter også i gang flere tiltak enn gratis prevensjon alene, akkurat som Family PACT-programmet i California. Deltakerne fikk god veiledning fra helsearbeidere, LARC ble promotert i stor grad, prosjektet sørget for kontinuerlig bruk av prevensjonsmidlene ved hjelp av nær oppfølging og helsearbeidere var tilgjengelige for spørsmål dersom deltakerne hadde bekymringer vedrørende bivirkninger (Birgisson et al., 2015). Med et sammensatt tiltaksbilde vil det være problematisk å trekke konklusjonen at kun å tilby gratis prevensjon ville hatt den samme virkningen på aborttallene.

4.1.3 Regresjon av data

I stedet for å sette i gang egne forsøksprosjekter eller studier, har noen valgt å lete etter kausale sammenhenger mellom gratis prevensjon og abort ved å se nærmere på data samlet inn før og etter policyimplementeringer. I 2009 undersøkte Kearney & Levine hvor stor innvirkning utvidelsen av dekningen for familieplanleggingstjenester i Medicaid hadde på prevensjonsbruk, fødsler, aborter og seksualaktivitet i USA. Utvidelsen av dekningen i Medicaid gikk hovedsakelig ut på å øke inntektsgrensene slik at et større antall kvinner fikk dekket flere familieplanleggingstjenester. Dekningen inkluderte blant annet flere ulike prevensjonsmetoder, tilhørende undersøkelser og tester (Kearney & Levine, 2009). Dette førte til at antallet som brukte familieplanleggingstjenester gjennom Medicaid mer enn doblet

seg (Kearney & Levine, 2009). Policyene ble innført på ulike tidspunkt i ulike stater, og forfatterne utnyttet dette for å finne kausale sammenhenger. Kearney and Levine (2009) fant at utvidelsen av Medicaid's dekning førte til et redusert antall fødsler, spesielt blant tenåringer, men de fant ikke evidens for at det påvirket antall aborter.

I 2012 ble nye private forsikringselskaper i USA pålagt å dekke prevensjonsmetoder og rådgivning gjennom Affordable Care Act (ACA) (Mulligan, 2015). Liknende arbeidet til Kearney & Levine i 2009, undersøkte Karen Mulligan i 2015 om pålagt forsikringsdekning av prevensjon påvirket prevensjonsbruk, fødsler og aborter. Mulligan (2015) benyttet seg også av at det var variasjoner i når ulike stater innførte mandatet, og det ble gjort flere analyser på statlig og individuelt nivå ved hjelp av regresjonsmodeller. Resultatene på prevensjonsbruk ble mer enn doblet, likt det som ble funnet etter utvidelsen av Medicaid's dekning, men i motsetning til Kearney & Levine (2009) fant Mulligan (2015) at det ikke var signifikant påvirkning av antall fødsler, men at pålegget reduserte abortraten med 3%. Det ble estimert at ACA ville resultere i minst 25 000 færre aborter hvert år (Mulligan, 2015).

Selv om kun en av disse studiene fant signifikant nedgang i abortrate, peker begge i retning av reduserte antall aborter ved utvidet forsikringsdekning. Det er likevel en begrensning at dekningsen også her gjelder mer enn kostnadsfri tilgang på prevensjon, og det er vanskelig å si om det er dekket prevensjon alene eller fri tilgang til veiledningstjenester som har signifikant virkning på aborttallene.

4.1.4 Sammenheng mellom lands abortstatistikk og policyer

Det ble funnet tre relevante artikler som undersøkte forholdet mellom subsidiert eller gratis prevensjon og abort ved å se nærmere på sammenhengen mellom ulike lands abortstatistikk og policyer for prevensjon (Amu & Appiah, 2006; Hognert et al., 2017; Part et al., 2013). I motsetning til de resterende artiklene som handler om USA, undersøker alle disse tre artiklene forhold mellom abort og prevensjonspolicyer i europeiske land.

Til tross for mange år med gratis prevensjon har Storbritannia lenge hatt den største andelen uønskede svangerskap i Europa (Amu & Appiah, 2006). I følge Amu and Appiah (2006) var det av industrialiserte land kun USA og Canada som hadde større andel tenåringsgraviditeter og høyere årlig abortrate. Det er mulig at selv om prevensjon er gratis, vil mange tenåringer

ha dårligere forståelse for bruk, mangel på veiledning og motivasjon (Amu & Appiah, 2006). Forfatterne mener at et så komplekst problem ikke kan løses av individuelle strategier, slik som gratis prevensjon alene, men foreslår å sette inn flere tiltak som bedre seksualundervisning, lettere tilgang til familieplanleggingsklinikker, promotering av LARCs og en kulturendring mot mer åpenhet rundt seksualopplysning.

Part et al. undersøkte i 2013 andre europeiske lands statistikker på tenåringsgraviditeter og tenåringsaborter opp mod landets tilbud av seksualhelsetjenester. Forfatterne fant det vanskelig å trekke stabile konklusjoner, blant annet på grunn av manglende data på aborter og tenåringsgraviditeter i en stor andel av landene, og mangelfull informasjon om ungdommers seksualhelsetjenester i de fleste land. Fra ca. år 2000 har det generelt vært en nedgang i andelen tenåringsgraviditeter i EU med størst reduksjon i nord-europeiske land. Over 60% av tenåringsgraviditetene i bl.a. Sverige, Danmark, Finland, Nederland og Frankrike endte i aborter, men det var relativt få tenåringsgraviditeter i disse landene i utgangspunktet. Det kan se ut til at de fleste land som har et dekkende tilbud om seksualhelsetjenester for ungdommer også inkluderer tilbud om gratis eller subsidiert prevensjon for ungdommene, og at de samme landene har færre gravide tenåringer. Det er mindre evidens for at det er lavere abortrate blant tenåringer i disse landene. (Part et al., 2013)

I 2017 ble det gjort et liknende arbeid av Hognert et al. der prevensjonsbruk, fruktbarhetsrate, antall fødsler og aborter i nordiske land ble sammenliknet med landenes tilbud av seksualhelsetjenester. Det ble funnet størst bruk av hormonelle prevensjonsmidler og kobberspiral i Danmark og Sverige, selv om disse landene har helt ulike rutiner for dekning av prevensjonsmidler; i Danmark er det ingen prevensjonssubsidiering, mens Sverige dekker hormonell prevensjon for alle under 20 år, samt har kostnadsfri kobberspiral til kvinner i alle aldre (Hognert et al., 2017). Fra 1975-2003 sank abortraten i Danmark og Finland, mens den holdt seg stabil i Norge og Sverige. I følge Hognert et al. (2017) ser man ingen tydelig negativ assosiasjon mellom subsidiert prevensjon i de nordiske landene og abortrater.

4.1.5 Samlet vurdering av hovedfunn

De ulike artiklene finner i varierende grad at gratis eller subsidiert prevensjon fører til en signifikant nedgang i abortrate. Estimeringsartiklene fikk meget gode resultater, men hadde dessverre også store svakheter. Kohortstudien i USA viste også gode resultater, men også

denne studien hadde en del svakheter. Blant de to artiklene som ved hjelp av regresjon undersøkte for kausale sammenhenger mellom økt forsikringsdekning for prevensjon og lavere aborttall, var det kun en som fant signifikant nedgang i abortrate, og artiklene som sammenliknet ulike lands abortrater med prevensjonspolicyer kunne ikke finne noen solid sammenheng mellom gratis eller subsidiert prevensjon og redusert antall aborter.

I følge helsebiblioteket.no, en statsfinansiert nettside som driftes av folkehelseinstituttet, er randomiserte kontrollerte studier (RCT) foretrukne studiedesign for å finne effekt av tiltak (Helsebiblioteket, 2018). Ettersom effekten av gratis prevensjon på abortrate er et eksempel på et tiltak med en ønsket effekt, vil randomiserte kontrollerte studier også være det foretrukne studiedesignet i denne sammenhengen. Ingen av artiklene er her basert på randomiserte kontrollerte studier. Det er også mange andre viktige og liknende svakheter med artiklene. Flere av de inkluderte studiene, spesielt de fem som ser på resultater fra Family PACT-programmet og CHOICE-studien, undersøker tiltak som inkluderer mye mer enn bare gratis prevensjon. Det vil være vanskelig, å påstå at de reduserte aborttallene kommer av gratis prevensjon når det er satt i gang flere tiltak samtidig. Mange av de inkluderte artiklene undersøker effekten av å tilby gratis prevensjon til grupper som har lav inntekt eller høy risiko for graviditet. Å tilby gratis prevensjon kun til visse grupper kan ha en annen effekt enn dersom prevensjon hadde blitt gitt til alle, uavhengig av økonomisk situasjon eller risikogruppe. Syv av de ti inkluderte artiklene er fra USA, et land med en veldig høy andel uønskede svangerskap og aborter (Birgisson et al., 2015). Med så mange studier fra et land som har et veldig annerledes utgangspunkt enn Norge i denne saken, kan man stille spørsmål ved om resultatene fra undersøkelsene kan sees på som like aktuelle i vår populasjon.

Totalt sett peker de fleste artiklene i retning av at gratis prevensjon fører til lavere abortrater. Det er likevel vanskelig å si dette med sikkerhet dersom det tas høyde for de mange svakhetene diskutert her, blant annet ugunstig studiedesign i forhold til problemstilling, manglende generaliseringsmulighet og problemer med å vise effekt av enkelte tiltak ved sammensatte intervensjoner. En kan ikke konkludere med at gratis prevensjon reduserer abortforekomsten ut i fra resultatet i dette litteraturstudiet.

4.2 Utvidede funn

I analysen ble det klart at de 18 tilleggsartiklene så nærmere på diverse faktorer relatert til abortrate, faktorer relatert til gjentatte aborter, forholdet mellom prevensjonsbruk og abort, barrierer for prevensjonsbruk, prevensjonsbruk ved gratis eller subsidiert prevensjon og annen atferdsendring som følge av gratis eller subsidiert prevensjon. Vi skal nå ta en nærmere titt på disse artiklene gruppevis. Underveis blir også styrker og begrensninger ved studiene kommentert.

4.2.1 Faktorer relatert til abortrate

Nederland har en lav abortrate i forhold til andre land i Europa (Ketting & Visser, 1994). I 1994 undersøkte Ketting & Visser årsakene til dette ved å se på Nederlands strategier på dette området. De kom frem til at det lave antallet uønskede svangerskap og aborter kom av stor aksept for sterilisering og gode strategier for å unngå tenåringsgraviditeter, blant annet ved god seksualundervisning, lett tilgjengelig seksualhelsetjenester og offentlige kampanjer med fokus på seksualopplysning og prevensjon. Nederland har utviklet en kultur der det er en felles forståelse av at abort er en siste utvei og nødløsning som bør unngås (Ketting & Visser, 1994).

Det ble i 2016 laget en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte studier fra hele verden som evaluerte effekten av tiltak som skulle redusere uønskede tenåringsgraviditeter (Oringanje et al., 2016). Tiltakene hadde blant annet mål om å bedre kunnskap og holdninger knyttet til risiko for uønskede graviditeter blant tenåringer, mål om å oppmuntre utsettelse av første samleie og mål om å fremme konsekvent bruk av prevensjonsmidler. Den systematiske oversikten var et forsøk på å utforske evidensen for å oppklare usikkerheten bak de mange strategiene som brukes for å adressere problemet med tenåringsgraviditeter. Det ble funnet at tiltak med en kombinasjon av seksualundervisning og prevensjonspromotering signifikant reduserte risikoen for uønskede graviditeter blant tenåringer, mens promotering av prevensjon alene påvirket risikoen for uønskede graviditeter lite, selv om bruken av prevensjon var økt (Oringanje et al., 2016). På grunn av variabilitet i populasjon, intervensjoner og tiltak i studiene som ble inkludert i denne systematiske oversikten, var det umulig å konkludere med hvilken intervensjon som var mest effektiv.

I år 2000 gjorde Erik Klijzig regresjonsanalyser på data om fertilitet og familie for å finne ut om det fantes uoppfylte behov for familieplanlegging i industrialiserte land i Europa. Han fant en sterk assosiasjon mellom uoppfylt behov for familieplanlegging og abortrate. Det ble sett nærmere på andelen som var uønskede gravide og som ikke ønsket barn, men samtidig var seksuelt aktive uten å bruke prevensjon, og kom frem til at dette samlet var under 10% i de fleste europeiske land. Personer med uoppfylte familieplanleggingsbehov hadde ofte lav utdanning, var gift og menn. Andelen økte med økende alder og familiestørrelse, noe som tydet på at det var uoppfylt behov for å begrense antall barn, og ikke bare utsette svangerskap til senere i livet. (Klijzing, 2000)

I etterkant av den tidligere refererte CHOICE-studien i USA ble det også undersøkt hvilke faktorer som var assosiert med å ta abort eller fortsette svangerskapet dersom man var blitt uønsket gravid (Eisenberg, Lange, Zhao, Madden, & Peipert, 2015). Det ble funnet at det å ikke ha en partner, ha gjennomgått tidligere aborter, samt ha høyere alder, førte til større sannsynlighet for å ta abort i en slik situasjon. Valget om å ta abort ble ikke assosiert med etnisitet, utdanning, inntekt eller prevensjonsmetode.

4.2.2 Faktorer relatert til gjentatte aborter

Det finnes også studier som har sett nærmere på hvilke faktorer som påvirker til repeterte aborter. Orr and Romel (2015) har undersøkt dette i Skottland, et land med gratis prevensjon, der det likevel blir gjennomført et betydelig antall aborter som fører med seg store kostnader. De peker på at repeterte aborter tyder på problemer med bruk av god prevensjon etter prosedyren, og de foreslår at prevensjonsrådgivning som del av abortkonsultasjonen, anbefalt bruk av LARC og mer støtte etter gjennomført abort som mulige løsninger på problemet (Orr & Romel, 2015). Samme år ble det også publisert en norsk studie som forsøkte å kartlegge risikofaktorer for repeterte aborter (Justad-Berg, Eskild, & Strom-Roum, 2015). I denne studien kom det frem at 36,7% av abortene var hos kvinner som hadde tatt abort tidligere. Det faktum at en stor andel av de som tar aborter har tatt abort tidligere, tyder på at de som tar abort for første gang kan være en viktig målgruppe. Både førstegangsaborter og repeterte aborter var vanligere for kvinner over 25 år, og repeterte aborter var også assosiert med å ha barn fra tidligere, å være uten partner, og å bruke prevensjon under unnfangelsen (Justad-Berg et al., 2015). I en studie fra Nederland i 2017, der kvinner på en abortklinikk ble spurt om blant annet prevensjonsbruk, viste det seg også at halvparten av kvinnene som tok abort

rapporterte konsekvent bruk av prevensjon (Loeber & Muntinga, 2017). Det at mange som tar abort bruker prevensjon under unnfangelsen, tyder på at høy fertilitet kan være en underliggende risikofaktor (Justad-Berg et al., 2015).

Det ble i 2006 gjennomført en randomisert kontrollert studie i Storbritannia, der målet var å finne ut om bedre prevensjonsveiledning for kvinner som tok abort førte til økt og mer kontinuerlig bruk av effektive prevensjonsmetoder, samt reduserte antall gjentatte aborter (Schunmann & Glasier, 2006). Kvinnene i intervensjonsgruppen diskuterte prevensjon og valg av metode, samt fikk med seg prevensjon for 3 måneder, eventuelt innsatt p-stav eller spiral, før de ble utskrevet fra sykehuset etter en abort. Resultater fra studien viste at slik veiledning og samtidig oppstart av prevensjon førte til en økt bruk av LARC, men så ikke ut til å redusere antall gjentatte aborter.

Det er også gjort kvalitative studier for å finne ut om prevensjonsveiledning kan redusere antall uønskede svangerskap og aborter. Loeber and Muntinga (2017) intervjuet elleve kvinner som hadde hatt tre eller flere uplanlagte svangerskap om deres erfaringer med prevensjonsbruk og prevensjonsveiledning. De fant at disse kvinnene hadde et større behov for god og individuelt tilpasset veiledning for prevensjonsbruk og mulighet for å diskutere frykten for bivirkninger. I en studie der helsearbeidernes perspektiv på prevensjonsveiledning ble undersøkt, ble det funnet at de synes det var utfordrende å gi råd om prevensjon i forbindelse med aborten (Kilander, Salomonsson, Thor, Brynhildsen, & Alehagen, 2017). Resultatene fra begge disse studiene viser et mulig behov for å forbedre leger og andre helseansattes veiledningsevner og kunnskap om prevensjon for å forhindre gjentatte uønskede graviditeter.

4.2.3 Prevensjonsbruk og abort

Det finnes flere studier som har undersøkt antakelsen om at dårlig prevensjonsbruk og abort henger tett sammen. En analyse av prevensjonsdata fra kvinner som tok abort i USA i 2000-2001 viste at 46% av kvinnene som tok abort ikke hadde brukt prevensjon, og at blant de som brukte prevensjon var inkonsekvent bruk hovedårsaken til graviditet (Jones, Darroch, & Henshaw, 2002). Vi har i andre studier sett at også omtrent halvparten av kvinner med gjentatte aborter ikke brukte prevensjon fast (Loeber & Muntinga, 2017).

Det har også på populasjonsnivå blitt observert sammenhenger mellom uønskede svangerskap og endringer i prevensjonsbruk. Ved å sammenlikne trender i prevensjonsbruk og fluktueringer i uønskede svangerskap og aborter i Frankrike fra 2000-2010, ble det funnet at andel uønskede svangerskap økte ved redusert prevensjonsbruk, og at små endringer i udekket prevensjonsbehov førte til store endringer i uønskede svangerskap (Moreau, Bohet, Trussell, & Bajos, 2014). I 2005-2006, når andelen uønskede svangerskap var på sitt høyeste i perioden, var abortraten også økt. Abortraten holdt seg imidlertid stabil fra da og frem til 2010 til tross for økt bruk av prevensjon, noe som tyder på at abortrater ikke bare reflekterer effektiviteten av prevensjon, men også andre faktorer som for eksempel samfunnets holdninger til abort (Moreau et al., 2014).

