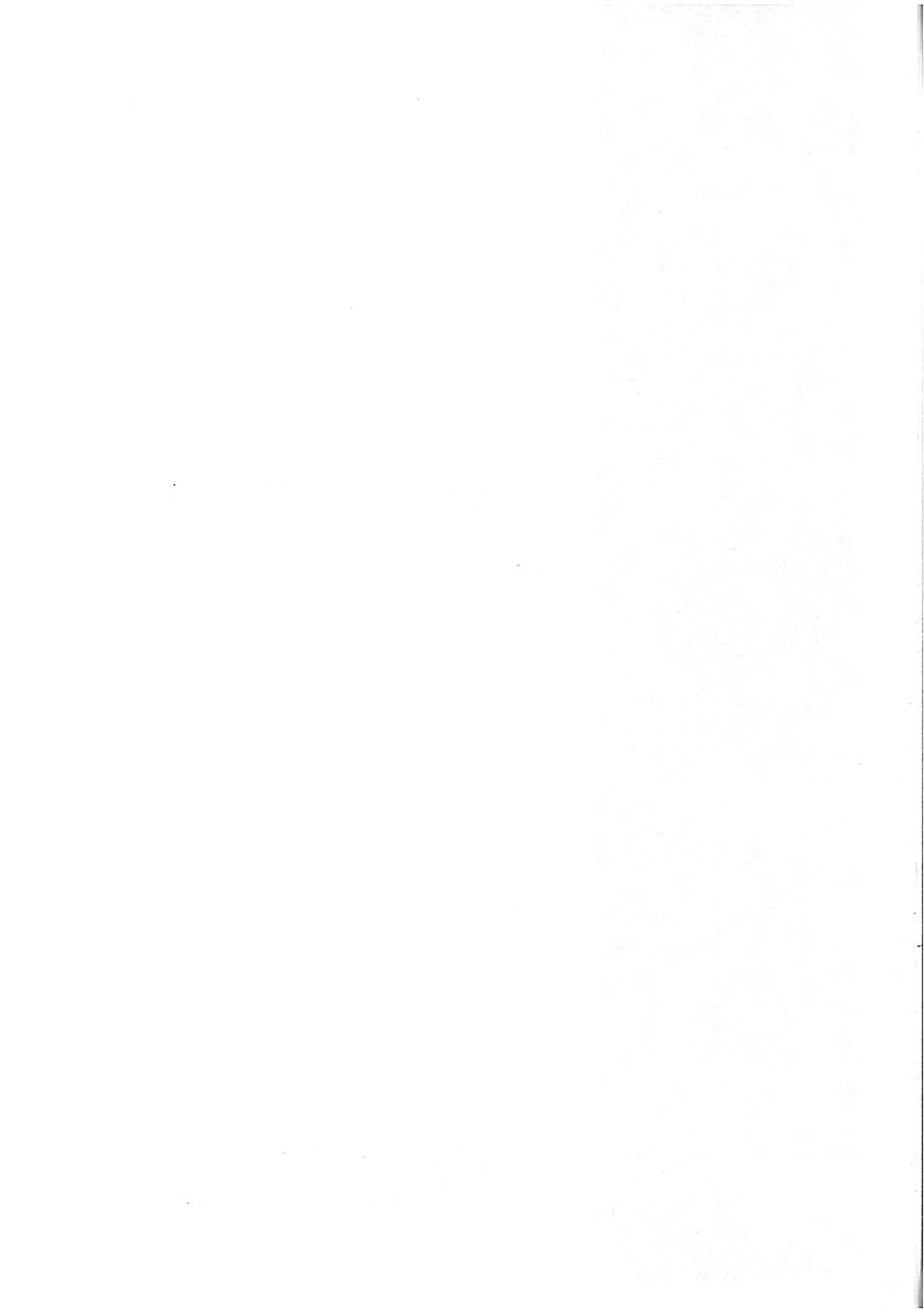


www.sintef.no





**SINTEF Unimed**

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

"Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner
1997-2000"
Hovedrapport

FORFATTER(E)

Finn Egil Skjeldestad

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og Helsedepartementet

RAPPORTNR. SFT78 A012501	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Lisbeth Hårstad	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 82-14-02415-3	PROSJEKTNR. 782501	ANTALL SIDER OG BILAG 60 sider + 4 vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE 7825/endelig h-rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Finn Egil Skjeldestad	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) 
ARKIVKODE	DATO 2001-05-10	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Sigmund Kværnes	

SAMMENDRAG

Forsøket evaluerer om intervensjon med gratis utdeling av p-piller fra utvalgte helsestasjoner i en kommune kan forebygge uplanlagte svangerskap og svangerskapsavbrudd blant unge kvinner sammenlignet med en kommune hvor man ikke gjør intervensjon. Forsøket er en videreføring av forslag som ble fremmet i St.meld. 16 (1995-96) for å redusere aborttallene.

I forsøkskommunen Trondheim økte man tilbudet med prevensjonsveiledning ved de utvalgte helsestasjonene til det firedobbelte sammenlignet med før prosjektet. I prosjektperioden økte hyppigheten av konsultasjoner i kontrollkommunen Drammen tilsvarende 1/10 av forsøkskommunen. Prosjektet rekrutterte unge kvinner, i gjennomsnitt 18,0 år, som ikke tidligere hadde vært gravide og som i liten utstrekning hadde søkt lege for prevensjon til tross for høy seksuell aktivitet. Over en 16-måneders periode inkluderte prosjektet over 1150 p-pille-brukere, hvor av nær 60% aldri hadde brukt p-piller før. Det var ingen forskjell i kontinuasjonsrater, frekvens av bivirkninger eller forekomst av prevensjonssvikt blant dem som fikk utlevert p-pille av helsesøster/jordmor sammenlignet med resultater fra internasjonale studier utført av leger.

Prosjektet økte tilgjengeligheten til prevensjonsveiledning generelt og p-piller spesielt med et økt tilbud ved tre utvalgte helsestasjoner i Trondheim. Unge kvinner strømmet til helsestasjonene på en slik måte at kapasiteten var sprengt allerede etter to måneder. Forsøket har vist at med stor kvalitativ og kvantitativ innsats kan man redusere aborttallene med økt tilgjengelighet til prevensjon. Den relative reduksjonen på 34% i svangerskapsavbrudd og 24% i fødsler som er målt mellom forsøks- og kontrollkommunen for aldersgruppen 17-19 år viser en klar effekt av den store aktiviteten som har pågått ved helsestasjonene i forsøkskommunen.

Forsøket har vist at helsesøstre/jordmødre trenger etterutdanning for å tilegne seg den kompetansen som kreves for å bli kvalitativt gode prevensjonsveiledere. Det er først og fremst tilgjengeligheten for oppfølgingskonsultasjoner som er helsestasjonenes styrke i å bette veiledningstilbudet og få klientene til å bli mer langsiktige prevensjonsbrukere. Det er prevensjonskontrollene som er ressurskrevende, og de er en helt nødvendig forutsetning for at man skal lykkes med å redusere uplanlagte svangerskap i en gruppe som i liten grad søker legetjenesten for prevensjon.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Intervensjon på helsestasjon	Intervention at a youth health care center
GRUPPE 2	Prevensjonsveiledning	Contraceptive counseling
EGENVALGTE	Svangerskap blant tenåringer	Teenage pregnancy

INNHALDSFORTEGNELSE

1	BAKGRUNN	5
2	ORGANISERING AV PROSJEKTET	7
2.1	STYRINGSGRUPPE	7
2.2	REFERANSEGRUPPE.....	7
2.3	PROSJEKTGRUPPE.....	8
3	OPPLEGG OG GJENNOMFØRING AV FORSØKET	9
3.1	FORMÅLET MED PROSJEKTET	9
3.2	OPPLEGG.....	9
3.2.1	<i>Klientregistrering</i>	<i>9</i>
3.2.2	<i>Registrering av deltakere i p-pille-forsøket</i>	<i>10</i>
3.2.3	<i>Gratis p-piller og økt forekomst av klamydia infeksjoner.....</i>	<i>10</i>
3.2.4	<i>Forekomst av svangerskapsavbrudd og fødsler.....</i>	<i>10</i>
3.3	INKLUSJONSKRITERIER FOR Å KUNNE FÅ GRATIS P-PILLER.....	11
3.4	LEGALE ASPEKTER FOR GJENNOMFØRINGEN AV PROSJEKTET.....	11
3.4.1	<i>Regional komite for medisinsk forskningsetikk.....</i>	<i>11</i>
3.4.2	<i>Konsesjon for opprettelse av personidentifiserbare filer</i>	<i>11</i>
3.4.3	<i>Innføring av forskrivningsrett for p-piller av jordmødre og helsesøstre i forsøksprosjekt.....</i>	<i>12</i>
3.4.4	<i>Godkjenning og valg av preparater til forsøket.....</i>	<i>13</i>
3.4.5	<i>Erstatningsrettslig profesjonsansvar ved forskrivning av p-piller.....</i>	<i>13</i>
3.4.6	<i>Meldeplikt iht forskrift om klinisk utprøving av legemidler.....</i>	<i>13</i>
4	VALG AV FORSØKS- OG KONTROLLKOMMUNE.....	15
5	ETTERUTDANNING AV HELSESØSTRE/JORDMOR	17
6	RESULTATER	19
6.1	AKTIVITETEN VED HELSESTASJONENE	19
6.1.1	<i>Hvem besøker helsestasjonene.....</i>	<i>19</i>
6.1.2	<i>Grunner for å konsultere helsesøster ved "Helsestasjon for ungdom"</i>	<i>23</i>
6.2	P-PILLE-PROSJEKTET.....	31
6.2.1	<i>Hvem får p-piller ved helsestasjonene i Trondheim</i>	<i>31</i>
6.2.2	<i>Ekstra legekonsultasjoner.....</i>	<i>32</i>
6.2.3	<i>Glemte piller</i>	<i>33</i>
6.2.4	<i>Årsaker for å slutte</i>	<i>33</i>
6.2.5	<i>Bivirkninger.....</i>	<i>36</i>
6.3	SEKSUELT OVERFØRBARE SYKDOMMER.....	37
6.3.1	<i>"Prevalens" av klamydia - data fra årsrapporter ved Mikrobiologiske laboratorier</i>	<i>38</i>
6.3.2	<i>"Prevalens" av klamydia blant klienter ved helsestasjonene.....</i>	<i>38</i>
6.3.3	<i>Klamydiaprøver blant deltakerne i p-pille-prosjektet i Trondheim</i>	<i>39</i>
6.4	SVANGERSKAP I FORSØKSKOMMUNENE OG ØVRIGE KOMMUNER I FYLKENE SØR-TRØNDELAG OG BUSKERUD.....	40
6.4.1	<i>Svangerskapsavbrudd.....</i>	<i>41</i>
6.4.2	<i>Fødsler.....</i>	<i>43</i>
6.5	PREPARATLISTE - DOKUMENTASJON FOR UTLEVERING AV P-PILLER	44
6.5.1	<i>Kjennskap til forsøket og kunnskap om p-piller blant elever i den videregående skole i Trondheim.....</i>	<i>45</i>
6.5.2	<i>Kjennskap til forsøket</i>	<i>45</i>
6.5.3	<i>Kunnskap om p-piller</i>	<i>45</i>
6.5.4	<i>Holdninger til påstander om seksuell aktivitet og gratis p-piller</i>	<i>46</i>
6.5.5	<i>Holdning til spørsmålet "kan p-piller selges uten resept på apotek?"</i>	<i>46</i>
6.5.6	<i>Hvordan opplevde deltakerne det å være med i p-pille-prosjektet</i>	<i>46</i>

7	DISKUSJON	49
7.1	ØKT TILGJENGELIGHET TIL PREVENSJON I FORSØKET.....	49
7.2	KARAKTERISTIKA VED DEM SOM SØKER PREVENSJONSVEILEDNING VED HELSESTASJONENE - INGEN FORSKJELL FORSØKS- OG KONTROLLKOMMUNEN.....	50
7.3	HVEM FIKK GRATIS P-PILLER.....	51
7.3.1	<i>Kontinuasjonsrater</i>	51
7.3.2	<i>Bivirkninger</i>	52
7.3.3	<i>De som uteblir</i>	52
7.3.4	<i>Behov for ekstra legekonsultasjoner</i>	53
7.3.5	<i>Ga forsøket økt forekomst av seksuelt overførte sykdommer ?</i>	53
7.4	KUNNSKAP OM P-PILLER.....	54
7.5	TILGJENGELIGHET FOR PREVENSJONSVEILEDNING.....	54
7.6	ØKT TILGJENGELIGHET TIL PREVENSJON OG FOREKOMST AV SVANGERSKAPSAVBRUDD.....	55
7.7	SVANGERSKAPSFØREBYGGENDE ARBEID BLANT YNGRE KVINNER I SVERGE.....	56
8	OPPSUMMERING	57
9	REFERANSER	59
Vedlegg 1	61
Vedlegg 2	63
Vedlegg 3	65
Vedlegg 4	81

1 BAKGRUNN

I St meld nr 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv (1) foreslås det iverksatt et forsøk med utdeling av gratis p-piller til kvinner under 25 år som et virkemiddel for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Forsøket blir i meldingen omtalt som følger:

“Det tas sikte på at det i 1997 blir startet forsøk i noen kommuner med utdeling av gratis p-piller fra helsestasjoner, prevensjonskontor, lege eller apotek til kvinner under 25 år for å vurdere forebyggingspotensialet i dette tiltaket. Disse forsøkene bør gjennomføres for å finne ut om antall svangerskapsavbrudd blant unge jenter reduseres sammenlignet med andre kommuner hvor man kun intervensjoner med prevensjonsveiledning overfor ungdom.”

I Inst.S. nr 231 (1995-96) gikk et flertal inn for å gi jordmødre/helsesøstre, i tillegg til leger, forskrivningsrett til p-piller. Etter samarbeid med relevante fagmyndigheter sendte SHD ut invitasjon forskningsmiljøer i Norge (2) og innenfor EU om å gi tilbud til et prosjekt som skulle evaluere

- økt satsing på samlivs- og prevensjonsopplysning
- utdeling av gratis p-piller/kondomer fra helsestasjon
- jordmødre og helsesøstre får begrenset adgang til å rekvirere/utlevere p-piller etter fastsatt liste av Statens legemiddelkontroll.

Seksjon for epidemiologisk forskning, UNIMED, Sintef, var et av to forskningsmiljøer som sendte inn tilbud basert på SHD's projektskisse (3). Kontrakt omhandlende drøftelser av forsøkskommuner, målgrupper for forsøket samt nærmere detaljert opplegg for gjennomføring av prosjektet ble inngått desember 1997 mellom SHD og UNIMED.

2 ORGANISERING AV PROSJEKTET

2.1 Styringsgruppe

SHD oppnevnte i januar 1998 en styringsgruppe for prosjektet (3). Ledelse og sekretariatet for styringsgruppen ble lagt til Forebyggings- og utviklingsavdelingen i SHD.