4.2.4 Barrierer for prevensjonsbruk

Sammenhengen mellom å ikke bruke prevensjon og uønskede graviditeter og abort har gjort det interessant å se på hva som er årsaken til at de som har et familieplanleggingsbehov ikke bruker prevensjon. Det er derfor flere som har forsøkt å kartlegge barrierer for bruk av effektiv prevensjon opp gjennom tidene (Hulme, Dunn, Guilbert, Soon, & Norman, 2015; Leeman, 2007; Sawhill, Thomas, & Monea, 2010). Leeman (2007) mente at bedre kunnskap om familieplanlegging og prevensjon blant helsearbeidere, økt veiledningskompetanse når det gjelder prevensjon, og fjerning av finansielle barrierer, kunne bedre bruk av effektiv prevensjon og redusere uønskede graviditeter. Sawhill et al. (2010) mente at god seksualundervisning, mediekampanjer, programmer som gav tilgang til subsidiert prevensjon, samt å fremme bruken av LARC kunne øke prevensjonsbruk. Hulme et al. (2015) fant ved en kvalitativ undersøkelse med intervjuer av helsepersonell i Canada ut at kostnad var den viktigste barrieren for prevensjonsbruk, sammen med eventuelt dårlig tilgang til leger i visse områder og lite oppdatert kunnskap om prevensjon blant legene. Phares, Cui, and Baldwin (2012) fant ved å analysere data fra Los Angeles-området i USA ut at sosiodemografiske faktorer var med på å forutsi bruk av effektive prevensjonsmetoder, og at faktorer som etnisk bakgrunn og utdannelsesnivå burde tas hensyn til når man tilbyr familieplanleggingstjenester til visse deler av populasjonen.

4.2.5 Prevensjonsbruk ved subsidiert eller gratis prevensjon

Det finnes også studier som har undersøkt konkret hvordan prevensjonsbruk har endret seg etter å ha eliminert kostnad som en barriere (Atkins & Bradford, 2014; Heavey, Moysich,

Hyland, Druschel, & Sill, 2008). Gjennom å gjøre regresjonsanalyser på data fra unge kvinner som fikk tilgang på gratis prevensjon gjennom en statsfinansiert familieplanleggingsklinikk i USA, fant Heavey et al., (2008) at kostnadseliminering var klart assosiert med mer bruk av prevensjon og valg av mer effektive prevensjonsmetoder. Det ble også funnet at dersom programmer med statsfinansiert prevensjon ble fjernet, økte andelen tenåringsgraviditeter. Det er viktig å merke seg at utvalget i denne analysen var tenåringer med lav sosioøkonomisk status, noe som gjør resultatene vanskelig generaliserbare til andre populasjoner. Analysen til Atkins og Bradford (2014), som undersøkte prevensjonsbruk etter at det ble lovpålagt dekning av prevensjon for helseforsikringer i flere stater i USA, kan være noe mer generaliserbar da den favner kostnadseliminering for prevensjon for større deler av befolkningen. De fant at kvinner i stater med lovpålagt dekning hadde 5% økt sannsynlighet for å bruke prevensjon.

4.2.6 Annen atferdsendring ved subsidiert eller gratis prevensjon

I etterkant av CHOICE-studien i USA ble det også undersøkt om tiltaket med gratis prevensjon kunne føre til økt antall seksualpartnere og samleier, atferd som kunne motvirke målet om å redusere uønskede graviditeter (Secura, Adams, Buckel, Zhao, & Peipert, 2014). Det ble funnet at det var en signifikant økning i antall samleier, men at det ikke var noen økning i seksuelt overførbare infeksjoner og lite økning i antall seksualpartnere. Forfatterne konkluderte med at det ikke var funnet signifikant evidens for å støtte bekymringer om økt seksuell risikofølelse, selv med økningen i antall samleier (Secura, Adams, et al., 2014).

4.2.7 Samlet vurdering av utvidede funn

Gjennomgang av resultatene fra andre interessante artikler som ble funnet i litteratursøket viser at det finnes mye kunnskap om prevensjonsbruk og abort, selv om det er noe mangelfull litteratur på sammenhengen mellom gratis prevensjon og aborter.

Vi har her sett at det er funnet mange faktorer som er relatert til abort og gjentatte aborter. Det som går igjen i flere av artiklene er at andelen som tar abort øker med økende alder og at de fleste er over 25 år (Eisenberg et al., 2015; Justad-Berg et al., 2015; Klijzing, 2000). Høyere alder, at mange som ble uønskede gravide var gift og at flere som tok abort hadde barn fra tidligere, tyder også på at flere som tar abort ønsker å begrense familiestørrelsen heller enn å utsette førstegangsgaviditet (Eisenberg et al., 2015; Justad-Berg et al., 2015;

Klijzing, 2000). Det å ha tatt abort tidligere er også en risikofaktor for nye aborter (Eisenberg et al., 2015; Justad-Berg et al., 2015; Klijzing, 2000). Etersom mange av kvinnene som tar abort også bruker prevensjon spiller antakelig høy fertilitet en stor rolle (Justad-Berg et al., 2015; Loeber & Muntinga, 2017). God prevensjonsveiledning, og også promotering av LARC, er derfor viktig for kvinner som har tatt abort flere ganger (Kilander et al., 2017; Loeber & Muntinga, 2017; Orr & Romel, 2015). Generelt er også seksualundervisning og lett tilgjengelig seksualhelsetjeneste viktig for å redusere antall uønskede svangerskap og aborter (Ketting & Visser, 1994; Oringanje et al., 2016).

Vi har også sett at manglende eller inkonsekvent prevensjonsbruk er vanlig for kvinnene som tar abort (Jones et al., 2002) og at små økninger i udekket prevensjonsbehov fører til økt andel uønskede svangerskap (Moreau et al., 2014). Det er vist at dårlig veiledningskompetanse og kunnskap om prevensjon blant helsepersonell kan være en barriere for prevensjonsbruk (Hulme et al., 2015; Leeman, 2007). Det samme gjelder prevensjonskostnader (Hulme et al., 2015; Leeman, 2007; Sawhill et al., 2010). Å fjerne kostnadsbarrieren ved å gjøre prevensjon gratis, øker bruken av prevensjon (Atkins & Bradford, 2014; Heavey et al., 2008), men fører også til økt antall samleier (Secura, Adams, et al., 2014).

4.3 Funn fra helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag

I helsedirektoratets rapport fra 2012 er det referert til en rekke kilder som grunnlag for anbefalingen om gratis prevensjon til alle kvinner under 25 år, og ved gjennomgang av disse kildene ble det funnet hele 33 kilder som var knyttet til utsagn om gratis eller subsidiert prevensjon og aborter. Helsedirektoratet oppgir at anbefalingen bygger på tidligere vurderinger og ny forskning, anbefalinger fra WHO og internasjonale studier og kunnskapsopsummeringer (Helsedirektoratet, 2012a). Ut fra dette er de relevante kildene delt inn i fire ulike grupper; Tidligere vurderinger, SINTEF-undersøkelsen, anbefalinger fra WHO og erfaringer fra andre land. Vi skal nå se nærmere på hva som var innholdet i de ulike kildene i hver av disse gruppene, samt vurdere styrker og svakheter ved dem.

4.3.1 Tidligere vurderinger

Helsedirektoratet understreker i sin rapport at deres uttalelse bygger videre på vurderinger som er gjort tidligere (Helsedirektoratet, 2012a). De viser til flere kilder som omhandler

tidligere anbefalinger, blant annet et rundskriv skrevet i 2002 som omhandler retningslinjer for helsesøstre og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til unge (Helsedirektoratet, 2002). Dette skrivet handler hovedsakelig om den nye rekvireringsretten, men det påpekes i tillegg at det ble innført gratis p-piller til kvinner på 16-19 år den 1. januar samme år, og det nevnes også andre tiltak som kan føre til å redusere bruk av abort. I rundskrivet vises det til et forsøk i Trondheim kommune i 1997-2000, der flere tiltak ble satt i gang, blant annet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre, bedre samlivsveiledning, prevensjonsveiledning, gratis kondomer og gratis p-piller, som resulterte i redusert abortrate og fødsler for kvinner mellom 17 og 19 år (Helsedirektoratet, 2002). Forsøket førte til økt bruk av p-piller og 34% reduksjon i svangerskapsavbrudd for aldersgruppen 17-19 år (Skjeldestad, 2001). Med så mange igangsatte tiltak, der intervensjonen også bl.a. innebar en kraftig økning i tilgjengelighet av prevensjonsveiledning med ekstra stillinger og utvidelse av helsestasjonenes åpningstider, er det likevel vanskelig å vite om det var kostnadsfrie p-piller som førte til resultatet.

I et brev sendt til Helsedepartementet i 2004 anbefalte Helsedirektoratet at ordningen med gratis prevensjon fra 2002 skulle utvides til å gjelde alle kvinner under 25 år og alle prevensjonsmetoder (Helsedirektoratet, 2004). I 2006 skrev Helse- og omsorgsdepartementet et rundskriv der de fremla en ny prevensjonsordning som skulle erstatte gratisordningen fra 2002. Det ble innført en fast bidragssats på 100 kr per 3 måneds forbruk av prevensjon for kvinner på 16-19 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Denne nye subsidieringsordningen dekket ikke bare p-piller, men også p-plaster, p-ring og p-sprøyter. Det ble i dette rundskrivet også nevnt at god veiledning og prevensjonstilgjengelighet ble sett på som viktig i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort blant tenåringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). I 2008 ble det skrevet enda en rapport fra Helsedirektoratet om utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre. Denne anbefalte utvidelse av ordningen til å gjelde rekvireringsrett for alle kvinner i fertil alder (Helsedirektoratet, 2008). Rapporten diskuterte ikke gratis prevensjon og abort.

I tillegg til å vise til forsøket i Trondheim på slutten av 90-tallet og tidligere vurderinger og anbefalinger i forhold til prevensjon, trekker Helsedirektoratet (2012a) i sin anbefaling også frem en rapport med statistikk på svangerskapsavbrudd i Norge. Som allerede nevnt, hadde vi i Norge fra 2002 frem til 2006 en ordning med gratis prevensjon til alle kvinner fra 16 til 19

år, og i rapporten fra 2012 påpeker Helsedirektoratet at det i perioden med gratis prevensjon kunne observeres en reduksjon i abortraten på 39% for kvinner i den aktuelle aldersgruppen (Helsedirektoratet, 2012a). I tabell 1 i rapport om svangerskapsavbrudd for 2009 ser det imidlertid ut som antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i alderen 15-19 år gikk fra 16,9 i 2002 til 16,3 i 2006 (Gåsemyr et al., 2010). Dette er ikke en nedgang på 39%, som beskrevet i Helsedirektoratets anbefaling (Helsedirektoratet, 2012a). Tallene på svangerskapsavbrudd varierer en del fra år til år, både totalt sett og i de yngste aldersgruppene, også i perioder der det ikke har vært noen store policyendringer som har påvirket tilgang på prevensjon (Gåsemyr et al., 2010). Dette kan tyde på at det er mange faktorer som påvirker abortraten, og at det derfor er vanskelig å trekke konklusjoner om virkningen av tiltak basert på tidspunkt for policyendringer og befolkningsprevalenser.

4.3.2 SINTEF-rapporten

SINTEF-rapporten fra 2010 ble skrevet på bakgrunn av et oppdrag fra Helsedirektoratet (Øren, Leistad, & Haugan, 2010). Oppdraget gikk ut på å utføre et forsøksprosjekt med gratis prevensjon til kvinner på 20-24 år i to kommuner fra 2008-2009, for å undersøke om kostnadsfri tilgang til hormonell prevensjon endrer antall aborter og prevensjonsvaner. De fleste kvinnene i studien brukte hormonell prevensjon ved studiens start, der p-piller var den mest brukte typen (Øren et al., 2010). Ved å bruke reseptregisteret fant man ut at prevensjon ble hentet ut mer regelmessig enn før, noe som kan tyde på mer kontinuerlig bruk av prevensjonsmiddelet. I tillegg fant man ut at det var en signifikant økning av bruk av LARC i forsøkskommunene. Det ble også funnet at abortraten ble signifikant redusert i forsøkskommunene, fra 2,7% til 1,4%, i forhold til en ikke-signifikant reduksjon fra 2,7% til 2,3% i kontrollkommunene (Øren et al., 2010).

Denne studien ble gjennomført som en tverrsnittsundersøkelse, og ikke som en RCT som ville vært foretrukket studiedesign for en slik problemstilling. Tverrsnittsundersøkelsen endte på en lav svarprosent med totalt 35% svar i 2009. Det virker viktig å ta hensyn til at en lav svarprosent kan tyde på en skjevhet i nettoutvalget, spesielt ettersom man i denne undersøkelsen ønsker å få informasjon om et tema som kan være vanskelig å være åpen om for mange. Man kan tenke seg at en del av de kvinnene som har tatt abort til tross for gratis tilgang på prevensjon ikke har ønsket å svare, og dermed er underrepresentert i utvalget. Man kan selvfølgelig også tenke seg at kvinner som har tatt abort er overrepresentert i den lave

svarprosenten, men ut fra at abort generelt ofte er stigmatisert og sett på som negativt er dette antakelig mindre sannsynlig. Uansett vil en så lav svarprosent som denne bære med seg såpass mye usikkerhet rundt resultatene at de ikke kan brukes til å trekke trygge konklusjoner. En annen svakhet ved SINTEF sitt forsøksprosjekt er at det kun var av ett års varighet, noe som virker som en svært kort tidsramme når man skal undersøke effekten av gratis prevensjon på uønskede graviditeter og abort (Øren et al., 2010) (Helsedirektoratet, 2012a). Helsedirektoratet påpeker selv i sin anbefaling at forsøksprosjektet til SINTEF har begrenset utvalgsstørrelse, metodiske svakheter og kort varighet (Helsedirektoratet, 2012a).

I SINTEF-rapporten blir det også nevnt at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) i 2008 skulle lage en kunnskapsoppsummering om effekt av gratis prevensjon på abortraten for kvinner i alderen 20-24 år (Øren et al., 2010).

Kunnskapsoppsummeringen ble, i likhet med SINTEF-rapporten, utført på oppdrag fra Helsedirektoratet. Etter å ha gjort omfattende, systematiske søk etter både nasjonal og internasjonal forskningslitteratur, ble konklusjonen at det ikke eksisterte vitenskapelig dokumentasjon på dette temaet (Kunnskapssenteret, 2008; Øren et al., 2010). De fant ingen gode og relevante oversikter eller enkeltstudier og konstaterer at det er behov for flere kontrollerte studier for å kunne svare på problemstillingen (Kunnskapssenteret, 2008).

Det ser ut til at Helsedirektoratet ønsket å skaffe et godt kunnskapsgrunnlag for sin anbefaling ved at det ble bestilt både en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret og et forsøksprosjekt fra SINTEF. Kunnskapsoppsummeringen som ble bestilt fra kunnskapssenteret, og konklusjonen om manglende kunnskapsgrunnlag, blir ikke nevnt i Helsedirektoratets anbefaling fra 2012. SINTEF-rapporten blir derimot referert til flere ganger gjennom rapporten, selv om svakheten ved forsøksprosjektet understrekes av Helsedirektoratet selv (Helsedirektoratet 2012a).

4.3.3 Anbefalinger fra WHO

Ved gjennomgang av Helsedirektoratets oppgitte kilder ble det avdekket tre referanser fra WHO, verdens helseorganisasjon. I en oversikt med anbefalinger om prevensjonsbruk fra 2002 understreker WHO at et større utvalg av metoder kan gi økt tilfredshet, aksept og bruk av prevensjon blant unge, og det tilrådes derfor å forhindre at kostnader skaper hindringer for valgmulighetene til unge prevensjonsbrukere (WHO, 2002a). Samme år blir det også

publisert en WHO-guide for å introdusere nye prevensjonsmidler, der det understrekes at et bredt utvalg av prevensjonsmidler er essensielt i familieplanleggingstjenester (WHO, 2002b). I en publikasjon utgitt i 2004 undersøkes forholdet mellom prevensjonsbruk og abort, og det vises ved eksempler fra land som Bulgaria, Tyrkia og Sveits at dersom alle andre faktorer er konstante, vil en økning i bruk eller effektivitet av prevensjon føre til reduksjon i aborter (Marston & Cleland, 2004). Det påpekes i denne artikkelen at andre forhold, som for eksempel fertilitetsnivåer, lett kan påvirke abortrater.

Ut fra de tre publikasjonene fra WHO som nevnes her, ser det ut som de hovedsakelig anbefaler tilgjengelighet av flere prevensjonsmetoder, samt oppfordrer til økt prevensjonsbruk for å redusere antall aborter (Marston & Cleland, 2004; WHO, 2002a; WHO, 2002b). Anbefalingene inneholder derimot ikke konkret tiltak for hvordan dette bør gjennomføres, og innføring av gratis prevensjon er ikke nevnt.

4.3.4 Erfaringer fra andre land

Helsedirektoratet oppgir i sin rapport fra 2012 at internasjonale undersøkelser og kunnskapsoppsummeringer viser klare økonomiske gevinster ved subsidiert prevensjon til kvinner. Det blir understreket at flere internasjonale studier viser en stor nedgang i forekomst av uønskede svangerskap dersom subsidiert prevensjon og lavterskeltilbud med prevensjonsveiledning blir innført, og at årsaken til dette er en økning i valgmulighetene som videre øker kontinuitet og korrekt bruk av prevensjonen (Helsedirektoratet, 2012a). Det blir poengtert at land med subsidiert prevensjon er landene med de laveste abortratene, bortsett fra Storbritannia som har hatt gratis prevensjon i mange år og fortsatt har svært høye abortrater. Sverige blir nevnt som et godt eksempel på at prevensjonssubsidiering gir lavere aborttall. Det gjør også Nederland, et land som har gitt kvinner gratis prevensjon i mange år og har den laveste abortraten i Europa (Helsedirektoratet, 2012a). USA nevnes som et eksempel på et land med ujevn dekning og høy abortrate, der det i 2012 ble vedtatt at man ønsket dekning av prevensjonsmidler til alle kvinner i alle aldre. Det er hovedsakelig publikasjoner fra disse fire landene som er oppgitt i kildelisten til Helsedirektoratets rapport (Helsedirektoratet, 2012a). Referansene brukt for å vise erfaringer fra andre land inkluderer studier som omhandler direkte sammenheng mellom gratis/subsidiert prevensjon og abort, men også publikasjoner som ser på sammenheng mellom gratis/subsidiert prevensjon og endringer i prevensjonsbruk eller mellom endringer i prevensjonsbruk og abort. Det er i

tillegg en del publikasjoner som viser kostnadseffektivitet ved prevensjon, prevensjonsbruk eller dekket prevensjon.

Kostnadseffektivitet

Av de ni publikasjonene som diskuterer kostnadseffektivitet ved dekking av prevensjon er det fem artikler fra Storbritannia og fire fra USA (McGuire & Hughes, 1995) (Mavranezouli, 2008) (Sonnenberg, Burkman, Hagerty, Speroff, & Speroff, 2004) (Armstrong, Davey, & Donaldson, 2005) (Mavranezouli, 2009) (Cohen, 2004) (Trussel, 2007) (Foster, et al., 2009) (Amaral, et al., 2007). McGuire & Hughes (1995) og Mavranezouli (2009) undersøkte kostnadseffektiviteten av prevensjon ved å sammenlikne prevensjonskostnader med kostnader ved uplanlagte svangerskap. De kom begge frem til at kostnadene ved å sikre tilgang på prevensjon oppveies av store innsparinger ved reduksjon i uplanlagte svangerskap, og McGuire & Hughes (1995) mener derfor at man av økonomiske grunner bør tilby prevensjon og prevensjonstjenester gratis. De blir støttet av Cohen (2004), Amaral et al. (2007) og Trussel (2007) som også mener det er dekning av prevensjon kan føre til store kostnadskutt. Amaral et al. (2007) og Cohen (2004) understreker begge at det er å møte behovene til kvinnene som trenger, men ikke bruker, prevensjon som vil redusere antall uplanlagte fødsler og abort og dermed gi disse innsparingene. Sonnenberg et. al. (2004) viser i sin kostnadseffektivitetsanalyse at bruk av alle tilgjengelige prevensjonsmetoder er mer kostnadseffektive enn å ikke bruke prevensjon. Armstrong, Davey, & Donaldson (2005) ønsker å finne ut hvordan man kan forbedre prevensjons- og aborttjenester i England, og fokuserer også blant annet på kostnadseffektiviteten rundt ulike prevensjonsmetoder og – tjenester. De understreker at det er lurt å øke bruken av LARC ettersom dette er de mest effektive prevensjonsmidlene. Mavranezouli (2008) kom til samme konklusjon da han undersøkte kostnadseffektiviteten av LARC, og han foreslår derfor at det er viktig å fokusere på å finne måter man kan øke tilfredsheten ved bruk av disse prevensjonsmidlene. Det er viktig å understreke at artiklene som ser på kostnadseffektiviteten av prevensjonsmidler undersøker kostnaden av prevensjon opp mot estimerte reduksjon i uplanlagte svangerskap og aborter. De fleste gjør antakelser både rundt bruk av prevensjon og antall uplanlagte graviditeter som unngås ved en gratisordning. Det er ingen tvil om at man bruker prevensjon for å unngå å bli uønsket gravid, men en slik estimeringsstudie sier lite om hva som faktisk ville vært resultatet i populasjonen dersom et slikt tiltak ble innført.

Gratis eller subsidiert prevensjon og abort

Blant kildene som ser nærmere på forholdet mellom gratis eller subsidiert prevensjon og abort er det en publikasjon fra USA på 1990-tallet som ved estimering viser at dekning av familieplanleggingstjenester gjennom Medicaid medfører at man unngår et høyt antall aborter (Forrest & Samara, 1996). Helsedirektoratet (2012) viser også til Kearney and Levine (2009) som vi allerede har sett fra gjennomgang av resultatene fra litteratursøket. De brukte regresjonsanalyser for å se hvor stor innvirkning en utvidelse av Medicaid's dekning for familieplanleggingstjenester hadde hatt, og fant at antall fødsler ble redusert, mens det ikke var mulig å finne evidens for at antall aborter ble påvirket. En annen amerikansk estimeringsstudie viste at man ville hatt en 50% økning i uplanlagte svangerskap og aborter dersom man hadde fjernet dekning av familieplanleggingstjenester, og at dekning av prevensjon til kvinner med lav inntekt er ansvarlig for store kostnadskutt for staten (Frost, Finer, & Tapales, 2008). Frost, Darroch, & Remez (2008) påpeker også at det er viktig å fjerne kostnadsbarrierer for de kvinnene som ikke har mulighet til å betale for sin egen prevensjon for å bedre bruk av prevensjon i USA.

Ettersom det i disse publikasjonene hovedsakelig er snakk om et tilbud til en populasjon med lav sosioøkonomisk status, er dette vanskelig generaliserbart til en situasjon der gratis prevensjon gis til alle unge kvinner i Norge. Helsedirektoratet viser imidlertid også til en rekke kilder som ser nærmere på følgene av subsidiert prevensjon som er uavhengig av inntekt (Grönquist, 2009) (Rahm, 1991) (Socialstyrelsen, 1994) (Csillag, 1993). Disse artiklene undersøker effektene av at Sverige fra 1989 startet å innføre subsidierte p-piller for tenåringer. Allerede i 1991 kom det resultater som viste en stor nedgang i antall aborter fra et forsøksprosjekt i kommunen Gävle, der det hadde blitt utlevert subsidierte p-piller til kvinner under 20 år sammen med informasjon om prevensjon (Rahm, 1991). Tre år etter at de startet med subsidieringsordningen kunne den samme kommunen vise til halverte aborttall for gruppen på 15-19 år, samt en økning i bruk av p-piller fra 32% til 39% (Csillag, 1993). Socialstyrelsen (1994) meddeler også at antall aborter reduseres i områdene som driver med subsidiering av p-piller, og sier at billig prevensjon kan være et av de forebyggende tiltakene som bidro til lavere abortraten. Grönquist (2009) sammenligner fylker som innførte subsidieringsordningen med fylker som ikke gjorde det, og fant at subsidiering økte bruk av prevensjonsmidler, samt reduserte antall aborter med 8%. At Grönquist (2009), som gjorde en fylkessammenlikning, kun finner en abortreduksjon på 8% kan tyde på at nedgangen i antall aborter fra forsøksprosjektet i Gävle ikke kommer av subsidiert prevensjon alene, men

at andre faktorer kan ha spilt inn. Reduksjonen i aborter på 8% i fra studien i Sverige er langt lavere enn reduksjonen som Helsedirektoratet forespeiler i sin rapport, der scenarioene som brukes er reduksjon på 10-25% ved subsidiering av prevensjon, og 50% ved gratis prevensjon.

Prevensjonsbruk og abort

Det er også flere internasjonale studier som ser på sammenhengen mellom prevensjonsbruk og uønskede graviditeter eller abort. Vi har allerede sett at WHO (2002a; 2002b) anbefaler at kvinner har tilgang på et bredt utvalg av prevensjonsmetoder, og det anbefaler også Committee on Preventive Services for Women (2011) i USA. Vi har også tidligere pekt på at i en studie som sammenlikner flere lands prevensjonsbruk og aborter, vil en økning i prevensjonsbruk også gi en reduksjon i abortraten dersom alle andre faktorer er konstante (Marston & Cleland, 2004). Samtidig ser vi at det i Frankrike, til tross for høy prevensjonsbruk, er en stor andel uplanlagte graviditeter, men at bytting eller mindre bruk av prevensjon er knyttet til tiden før abort (Moreau, Bouyer, Bajos, Rodríguez, & Trussel, 2009). Også i Storbritannia er det rapportert at ved uplanlagte svangerskap er prevensjon ofte ikke brukt, eller kvinnene rapporterer å ha brukt kondomer eller p-piller (Astbury-Ward, 2009). Astbury-Ward (2009) mener kvinner i Storbritannia er dårlig informert om LARC, og disse effektive prevensjonsmidlene derfor brukes alt for lite. Programmer som øker bruken av LARC er også anbefalt av Sawhill et al. (2010) i en publikasjon fra USA som diskuterer policyer som kan forhindre uønskede svangerskap.

4.3.5 Samlet vurdering av Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag

Fra kildene som er oppgitt av Helsedirektoratet (2012a) foreligger tidligere vurderinger og erfaringer fra Norge, SINTEF-undersøkelsen, anbefalinger fra WHO og erfaringer fra andre land.

Av tidligere erfaringer vises det blant annet til et forsøk i Trondheim kommune rett før 2000-tallet der flere igangsatte tiltak resulterte i en 34% reduksjon i aborter for kvinner mellom 17 og 19 år (Helsedirektoratet, 2002; Skjeldestad, 2001). Ettersom det ikke kun var tilbud av gratis p-piller som ble innført i dette forsøket, men også utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre, bedre samlivsveiledning, prevensjonsveiledning og gratis kondomer, virker det ikke rimelig å trekke en konklusjon om at gratis prevensjon alene var

årsaken til reduksjonen i abortraten. Det blir videre vist til flere brev og rundskriv fra Helsedirektoratet, og også fra Helse- og omsorgsdepartementet, som omhandler prevensjonstilgjengelig og abort, men det vises ikke til andre norske erfaringer enn fra forsøket i Trondheim. Helsedirektoratet (2012a) refererer i sin anbefaling også til en rapport med statistikk på svangerskapsavbrudd i Norge som skal vise en reduksjon i abortraten på 39% i perioden med gratis prevensjon. Ved oppslag i tabell 1 i denne rapporten ser det imidlertid ut som om antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i alderen 15-19 år gikk fra 16,9 i 2002 til 16,3 2006, noe som kun tilsvarer en nedgang på 3,6% (Gåsemyr et al., 2010).

Helsedirektoratet (2012a) viser også til en SINTEF-rapport fra 2010 som konkluderer med signifikant nedgang i antall aborter fra 2008-2009 i forsøkskommunene der det ble gitt gratis prevensjon til kvinner mellom 20-24 år (Øren et al., 2010). Forfatterne tar ikke hensyn til den lave svarprosenten i undersøkelsen, som kan ha ført til et nettoutvalg som inneholder store skjevheter og underrepresentering av kvinner som har tatt abort til tross for gratis prevensjonstilbud. Det virker som Helsedirektoratet (2012a) er enig i at rapporten til SINTEF har lav kvalitet, ettersom de i sin anbefaling peker på at forsøksprosjektet er begrenset i tid, har metodiske svakheter og bygger på et lite utvalg. De har likevel valgt å bruke flere av resultatene fra prosjektet i sin anbefaling (Helsedirektoratet, 2012a).

I rapporten fra SINTEF oppgis det også at Kunnskapssenteret ble bedt av helsedirektoratet om å lage en kunnskapsoppsummering om effekten gratis prevensjon kan ha på abortraten. Kunnskapssenteret fant ingen relevante oversikter eller enkeltstudier på dette temaet, og konstaterte at det var behov for flere kontrollerte studier for å svare på problemstillingen (Kunnskapssenteret, 2008; Marston & Cleland, 2004). Helsedirektoratets intensjoner om å hente inn et mer robust kunnskapsgrunnlag, ved å kontakte Kunnskapssenteret og SINTEF, gav altså ikke solide resultater.

Helsedirektoratet (2012a) viser også til anbefalinger fra WHO i sin rapport. Publikasjonene det refereres til anbefaler økt prevensjonsbruk og tilgjengelighet av flere prevensjonsmetoder for å redusere abortraten, men nevner ikke konkrete tiltak for hvordan dette bør gjøres (Marston & Cleland, 2004; WHO, 2002a; WHO, 2002b). Innføring av gratis prevensjon blir ikke nevnt i disse anbefalingene.

I tillegg til anbefalinger fra WHO, vises det til andre internasjonale studier og erfaringer fra forskjellige land som grunnlag for anbefalingen i rapporten til Helsedirektoratet. Blant disse er det flere publikasjoner som ser nærmere på kostnadseffektiviteten ved prevensjonsbruk i USA og Storbritannia. Det er flere som viser at bruk av alle tilgjengelige prevensjonsmetoder, og spesielt bruk av LARC, er mer kostnadseffektivt enn å ikke bruke prevensjon (Armstrong, Davey, & Donaldson, 2005; Mavranezouli, 2008; Sonnenberg et al., 2004). Det er også andre kilder enn kostnadseffektivitetsanalysene som viser at økt bruk av prevensjon fører til færre uplanlagte graviditeter og aborter, spesielt dersom bruken av LARC øker (Astbury-Ward, 2009; Marston & Cleland, 2004; Sawhill et al., 2010). Samtlige av de artiklene som omtaler kostnadseffektiviteten mener dekning av prevensjon fører til store kostnadskutt, og flere nevner at man av økonomiske grunner bør dekke prevensjon til kvinner (Cohen, 2004; Mavranezouli, 2009; McGuire & Hughes, 1995; Trussel, 2007). De sistnevnte artiklene ser imidlertid hovedsakelig på kostnaden av prevensjon opp mot reduksjon i uplanlagte svangerskap, og gjør antakelser og estimeringer både om prevensjonsbruk og følger for svangerskap og aborter som resultat av dekket prevensjon. Slike estimeringsstudier kan ikke med like stor sikkerhet, som for eksempel en kontrollert studie, si hva som faktisk ville blitt resultatet i populasjonen dersom prevensjon ble gratis.

Det poengteres også i flere av kostnadsanalysene at dersom man vil redusere antall uplanlagte svangerskap og aborter, er det viktig å møte behovene til kvinner som trenger, men ikke bruker prevensjon (Amaral, et al., 2007; Cohen, 2004). I flere av studiene fra andre land som ser på resultater fra subsidiering av familieplanleggingstjenester er det også i hovedsak snakk om et tilbud til populasjoner med lav sosioøkonomisk status (Forrest & Samara, 1996; Frost, Darroch, & Remez, 2008; Frost, Finer, & Tapales, 2008; Kearney & Levine, 2009). Det er viktig å ha i bakhodet at resultater fra slike studier ikke er generaliserbare til anbefalingen fra Helsedirektoratet (2012a), der gratis prevensjon gis til alle unge kvinner i landet. Det virker tydelig at det er viktig å ta hensyn til at kostnader for familieplanleggingstjenester kan være et problem for noen, men at det ikke er en stor barriere for prevensjonsbruk i den største delen av befolkningen, i diskusjoner omkring policyer som skal forhindre uønskede graviditeter (Sawhill et al., 2010). I studier der man har sett på følgene av subsidierte p-piller i Sverige på starten av 1990-tallet, er det derimot ikke kun kvinner med lavere sosioøkonomisk status som mottar tilbudet. I disse studiene finner man også en økning i bruk av prevensjon og en reduksjon i antall aborter, og dette resultatet er antakelig mer sammenliknbart med hva som blir anbefalt å gjøre i Norge (Csillag, 1993; Grönquist, 2009;

Rahm, 1991; Sosialstyrelsen, 1994). Det er imidlertid kun en av disse studiene som sammenlikner fylker som innførte subsidiering med kontrollfylker som ikke gjorde det, og her er reduksjonen i antall aborter på kun 8%, langt under reduksjonen Helsedirektoratet bruker i resultatberegningene i sin rapport (Grönquist, 2009; Helsedirektoratet, 2012a).

Samlet sett virker det som Helsedirektoratet (2012a) har funnet en del publikasjoner som antyder at gratis eller subsidiert prevensjon kan gi reduksjon i uplanlagte svangerskap og aborter, men det er ikke tydelig i hvor stor grad dette oppnås. Ettersom det ikke er gjort noen kontrollerte studier, er det også vanskelig å si om tiltaket kan gi andre konsekvenser. At forskningsprosjektet fra SINTEF og kunnskapsoppsummeringen fra kunnskapssenteret ble bestilt i forkant av anbefalingen, tyder på at også Helsedirektoratet (2012a) så et behov for mer kunnskap, men som tidligere nevnt førte ikke dette til solide resultater. Det virker ut fra gjennomgangen av kildene til Helsedirektoratet (2012a) ikke klart at subsidiert eller gratis prevensjon til alle kvinner under 25 er et tiltak som med stor sikkerhet fører til de effektene som blir fremstilt i anbefalingen.

5 Diskusjon

5.1 Hva sier litteraturen om prevensjon og abort?

Fra resultatene til hovedartiklene i litteraturstudien, så vi at de fleste studiene pekte i retning av at gratis prevensjon fører til lavere abortrater. Få relevante studier, og flere svakheter med de studiene som ble funnet, blant annet ugunstig studiedesign, sammensatte intervensjoner og manglende generaliseringsmuligheter, gjorde det derimot vanskelig å si dette med sikkerhet. Det er tydelig at det er lite forskning på denne konkrete sammenhengen, og det mangler artikler av høy kvalitet som peker i retning av at det er en klar forbindelse mellom lavere kostnader for prevensjonsmidler og nedgang i aborter. Konklusjonen fra hovedfunnene i litteraturstudie ble derfor at det ikke var mulig å trekke slutningen at gratis prevensjon reduserer abortforekomsten.

Funn fra tilleggsartiklene viste oss at de fleste som tar abort er over 25 år, og at flere er ute etter å begrense familiestørrelse heller enn å utsette førstegangsgraviditeter (Eisenberg et al., 2015; Justad-Berg et al., 2015; Klijzing, 2000). Det ble også vist at mange som tar abort har tatt abort tidligere, og at flere som tar abort allerede bruker prevensjon (Kilander et al., 2017; Loeber & Muntinga, 2017; Orr & Romel, 2015). Dette peker i retning av at fokus på bedre prevensjonsveiledning og økt bruk av LARCs kan bedre prevensjonsbruken, og dermed redusere abortforekomsten. Mangel på veiledningskompetanse og kunnskap om prevensjon ble identifisert som en barriere for prevensjonsbruk hos de som ikke bruker prevensjon (Hulme et al., 2015; Leeman, 2007). Kostnad ble også identifisert som en barriere for bruk av prevensjon (Hulme et al., 2015; Leeman, 2007; Sawhill et al., 2010). Dersom kostnadsbarrieren fjernes, øker imidlertid ikke bare prevensjonsbruk, men også antall samleier (Secura, Adams, et al., 2014). Med en økning i samleiefrekvens, samt det faktum at en stor del av de som tar abort faktisk er prevensjonsbrukere, virker det også ut fra tilleggsartiklene rimelig å stille spørsmålsteget ved om utdeling av gratis prevensjon virkelig vil føre til signifikant reduksjon i antall aborter.