Styringsgruppen har hatt det overordnede ansvaret for prosjektet med å

- etablere prosjektet før oppstart
- bistå prosjektleder ved oppstart og underveis i prosjektet
- gjennomgå- og behandle status rapportene
- følge opp fremdrift og ressursbruk
- bidra til faglig konsensus
- sikre kvaliteten i prosjektet

Styringsgruppen har vært satt sammen av representanter fra

- Forebyggings- og utviklingsavdelingen, SHD (leder)
- Helseavdelingen, SHD
- Statens legemiddelverk
- Statens Helsetilsyn
- Trondheim kommune
- Drammen kommune
- UNIMED, Sintef

I tillegg har prosjektleder, UNIMED, Sintef og saksbehandler, Forebyggings- og utviklingsavdelingen, SHD møtt som faste representanter i styringsgruppen.

Det er avholdt 10 møter i tidsrommet februar 1998 til april 2001.

2.2 Referansegruppe

Referansegruppen har hatt som mandat å være rådgivende for styringsgruppen og prosjektledelsen i faglige spørsmål. Referansegruppen har ikke hatt direkte beslutningsmyndighet i prosjektet.

Referansegruppen ble oppnevnt av SHD i samarbeid med UNIMED, Sintef.

Referansegruppen har vært sammensatt av representant(er) fra

- Statens Helsetilsyn
- Den norske legeforening
 - Norske gynekologisk forening
 - Allmennpraktiker foreningen
- Norsk sykepleierforbund
 - Landsgruppen for Helsesøstre
- Den Norske Jordmorforening
- Statens Legemiddelverk
- Norges Apotekerforening
- Fylkeslegene
- Statens institutt for folkehelse
- Alternativ til abort i Norge (AAN)
- Klinikk for seksuell opplysning (KSO)
- Senter for samliv, seksualitet og prevensjon (SUSS)
- SEFOS, Universitetet i Bergen

Referansegruppen har hatt tre møter i tidsrommet juni 1998 til mai 2001. I det første møtet i juni 1998 ble protokoll og gjennomføring av prosjektet diskutert. I det andre møtet november 1999 ble status rapport fremlagt for kommentarer. I det siste møtet mai 2001 ble resultatene presentert.

2.3 Prosjektgruppe

Prosjektgruppen består av alle som har vært prosjektmedarbeidere i Trondheim. Arbeidet i prosjektgruppen blir beskrevet under "gjennomføringen av prosjektet". Se kapittel 5 og vedlegg 4.

3 OPPLÈGG OG GJENNOMFØRING AV FORSØKET

3.1 Formålet med prosjektet

I St meld nr 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv (1) foreslås det iverksatt et forsøk med utdeling av gratis p-piller til kvinner under 25 år som et virkemiddel for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Dette forsøket bør gjennomføres for å finne ut om antall svangerskapsavbrudd blant unge jenter reduseres sammenlignet med andre kommuner hvor man kun intervensjoner med prevensjonsveiledning overfor ungdom (1,3). Prosjektet skulle i tillegg til å øke tilgjengeligheten til anskaffelse av p-piller også fokusere på økt tilgjengelighet til veiledning og informasjon om prevensjon i alminnelighet.

3.2 Opplegg

I prosjektanbudet fra UNIMED, Sintef, ble forsøket foreslått evaluert med data fra en forsøks- og en kontrollkommune. I forsøks- og kontrollkommunen ble det planlagt å evaluere aktiviteten ved utvalgte helsestasjoner før, under og etter intervensjon med gratis p-piller. Intervensjonen med utdeling av gratis p-piller fra helsestasjon skulle kun omfatte forsøkskommunen, mens regulær aktivitet fortsatte ved helsestasjon for ungdom prosjektperioden ut i kontrollkommunen.

På grunnlag av prosjektskissen fra SHD ble det utarbeidet en protokoll for forsøket (4). Protokollen ble videre bearbeidet av styringsgruppen og forelagt referansegruppen for diskusjon. Protokollen inneholdt flere nivå for data sammenligning mellom forsøks- og kontrollkommunen. På helsestasjonsnivå ville vi evaluere klientvolum og årsak til konsultasjon, mens vi på kommunenivå ville evaluere forekomst av svangerskap blant ungdom; nærmere spesifisert som svangerskapsavbrudd og fødsler og klamydia infeksjoner.

3.2.1 Klientregistrering

Gjennom kontinuerlige klientregistreringer ved de deltakende helsestasjonene ville vi studere tilgjengeligheten til prevensjon, spesielt utdeling av gratis p-piller. Ved å studere klientvolum før prosjektet startet ville man ha basis data for aktiviteten ved de deltakende helsestasjonene i både forsøks- og kontrollkommunen. Endringer i klientvolum etter intervensjonen startet (inklusionsperioden) i forsøkskommunen kunne så bli sammenlignet med klientvolum før prosjektet i forsøkskommunen, og med tilsvarende data i kontrollkommunen. Prosjektet var planlagt tidsavgrenset. Derfor ble det i forsøkskommunen lagt opp til en registrering av klientvolum ved de deltakende helsestasjonene både i avslutningsfasen av prosjektet og inntil seks måneder etter at prosjektet var slutt (etter-prosjektfasen).

Skjema brukt til klientregistrering var nærmest identisk mellom forsøks- og kontrollkommunen (vedlegg 1). For gjentatte konsultasjoner i prosjektperioden ble en kortere versjon av skjema brukt (vedlegg 2).

3.2.2 Registrering av deltakere i p-pille-forsøket

For å kunne evaluere helsesøstrene i forbindelse med gratis utlevering av p-piller ble det laget en registreringsbok (engelsk: "case-report-form") som fulgte klienten så lenge hun deltok i forsøket (Vedlegg 3). Registreringsboken omfattet data inntil seks konsultasjoner og et avslutnings ark som omhandlet begivenheter da deltakeren gikk ut av studien.

Registreringsboken kan fåes så lenge opplaget holder ved henvendelse til UNIMED, Sintef. Gjennom registreringsboken ble det innsamlet data om blant annet type konsultasjon ved helsestasjonen, behov for prevensjonskonsultasjoner hos lege mens deltakeren deltok i prosjektet, om glemte p-piller, om grunn for å slutte i prosjektet osv.

3.2.3 Gratis p-piller og økt forekomst av klamydia infeksjoner

Etter at SHD sendte ut åpen anbudskonkurranse om å designe, organisere og gjennomføre et prosjekt som "forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000", sendte Helseavdelingen, SHD ut et "høringsbrev om innføring av forskrivningsrett for p-piller for jordmødre og helsesøstre i forsøksprosjekt" til aktuelle høringsinstanser. De aller fleste høringsinstansene var positive til et slikt prosjekt. Den norske legeförening hadde flere motforestillinger til prosjektet. Legeföreningen var redd for at jordmødre/helsesøstre ikke hadde den nødvendige kompetanse til å foreskrive p-piller, at jordmødre/helsesøstre ikke kunne utføre alle undersøkelser, som for eksempel gynekologisk undersøkelse, som pasientene ofte ønsker ved forskrivning av p-piller, at total omsorgen for pasientene ville bli oppsplittet med at prevensjonsveiledningen til unge kvinner ble tatt bort fra legene osv. Legeföreningen var redd for at mange klamydia infeksjoner ville forbli udiagnostisert, eller diagnostisert på et for sent tidspunkt siden jordmødre/helsesøstre ikke kunne utføre gynekologisk undersøkelse.