I kildene det vises til i rapporten til Helsedirektoratet (2012a) ble det funnet en del publikasjoner som antyder at gratis eller subsidiert prevensjon kan redusere uplanlagte svangerskap og aborter, men det er ingen gode studier som tydelig viser i hvor stor grad dette

oppnås. Helsedirektoratet opererer med abortreduksjoner på 10%, 25% og 50% ved kostnadsestimeringer i sin rapport, men abortstatistikkene og en av studiene det vises til i rapporten har langt lavere reduksjon i aborter, blant annet på 3,6% og 8% (Grönquist, 2009; Gåsemyr et al., 2010). Erfaringer fra et forsøk i Trondheim på 1990- tallet viste en 34% reduksjon i aborter, men her var flere tiltak satt i gang på samme tid, og det kan ikke trekkes sikre konklusjoner om hva som var årsaken til nedgangen (Helsedirektoratet, 2002; Skjeldestad, 2001). SINTEF-forsøket fra 2010 konkluderte også med en signifikant reduksjon i abortrate, men begrenset utvalgsstørrelse, kort varighet og metodiske svakheter gjør dette resultatet svært usikkert (Øren et al., 2010).

Ut fra hovedfunn i litteraturstudien, utvidede funn, samt gjennomgang av kildene fra Helsedirektoratets anbefaling, er det vanskelig å konkludere med sikkerhet at gratis eller subsidierte prevensjonsmidler vil redusere forekomsten av aborter.

5.2 Var beslutningsprosessen til Helsedirektoratet rasjonell?

Etter å ha gjort en vurdering av kunnskapen som finnes om forholdet mellom gratis eller subsidiert prevensjon og abort, både gjennom litteratursøk og gjennomgang av Helsedirektoratets kilder, er det mulig å undersøke hvordan Helsedirektoratet anvendte kunnskap og fulgte en rasjonell beslutningsprosess i utarbeidelsen av sin anbefaling. Som beskrevet i det teoretiske rammeverket, skal man i følge den rasjonelle modellen for beslutninger først identifisere et problem og finne klare mål, for deretter å gjøre en informasjonsinnhenting der man inkluderer alle alternative løsninger (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 308). Etter at all informasjon er funnet, skal man rangere alternativene, før man til slutt velger og iverksetter den løsningen som gir best resultat (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 308). I dette tilfellet er problemstillingen at abortratene er for høye, og målsetningen er å redusere antall aborter. Dersom man appliserer den rasjonelle beslutningsmodellen for å løse dette, må man først samle inn relevant informasjon om alle alternative tiltak som kan redusere aborter og konsekvensene av disse, og deretter sammenlikne alternativene med hverandre, før det til slutt gjøres en prioritering av mulige løsninger.

Et viktig trinn i modellen for rasjonell beslutningstaking er altså at man skal sammenlikne flere alternativer for å oppnå målet. I anbefalingen fra Helsedirektoratet ble kun en type løsning vurdert for å redusere abortraten, nemlig å redusere kostnader for prevensjonsmidler

ved en subsidieringsavtale eller en gratisordning. Helsedirektoratet (2012a, s.8) understreker i sin rapport at de ikke har vurdert kostnader og gevinster ved det foreslåtte tiltaket opp mot andre helsefremmende tiltak, begrunnet med at det ikke var en del av oppdraget fra Helse- og Omsorgsdepartementet. I rapporten finnes det heller ikke noen kilde som viser til en fullstendig sammenlikning av ulike løsninger for å redusere aborttall. Det sies at tilrådingen må sees i sammenheng med andre anbefalinger fra Helsedirektoratet, for eksempel lavterskelstilbud om prevensjonskonsultasjoner og utvidelse av rekvireringsrett av prevensjonsmidler for jordmødre og helsesøstre, men det gjøres ingen generell innhenting av kunnskap for å finne ut hvilke tiltak som er mest effektive for å løse problemet. Det kan se ut til at tidligere løsninger var med på å legge føringer for hva som ble fokuset i denne beslutningsprosessen, noe som begrenser rasjonaliteten. Å alene vurdere tiltaket med gratis prevensjonsmidler, uten å samle inn informasjon og sammenlikne med andre mulige løsninger, vil resultere i stor usikkerhet rundt om løsningen som blir valgt er den beste.

En annen viktig forutsetning ved den rasjonelle beslutningsmodellen er innsamling av full informasjon om alternative løsninger, og Helsedirektoratet (2012b) understreker også selv at anbefalinger og retningslinjer innenfor helse skal bygge på kunnskap. I oppdragesbrevet som ble sendt fra Helse- og Omsorgsdepartementet i mars 2010, bes det om at Helsedirektoratet kommer med vurdering og råd om oppfølging med utgangspunkt i SINTEF-forsøket og annen relevant forskning (Helsedirektoratet, 2012a, s. 5). Helsedirektoratet vektlegger flere andre kunnskapskilder, inkludert tidligere erfaringer fra Norge, erfaringer fra andre land, og anbefalinger fra WHO. Det gjøres ikke rede for hvordan disse kildene ble valgt ut. Ved gjennomgang av kildene ble det funnet store variasjoner i de ulike artiklenes resultater for reduksjon i abortrater, og det manglet randomiserte kontrollerte studier som innenfor helse er anerkjent som det ideelle designet for gjeldende forskningsspørsmål (Brownson et al., 2009). Det ser ut til at Helsedirektoratet ønsket å skaffe et godt kunnskapsgrunnlag, ved at det ble bestilt både en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret og et forsøksprosjekt fra SINTEF. Kunnskapsoppsummeringen som ble bestilt fra kunnskapssenteret, og konklusjonen om manglende kunnskapsgrunnlag, blir ikke nevnt i Helsedirektoratets anbefaling fra 2012. SINTEF-rapporten blir derimot referert til flere ganger gjennom rapporten, selv om svakheten ved forsøksprosjektet understrekes av Helsedirektoratet selv.

Det kan se ut til at rasjonaliteten i denne beslutningsprosessen her begrenses på grunn av usikker informasjon, ufullstendig informasjonsinnhenting og begrenset tilgjengelighet på

kunnskap. Ut fra resultatene som foreligger kan det se ut som at Helsedirektoratets beslutning ble tatt på bakgrunn av et mangelfullt informasjonsgrunnlag.

Å ta hensyn til konsekvensene er også viktig i rasjonell beslutningstaking, og dersom man skal følge Helsedirektoratets (2012b) egne prinsipper for utarbeiding av retningslinjer og anbefalinger, skal ønskede og uønskede konsekvenser av tiltak vurderes opp mot hverandre. Helsedirektoratet (2012a) påpeker selv i sin anbefaling at prioriteringsmodellen for helsesektoren i Norge innebærer en vurdering av alvorlighet, forventet nytteverdi, samt kostnader vurdert i forhold til nytten. Det sies videre at forventet nytte er høy og at risikoen for negative helseeffekter er vurdert til å være lav og akseptabel ved innføring av gratis eller subsidierte prevensjonsmidler (Helsedirektoratet,2012a). Ut fra litteratursøk og vår vurdering av Helsedirektoratets kilder i denne oppgaven, ser det imidlertid ikke ut som det finnes en trygg estimering av gevinstene ved tiltaket, og ingen av studiene viser til en nedgang i aborttall tilsvarende det helsedirektoratet opererer med i sin rapport. Med usikkerhet rundt gevinstene, har man ikke grunnlag for å vurdere dette opp mot uheldige utfall. Dette virker spesielt uheldig her, ettersom det finnes flere alvorlige negative konsekvenser av økt bruk av hormonell prevensjon. Blant annet kan man tenke seg at forekomsten av bivirkninger som brystkreft og blodpropp vil øke, noe som kan føre til flere dødsfall på populasjonsnivå (Helsedirektoratet, 2012a). Med store hull i kunnskapen, er det altså ikke grunnlag for å gjøre en god nyttevurdering, og heller ikke å vurdere nytten opp mot kostnaden. Det vil derfor ikke være mulig å vurdere konsekvenser av løsninger slik den rasjonelle beslutningsmodellen forutsetter.

Med mangel på vurdering av flere alternativer, store svakheter i informasjonsinnhenting, og mangel på mulighet for å vurdere konsekvenser, virker det tydelig at beslutningsprosessen som førte frem til anbefalingen fra Helsedirektoratet om gratis prevensjon, ikke er i tråd med forventningene til den rasjonelle beslutningsmodellen. Betydelige begrensninger i rasjonalitet fører til stor usikkerhet i forhold til om riktig valg er tatt. Det kan for eksempel være at reduksjonen i antall aborter er overdrevet, eller det kan mangle kartlegging av andre viktige effekter av gratis prevensjon.

Ettersom beslutningsprosessen mangler et solid kunnskapsgrunnlag, og avviker fra det man forventer ut fra en rasjonell beslutningsmodell, må det være noe annet som forklarer hvorfor Helsedirektoratet kom frem til sin anbefaling. Som tidligere nevnt i denne oppgaven, kan

personlige erfaringer, makt, politikk, økonomi, og personlige forhold som identitet, etikk og religion være med på å forme beslutningsprosesser. Man kan tenke seg at også andre forhold, som mangel på ressurser, gammel vane eller rene tilfeldigheter, kan være med på å påvirke beslutninger. Det ville vært interessant å undersøke nærmere hvilke faktorer som hadde en innvirkning på Helsedirektoratets beslutning om å anbefale gratis prevensjon.

6 Konklusjon og forslag til videre forskning

Jeg har i denne masteroppgaven forsøkt å svare på to problemstillinger; hvorvidt gratis eller subsidierte prevensjonsmidler reduserer antall aborter, og hvorvidt arbeidet som resulterte i Helsedirektoratets anbefaling var basert på tilgjengelig kunnskap og var i tråd med en rasjonell beslutningsprosess. Ut fra funnene i denne oppgaven er det ikke mulig å konkludere med sikkerhet at gratis eller subsidierte prevensjonsmidler reduserer abortraten. Det er derfor ikke funnet støtte for den estimerte abortnedgangen på 10%, 25% og 50% som Helsedirektoratet legger til grunn når de anbefaler gratis prevensjon for alle kvinner under 25 år. Det svake informasjonsgrunnlaget, samt mangelfull konsekvensvurdering og manglende vurdering av flere alternativer, tilsier at beslutningsprosessen bak Helsedirektoratets anbefaling ikke fulgte den rasjonelle beslutningsmodellen.

Det er mangel på god forskning som viser at gratis eller subsidiert prevensjon fører til en reduksjon i abortforekomsten. Noen studier indikerer at bedre prevensjonsveiledning, samt promotering av langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder som p-stav og spiral, er gode tiltak for å redusere antall aborter. Samlet sett virker det som det er et behov for mer forskning på den konkrete effekten av gratis prevensjon på abortraten, samt å vurdere dette tiltaket mot andre alternativer, før gratis prevensjon anbefales.

Anbefalingen fra Helsedirektoratet om å tilby gratis prevensjon til alle kvinner under 25 år, fikk ikke politisk gjennomslag. Dette ble hovedsakelig begrunnet med at det ikke var plass til denne kostnaden i statsbudsjettet. Anbefalingen fikk imidlertid mye oppmerksomhet i media, og argumentene fra rapporten blir fortsatt benyttet i politiske diskusjoner der nye prevensjonsordninger vurderes. Det faktum at anbefalingen ikke fikk gjennomslag, gjør det ikke mindre oppsiktsvekkende at Helsedirektoratets anbefaling om gratis prevensjon ser ut til å bygge på et mangelfullt kunnskapsgrunnlag og ikke følger en rasjonell beslutningsprosess. Det er viktig at valg som påvirker folkets helse bygger på et så solid faglig grunnlag som mulig, og følger en rasjonell beslutningsprosess (Brownson et al., 2009). Som en videre studie kunne det vært spennende å studere beslutningsprosessen frem mot utformingen av anbefalingen mer inngående, for å kunne avdekke hvorfor utformingen ikke fulgte en rasjonell prosess, og undersøke hvilke andre faktorer som kan ha påvirket til denne anbefalingen.

Litteraturliste

- Amaral, G., Foster, D. G., Biggs, M., Jasik, C., Judd, S., & Brindis, C. D. (2007). Public savings from the prevention of unintended pregnancy: a cost analysis of family planning services in California. *Health Research and Educational Trust*, 42(5), 1960-1980.
- Amu, O., & Appiah, K. (2006). Teenage pregnancy in the United Kingdom: are we doing enough? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 11(4), 314-318.
- Armstrong, N., Davey, C., & Donaldson, C. (2005). *The Economics of Sexual Health*. London: fpa.
- Astbury-Ward, E. (2009). Provision of contraception and its influence on abortion. *Nursing in Practice*, 47.
- Atkins, D. N., & Bradford, W. D. (2014). Changes in state prescription contraceptive mandates for insurers: the effect on women's contraceptive use. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 46(1), 23-29. doi:<https://dx.doi.org/10.1363/46e0314>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care* (3. utgave ed.). Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.
- Aveyard, H., & Sharp, P. (2013). *A beginner's guide to evidence based practice* (2. utgave ed.). Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.
- Birgisson, N. E., Zhao, Q. H., Secura, G. M., Madden, T., & Peipert, J. F. (2015). Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *Journal of Womens Health*, 24(5), 349-353. doi:<https://dx.doi.org/10.1089/jwh.2015.5191>
- Bond, S. (2013). No-cost contraception reduces unintended pregnancies and abortion rates at a population level. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(2), 226-227. doi:https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12017_1
- Brownson, R. C., Chiqui, J. F., & Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1576-1583. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156224>
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. & Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk* (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget
- Cohen, S. (2004). *The Broad Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*. The Guttmacher Report on Public Policy.
- Committee on Preventive Services for Women. (2011). *Clinical Preventive Services for Women: Closing the Gaps*. Institute of medicine., National Academy on Sciences. Washington D.C.: National Academy Press.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British journal of nursing*, 17(1), 38-43.
- Csillag, C. (1993). Sweden: Abortions among teenagers halved. *The Lancet*, 341(8852), 1084.
- Eisenberg, D. L., Lange, J., Zhao, Q., Madden, T., & Peipert, J. F. (2015). Factors associated with unintended pregnancy outcome among choice participants. *Obstetrics and*

- Gynecology*, 1, 78S-79S.
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000463220.05568.8a>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Fakta om abort*. Hentet 4. mai 2018 fra <https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk3/abort---fakta-med-statistikk/>
- Forrest, J. D., & Samara, S. (1996). Impact of publicly funded contraceptive services on unintended pregnancies and implications for Medicaid expenditures. *Family planning perspectives*, 28, 188-195.
- Foster, D. G., Biggs, M. A., Amaral, G., Brindis, C., Navarro, S., Bradsberry, M., & Stewart, F. (2006). Estimates of pregnancies averted through California's family planning waiver program in 2002. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 38(3), 126-131. doi:<https://dx.doi.org/10.1363/psrh.38.126.06>
- Foster, D. G., Klaisle, C. M., Blum, M., Bradsberry, M. E., Brindis, C. D., & Stewart, F. H. (2004). Expanded state-funded family planning services: Estimating pregnancies averted by the family PACT program in California, 1997-1998. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1341-1346. doi:<https://doi.org/10.2105/AJPH.94.8.1341>
- Foster, D. G., Rostovtseva, D. P., Brindis, C. D., Biggs, M. A., Hulett, D., & Darney, P. D. (2009). Cost Savings From the Provision of Specific Methods of Contraception in a Publicly Funded Program. *American Journal of Public Health*, 99(3), 446-451.
- Frost, J. J., Darroch, J. E., & Remez, L. (2008). *Improving contraceptive use in the United States*. New York: Guttmacher Institute.
- Frost, J. J., Finer, L. B., & Tapales, A. (2008). Impact of Publicly Funded Family Planning Clinic Services on Unintended Pregnancies and Government Cost Savings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19, 778-796.
- Gåsemyr, K., Totlandsdal, J. K., Mjaatvdt, A. G., & Seliussen, I. (2010). *Rapport om svangerskapsavbrudd for 2009*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Grönquist, H. (2009). *Effekter av att subventionera p-piller för tonåringar på barnafödande, utbildning och arbetsmarknad*. Uppsala: IFAU.
- Heavey, E. J., Moysich, K. B., Hyland, A., Druschet, C. M., & Sill, M. W. (2008). Differences in contraceptive choice among female adolescents at a state-funded family planning clinic. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 53(1), 45-52. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.07.010>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Rundskriv I - 1/2006. Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant tenåringer - Innføring av fast bidragssats for dekning av utgifter til hormonell prevensjon til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet .
- Helsebiblioteket. (2018). *helsebiblioteket.no*. Hentet 13. mars 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>
- Helsedirektoratet. (2002). *Rundskriv I-3/2002 Retningslinjer for helsesøstre og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2004). *Oppsummering av erfaringer fra ordningene med lett tilgjengelig prevensjon til unge jenter. Brev til Helsedepartementet 06.05.2004*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2008). *Utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre – Helsedirektoratets vurdering*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012a). *Lett tilgjengelig prevensjon til unge kvinner - Helsedirektoratets vurdering og anbefalinger*. Avdeling for grupperettet folkehelsearbeid. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012b). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Rundskriv – Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Helsedirektoratet*. Hentet 22. januar 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Hognert, H., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Milsom, I., Lidegaard, O., & Lindh, I. (2017). High birth rates despite easy access to contraception and abortion: a cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(12), 1414-1422. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/aogs.13232>
- Hulme, J., Dunn, S., Guilbert, E., Soon, J., & Norman, W. (2015). Barriers and facilitators to family planning access in Canada. *Healthcare Policy = Politiques de sante*, 10(3), 48-63.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2008). *Hvordan organisasjoner fungerer* (3. utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget
- Joanna Briggs Institute. (2017). *Critical Appraisal Tools*. Hentet fra <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive Use among U.S. Women Having Abortions in 2000-2001. doi: <https://dx.doi.org/10.2307/3097748>
- Justad-Berg, R. T., Eskild, A., & Strom-Roum, E. M. (2015). Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007-2011. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(11), 1175-1180. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/aogs.12714>
- Kearney, M. S., & Levine, P. B. (2009). Subsidized Contraception, Fertility, and Sexual Behavior. *Review of Economics and Statistics*, 91(1), 137-151. doi:<https://dx.doi.org/10.1162/rest.91.1.137>
- Ketting, E., & Visser, A. P. (1994). Contraception in The Netherlands: the low abortion rate explained. *Patient Education & Counseling*, 23(3), 161-171.
- Kilander, H., Salomonsson, B., Thor, J., Brynhildsen, J., & Alehagen, S. (2017). Contraceptive counselling of women seeking abortion - a qualitative interview study of health professionals' experiences. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 3-10. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/13625187.2016.1238892>