Da Sosialkomiteen behandlet St meld nr 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv (1) var noen representanter redd for at gratis p-piller ville føre til økt liggepress og økt forekomst av klamydia infeksjoner (3, 5). I prosjektet la vi opp til å undersøke forekomst av klamydia infeksjoner før og under prosjektet. Fra de mikrobiologiske laboratoriene ved Sentralsykehuset i Buskerud (kontrollkommunen) og Regionsykehuset i Trondheim (forsøkskommunen) innhentet vi tall for årlige analyserte prøver og andel positive prøver. I klientregistreringsskjemane spurte vi om tidligere undersøkelser for klamydia og utfall av eventuelle prøver. Disse opplysningene var basert på deltakernes egne opplysninger og omfattet både forsøks- og kontrollkommunen. Dem som ble deltakere i p-pille-prosjektet i Trondheim ble forespurt om å gi samtykke til at prosjektet innhentet resultater av tidligere klamydiaprøver og klamydiaprøver tatt mens klienten deltok i prosjektet. Hvis samtykke ble gitt, innhentet vi prøveresultatene direkte fra Mikrobiologisk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim. Innhenting av disse dataene ble gjort på en slik måte at helsesøster var vitende om klientens identitet, men ikke av klamydia- resultatet. Prosjektledelsen var uvitende om klientens identitet, men kunne knytte klamydia- resultatet til klientens deltakernummer. På denne måten fikk vi tre kilder til å evaluere forekomst av klamydia infeksjoner i forsøkskommunen, tilsvarende to datakilder i kontrollkommunen.

3.2.4 Forekomst av svangerskapsavbrudd og fødsler

Tall for svangerskapsavbrudd og fødsler ble tilrettelagt direkte av Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Medisinsk Fødselsregister. Dataene ble tilrettelagt for hvert av årene 1996 til 2000 etter alder, ettårige intervall, i alderen 15 til 24 år for byene Trondheim og Drammen. For Sør-Trøndelag og Buskerud fylke, rest-Sør-Trøndelag og rest-Buskerud, ble tallene tilrettelagt for

aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år. Utskrifter av respektive tall for "folkemengdens bevegelse etter alder og kjønn" ble framskaffet av SSB.

3.3 Inklusjonskriterier for å kunne få gratis p-piller

Tradisjonelt sett er det yngre kvinner som går på helsestasjon for ungdom selv om tilbudet omfatter både gutter og jenter. P-pille-prosjektet henvender seg til unge kvinner. Kun yngre kvinner fra og med fylte 16 år til og med fylte 24 år kunne delta i prosjektet omfattende gratis p-piller (3, 4). Det var utarbeidet egen liste som anga hvem helsesøstrene ikke kunne dele ut p-piller til. Hvis deltakerne hadde noen kontraindikasjoner mot å bruke p-piller, skulle potensielle deltakerne henvises til lege (Vedlegg 3, side 7).

3.4 Legale aspekter for gjennomføringen av prosjektet

Prosjektet omfattes av vanlige lover og regler for gjennomføring av studier. Dette inkluderer evaluering av protokollen av etisk komite, informert skriftlig samtykke fra deltakerne, konsesjon for opprettelse av personidentifiserbare datafiler, etterlevelse av forskrifter som omfatter medikament rekvirering/utdeling og meldeplikt for kliniske studier.

3.4.1 Regional komite for medisinsk forskningsetikk

Prosjektet "forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000" er vurdert av Regional komite for medisinsk forskningsetikk Helseregion IV og tilrådd satt i gang. Utvidelsene av forsøket med skoleundersøkelsen og den kvalitative intervjuundersøkelsen er også vurdert av Regional komite for medisinsk forskningsetikk Helseregion IV. I den grad den etiske komiteen har hatt merknader til de ulike søknadene, ble komiteen underrettet før igangsettelse av de ulike studiene om hvordan prosjektledelsen hadde etterkommet innvendingene.

3.4.2 Konsesjon for opprettelse av personidentifiserbare filer

Prosjektledelsen administrerte to registreringsskjemaer i selve forsøket. Klientregistreringsskjemaet inkluderer data på personnivå om aktiviteten ved helsestasjonene. Klientregistreringsskjemaet inneholder data for kjønn og måned/år for fødsel. Klientregistreringsskjemaet er uten navn og initialer. Klientregistreringsskjemaet er derfor å betrakte som et "ikke-personidentifiserbart" skjema og omhandles ikke av konsesjonspliktig søknad til Datatilsynet.

Det andre skjemaet er registreringsboken som omhandler de som inngår i forsøket med gratis p-piller. I denne boken er alle arkene identifisert med et unikt prosjektnummer. Ved hjelp av dette prosjektnummeret kobles alle data. Registreringsboken har en forside med navn, adresse og personnummer. Ingen av disse data tas ut fra helsestasjonene. Fra helsestasjonene overføres manuelt kun ark fra denne registreringsboken som har prosjektnummer som identifikasjon. All registrering av data skjer ved UNIMED, Sintef. Siden vi ikke tar ut/overfører noen person-identifiserbare data i skjema fra helsestasjonen til vår database, er heller ikke registreringsboken omfattet av konsesjonspliktig søknad til datatilsynet.

Den personidentifiserbare klamydiaregistreringen foregår manuelt på den måten at da helsesøster fyller ut persondata på klamydiaskjemaet ved helsestasjonen vet ikke helsesøster hva utfallet av klamydiaprøven er. Klamydiaprøvesvarene blir påført klamydiaskjemaet ved Avdeling for mikrobiologi, Regionsykehuset i Trondheim. Da klamydiareultatene er overført klamydiaskjemaet, klippes personidentifiseringer bort. Deretter sendes klamydiaskjemaet inneholdende prosjektnummer til prosjektledelsen. Til slutt blir klamydiaskjemaet registrert på data med tilhørende prosjektnummer som eneste identifikasjon. På denne måten forblir klamydiareultatene anonyme for prosjektledelsen og helsesøstrene, men vi har beholdt muligheten til å knytte klamydiareultatene til alle andre data i prosjektet ved hjelp av prosjektnummeret.

De dataene vi får for klamydia fra de mikrobiologisk avdelingene ved Buskerud Sentralsykehus og Regionsykehuset i Trondheim, fra Statistisk Sentralbyrå for svangerskapsavbrudd og fra Medisinsk fødselsregister hva gjelder fødsler, er alle aggregerte data etter alder og/eller bosted. Disse dataene inneholder ingen personidentifiserbare opplysninger.

3.4.3 Innføring av forskrivningsrett for p-piller av jordmødre og helsesøstre i forsøksprosjekt

En forutsetning for at forsøket kunne settes i gang var at jordmødre og helsesøstre fikk forskrivningsrett for p-piller. Med forskrivningsrett menes her rett til å rekvirere, skrive ut resept eller dele p-piller direkte ut til brukerne. Etter daværende *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek* var det bare leger, tannleger og veterinærer som hadde rett til å rekvirere/dele ut medisiner. Det ble derfor inntatt en ny bestemmelse (27. april 1998) i *Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek: § 2-5, annet ledd: Departementet kan som ledd i avgrenset forsøksvirksomhet gi helsesøstre og jordmødre rett til å rekvirere prevensjonsmidler som er inntatt på særskilt liste² fastsatt av Statens legemiddelkontroll*

For at denne ordningen skulle kunne tre i kraft ble det satt rammer for gjennomføringen av prosjektet. Helseavdelingen i SHD forutsatte at

- forsøket skjer i samsvar med eksisterende praksis ved forskrivning av p-piller. Dette innebærer at jordmødre og helsesøstre i forsøket må gis nødvendig opplæring i praksis og regelverk for forskrivning
- jordmødre og helsesøstre som er gitt forskrivningsrett skal oppføres i Helseregisteret med personlig identifiseringsnummer
- forskrivningsretten kun skal gjelde legemidler fra en liste som er positivt oppregnet med entydig navn på legemidlene.
- listen² fastsettes av Statens legemiddelkontroll, som har den nødvendige faglige kompetanse til å avgjøre hvilke legemidler det er hensiktsmessig at omfattes av forskrivningsretten. Listen kan bare omfatte reseptpliktige prevensjonsmidler
- rett til forskrivning bare gis som ledd i forsøksvirksomhet
- resten av systemet for rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek gjelder også for jordmødre og helsesøstre
- definisjonen av "resept" omfatter jordmødres og helsesøstres rekvisisjon av legemidler til bruk for bestemte personer, jfr. § 1 nr. 2.
- helsehjelp og legemidler som gis gjennom forsøket skal være gratis for mottakeren

3.4.4 Godkjenning og valg av preparater til forsøket

Statens legemiddelkontroll utarbeidet følgende liste over p-piller som kunne brukes i forsøket. Listen angir preparater som førstevalg i alfabetisk rekkefølge uten prioritering.

Follimin "Wyeth Lederle" (21 og 28 tabletter)
Microgynon "Schering AG" (21 tabletter)
Trinordiol "Wyeth Lederle" (21 og 28 tabletter)
Trionetta "Schering AG" (21 og 28 tabletter)

UNIMED, Sintef innhentet anbud fra Wyeth Lederle og Schering AG for levering av p-piller til forsøket. Wyeth Lederle fikk leveransen med å forsyne forsøket med Follimin (monofasisk pille) og Trinordiol (trefasisk pille).

3.4.5 Erstatningsrettslig profesjonsansvar ved forskrivning av p-piller

Helsesøstre og jordmødre som i forsøket har foreskrevet p-piller har hatt et erstatningsrettslig profesjonsansvar på tilsvarende måte som leger har ved forskrivning av p-piller. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er avgrenset mot selvstendige aktører i kommunehelsetjenesten, og forsøket var derfor ikke omfattet av denne ordningen. Det ble derfor opprettet egen ansvarsforsikring for de helsesøstre og jordmødrene som arbeidet i prosjektet gjennom forsikringselskapet til Norsk Sykepleier Forbund.

3.4.6 Meldeplikt iht forskrift om klinisk utprøving av legemidler

Forsøket har flere komponenter som inngår i studier tilsvarende kliniske utprøvinger av legemidler. Siden forsøket anvender produkter som har vært på markedet i mange år, vurderte både Statens legemiddelkontroll og Legemiddelansvarsforeningen forsøket for ikke å være meldepliktig i henhold til forskrifter om klinisk utprøving av legemidler.

4 VALG AV FORSØKS- OG KONTROLLKOMMUNE

I prosjektanbudet fra UNIMED, Sintef var Trondheim kommune foreslått som intervensjonskommune. UNIMED, Sintef hadde utarbeidet prosjektanbudet med underhånden godkjenning fra helseadministrasjonen i Trondheim kommune. Det var praktisk for prosjektet at det var geografisk nærhet mellom prosjektledelsen og forsøkskommunen.

Da prosjektskissen fra SHD ble kjent var det mange kommuner som meldte sin interesse for å delta. Styringsgruppen valgte til slutt Drammen kommune som kontrollkommune ut fra størrelsen på byen og at det kun var en Helsestasjon for ungdom i byen (Marienlyst helsestasjon).

Det var kommunene selv som valgte ut helsestasjonene. I forsøkskommunen var det etablert helsestasjon for ungdom ved Midtbyen helsestasjon. Det var derfor naturlig at Midtbyen helsestasjon ble med i prosjektet. I forbindelse med prosjektet ble det opprettet to nye helsestasjoner for ungdom i Trondheim ved Charlottenlund helsestasjon og Breidablikk helsestasjon. I Trondheim kommune ble både jordmødre og helsesøstre invitert til å bli medarbeidere i prosjektet. Det var ingen jordmødre som responderte på invitasjonen. I løpet av forsøket ble en jordmor medarbeider i Trondheim. I Trondheim arbeidet 9 helsesøstre og en jordmor i prosjektet. I Drammen ble de som arbeidet ved Marienlyst helsestasjon medarbeidere i prosjektet.

Siden det hovedsakelig var helsesøstre som arbeidet i prosjektet i Trondheim, omtales medarbeiderne i prosjektet som helsesøstre der det kunne ha vært skrevet helsesøster/jordmor.

5 ETTERUTDANNING AV HELSESØSTRE/JORDMOR

Selv om mange av helsesøstrene hadde arbeidet ved Helsestasjon for ungdom i mange år, var det behov for etterutdanning i prevensjonsveiledning, medikamentbruk og prosjektrelaterte oppgaver. Få av medarbeiderne hadde erfaring med større epidemiologiske prosjekter og registreringsarbeid. Derfor var det nødvendig med innføring i praktisk forskningsarbeid.

I samarbeid med medarbeiderne i Trondheim ble det i mars 1998 laget en videre- og etterutdanningsplan for å dekke tema der kunnskapen var mangelfull før prosjektet startet. Det ble lagt stor vekt på kommunikasjon og intervjueteknikk.

Siden Drammen kommune ikke skulle delta i p-pille-prosjektet med aktiv oppfølging av deltakerne, ble det kun gjennomført en praktisk orientering for helsesøstrene ved Marienlyst helsestasjon om hvordan klientregistreringsskjemaet skulle utfylles.

I Vedlegg 4 gies en oversikt over møter i prosjektgruppen i Trondheim med angivelse av dato for møtedag og hovedtema som ble diskutert. Prosjektmøtene varte fra 2-3 timer, hadde en formell agenda, men var også en arena for spontant oppståtte problemer/faglige spørsmål.

6 RESULTATER

6.1 Aktiviteten ved helsestasjonene

Når vi skal vurdere aktiviteten ved helsestasjonene i forsøks- og kontrollkommunen må vi være klar over at det er aktiviteten ved tre helsestasjoner i Trondheim som sammenlignes med aktiviteten ved en helsestasjon i Drammen. I tillegg var tilbudet ved helsestasjonene i forsøkskommunen utvidet i forhold til tilbudet i kontrollkommunen. I Trondheim hadde den største helsestasjonen åpent tre kvelder i uken. De to andre helsestasjonene i Trondheim hadde åpent en kveld i uken tilsvarende tilbudet ved Marienlyst helsestasjon i Drammen.

Klientregistreringen startet våren 1998 både i forsøks- og kontrollkommunen. Dette fordi vi ville studere effekten av hva hovedprosjektet (gratis p-piller) medførte av endringer i klientstrøm til helsestasjonene i forsøkskommunen sammenlignet med aktiviteten ved en helsestasjon i kontrollkommunen. Videre ble klientregistreringen avsluttet på forskjellige tidspunkt i forsøks- og kontrollkommunene. Klientregistreringen i Drammen ble avsluttet da inklusjonsperioden av nye klienter ble avsluttet i Trondheim, 31. 12 1999. I Trondheim pågikk klientregistreringen fram til 31. 12. 2000, seks måneder etter at prosjektet ble avsluttet. Alt dette fører til at total antallet klientregistreringer er langt større i Trondheim enn i Drammen. For vurderingen av prosjektet er det den relative utviklingen av klienttrettet virksomhet over tid som er av interesse og ikke de absolutte tallene. I presentasjonen av resultatene vektlegger vi denne nyansen.