- Klijzing, E. (2000). Are there unmet family planning needs in Europe? *Family Planning Perspectives*, 32(2), 74-81, 88.
- Kunnskapssenteret. (2008). *Lett tilgjengelig hormonell prevensjon til kvinner i alderen 20-24 år*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Leeman, L. (2007). Medical barriers to effective contraception. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 34(1), 19-29, vii.
doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2007.01.003>
- Loeber, O. E., & Muntinga, M. E. (2017). Contraceptive counselling for women with multiple unintended pregnancies: the abortion client's perspective. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(2), 94-101.
doi:<https://dx.doi.org/10.1080/13625187.2017.1283399>
- Løkeland, M., Akerkar, R., Bøyum, B., Ebbing, M., Tornensis Hornæs, M., Heiberg-Andersen, R., Seliussen, I. (2018). *Rapport om svangerskapsavbrot for 2017*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Marston, C., & Cleland, J. (2004). *Sexual and reproductive health - The effect on contraception on obstetric outcomes*. Hentet fra http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241592257/en/
- Mavranzouli, I. (2008). The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline. *Human Reproduction*, 23(6), 1338-1345.
- Mavranzouli, I. (2009). Health economics of contraception. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*(23), 187-198.
- McGuire, A., & Hughes, D. (1995). *The economics of family planning services: a report prepared for the Contraceptive Alliance*. London.
- Mc Hugh, S. M., Perry, I. J., Bradley, C., Brugha, R., (2014). Developing recommendations to improve the quality of diabetes care in Ireland: a policy analysis. *Health Research Policy and Systems*, 11.
- Moreau, C., Bohet, A., Trussell, J., & Bajos, N. (2014). Estimates of unintended pregnancy rates over the last decade in France as a function of contraceptive behaviors. *Contraception*, 89(4), 314-321.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.004>
- Moreau, C., Bouyer, J., Bajos, N., Rodríguez, G., & Trussel, J. (2009). Frequency of Discontinuation of Contraceptive Use: Results from a French Population-based Cohort. *Human Reproduction*, 24(6), 1387-1392.
- Mulligan, K. (2015). Contraception Use, Abortions, and Births: The Effect of Insurance Mandates. *Demography*, 52(4), 1195-1217. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s13524-015-0412-3>
- Norsk Helseinformatikk. (2017). *Norsk Elektronisk Legehåndbok*. Hentet 29. august 2017 fra Valg av prevensjonsmiddel: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/prevensjon/valg-av-prevensjonsmiddel/>
- Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., & Ehiri, J. E. (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane*

- Database of Systematic Reviews*(2).
doi:<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005215.pub3>
- Orr, R., & Romel, S. (2015). Evaluating current contraceptive practice in women attending termination of pregnancy services in Glasgow. *Sexually Transmitted Infections, 1*), A95. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2015-052126.282>
- Part, K. A. I., Moreau, C., Donati, S., Gissler, M., Fronteira, I., Karro, H., & the, R. g. (2013). Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica December, 92*(12), 1395-1406.
- Peipert, J., Madden, T., Allsworth, J., & Secura, G. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics and Gynecology, 120*(6), 1291-1297. doi:<http://10.1097/AOG.0b013e318273eb56>
- Phares, T. M., Cui, Y., & Baldwin, S. (2012). Effective birth control use among women at risk for unintended pregnancy in Los Angeles, California. *Womens Health Issues, 22*(4), 351-358. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2012.04.002>
- Rahm, V. (1991). Subventionerade p-piller till tonåringar – 1 års försöksverksamhet i Gävle. *Läkartidningen*(25), 2296-2297.
- Sawhill, I., Thomas, A., & Monea, E. (2010). An ounce of prevention: Policy prescriptions to reduce the prevalence of fragile families. *Future of Children, 20*(2), 133-155.
- Schunmann, C., & Glasier, A. (2006). Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial. *Human Reproduction, 21*(9), 2296-2303. doi:<https://dx.doi.org/10.1093/humrep/del168>
- Secura, G. M., Adams, T., Buckel, C. M., Zhao, Q., & Peipert, J. F. (2014). Change in sexual behavior with provision of no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology, 123*(4), 771-776. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000184>
- Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q., & Peipert, J. F. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy.[Erratum appears in N Engl J Med. 2014 Jan 15;372(3):297]. *New England Journal of Medicine, 371*(14), 1316-1323. doi:<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1400506>
- Skjeldestad, F. E. (2001). *Forsøk med samlivs- og prevensjons- veiledning i kommuner 1997-2000. Hovedrapport*. Trondheim: SINTEF.
- Socialstyrelsen. (1994). *Minskar tonårsaborter vid subventionering av p-piller?* Stockholm: EpC.
- Sonnenberg, F. A., Burkman, R. T., Hagerty, C. G., Speroff, L., & Speroff, T. (2004). Costs and net health effects of contraceptive methods. *Contraception, 69*(6), 447-59.
- Statens helsetilsyn. (1998). *Helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Sundberg, L. R., Gavare, R., Nyström, M. E., (2017). Reaching beyond the review of research evidence: a qualitative study of decision making during the development of clinical practice. *BMC Health Services Research. 17*(1), 344
- Trussel, J. (2007). The cost of unintended pregnancy in the United States. *Contraception, 75*, 168-170.

- Utredningsinstruksen. (2016). *Instruks om utredning av statlige tiltak (Utredningsinstruksen)*. Hentet 22. august 2018 fra <http://www.lovdatab.no/forskrift/2016-02-19-184>
- Washington University. (2018). *The Contraceptive Choice Project*. Hentet 11. mars 2018 fra <http://www.choiceproject.wustl.edu>
- WHO. (2002a). *Sexual and reproductive health - Selected practice recommendations for contraceptive use. Evidence-based guidelines for family planning*. Hentet fra http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/
- WHO. (2002b). *Sexual and reproductive health - Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Hentet fra http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/RHR_02_11/en/
- Øren, A., Leistad, L., & Haugan, T. (2010). *Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20-24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon?* Trondheim: SINTEF.

Vedlegg / Appendiks

SØKEORD:

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	TREFF
1. subsidized contraception.tw,kf. 2. subsidized birth control.tw,kf. 3. subsidized prevention.tw,kf. 4. no-cost contraception.tw,kf. 5. no-cost birth control.tw,kf. 6. no-cost prevention.tw,kf. 7. free contraception.tw,kf. 8. free birth control.tw,kf. 9. free prevention.tw,kf. 10. funded contraception.tw,kf. 11. funded birth control.tw,kf. 12. funded prevention.tw,kf. 13. Contraceptive coverage.tw,kf. 14. exp *Family Planning Services/mt, sn, ut [Methods, Statistics & Numerical Data, Utilization] 15. unwanted pregnancy.tw,kf. 16. unplanned pregnancy.tw,kf. 17. unintended pregnancy.tw,kf. 18. exp *Pregnancy, Unwanted/ or exp *Pregnancy, Unplanned/ or exp *Pregnancy/ 19. abortion.tw,kf. 20. exp *Abortion, Induced/	Medline	(1 or 4 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14) and (15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20)* *har utelatt søkeord med 0 treff	361
1. subsidized contraception.tw,kw. 2. subsidized birth control.tw,kw. 3. subsidized prevention.tw,kw. 4. no-cost contraception.tw,kw. 5. no-cost birth control.tw,kw. 6. no-cost prevention.tw,kw. 7. free contraception.tw,kw. 8. free birth control.tw,kw. 9. free prevention.tw,kw. 10. funded contraception.tw,kw. 11. funded birth control.tw,kw. 12. funded prevention.tw,kw. 13. Contraceptive coverage.tw,kw. 14. exp *family planning/ 15. unwanted pregnancy.tw,kw. 16. unplanned pregnancy.tw,kw. 17. unintended pregnancy.tw,kw. 18. exp *unwanted pregnancy/ or exp *unplanned pregnancy/ or exp *pregnancy/ 19. abortion.tw,kw. 20. exp *induced abortion/	Embase	(1 or 4 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13) and (16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21)* *har utelatt søkeord med 0 treff	60
1. subsidized contraception 2. subsidized birth control 3. subsidized prevention 4. no-cost contraception 5. no-cost birth control 6. no-cost prevention 7. free contraception 8. free birth control 9. free prevention 10. funded contraception	Scopus	(1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13) and (14 or 15 or 16 or 17 or 18)	60

<ul style="list-style-type: none"> 11. funded birth control 12. funded prevention 13. Contraceptive coverage 14. unwanted pregnancy 16. unplanned pregnancy 17. unintended pregnancy 18. abortion 			
<ul style="list-style-type: none"> 1. subsidized contraception 2. subsidized birth control 3. subsidized prevention 4. no-cost contraception 5. no-cost birth control 6. no-cost prevention 7. free contraception 8. free birth control 9. free prevention 10. funded contraception 11. funded birth control 12. funded prevention 13. Contraceptive coverage 14. unwanted pregnancy 16. unplanned pregnancy 17. unintended pregnancy 18. abortion 	Web of Science	(1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13) and (14 or 15 or 16 or 17 or 18)	38
<ul style="list-style-type: none"> 1. subsidized contraception 2. subsidized birth control 3. subsidized prevention 4. no-cost contraception 5. no-cost birth control 6. no-cost prevention 7. free contraception 8. free birth control 9. free prevention 10. funded contraception 11. funded birth control 12. funded prevention 13. Contraceptive coverage 14. unwanted pregnancy 16. unplanned pregnancy 17. unintended pregnancy 18. abortion 	International Bibliography of the Social Sciences	(1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13) and (14 or 15 or 16 or 17 or 18)	215
<ul style="list-style-type: none"> 1. subsidized contraception 2. subsidized birth control 3. subsidized prevention 4. no-cost contraception 5. no-cost birth control 6. no-cost prevention 7. free contraception 8. free birth control 9. free prevention 10. funded contraception 11. funded birth control 12. funded prevention 13. Contraceptive coverage 14. unwanted pregnancy 16. unplanned pregnancy 17. unintended pregnancy 18. abortion 	Cochrane Library	(1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13) and (14 or 15 or 16 or 17 or 18)	5

SØK I DATABASES:

Medline

#	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
1	subsidized contraception.tw,kf.	4	Advanced	Display Results More ▾	Contract
2	subsidized birth control.tw,kf.	0	Advanced	Save More ▾	
3	subsidized prevention.tw,kf.	0	Advanced	Save More ▾	
4	no-cost contraception.tw,kf.	15	Advanced	Display Results More ▾	
5	no-cost birth control.tw,kf.	0	Advanced	Save More ▾	
6	no-cost prevention.tw,kf.	0	Advanced	Save More ▾	
7	free contraception.tw,kf.	39	Advanced	Display Results More ▾	
8	free birth control.tw,kf.	9	Advanced	Display Results More ▾	
9	free prevention.tw,kf.	11	Advanced	Display Results More ▾	
10	funded contraception.tw,kf.	3	Advanced	Display Results More ▾	
11	funded birth control.tw,kf.	3	Advanced	Display Results More ▾	
12	funded prevention.tw,kf.	11	Advanced	Display Results More ▾	
13	Contraceptive coverage.tw,kf.	93	Advanced	Display Results More ▾	
14	exp *Family Planning Services/mt, sn, ut [Methods, Statistics & Numerical Data, Utilization]	1225	Advanced	Display Results More ▾	
15	1 or 4 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14	1408	Advanced	Display Results More ▾	
16	unwanted pregnancy.tw,kf.	1775	Advanced	Display Results More ▾	
17	unplanned pregnancy.tw,kf.	1163	Advanced	Display Results More ▾	
18	unintended pregnancy.tw,kf.	2394	Advanced	Display Results More ▾	
19	exp *Pregnancy, Unwanted/ or exp *Pregnancy, Unplanned/ or exp *Pregnancy/	143503	Advanced	Display Results More ▾	
20	abortion.tw,kf.	53674	Advanced	Display Results More ▾	
21	exp *Abortion, Induced/	28330	Advanced	Display Results More ▾	
22	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21	200743	Advanced	Display Results More ▾	
23	15 and 22	321	Advanced	Display Results More ▾	

Embase

#	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
1	subsidized contraception.tw,kw.	6	Advanced	Display Results More ▾	Contract
2	subsidized birth control.tw,kw.	0	Advanced	Save More ▾	
3	subsidized prevention.tw,kw.	0	Advanced	Save More ▾	
4	no-cost contraception.tw,kw.	19	Advanced	Display Results More ▾	
5	no-cost birth control.tw,kw.	0	Advanced	Save More ▾	
6	no-cost prevention.tw,kw.	0	Advanced	Save More ▾	
7	free contraception.tw,kw.	38	Advanced	Display Results More ▾	
8	free birth control.tw,kw.	4	Advanced	Display Results More ▾	
9	free prevention.tw,kw.	10	Advanced	Display Results More ▾	
10	funded contraception.tw,kw.	4	Advanced	Display Results More ▾	
11	funded birth control.tw,kw.	2	Advanced	Display Results More ▾	
12	funded prevention.tw,kw.	14	Advanced	Display Results More ▾	
13	Contraceptive coverage.tw,kw.	103	Advanced	Display Results More ▾	
14	exp *family planning/	14981	Advanced	Display Results More ▾	
15	1 or 4 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	196	Advanced	Display Results More ▾	
16	unwanted pregnancy.tw,kw.	1862	Advanced	Display Results More ▾	
17	unplanned pregnancy.tw,kw.	1439	Advanced	Display Results More ▾	
18	unintended pregnancy.tw,kw.	2833	Advanced	Display Results More ▾	
19	exp *unwanted pregnancy/ or exp *unplanned pregnancy/ or exp *pregnancy/	183832	Advanced	Display Results More ▾	
20	abortion.tw,kw.	60644	Advanced	Display Results More ▾	
21	exp *induced abortion/	21953	Advanced	Display Results More ▾	
22	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21	244151	Advanced	Display Results More ▾	
23	15 and 22	60	Advanced	Display Results More ▾	

Scopus

(TITLE-ABS-KEY(("subsidized contraception") OR ("subsidized birth control") OR ("subsidized prevention") OR ("no-cost contraception") OR ("no-cost birth control") OR ("no-cost prevention") OR ("free contraception") OR ("free birth control") OR ("free prevention"))) OR TITLE-ABS-KEY(("funded contraception") OR ("funded birth control") OR ("funded prevention") OR ("Contraceptive coverage"))) AND TITLE-ABS-KEY(("Unwanted pregnancy") OR ("unplanned pregnancy") OR ("unintended pregnancy") OR ("abortion")))

60 document results

[View Less ^](#)

Web of Science

38 TS=(("subsidized contraception") OR ("subsidized birth control") OR ("subsidized prevention") OR ("no-cost contraception") OR ("no-cost birth control") OR ("no-cost prevention") OR ("free contraception") OR ("free birth control") OR ("free prevention") OR ("funded contraception") OR ("funded birth control") OR ("funded prevention") OR ("Contraceptive coverage"))) AND TS=(("Unwanted pregnancy") OR ("unplanned pregnancy") OR ("unintended pregnancy") OR ("abortion"))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=All years

IBSS

⊕ ("subsidized contraception") OR ("subsidized birth control") OR ("subsidized prevention") OR ("no-cost contraception") OR ("no-cost birth control") OR ("no-cost prevention") OR ("free contraception") OR ("free birth control") OR ("free prevention") OR ("funded contraception") OR ("funded birth control") OR ("funded prevention") OR ("Contraceptive coverage")) AND ("Unwanted pregnancy") OR ("unplanned pregnancy") OR ("unintended pregnancy") OR ("abortion")


International
Bibliography
of the Social
Sciences
(IBSS)

213*

Cochrane

There are **5** results from **1103141** records for your search on '(("subsidized contraception") OR ("subsidized birth control") OR ("subsidized prevention") OR ("no-cost contraception") OR ("no-cost birth control") OR ("no-cost prevention") OR ("free contraception") OR ("free birth control") OR ("free prevention") OR ("funded contraception") OR ("funded birth control") OR ("funded prevention") OR ("Contraceptive coverage"))) AND(("Unwanted pregnancy") OR ("unplanned pregnancy") OR ("unintended pregnancy") OR ("abortion")) in Title, Abstract, Keywords in Trials'

KRITISK VURDERING ARTIKKEL 1:



**JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies
(non-randomized experimental studies)**

Reviewer Helene Sikveland Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' [i.e. there is no confusion about which variable comes first]?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

© Joanna Briggs Institute 2017

Critical Appraisal Checklist
for Quasi-Experimental Studies | 3

KRITISK VURDERING ARTIKKEL 2:



**JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies
(non-randomized experimental studies)**

Reviewer Helene Sikveland Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' [i.e. there is no confusion about which variable comes first]?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



KRITISK VURDERING ARTIKKEL 3:






Kritisk vurdering - prevalensstudie

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja 	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja 	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja 	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja 	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart </p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>


HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Hormonelle prevensjonsmetoder og kobberspiral mest brukt i Danmark og Sverige. Fra 1975-2013 sank abortraten i Danmark og Finland, mens den var stabil i Norge og Sverige og økte i Island. I studien ser man ingen assosiasjon mellom subsidieringssystemer og abortrater.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

KRITISK VURDERING ARTIKKEL 4:



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Reviewer Helene Sikveland ----- Date -----

Author ----- Year ----- Record Number -----

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

- Gjøres ikke rede for eventuelle andre intervensjoner i tidsrommet.