6.1.1 Hvem besøker helsestasjonene

Helsestasjonene for ungdom henvender seg til målgruppen under 20 år. Ungdom som er over 20 år blir ikke avvist om de oppsøker helsestasjonene. I de ulike prosjektperiodene er det registrert 772 klientregistreringer i Drammen og 5963 klientregistreringer i Trondheim. Hovedsakelig er det jenter som oppsøker helsestasjonene. Andelen "guttekonsultasjoner" er noe høyere ved Marienlyst helsestasjon (5,6%) i Drammen enn ved de tre helsestasjonene som deltar i prosjektet i Trondheim (2,3%). I de videre analysene vil vi kun inkludere kvinner siden p-pille-prosjektet kun omfatter unge kvinner.

Tabell 6.1.1.1 Konsultasjoner ved helsestasjonene etter kjønn og kommune

	Trondheim	Drammen
Tidsperiode	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N konsultasjoner	5963	772
Kjønn		
N Gutter (%)	136 (2,3%)	43 (5,6%)
N Jenter (%)	5827 (97,7%)	729 (94,4%)

De som besøker helsestasjonene kommer sjeldent bare engang. De fleste kommer tilbake til nye konsultasjoner. I p-pille-prosjektet var det viktig at deltagerne kom tilbake til nye konsultasjoner. Kom deltagerne ikke tilbake, fikk ikke helsesøstrene mulighet til å evaluere hvordan det gikk med de som hadde fått p-piller i prosjektet. Tabell 6.1.1.2 viser antallet

kvinner med repeterende konsultasjoner etter kommune. Det er langt vanligere for klientene i forsøkskommunen å ha 3 eller flere konsultasjoner enn klienter i kontrollkommunen. Som vi senere skal komme tilbake til, er det først og fremst kontrollkonsultasjoner for de som deltar i p-pille-prosjektet som forklarer denne forskjellen.

Tabell 6.1.1.2 Unge kvinner, antallet konsultasjoner ved helsestasjonene etter kommune

	Trondheim	Drammen
Tidsperiode	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N konsultasjoner	5827	729
Antall konsultasjoner (%)		
1	36,5	47,1
2	24,4	32,8
3 og flere	38,0	19,4
Opplysninger mangler	1,1	0,7
Gjennomsnitt (variasjon)	1,7 (1-11)	1,1 (1-9)

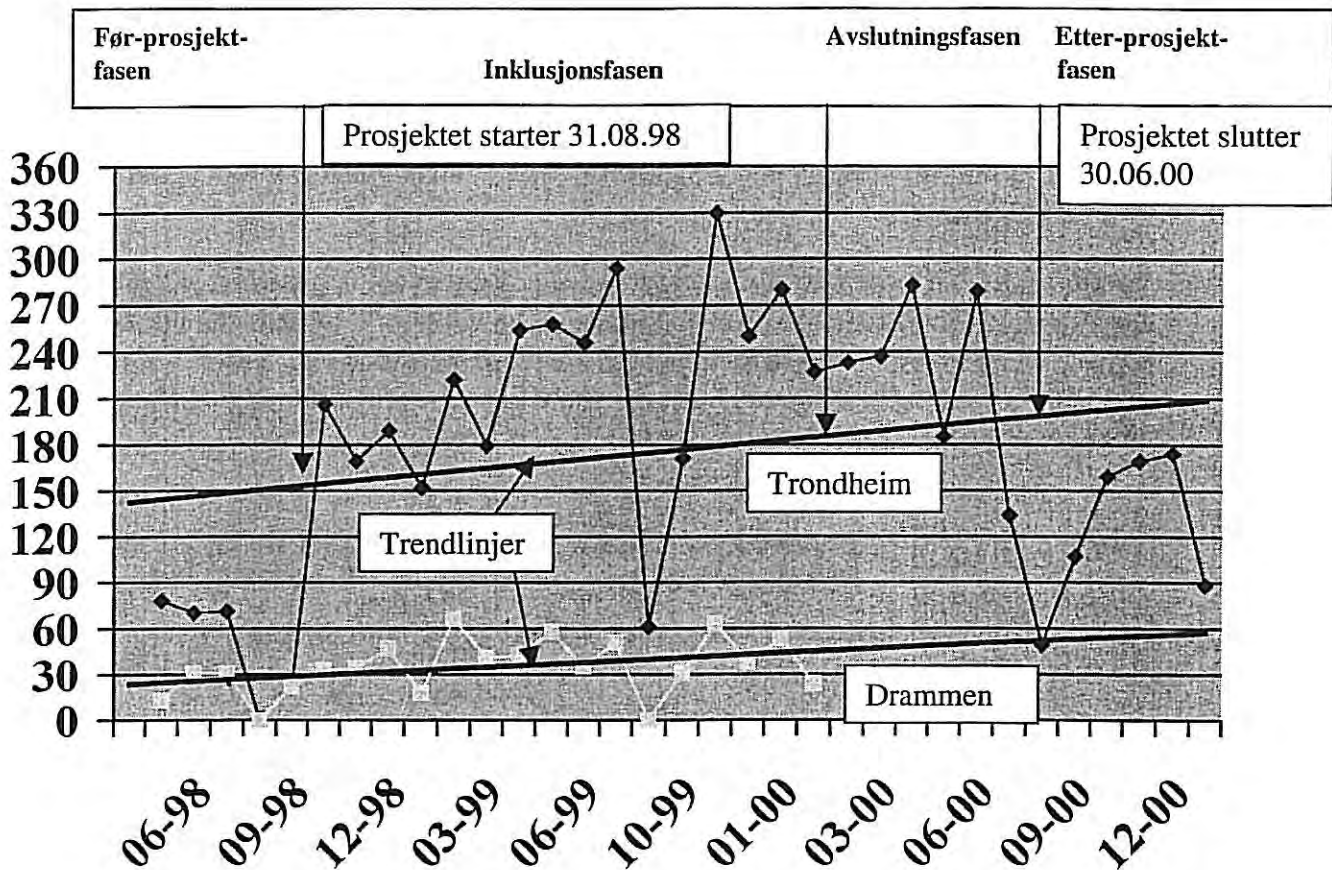
Prosjektet deles inn i flere faser/tidsperioder. Klientregistreringen startet i slutten av mars måned 1998 i Trondheim kommune og pågikk fram til desember 2000. Før-prosjektfasen defineres som tiden fram til p-pille-prosjektet startet i Trondheim, 31. august 1998.

Inklusjonsfasen defineres som den perioden Trondheim inkluderte nye deltagere i prosjektet fra 31. august 1998 til 31. desember 1999. Avslutningsfasen er den tiden deltagerne ble fulgt opp etter at inklusjonsperioden var over, fra 1. januar 2000 fram til 30. juni 2000. Den siste perioden, fra 1. juli til 31. desember 2000 har vi definert som etter-prosjektfasen.

Klientregistreringen pågikk i Drammen gjennom hele inklusjonsperioden fram til 31. desember 1999, mens den pågikk fram til 31. desember 2000 i Trondheim.