© Joanna Briggs Institute 2017

Critical Appraisal Checklist
for Quasi-Experimental Studies | 3

KRITISK VURDERING ARTIKKEL 5:

Kritisk vurdering - kohortstudie, undervisningsbruk






INNLEDENDE SPØRSMÅL


<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Populasjonen som studeres • Tiltaket som gis • Sammenligningen som gjøres • Utfallene som vurderes 	<p>Ja</p> <p></p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?</p> <p>Foreligger det seleksjonsskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var kohorten representativ for en definert befolkningsgruppe? • Var det noe spesielt med personene i kohorten? • Ble alle personene som burde vært inkludert tatt med? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?


DETALJERTE SPØRSMÅL

<p>3. Ble eksposisjonen presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene pålitelige (valide)? 	<p>Ja</p> <p></p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>b) Foreligger det klassifiseringskjevhet:</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt samme prosedyre for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene? 	<p>Ja</p> <p></p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

<p>4. Ble utfallet presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjvhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene gyldige (valide)? <p>b) Foreligger det klassifiseringskjvhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det etablert et godt system for å fange opp alle sykdomstilfeller/ufall? • Ble samme målemetode brukt i alle gruppene? • Var personene i kohorten og/ eller de som vurderte utfallet blindet mht. hvem som var eksponert (- og spiller det noen rolle?) 	<p>Ja</p>  <p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p>○</p> <p>Uklart</p> <p>○</p>	<p>Nei</p> <p>○</p> <p>Nei</p> <p>○</p>
<p>5. (a) Har forfatterne identifisert alle viktige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p><i>Nevn noen som du tenker er viktig, som ikke er med i studien.</i></p> <p>(b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se etter restriksjoner i design el. teknikker, for eksempel stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er benyttet for å korrigere eller justere for konfoundere. • Er det andre viktige konfoundere som forfatterne burde tatt hensyn til? 	<p>Ja</p> <p>○</p> <p>Ja</p> <p>○</p>	<p>Uklart</p>  <p>Uklart</p> 	<p>Nei</p> <p>○</p> <p>Nei</p> <p>○</p>
<p>6. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var det få som falt fra? • Var frafallet likt fordelt i ulike eksponeringsgrupper? • Er det slik at personer som faller fra skiller seg fra de som blir fulgt opp og analysert i studien? 	<p>Ja</p> <p>○</p>	<p>Uklart</p> 	<p>Nei</p> <p>○</p>

<p>7. Ble personene fulgt opp lenge nok?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive eller negative utfall må ha hatt lang nok tid til å ha oppstått. • Vurderer du oppfølgingstiden som lang nok? 	<p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
---	--	--------------------------------------	-----------------------------------

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>8. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er hovedkonklusjonen? • Kan du oppsummere resultatene i en setning? • Er det gjort rede for forholdet mellom insidens blant de eksponerte/ ikke eksponerte (ratio)? • Hvor sterk er assosiasjonen mellom eksposisjon og utfall? 	<p>9. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se på bredden av konfidensintervallet. 		
<p>10. Tror du på resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Store effekter er vanskelige å se bort fra! • Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller konfundering? • Har designen og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke kan stoles på? • Vurder mot Bradford Hill-kriteriene (f eks tidsrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens) 	<p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>



KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurder om personene i denne studien er annerledes enn personene du forholder deg til i praksis. • Er de lokale forholdene forskjellig fra stedet der studien fant sted? 	<p>Ja ○</p>	<p>Uklart ★</p>	<p>Nei ○</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?</p>	<p>Ja ○</p>	<p>Uklart ★</p>	<p>Nei ○</p>
<p>13. Hva er implikasjonene av denne studien for praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>En observasjonstudie gir sjelden tilstrekkelig robust evidens for å anbefale endringer av praksis eller helsepolitiske beslutninger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • For noen spørsmål kommer den eneste evidensen fra observasjonsstudier • Anbefalinger fra observasjonsstudier er alltid sterkere når de får støtte av annen evidens 			



KRITISK VURDERING ARTIKKEL 6:






Kritisk vurdering - prevalensstudie

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja 	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja 	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja 	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja 	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS: Ikke-responderer er frafall i utvalget.</i></p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på > 70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-responderer har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart </p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

10. Hva er resultatet i denne studien?

TIPS:

*Hva er hovedkonklusjonen?**Kan du oppsummere resultatene i én setning?*

Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?

*Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?**Er det oppgitt p-verdier?*

Hormonelle prevensjonsmetoder og kobberspiral mest brukt i Danmark og Sverige. Fra 1975-2013 sank abortraten i Danmark og Finland, mens den var stabil i Norge og Sverige og økte i Island. I studien ser man ingen assosiasjon mellom subsidieringssystemer og abortrater.



KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input checked="" type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? TIPS: <i>Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i>	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input checked="" type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KRITISK VURDERING ARTIKKEL 7:



Kritisk vurdering - kohortstudie, undervisningsbruk






INNLEDENDE SPØRSMÅL


<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Populasjonen som studeres • Tiltaket som gis • Sammenligningen som gjøres • Utfallene som vurderes 	<p>Ja</p> <p></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?</p> <p>Foreligger det seleksjonsskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var kohorten representativ for en definert befolkningsgruppe? • Var det noe spesielt med personene i kohorten? • Ble alle personene som burde vært inkludert tatt med? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?


DETALJERTE SPØRSMÅL

<p>3. Ble eksposisjonen presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene pålitelige (valide)? 	<p>Ja</p> <p></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>b) Foreligger det klassifiseringskjevhet:</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt samme prosedyre for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene? 	<p>Ja</p> <p></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>



<p>4. Ble utfallet presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene gyldige (valide)? <p>b) Foreligger det klassifiseringsskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det etablert et godt <u>system</u> for å fange opp alle sykdomstilfeller/utfall? • Ble samme målemetode brukt i alle gruppene? • Var personene i kohorten og/ eller de som vurderte utfallet blindet mht. hvem som var eksponert (- og spiller det noen rolle?) 	<p>Ja</p> <p></p> <p>Ja</p> <p></p>	<p>Uklart</p> <p>○</p> <p>Uklart</p> <p>○</p>	<p>Nei</p> <p>○</p> <p>Nei</p> <p>○</p>
<p>5. (a) Har forfatterne identifisert alle viktige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p><i>Nevn noen som du tenker er viktig, som ikke er med i studien.</i></p> <p>(b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se etter restriksjoner i design el. teknikker, for eksempel stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er benyttet for å korrigere eller justere for konfoundere. • Er det andre viktige konfoundere som forfatterne burde tatt hensyn til? 	<p>Ja</p> <p>○</p> <p>Ja</p> <p>○</p>	<p>Uklart</p> <p></p> <p>Uklart</p> <p></p>	<p>Nei</p> <p>○</p> <p>Nei</p> <p>○</p>
<p>6. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var det få som falt fra? • Var frafallet likt fordelt i ulike eksponeringsgrupper? • Er det slik at personer som faller fra skiller seg fra de som blir fulgt opp og analysert i studien? 	<p>Ja</p> <p>○</p>	<p>Uklart</p> <p></p>	<p>Nei</p> <p>○</p>

<p>7. Ble personene fulgt opp lenge nok?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive eller negative utfall må ha hatt lang nok tid til å ha oppstått. • Vurderer du oppfølgingstiden som lang nok? 	<p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
---	--	--------------------------------------	-----------------------------------

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>8. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er hovedkonklusjonen? • Kan du oppsummere resultatene i en setning? • Er det gjort rede for forholdet mellom insidens blant de eksponerte/ ikke eksponerte (ratio)? • Hvor sterk er assosiasjonen mellom eksposisjon og utfall? 	<p>9. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se på bredden av konfidensintervallet.
<p>10. Tror du på resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Store effekter er vanskelige å se bort fra! • Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller konfundering? • Har designen og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke kan stoles på? • Vurder mot Bradford Hill-kriteriene (f eks tidsrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens) 	<p>Ja</p>  <p>Uklart</p> <p>O</p> <p>Nei</p> <p>O</p>

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurder om personene i denne studien er annerledes enn personene du forholder deg til i praksis. • Er de lokale forholdene forskjellig fra stedet der studien fant sted? 	<p>Ja O</p>	<p>Uklart </p>	<p>Nei O</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?</p>	<p>Ja O</p>	<p>Uklart </p>	<p>Nei O</p>
<p>13. Hva er implikasjonene av denne studien for praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En observasjonstudie gir sjelden tilstrekkelig robust evidens for å anbefale endringer av praksis eller helsepolitiske beslutninger • For noen spørsmål kommer den eneste evidensen fra observasjonsstudier • Anbefalinger fra observasjonsstudier er alltid sterkere når de får støtte av annen evidens 			

KRITISK VURDERING ARTIKKEL 8:

Kritisk vurdering - kohortstudie, undervisningsbruk






INNLEDENDE SPØRSMÅL


<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Populasjonen som studeres • Tiltaket som gis • Sammenligningen som gjøres • Utfallene som vurderes 	<p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?</p> <p>Foreligger det seleksjonsskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var kohorten representativ for en definert befolkningsgruppe? • Var det noe spesielt med personene i kohorten? • Ble alle personene som burde vært inkludert tatt med? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> 

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?


DETALJERTE SPØRSMÅL

<p>3. Ble eksposisjonen presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene pålitelige (valide)? 	<p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>b) Foreligger det klassifiseringskjevhet:</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt samme prosedyre for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene? 	<p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

<p>4. Ble utfallet presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene gyldige (valide)? <p>b) Foreligger det klassifiseringskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det etablert et godt <u>system</u> for å fange opp alle sykdomstilfeller/ufall? • Ble samme målemetode brukt i alle gruppene? • Var personene i kohorten og/ eller de som vurderte utfallet blindet mht. hvem som var eksponert (- og spiller det noen rolle?) 	<p>Ja</p>  <p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p>○</p> <p>Uklart</p> <p>○</p>	<p>Nei</p> <p>○</p> <p>Nei</p> <p>○</p>
<p>5. (a) Har forfatterne identifisert alle viktige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p><i>Nevn noen som du tenker er viktig, som ikke er med i studien.</i></p> <p>(b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se etter restriksjoner i design el. teknikker, for eksempel stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er benyttet for å korrigere eller justere for konfoundere. • Er det andre viktige konfoundere som forfatterne burde tatt hensyn til? 	<p>Ja</p> <p>○</p> <p>Ja</p> <p>○</p>	<p>Uklart</p>  <p>Uklart</p> 	<p>Nei</p> <p>○</p> <p>Nei</p> <p>○</p>
<p>6. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var det få som falt fra? • Var frafallet likt fordelt i ulike eksponeringsgrupper? • Er det slik at personer som faller fra skiller seg fra de som blir fulgt opp og analysert i studien? 	<p>Ja</p> <p>○</p>	<p>Uklart</p> 	<p>Nei</p> <p>○</p>

<p>7. Ble personene fulgt opp lenge nok?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive eller negative utfall må ha hatt lang nok tid til å ha oppstått. • Vurderer du oppfølgingstiden som lang nok? 	<p>Ja</p> 	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
---	--	--------------------------------------	-----------------------------------

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>8. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er hovedkonklusjonen? • Kan du oppsummere resultatene i en setning? • Er det gjort rede for forholdet mellom insidens blant de eksponerte/ ikke eksponerte (ratio)? • Hvor sterk er assosiasjonen mellom eksposisjon og utfall? <p>Økt tilgang til LARCs kan resultere i færre uønskede graviditeter og aborter og spare store kostnader i helsesystemet. En slik modell der klinikker promoterer LARC-bruk krever opplæring av alle ansatte og riktig informasjonsgivning til kvinnene.</p>	<p>9. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se på bredden av konfidensintervallet.
<p>10. Tror du på resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Store effekter er vanskelige å se bort fra! • Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller konfundering? • Har designen og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke kan stoles på? • Vurder mot Bradford Hill-kriteriene (f eks tidsrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens) 	<p>Ja</p>  <p>Uklart</p> <p>O</p> <p>Nei</p> <p>O</p>

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vurder om personene i denne studien er annerledes enn personene du forholder deg til i praksis.</i> • <i>Er de lokale forholdene forskjellig fra stedet der studien fant sted?</i> 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>13. Hva er implikasjonene av denne studien for praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En observasjonstudie gir sjelden tilstrekkelig robust evidens for å anbefale endringer av praksis eller helsepolitiske beslutninger</i> • <i>For noen spørsmål kommer den eneste evidensen fra observasjonsstudier</i> • <i>Anbefalinger fra observasjonsstudier er alltid sterkere når de får støtte av annen evidens</i> 	

KRITISK VURDERING ARTIKKEL 9:



**JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies
(non-randomized experimental studies)**

Reviewer Helene Sikveland Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



KRITISK VURDERING ARTIKKEL 10:






Kritisk vurdering - prevalensstudie

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja 	Uklart 0	Nei 0
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja 	Uklart 0	Nei 0

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	Ja 	Uklart 0	Nei 0
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	Ja 	Uklart 0	Nei 0

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p>Ja O</p>	<p>Uklart </p>	<p>Nei O</p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p>Ja </p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	<p>Lavere tenåringsgraviditeter i land man ikke krever foreldrenes samtykke for å ta abort, der det er tilgjengelig seksualhelsestjeneste for ungdommer og der prevensjon er subsidiert.</p> <p>Kan skyldes underrapportering av aborter og graviditeter blant tenåringer f.eks.</p>
---	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja <input type="radio"/></p>	<p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

ANALYSE AV HOVEDFUNN:

#	FORFATTERE OG TITTEL	ÅR / LAND	PROBLEMSTILLING/ MÅL FOR STUDIEN	DESIGN	RESULTATER
1	Foster, D. G., Klaisle, C. M., Blum, M., Bradsberry, M. E., Brindis, C. D. & Stewart, F. H. “Expanded State-Funded Family Planning Services: Estimating Pregnancies Averted by the Family PACT Program in California, 1997–1998”	2004 USA PACT	Undersøke Family PACT-programmets innvirkning på fertilitet og aborter i 1997-1998.	Estimerer reduksjon i uønskede svangerskap ved å sammenlikne prevensjon brukt før Family PACT med etter.	Fra 1997-1998 estimeres det at Family PACT har unngått 108 000 uønskede svangerskap (over 90% nedgang) og 41 000 aborter.
2	Foster, D. G., Biggs, M. A., Amaral, G., Brindis, C., Navarro, S., Bradsberry, M., & Stewart, F. Estimates of pregnancies averted through California's family planning waiver program in 2002	2006 USA PACT	Undersøke Family PACT-programmets innvirkning på fertilitet og aborter i 2002.	Estimerte graviditeter basert på prevensjon utdelt sammenliknet prevensjon brukt før programmet.	Estimert var det 79000 aborter som ble unngått pga. Family PACT-programmet i 2002.
3	Amu, O. & Appiah, K. “Teenage pregnancy in the United Kingdom: are we doing enough?”	2006 UK	Undersøke evidens som finnes rundt Storbritannias høye andel aborter og tenåringsgraviditeter og komme med forslag til løsninger.	Expert review.	Tallene er høye til tross for gratis prevensjon, og forfatterne utforsker andre strategier som universal seksualundervisning, bedre tilgang til familieplanleggingsklinikker, kulturendring og åpenhet, samt promotering av LARC.
4	Kearney, M. S. & Levine, P. B. “Subsidized Contraception, Fertility, and Sexual Behavior.”	2009 USA Medicaid	Undersøke hvor stor innvirkning utvidelse av Medicaid's familieplanleggingstjenester har hatt på reduksjon av fødsler, aborter, seksualaktivitet og bruk av prevensjon.	Difference-in-difference regresjon av data.	Finner ikke evidens for at utvidelse av familieplanleggingstjenestene påvirket antall aborter. Forfatterne antar at dette kommer av upresise data (høy standard error) og at man måtte hatt enorm virkning for å forkaste nullhypotese om ingen effekt.
5	Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E. & Secura, G. M. “Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception.”	2012 USA Choice	Undersøke om promotering av LARCs og gratis prevensjon fører til færre uønskede svangerskap.	Prospektiv kohortstudie	Signifikant reduksjon i antall aborter, gjentatte aborter og tenåringsfødsler. Konkluderer med at gratis prevensjon og promotering av de mest effektive metodene har potensiale til å redusere uønskede svangerskap i USA. I følge studiens kalkulasjoner vil en policyendring tilsvarende studiens intervensjon kunne hindre 62-78% av abortene som gjøres årlig i USA.
6	Part, K. A. I., Moreau, C., Donati, S., Gissler, M., Fronteira, I., Karro, H. & the, R. g. “Teenage pregnancies in the	2013 EU	Undersøke variasjoner og trender i tenåringsgraviditeter i ulike land i Europa og deres policyer rundt	Prevalensstudie: Sammenlikne ulike europeiske lands statistikk på tenårings-	Lavere tenåringsgraviditeter i land man ikke krever foreldrenes samtykke for å ta abort, der det er tilgjengelig seksualhelsetjeneste for ungdommer og der prevensjon er

	European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services.”		seksualhelsetjenester.	graviditeter og tilbud av seksualhelsetjenester.	subsidiert. Data på tenåringsaborter er utilgjengelige eller ufullstendige i over 1/3 av land i EU.
7	Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q. & Peipert, J. F. ”Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy.”	2014 USA Choice	Undersøke om promotering av LARCs og gratis prevensjon fører til færre graviditeter, fødsler og aborter blant tenåringer.	Prospektiv kohortstudie	Kvinnelige tenåringer som fikk gratis prevensjon og ble fortalt om fordelene til LARCs hadde lavere graviditet-, fødsel- og abortrate enn nasjonale tall for tenåringer med seksuell erfaring. Abortratene var 9,7/1000 blant deltakerne mot 41.5/1000 blant tenåringer med seksuell erfaring nasjonalt.
8	Birgisson, N. E., Zhao, Q. H., Secura, G. M., Madden, T. & Peipert, J. F. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review.	2015 USA Choice	Gi en oversikt over nøkkelfunn fra CHOICE-studien som fjernet tre barrierer for økt LARC bruk; kostnad, utdanning og tilgang	Prospektiv kohortstudie	Økt tilgang til LARCs kan resultere i færre uønskede graviditeter og aborter og spare store kostnader i helsesystemet. En slik modell der klinikker promoterer LARC-bruk krever opplæring av alle ansatte og riktig informasjonsgivning til kvinnene.
9	Mulligan, K. ”Contraception Use, Abortions, and Births: The Effect of Insurance Mandates.”	2015 USA ACA	Undersøker om å pålegge prevensjonsdekning i forsikringer påvirker prevensjonsbruk, aborter og fødsler.	Regresjon av data.	Økning i prevensjonsbruk med 2,1 prosentpoeng, reduksjon i abortraten på 3% og ikke signifikant påvirkning på fødselsraten.
10	Hognert, H., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Milsom, I., Lidegaard, O. & Lindh, I. ”High birth rates despite easy access to contraception and abortion: a cross-sectional study.”	2017 Skandinavia	Beskrive og sammenlikne prevensjonsbruk, fruktbarhet, fødsler og abortrater i nordiske land i forhold til deres policyer rundt seksualhelsetjenester.	Sammenlikning av ulike nordiske lands statistikk og tilbud av seksualhelsetjenester.	Hormonelle prevensjonsmetoder og kobberspiral mest brukt i Danmark og Sverige. Fra 1975-2013 sank abortraten i Danmark og Finland, mens den var stabil i Norge og Sverige og økte i Island. I studien ser man ingen assosiasjon mellom subsidieringssystemer og abortrater.

ANALYSE AV UTVIDEDE FUNN:

#	FORFATTERE OG TITTEL	ÅR / LAND	PROBLEMSTILLING/ MÅL FOR STUDIEN	DESIGN	RESULTATER
A	Ketting, E. & Visser, A. P. Contraception in The Netherlands: the low abortion rate explained	1994 Nederland	Gi en oversikt over hovedfaktorene som er relatert til den lave abortraten i Nederland med fokus på aborttall og prevensjonsbruk fra starten av 1960- til slutten av 1980-tallet.	Expert review.	En reduksjon i uønskede svangerskap har forekommet på grunn av gode strategier for å unngå tenåringsgraviditeter (inkl. seksualundervisning, kampanjer og tjenester med lave barrierer), større aksept for sterilisering, et sterkt ønske om å redusere bruk av abort, regelmessig seksual- og prevensjonsundervisning til målgruppene og lave barrierer for familieplanleggingstjenester.
B	Klijzing, E. Are there unmet family planning needs in Europe?	2000 Europa	Måle hvor mye uoppfylte familieplanleggingsbehov, uoverstemmelse mellom individers seksuelle oppførsel og prevensjonsbruk og deres oppgitte fertilitetspreferanse som finnes i industrialiserte land.	Regresjon av data.	Det er under 10% med uoppfylte familieplanleggingsbehov i de fleste europeiske land. Det er vanligst for menn, økende med alder, økt for de med lav utdanning og høyere blant de som er gift. Det er en klar sammenheng mellom abort og uoppfylt familieplanleggingsbehov.
C	Jones, R. K., Darroch, J. E. & Henshaw, S. K. Contraceptive Use among U.S. Women Having Abortions in 2000-2001.	2002 USA	Undersøke hvorvidt å ikke bruke prevensjon eller å bruke prevensjon feil eller inkonsekvent har fører til uønskede graviditeter. Undersøke årsaker til å ikke bruke prevensjon eller å bruke det feil.	T-test og regresjon av data.	46% av kvinnene som tok abort hadde ikke brukt prevensjon. Blant de som brukte prevensjon hadde de fleste brukt kondom, etterfulgt av p-piller. Inkonsekvent bruk var hovedårsaken til graviditet, men 13-14% angav også perfekt bruk av kondom og p-piller.
D	Schunmann, C. & Glasier, A. Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial	2006 UK	Undersøke om bedre veiledning og tilgang til prevensjon hos kvinner som tok abort førte til økt bruk av mer effektive metoder, mer kontinuerlig bruk og reduserte antall gjentatte aborter.	RCT.	Råd fra spesialister om prevensjon og økt tilgang hadde en korttidseffekt på start og økte bruk av LARCs, men så ikke ut til å redusere gjentatte aborter.
E	Leeman, L. Medical barriers to effective contraception.	2007 USA	Undersøke barrierer for bruk av prevensjon.	Expert review.	Flere strategier kan fjerne barrierer for prevensjon og redusere uønsket graviditet, bl.a. bedre kunnskap om familieplanlegging blant klinikere, bedring av klinikers prevensjonstilbud og veiledningskompetanse, fjerning av finansielle barrierer og bedre tilgang til prevensjon for menn.

F	Heavey, E. J., Moysich, K. B., Hyland, A., Druschel, C. M. & Sill, M. W. Differences in Contraceptive Choice Among Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clinic.	2008 USA	Undersøke forskjeller i prevensjonsbruk blant kvinnelige tenåringer fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn før og etter en konsultasjon på en statsfinansiert familieplanleggingsklinikk der prevensjon er gratis.	Regresjon av data.	Å eliminere kostnaden for prevensjon er klart assosiert med mer bruk av prevensjon og valg av mer effektive prevensjonsmetoder for tenåringer. Ved fjerning av programmer med statsfinansiering økte andelen tenåringsgraviditeter.
G	Sawhill, I., Thomas, A. & Monea, E. An ounce of prevention: Policy prescriptions to reduce the prevalence of fragile families	2010 USA	Diskutere policyer som skal motivere individer til å unngå uønskede graviditeter, øke deres kunnskap om prevensjon og fjerne barrierer til prevensjonstilgang.	Expert review.	Motivasjonspåvirkning, som kampanjer i media, har endret noe atferd. Seksualundervisning som skal redusere tenåringsgraviditeter har effektivt redusert seksuell aktivitet og økt prevensjonsbruk. Programmer som har gitt tilgang til subsidiert prevensjon ville vært enda mer effektive dersom de økte bruk av LARCs.
H	Phares, T. M., Cui, Y. & Baldwin, S. Effective birth control use among women at risk for unintended pregnancy in Los Angeles, California.	2012 USA	Multivariate sammenhenger mellom bruk av mer effektive prevensjonsmetoder og sosiodemografiske- og helsefaktorer.	Regresjon av data.	Sosiodemografiske faktorer predikerer bruken av mer effektive prevensjonsmetoder og bør tas i betraktning når man skal tilby familieplanleggingstjenester.
I	Atkins, D. N. & Bradford, W. D. Changes in state prescription contraceptive mandates for insurers: the effect on women's contraceptive use.	2014 USA	Undersøke hvilken påvirkning lovpålagt dekning av prevensjon i forsikringer har hatt på kvinners prevensjonsbruk.	Regresjon av data.	Kvinner med forsikring i stater der det var lovpålagt dekning av prevensjonsmidler hadde 5% økt sannsynlighet for å bruke prevensjon (reseptbelagt, kondomer, sterilisering).
J	Moreau, C., Bohet, A., Trussell, J., Bajos, N. & group, F. Estimates of unintended pregnancy rates over the last decade in France as a function of contraceptive behaviors	2014 Frankrike	Undersøke trender i prevensjonsbruk og hvordan de kan ha bidratt til variasjoner i uønskede svangerskap i Frankrike mellom 2000 og 2010.	Regresjon av data.	Variasjoner i antall uønskede svangerskap, med en topp i 2005, har blitt påvirket av endringer i prevensjonsbruk. De fleste hadde et ikke-dekket behov for prevensjon og stod for 46% av svangerskapene i 2000, 55% i 2005 og 45% i 2010. På befolkningsnivå hadde 2,4%, 3,2% og 2,4% et ikke-dekket behov for prevensjon disse årene. Små forandringer i ikke-dekket behov for prevensjon hadde størst effekt på uønskede svangerskap.
K	Secura, G. M., Adams, T., Buckel, C. M., Zhao, Q., & Peipert, J. F. Change in sexual behavior with provision of no-cost contraception	2014 USA	Undersøke om gratis prevensjon er assosiert med økt antall seksualpartnere og samleie over tid. Dette sees nærmere på som del av resultatet fra tidligere studie der det ble vist at gratis prevensjon og veiledning reduserer uønskede graviditeter og aborter.	Sekundær analyse av prospektiv kohortstudie.	Forfatterne hevder det ikke er signifikant evidens for å støtte bekymringer om økt seksuell risikofølelse ved gratis prevensjon. De fleste hadde ingen økning i antall seksualpartnere, det var signifikant økning i antall samleier, men ikke økning i seksuelt overførbare infeksjoner.

L	Eisenberg, D., Lange, J., Zhao, Q., Madden, T. & Peipert, J. Factors associated with unintended pregnancy outcome among choice participants.	2015 USA	Undersøke faktorer assosiert med å fortsette svangerskapet eller å ta abort i en situasjon der prevensjon er gratis.	Sekundær analyse av prospektiv kohortstudie	Avgjørelsen om å fortsette eller avslutte et svangerskap var assosiert med partnerstatus, alder og aborthistorie, der det å ikke ha partner, være eldre eller ha gjennomgått tidligere aborter førte til større sannsynlighet for å ta abort. Avgjørelsen var ikke assosiert med etnisitet, utdanning/økonomi, prevensjonsmetode eller prevensjonscompliance.
M	Hulme, J., Dunn, S., Guilbert, E., Soon, J. & Norman, W. Barriers and facilitators to family planning access in Canada.	2015 Canada	Undersøke hva som kan være barrierer for prevensjonsbruk.	Kvalitativ undersøkelse med semi-strukturerte intervjuer av helsepersonell.	Kostnad var den viktigste barrieren for prevensjonsbruk. Dårlig tilgang til leger i de mer landlige delene av Canada, samt at leger hadde lite oppdatert praksis også. Muligheter for forbedring som ble identifisert var subsidiert prevensjon og økt opplæring av folket og helsepersonell.
N	Orr, R. & Romel, S. Evaluating current contraceptive practice in women attending termination of pregnancy services in Glasgow.	2015 Skottland	Undersøke prevensjonsmetodene blant kvinner med uønskede svangerskap og finne årsaken til svikt i Skottland, et land med gratis prevensjon, men fortsatt et stort antall aborter som fører med seg store kostnader.	Restospektivt case note review av 100 kvinner som har oppsøkt abortklinikker.	Mange repeterte aborter tyder på problemer med god prevensjon etter prosedyren. Rådgivning ved første abortkonsultasjon, spesifikke klinikker og støtte etter aborten, intervensjon og opplæring i høyrisiko grupper og anbefalt bruk av LARCs bør redusere repeterte aborter.
O	Justad-Berg, R. T., Eskild, A., & Strom-Roum, E. M. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007-2011.	2015 Norge	Undersøke hvor stor andel av de som tok aborter som hadde tatt abort tidligere og risikofaktorer for repeterte aborter.	Regresjon av data.	36,7% av abortene ble gjennomført på kvinner som hadde tatt abort tidligere. Repeterte aborter var assosiert med alder over 25 år, å ha barn fra tidligere og å bruke prevensjon under unnfangelsen. Høyere utdanning førte med seg redusert risiko for abort.
P	Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., & Ehiri, J. E. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents.	2016 Verden	Vurdere effektene av primærpreventive tiltak for å redusere uønskede graviditeter blant ungdom.	Systematisk oversikt med RCT	Kombinert seksualundervisning og prevensjonspromotering reduserte risikoen for uønskede graviditeter blant ungdommer signifikant. Promotering av prevensjon alene påvirket ikke/lite risikoen for uønskede graviditeter, men bruken økte. Variabiliteten i populasjoner, intervensjoner og utfall i de inkluderte RCTs og mangel på studier som direkte sammenlikner ulike inngrep gjør det vanskelig å konkludere med hvilken intervensjon som er mest effektiv.
Q	Loeber, O. E. & Muntinga, M. E. Contraceptive	2017 Nederland	Finne forslag til veiledningsstrategier og andre tiltak som kan støtte	Kvantitativ undersøkelse og kvalitativ	Prevensjonseffektivitet kan mulig økes ved å implementere individuell tilpasset veiledning.

	counselling for women with multiple unintended pregnancies: the abortion client's perspective.		effektivt prevensjonsbruk ved å undersøke meningene til kvinner med multiple aborter.	tilnærming md semi-strukturerte intervjuer	
R	Kilander, H., Salomonsson, B., Thor, J., Brynhildsen, J., & Alehagen, S. Contraceptive counselling of women seeking abortion - a qualitative interview study of health professionals' experiences.	2017 Sverige	Identifisere og beskrive helsearbeideres erfaringer med å gi prevensjonsveiledning til kvinner som kommer for å ta abort.	Kvalitativ undersøkelse med intervjuer.	Helsearbeiderne synes det var utfordrende å gi prevensjonsveiledning i forbindelse med aborten og å ordne med tilgang til spiraler etter aborten. Det er et behov for å forbedre deres veiledning, egenskaper og kunnskap for å forhindre repeterte uønskede graviditeter.

ANALYSE AV HELSEDIREKTORATETS KUNNSKAPSGRUNNLAG:
(Kildene er nummerert ut ifra kildenummer i rapporten til Helsedirektoratet (2012a)).

#	KILDE	INNHOOLD	OM ABORT OG GRATIS PREVENSJON
1	Øren A, leistad L, Haugan T (2010): Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20 – 24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon? SINTEF rapport A14751	(Norge;) SINTEF fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utføre et forsøksprosjekt med gratis prevensjon til kvinner på 20-24 år i to kommuner. Resultatet var signifikant økt kontinuitet i bruk av hormonell prevensjon og økt antall brukere av LARC i forsøkskommunene, samt signifikant større nedgang i antall aborter i forsøkskommunene.	Viser økt kontinuitet i bruk, økt bruk av LARC og nedgang av abort i forsøkskommunene med gratis prevensjon.
2	Helsedirektoratet (2004): Oppsummering av erfaringer fra ordningene med lett tilgjengelig prevensjon til unge jenter. Brev til Helsedepartementet 06.05.2004.	Direktoratet oppsummerte i 2004 sine erfaringer fra ordningen med prevensjon som var lett tilgjengelig. De viktigste anbefalingene var at ordningen ble utvidet til å inkludere kvinner opp til 25 år og at alle tilgjengelige metoder burde inkluderes.	Anbefaler at ordningen utvides til å gjelde alle prevensjonsmetoder og alle kvinner til og med 24 år.
3	Helsedirektoratet (2008): utvidet rett til rekvirering av hormonelle prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre – Helsedirektoratets vurdering. Rapport.	(Norge;) Direktoratet anbefaler at rekvireringsretten til helsesøstre og jordmødre skal gjelde alle kvinner i fertil alder og alle typer hormonelle prevensjonsmidler, bortsett fra spiral og implantat, dersom de har dokumentert kompetanse til dette.	Nevner ikke sammenhengen mellom gratis prevensjon og abort.
4	Helsedirektoratet: Rundskriv I-3/2002 Retningslinjer for helsesøstre og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år.	(Norge;) Informasjon om retningslinjer om at gratis p-piller til kvinner i alderen 16-19 år, som kom på plass 1. Jan 2002, fra og med 1. Juni 2002 kan rekvireres av helsesøstre og jordmødre med relevant etterutdanning. Dette blir sett på som et ledd i å nå mål om å forebygge uønskede svangerskap og abort hos tenåringer.	Sammenlikner tiltak og aborttall ved å vise til forsøk gjort av SINTEF i Trondheim kommune i 1997-2000 der det ble satt inn flere tiltak; bedre samlivsveiledning og prevensjonsveiledning, gratis kondomer og p-piller og rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre. Resultatet var reduksjon av aborter og antall fødsler blant dem mellom 17 og 19 år.
5	Helse- og omsorgsdepartementet (2006): Rundskriv I - 1/2006. Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant tenåringer - Innføring av fast bidragssats for dekning av utgifter til hormonell prevensjon til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år.	Forklarer ny prevensjonsordning. Fra mars 2006 innføres fast bidragssats på 100 kr per 3 måneder for hormonell prevensjon for kvinner fra 16 til og med 19 år som erstatter gratisordningen fra 2002 og utvides til å ikke gjelde bare p-piller, men også p-plaster, p-ring og p-sprøyte. Også helsesøstre og jordmødre kan rekvirere alle typer hormonell prevensjon med unntak av implantat og spiral.	Nevner at god veiledning og økt tilgjengelighet til prevensjon er viktige bidrag i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort blant tenåringer.
6	Helsedirektoratet (2010): Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010 – 2015 – strategier	(Norge;) Presenterer handlingsplanen. Planens hovedmål er å redusere antall aborter og gi et best mulig utgangspunkt for at alle skal kunne ha et trygt seksualliv og planlegge av svangerskap.	Sammenlikner tiltak og aborttall, samt bruk og aborttall: Påpeker i handlingsplanens statusrapport fra 2012 at antall aborter økte med over 19% fra 2006 til 2008, etter at man i 2006 gikk bort fra en ordning med gratis