Antallet konsultasjoner i før-prosjektfasen i Trondheim var ca 70 i måneden, for Drammen var tilsvarende gjennomsnittstall ca 30 konsultasjoner i måneden. I Trondheim økte antallet konsultasjoner umiddelbart etter at prosjektet startet opp. De første fire månedene i prosjektet var gjennomsnittsantallet konsultasjoner ca. 180 i måneden i Trondheim. Gjennom resterende del av inklusjonsperioden fram til 31. 12 1999 og avslutningsfasen fram til 30.06 2000 var gjennomsnittsantallet konsultasjoner i Trondheim ca 230. Flest konsultasjoner i p-pille-prosjektet var det i september måned 1999 da 330 klienter besøkte de tre deltakende helsestasjonene. I etter-prosjektfasen stabiliserte antallet konsultasjoner ved helsestasjonene i Trondheim til ca 125-130. For Drammen var det en jevn stigning i antallet konsultasjoner fra 30 i før-prosjektfasen til ca 45 de fire siste observasjonsmånedene høsten 1999. Trendlinjene for Trondheim og Drammen som vist i figur 6.1.1.1 viser en noe større økning i antallet konsultasjoner i Trondheim enn Drammen.

Helsestasjonene er kommunale tiltak. Vurdert etter postnummer for bostedsadresse for klientene er ca 90% av klientene i Trondheim hjemmehørende i Trondheim kommune. I Drammen kommune kommer hele 25% av klientene fra nabokommunene. Rekruttering til helsestasjonene endret seg ikke i løpet av prosjektet. Det vil si at i Trondheim økte ikke andelen unge kvinner fra nabokommunene under inklusjonsfasen i p-pille-prosjektet sammenlignet med før-etter-prosjektfasene.

Figur 6.1.1.1 Antallet konsultasjoner etter måned ved helsestasjonene i forsøks- og kontrollkommunen


Helsestasjon for ungdom henvender seg til unge kvinner. Det er derfor naturlig at gjennomsnittsalderen er lav. Gjennomsnittsalderen var signifikant lavere for klienter som oppsøkte helsestasjonen i Drammen sammenlignet med de som oppsøkte helsestasjonene i Trondheim. I Trondheim var gjennomsnittsalderen 18,1 år, tilsvarende 17,7 år i Drammen.

Tabell 6.1.1.3 Alder ved 1. konsultasjon på helsestasjonen etter kommune

	Trondheim	Drammen
Tidsperiode	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N førstegangs-konsultasjoner	2129	343
Opplysninger mangler	171 (8,0%)	21 (6,1%)
N som inngår i analysene	2058	322
Gjennomsnittsalder*	18,1	17,7
Variasjon i gjennomsnittsalder i ulike prosjektfaser	17,7-18,8	17,1-18,4
Variasjon i alder ("range")	11-31	13-25

* $p < 0.01$ (Mann-Whitney)

Tabell 6.1.1.3 oppsummer fakta om alder på tidspunktet for første konsultasjon for alle klientene som søkte helsestasjon for ungdom i prosjektkommunene. Opplysninger for fødselsår eller fødselsmåned manglet for respektive 8% og 6% av registreringsskjemaene i Trondheim og Drammen.

De fleste som oppsøker helsestasjon for ungdom går i den videregående skolen (80%). Men klienter rekrutteres også fra ungdomsskolen, samt at noen klienter er studenter, i arbeid eller er arbeidssøkende.

De aller fleste som søker helsestasjonen, uansett årsak til henvendelse, har ikke vært gravide før. Respektive 4,7% av klientene i Trondheim og 4,4% av klientene i Drammen har vært gravide før de oppsøker helsestasjonene til sin første konsultasjon. Tabell 6.1.1.4 summer antallet svangerskap og type utfall for dem som har vært gravid før de oppsøker helsestasjonene som inngår i prosjektet.

Tabell 6.1.1.4 Tidligere graviditeter blant unge kvinner som søker helsestasjonene i Trondheim og Drammen. Opplysninger fra 1. konsultasjon

		Trondheim	Drammen
		April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N førstegangs- konsultasjoner		2 129	343
		(%)	(%)
Graviditeter	0	95,3	95,6
	1	3,8	4,4
	2	0,7	
	3	0,2	
Fødsler	1	0,8	0,3
	2	0,005 (1)	0
Spontan ab.	1	0,9	0
	2	0,1	0
Ekstra ut.	1	0,1	0,3
Provosert ab.	1	3,0	3,8
	2	0,3	
Er gravid	-	0,8	0,3

Det er ingen forskjell i graviditeter mellom klientene som oppsøker helsestasjonen i Drammen og i Trondheim hva gjelder svangerskapsutfall. Mindre enn 1% har født barn og mellom 3-4% av de unge kvinnene har hatt ett svangerskapsavbrudd. Selv om klientene som oppsøker helsestasjonene i Trondheim er noen måneder eldre, er det ingen forskjell i antallet tidligere graviditeter etter alder (-19/20+ år) mellom deltakerne i de to kommunene.

6.1.2 Grunner for å konsultere helsesøster ved "Helsestasjon for ungdom"

På helsestasjonen møter helsesøstrene unge kvinner med et mangfold av spørsmål og ulike helsetilstander. I klientregistreringsskjemaet som ble benyttet i prosjektet har man hatt muligheter for å anføre to årsaker til konsultasjon. Den prosentvise summeringen som er gjort i tabell 6.1.2.1 overstiger 100% fordi vi summerer fra begge variablene for årsak til konsultasjon. Analysene omfatter bare de klienter som kommer til helsestasjonen for sin første konsultasjon.

Som tabell 6.1.2.1 viser er det prevensjonskonsultasjoner som dominerer ved helsestasjonene. Det var ingen forskjell i den totale andelen prevensjonskonsultasjoner mellom forsøks- og kontrollkommunen. Andelen konsultasjoner for generell informasjon om seksuelt overførbare sykdommer og informasjon/utlevering av nød prevensjon var signifikant høyere i Trondheim enn i Drammen. Det foregår liten informasjonsvirksomhet rundt HIV-infeksjoner og svangerskapsavbrudd ved helsestasjonene i Trondheim og Drammen. Klienter som søker helsestasjonen for graviditetsprøve er likt fordelt mellom forsøks- og kontrollkommunen og utgjør 6-7% av konsultasjonsvolumet i de respektive kommunene. Dobbelt så mange kvinner i forsøkskommunen angir to grunner for å komme til helsestasjonen sammenlignet med kontrollkommunen (1:6 tilsvarende 1:12).

Tabell 6.1.2.1 Kumulerte årsaker for konsultasjon ved helsestasjonene etter kommune

Tidsperiode		Trondheim April 1998- Desember 2000	Drammen April 1998- Desember 1999
N førstegangs- konsultasjoner		2 129	343
		(%)	(%)
Opplysninger mangler		1,0	2,9
Svangerskap	Test	6,4	6,7
	Informasjon abort	1,6	0,6
	Nødprevensjon	9,9	1,2
SOS	Generelt	15,9	9,9
	HIV	0,5	0,6
Prevensjon		70,8	69,9
Annet		11,5	13,7
Totalt		116,6	105,5

Mange av dem som søker helsestasjonene for prevensjon har hatt et prevensjonsbehov før de oppsøker helsesøster for informasjon/veiledning. I Trondheim hadde over 80% brukt minst ett prevensjonsmiddel, tilsvarende vel 77% av de som oppsøkte helsestasjonen for første gang i Drammen. Tabell 6.1.2.2 oppsummer tidligere prevensjonsbruk blant dem som oppsøker helsestasjonene for første gang.

Tabell 6.1.2.2 Tidligere prevensjonsbruk blant dem som søker helsestasjonen etter kommune. Klienter som kommer for første gang til helsestasjonen

	Trondheim	Drammen
	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N førstegangs-konsultasjoner	2129	343
Tidligere prevensjonsbruk	(%)	(%)
Ingen bruk	20	23
Sikre perioder	3	2
Kondom	74	61
P-piller	30	25
M-pille	0,5	0,3
P-sprøyte	0,8	1,5
Nød prevensjon	12	3
Spiral	0,3	0,3

Flere unge kvinner hadde forsøkt flere metoder. Derfor summerer bruken av tidligere prevensjon til over 100% i tabell 6.1.2.2. Signifikant flere klienter i Trondheim enn i Drammen hadde erfaring med kondom og/eller p-piller før de søkte helsestasjonen. Siden disse dataene omfatter kun dem som søker helsestasjonen for første gang må vi anta at de som har brukt p-piller har fått p-pillene av lege utenfor helsestasjonen.