	for bedre seksuell helse.	Vil fremme seksuell autonomi og de positive sidene ved seksualitet for å forebygge negative sider. Nøkkelordene som går igjen i de nevnte strategiske virkningsmidler er lett tilgjengelig kunnskap, veiledning og prevensjon.	hormonell prevensjon, Fra 2009 sank imidlertid abortraten igjen. I 2011 var den 12.7 pr 1000 kvinner som er den laveste noensinne. Påpeker også at forbruket av hormonell prevensjon økte fra 2000-2005, og at dette holdt seg stabilt frem mot 2011. Det eneste avviket blant unge er nedgang i 2007 samtidig med at en mye brukt p-pille ble trukket fra det norske markedet.
7	Mavranezouli I (2009): Health Economics of contraception. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009 Apr;23 (2):187-98. Epub 2009 Jan 14.	(Storbritannia;) Undersøker kostnadseffektiviteten av prevensjon. Sikring av tilgang på prevensjon kan bidra til å redusere uplanlagte svangerskap og har vist seg å spare samfunnet for store kostnader. Sterilisering og LARC er de mest kostnadseffektive metodene, etterfulgt av andre hormonelle prevensjonsmetoder. Bedret compliance og fortsatt bruk av prevensjon øker fordelene og kostnadskuttene ytterligere. Kostnadseffektiviteten av prevensjon er avhengig av om reduserte kostnader (ved for eksempel redusert abort) og positive helseeffekter er større enn økte kostnader og negative helseeffekter.	Fokus på kostnadseffektivitet ved økt prevensjonsbruk. Uplanlagte svangerskap bærer med seg store helse- og sosiale problemer og halvparten av verdens uplanlagte svangerskap ender i abort. Bruk av prevensjon kan hindre uplanlagte svangerskap og spare store kostnader. Forfatter påpeker at kostnadene ved å sikre tilgang på prevensjon vil oppveies av store innsparinger ved å hindre uplanlagte svangerskap. Forskning på om gratis/subsidiert prevensjon fører til lavere aborttall presenteres ikke.
8	Armstrong N, Davey C and Donaldson C (2005) The economics of sexual health. Fpa.	(Storbritannia;) Systematisk oversikt og modellering av økonomiske konsekvenser som undersøker muligheter å forbedre prevensjonstjenester og aborttjenester i England og tilpasse tilbudet slik at man kan spare store kostnader. Understreker at det er lurt å øke bruken av LARC for å redusere uplanlagte graviditeter og dermed spare kostnader. Understreker også at å ta aborter tidligere, og kunne bruke medisinsk abort, sparer store kostnader. Men trenger mer forskning på disse to feltene, blant annet i forhold til kvinners preferanser.	Fokus på kostnadseffektivitet rundt ulike prevensjonsmetoder, prevensjonstjenester, aborttilgang osv. diskuteres. Det sees ikke på sammenhengen mellom gratis/subsidiert prevensjon og abortrate.
9	McGuire A, Hughes D (1997) The economics of family planning services-a report prepared for the Contraceptive Alliance," Family Planning Association/Contraceptive Alliance (UK).	(Storbritannia;) Kostnadseffektivitetsanalyse som undersøkte effektiviteten av ulike prevensjonsmetoder og graviditeter unngått ved bruk av de ulike metodene. Sammenstilt med kostnader for komplikasjoner, abort og sosiale kostnader og fant ut at kostnad for prevensjonsmetode var langt lavere enn estimerte innsparinger av reduksjon av uplanlagte svangerskap.	Fokus på kostnadseffektivitet av prevensjonsbruk. Viser at kostnadene ved uplanlagte svangerskap er veldig høye i forhold til kostnadene for å unngå dette. Mener at man av økonomiske grunner bør tilby prevensjon og tjenester forbundet med dette gratis. Undersøker ikke direkte om å tilby gratis prevensjon fører til lavere aborttall.
12	Committee on Preventive Services for Women (2011): Clinical Preventive Services for Women: Closing the Gaps.; institute of medicine. National Academy on Sciences.	(USA;) Komiteen mener at kvinner får spesielt nytte av det i "Patient Protection and Affordable Care Act" blir mer fokus på preventive tjenester. Komiteen støtter mer omfattende prevensjonsopplæring og rådgivning, flere prevensjonsmetoder og tjenester slik at man kan unngå uønskede graviditeter	Det nevnes at komiteen støtter tilgang på flere prevensjonsmetoder for å unngå uønskede graviditeter.

		og bedre planlegge sine graviditeter.	
19	Foster DG et al (2009): Cost savings from the provision of specific methods of contraception in a publicly funded program, American Journal of Public Health, (2009) Vol. 99, No. 3,446-51	(USA;) Undersøker kostnadseffektiviteten av prevensjonsmetoder delt ut kostnadsfritt i 2003 som en del av Family PACT programmet. Ble gjort ved å estimere antall graviditeter unngått for hver metode og kostnadsbesparelser forbundet med dette sammenliknet med kostnaden ved å tilby prevensjonsmiddelet. Fant at alle prevensjonsmetoder var kostnadseffektive.	Viser kostnadseffektiviteten av innføring av gratis prevensjon. Kun 32% av kvinnene brukte hormonelle prevensjonsmetoder eller kobberspiral før Family PACT, flere brukere etter. Estimerer reduksjon i uplanlagte graviditeter og kostnader spart ved dette. Abortutgifter er regnet inn som en del av kostnader spart.
22	C. Moreau; J. Bouyer; N. Bajos; G. Rodríguez; J. Trussell (2009): Frequency of Discontinuation of Contraceptive Use: Results from a French Population-based Cohort Human Reproduction. 2009;24(6):1387-1392.	(Frankrike;) Ser nærmere på årsaken til at en av tre graviditeter i Frankrike ikke er planlagt, til tross for mye bruk av effektiv prevensjon. Blant dem som tar abort har halvparten byttet til en annen prevensjonsmetode, eller sluttet å bruke prevensjon, i månedene før aborten. Estimerer andel for hvor mange som slutter på hvert enkelt prevensjonsmiddel. Fant ut at færrest sluttet med spiral etterfulgt av p-piller. De fleste sluttet å bruke kondomer og naturlige prevensjonsmidler.	Viser at til tross for generelt høyt prevensjonsbruk i Frankrike, er en stor andel av graviditeter uplanlagt. og at bytting eller mindre bruk av prevensjonsmidler er knyttet til abort. De som brukte spiral, LARC, slutter sjeldnest på sitt prevensjonsmiddel.
23	Kirby D (2007). Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases.	(USA;) Oppsummerer forskning på seksuell risikoatferd blant tenåringer og konsekvensene av slik atferd. Undersøker effekten av flere programmer som fører med seg noe positive endringer i saksualatferden til unge og som har resultert i færre uønskede graviditeter og færre kjønnssykdommer.	Sier at det mangler korrekte estimater for hvor stor innvirkning subsidierte familieplanleggingstjenester har på tenåringsgraviditeter.
24	Marston C, Cleland J (2004) The effect on contraception on obstetric outcomes. WHO, department of reproductive health research, Geneva.	(Flere land;) Undersøker (bl.a.) forholdet mellom prevensjon og provosert abort. Understreker at normal fornuft tilsier at økning i prevensjonsbruk bør føre til redusert antall uønskede svangerskap og dermed en reduksjon i aborter. Der man har sett en samtidig økning i prevensjonsbruk og aborter i data fra land som for eksempel Danmark, Nederland og USA, kan man tenke seg en sammenheng med at prevensjon ikke har vært tilstrekkelig for å dekke et ønske om å begrense familiestørrelsen i disse landene i forhold til fertiliteten.	Viser ved eksempler fra andre land (eks. Bulgaria, Tyrkia og Sveits) at dersom alle andre faktorer er konstante vil en økning i bruk eller effektivitet av prevensjon føre til en reduksjon i aborter. Peker også på at andre forhold lett kan påvirke abortraten, som endring i fertilitetsnivåer.
25	Astbury-Ward E M (2009): Provision of contraception and its influence on abortion. Center for Health and Community studies. 1-1.	(Storbritannia;) Utforsker hvorfor det fortsatt er høy andel uplanlagte svangerskap blant kvinner i Storbritannia og kostnadseffektiviteten av å tilby gratis prevensjon og virkning av gratis prevensjon på abort. Kvinner er dårlig informert om LARCs og disse effektive prevensjonsmidlene er derfor for lite brukt. Påpeker at å redusere antall aborter kan spare store kostnader for samfunnet, både økonomisk og knyttet til den følelsesmessige og psykiske belastningen	Det er rapportert at ved uplanlagte svangerskap er prevensjon enten ikke brukt eller p-piller eller kondomer har vært brukt.

		hos kvinnene.	
26	Forrest J D, Samara R (1996): Impact of publicly funded contraceptive services on unintended pregnancies and implications for Medicaid expenditures. Family planning perspectives 28: 188-195.	(USA;) Påpeker at kvinner som har lav inntekt, er unge eller ugifte er ofte avhengig av subsidiert prevensjon og at de ellers har mindre sannsynlighet for å bruke prevensjon. De har samtidig størst sannsynlighet for feil bruk av prevensjonsmetoder. Dette peker i retning av et behov for å dekke prevensjon for kvinner i denne gruppen.	Viser ved estimeringer at å dekke familieplanleggings-tjenester har medført unngåelse av et høyt antall aborter, og at man sparer store kostnader (abort, annen medisinsk hjelp, sosial støtte) ved å tilby prevensjonstjenester.
27	Frost J, Darroch J E, Remez L (2008): Improving contraceptive use in the United States. In brief, no 1, New York, Guttmacher Institute.	(USA;) Foreslår mulige strategier for å bedre bruk av prevensjon i USA.	Påpeker viktigheten av å fjerne kostnadsbarrierer for de kvinnene som ikke har mulighet til å betale for sin egen prevensjon.
28	Kerney M S, Levine P B (2009): Subsidized contraception, Fertility and Sexual behaviour. Review of Economics and Statistics 91, no 1: 137-51.	(USA;) Undersøker vha. regresjon hvor stor innvirkning utvidelse av Medicaid's familieplanleggings-tjenester har hatt på reduksjon av fødsler, aborter, seksualaktivitet og bruk av prevensjon.	Finner at antall fødsler reduseres. Finner ikke evidens for at utvidelse av familieplanleggingstjenestene påvirket antall aborter. Forfatterne antar imidlertid at dette kommer av upresise data (høy standard error) og at man måtte hatt enorm virkning for å forkaste nullhypotese om ingen effekt.
29	Mavranzouli I (2008): The cost-effectiveness of long- acting reversible contraceptive methods in the UK... Human reproduction, vol 23, no 6 pp 1338 – 1345.	(Storbritannia;) Undersøker kostnadseffektiviteten av LARCs.	Finner at LARC er mer effektivt og har lavere total kostnader enn p-piller. Foreslår å fokusere på å øke tilfredshet og bruk av LARC, ettersom dette fører til reduserte uplanlagte graviditeter og dermed antakelig aborter.
30	Frost et al (2008): The Impact of Publicly Funded Family Planning Clinic Services on Unintended Pregnancies and Government Cost Savings. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 19 (2008): 778–796.	(USA;) Estimerer antall uplanlagte svangerskap unngått ved hjelp av tilgang på gratis familieplanleggingstjenester som hjelper mange kvinner med lav inntekt. Faktiske kostnader ved å tilby disse tjenestene sammenliknes med antatte kostnader for unngåtte graviditeter.	Estimerer at man ville hatt 50% økning i uplanlagte svangerskap og aborter uten dekkede familieplanleggingstjenester, og man har ved dekning unngått et høyt antall uplanlagte svangerskap og aborter. Å gi kvinner som er fattige eller med lav inntekt tilgang til gratis eller billig prevensjon og prevensjonstjenester vil føre til store kostnadsutt for staten.
35	Amaral G et al (2009): Public savings from the prevention of unintended pregnancy: A cost analysis of Family planning services in California.	(USA;) Sammenlikner kostnaden ved å tilby familieplanleggings-tjenester med et estimat på hva man sparer ved å unngå uplanlagte svangerskap gjennom Family PACT i California. Finner at man unngår store kostnader gjennom dette programmet.	Estimert ville man gjennom å tilby effektive prevensjonsmetoder gratis til kvinner med lav inntekt unngått mange uplanlagte svangerskap og også aborter.

36	Sawhill I, Thomas A, Monea (2010): An ounce of prevention: Policy prescriptions to reduce the prevalence of fragile families. Fragile families vol 20 no 2.	(USA;) Diskuterer policyer som skal motivere til å unngå uønskede graviditeter, øke kunnskap om prevensjon og fjerne barrierer til prevensjonstilgang. Motivasjonspåvirkning, som kampanjer i media, har endret noe atferd. Seksualundervisning som skal redusere tenåringsgraviditeter har effektivt redusert seksuell aktivitet og økt prevensjonsbruk. Mye tyder på at den viktigste barriere for prevensjonsbruk er at mange ikke har kunnskap.	Programmer som har gitt tilgang til subsidiert prevensjon for de med lav inntekt ville vært enda mer effektive dersom de ikke bare økte bruk av prevensjon, men økte bruk av LARCs (høy inngangspris, men mer økonomiske på lengre sikt). Påpeker at selv om kostnad for familieplanleggingstjenester kan være et problem for noen så virker dette ikke som å være en stor barriere for prevensjonsbruk for den største delen av befolkningen.
46	Grönquist H (2009): Effekter av att subventionera p-piller för tonåringar på barnafödande, utbildning och arbetsmarknad, IFAU Rapport 2009:6.	(Sverige;) Studerer effektene av at Sverige fra 1989 begynte å subsidiere p-piller for tenåringer. Sammenlikner fylker i Sverige som innførte subsidiering med fylker som ikke gjorde det og kom frem til nedgang i antall aborter.	Fant ut at subsidiering økte bruk av prevensjonsmidler, aborter ble redusert med 8% (helsedirektoratet opererer med 10, 25 og 50%) og det var samtidig en reduksjon i tenåringsfødsler. Resultatet tyder på at å subsidiere p-piller kan være en effektiv måte å redusere antall aborter på, spesielt for kvinner av lavere sosioøkonomisk status.
47	Rahm V (1991): Subventionerade p-piller till tonåringar – 1 års försöksverksamhet i Gävle, Läkartidningen, nr 25, 1991.	(Sverige;) I 1989 startet et forsøk der man ga subsidierte p-piller til jenter under 20 år i tre måneder om gangen sammen med informasjon om prevensjon. I første halvdel av 1990 ble antall aborter redusert med 31,6%, fra 38 til 26, mens det ikke var en liknende nedgang nasjonalt.	Det ble observert en stor nedgang i aborter kort tid etter innføring av subsidiert prevensjon, og konklusjonen er at for å unngå uønskede svangerskap bør man holde kostnadene av alle prevensjonsmetoder nede.
48	Socialstyrelsen (1994) Minskar tonårsaborter vid subventionering av p-piller?, EpC-rapport.	(Sverige;) Forteller at antallet aborter i områdene som subsidierer p-piller reduseres.	Subsidiering av prevensjon kan være en av årsakene til at antallet aborter reduseres.
49	Csillag C (1993): Sweden: Abortion among Teenagers Halved. Lancet, apr 24;341 (8852) p1084.	(Sverige;) Et fylke halverte antall aborter for aldersgruppen 15-19 år på tre år etter de startet med subsidiert prevensjon i 1989. Antall aborter ble redusert fra 75 til 38 årlig. Man fant at før innføring av subsidiert prevensjon var 18% av aborter grunnet at kvinner hadde utsatt å hente ut prevensjonen en uke eller to pga. finansielle grunner, mens dette tallet var redusert til 2% i 1992. Bruken av p-piller hadde også økt fra 32% til 39% blant denne gruppen disse tre årene.	Viser en kraftig reduksjon i antall aborter på tre år etter innføring av gratis prevensjon.
57	WHO (2002): Selected practice recommendations for contraceptive use. Evidence-based guidelines for family planning.	Oversikt over WHO's råd om bruk av prevensjon. Kan brukes for å lage og oppdatere nasjonale retningslinjer for anbefalinger om bruk av prevensjon. Målet er å hjelpe å bedre tilgang til, og kvalitet på, familieplanleggings-tjenester.	Påpeker at et stort utvalg av mulige metoder kan føre til økt tilfredshet, aksept og bruk av prevensjon blant unge, og man bør derfor gjøre en innsats for å forhindre at kostnader skaper hindringer for valgmuligheter.
58	WHO (2002): Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care.	Presentasjon av en ny strategisk tilnærming som kan brukes i forbindelse med introduksjon av prevensjonsmidler som inkluderer en bred tilnærming der man ser på alle interessenter før man introduserer prevensjonsmidler.	Understreker at et bredt utvalg av prevensjonsmidler er essensielt i familieplanleggingstjenester.

62	Cohen S (2004): "The Broad Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health," The Guttmacher Report on Public Policy, March 2004.	(USA;) Påpeker kostnadseffektiviteten av å investere i prevensjonstjenester. Sier at å møte behovene til kvinner som trenger, men ikke bruker, prevensjon vil redusere antall uplanlagte fødsler og abort. Viser til at å forhindre flere av ulempene med uplanlagte graviditeter reduserer sykdomsbyrden.	Understreker kostnadseffektiviteten av å forsikre at de som trenger prevensjon har dette tilgjengelig for å forhindre kostnader ved uplanlagte graviditeter.
63	Trussell J (2007): The cost of unintended pregnancy in the United States, Contraception, (2007) Vol. 75,168-170	(USA;) Understreker at å forhindre uplanlagte graviditeter ved bruk av prevensjoner kostnadseffektivt. Påpeker at nesten halvparten av graviditetene i USA er uplanlagte, og at dette fører med seg store kostnader for samfunnet.	Understreker kostnadseffektiviteten av prevensjonsbruk. Sier at dekning av prevensjon kan føre til store kostnadskutt.
65	Gåsemyr K et al (2010): Rapport om svangerskapsavbrudd 2009. Norsk folkehelseinstitutt, Abortregisteret.	(Norge;) Rapport med statistikk på svangerskapsavbrudd tilbake i tid.	Helsedirektoratet bruker denne rapporten som kilde for at antall aborter gikk kraftig ned i perioden med gratis prevensjon for 16-19 åringer fra 2002 til 2006.
106	Skjeldestad FE (2001): Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000. Hovedrapport. SINTEF Unimed, Trondheim.	(Norge;) Forsøk i 1997-2000 der man delte ut gratis p-piller til kvinner under 25 år i Trondheim for å undersøke om det forebygget uønskede svangerskap og abort. Tilbudet om prevensjonsveiledning ble også firedoblet i forsøkskommunen.	Forsøket med gratis prevensjon og økt tilgjengelighet av samlivs- og prevensjonsveiledning førte til økt bruk av p-piller og 34% reduksjon i svangerskapsavbrudd for aldersgruppen 17-19 år.
132	Sonnenberg FA, Burkman RT, Hagerty CG, Speroff L, Speroff T (2004): Costs and net health effects of contraceptive methods. Contraception. Jun;69(6):447-59.	(Storbritannia;) Kostnadseffektivitetsanalyse av ulike prevensjonstyper opp mot å ikke bruke prevensjon.	Kostnadseffektivitetsanalysen viser at alle metoder var mer effektive enn å ikke bruke prevensjon. Konkluderer med at det er riktig å dekke prevensjon for deler av populasjonen som ikke er forsikret da man er sikret kostnadsbesparelser.