Legestanden hadde flere motforestillinger til at Sosial- og Helsedepartementet skulle gjennomføre et prosjekt tilsvarende "Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000". Ett av argumentene var at prosjektet kunne føre til at unge kvinner i mindre grad ville gå til lege for prevensjon enn tidligere. Som vist i tabell 6.1.2.2 er det mindre enn 1/3 av klientene som har søkt lege for prevensjon før de kommer til helsestasjonen. I klientregistreringen har vi flere variabler som omfatter tidligere legebesøk og prevensjonskonsultasjoner hos lege. Tabell 6.1.2.3 viser tidligere legekonsultasjoner for prevensjon etter kommune blant dem som søker helsestasjonen for første gang.

Tabell 6.1.2.3 Tidligere legekonsultasjoner for prevensjon etter kommune

	Trondheim	Drammen
	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N som kommer til første konsultasjon	2129	343
Opplysninger mangler	237 (11,2%)	5 (1,5%)
N som inngår i analysene	1892	338
	(%)	(%)
Søkt lege for prevensjon	28	20
Ikke søkt lege for prev.	72	80

Signifikant flere unge kvinner som oppsøkte helsestasjonene i Trondheim enn i Drammen hadde vært til lege for prevensjonsveiledning før de søkte helsestasjonen. Funnene i tabell 6.1.2.3 samsvarer godt med resultatene i tabell 6.1.2.2 hva gjelder klientenes egne opplysninger om tidligere prevensjonsbruk. For Drammen er det en 5% diskrepans mellom de som svarer at de har vært til lege for prevensjon og dem som opplyser om at de har brukt p-piller. Denne diskrepansen kan lett forklares med at noen (5%) har fått p-piller på Marienlyst helsestasjonen i Drammen uten å søke lege. Hvis da disse klientene har oppfattet dette som legebesøk på helsestasjonen, kan de ha latt være å svare bekreftende på spørsmålet om de hadde vært på helsestasjonen da de ble spurt om dette i klientregistreringen. Dette er kanskje en mer sannsynlig forklaring på diskrepansen enn at det skal være registreringsfeil.

I klientregistreringen spurte vi de som kom til helsestasjonen for første gang for prevensjon om hvorfor de ikke hadde gått til lege for å skaffe seg prevensjon. I Trondheim omfattet dette spørsmålet fastlegen, mens vi spurte generelt om å oppsøke lege for de som kom til helsestasjonen i Drammen. I Trondheim ble fastlege ordningen innført i 1993, mens Drammen ikke har hatt denne ordningen.

Spørsmålet om grunn for ikke å søke lege for prevensjon var åpent og hver respondent kunne gi inntil tre svar. Vi har i ettetid gruppert over 60 forskjellige utsagn til forhold som omfatter helsestasjonen, prosjektet og legene. Vi har gruppert positive utsagn om helsestasjonen i kategorien "hyggelig atmosfære". Dette omfatter utsagn som "hyggelig å komme på helsestasjonen", "helsesøster er lett å snakke med", "helsesøster lytter", "jeg er tryggere da jeg snakker med helsesøster enn lege", "helsesøster er kvinne" osv. I kategorien "anbefalt av andre" er det først og fremst venninner som gir positive anbefalinger om å gå til helsestasjonen for prevensjon framfor å gå til lege. Noen er blitt oppfordret av sin mor om å gå til helsestasjonen for prevensjon. Også leger har anbefalt sine unge pasienter om å søke helsestasjonen for p-piller. Utsagn som at "jeg liker ikke fastlegen, vil skifte lege", "jeg tør ikke gå til fastlegen for gynekologisk undersøkelse", "jeg har legeskrek", "har ikke tillit til fastlegen" inngår i kategorien "liker ikke fastlegen". Kategorien "lav tilgjengelighet" omfatter utsagn som "vanskelig å bestille time", "lang ventetid", "må ta fri fra skolen" osv. Noen unge kvinner opplever det som problematisk at fastlegen også er legen til foreldrene. De er redd for at anonymiteten ikke blir ivaretatt. Dette henger også sammen med at noen unge kvinner opplever det som utrygt å gå på legesenteret fordi foreldrene har bekjente som arbeider der. Denne type utsagn inngår i "anonymitet" som vist i tabellen. I analysene inngår 1390 respondenter som ga 1692 svar. Tabell 6.1.2.4 viser resultatene.

Grunner som respondentene gir for ikke å ha søkt lege for prevensjon før de oppsøker helsestasjonene i både Drammen og Trondheim er relativt lik bortsett fra tre punkter. Det er langt flere som blir anbefalt av venninner å søke prevensjonsveiledning ved helsestasjonen i Drammen enn i Trondheim. Tilsvarende er det langt flere som velger å gå til helsestasjonene i Trondheim enn Drammen som ikke oppgir noen grunn annen enn at de ikke har hatt et prevensjonsbehov tidligere. Ved Marienlyst helsestasjon i Drammen har man i et beskjedent omfang delt ut gratis p-piller i prosjektet. Det er overraskende at så mange som 13% oppgir dette som grunn for å søke helsestasjonen for prevensjon framfor lege, mens tilsvarende tall i intervensjonskommunen Trondheim var 6%. I Trondheim skulle alle ha fått tildelt fastlege. Blant de unge kvinnene som oppsøker helsestasjonene er det 12% som ikke vet hvem fastlegen er eller de mener de ikke er blitt tildelt fastlege.

Tabell 6.1.2.4 Grunner for ikke å gå til lege for prevensjon blant dem som oppsøkte helsestasjonene for første gang med konsultasjonsårsak prevensjon og som ikke hadde vært hos lege for prevensjon tidligere

		Trondheim	Drammen
		April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N som kommer til første konsultasjon grunnet prevensjon og som ikke har vært hos lege tidligere for prevensjon		1186	204
		%	%
Helsestasjon	Hyggelig atmosfære	4,4	4,9
	Anbefalt av andre	10,5	36,3
	God tilgjengelighet	8,8	7,4
Legen	Liker ikke fastlegen	7,2	2,0
	Liten tilgjengelighet	8,8	4,9
	Miste anonymiteten	6,2	7,8
	Vet ikke hvem fastlegen er/har ikke fastlege	12,0	1,0
Prosjektet	Gratis p-piller	6,3	12,8
Andre forhold	Partner ordner opp	0,8	0,5
	Fått p-piller av andre	0,7	0
	Vet ikke hvorfor..	42,9	20,1
Ikke forespurt		1,4	0
Opplysninger mangler		13,6	13,7

Ikke alle som oppsøker helsestasjonene har ett prevensjonsbehov. Blant 2129 klienter som oppsøkte helsestasjonene i Trondheim oppga 1770 (83%) at de hadde et prevensjonsbehov, tilsvarende tall i Drammen var 280 av 343 (82%). De som ikke hadde et prevensjonsbehov hadde ikke debutert (3%) eller var ikke seksuelt aktive for tiden (14%). Mindre enn 1% hadde ikke svart på spørsmålet. Tabell 6.1.2.5 viser aktuelle prevensjonsbruk for dem som oppsøker helsestasjonen og har et prevensjonsbehov.

Blant dem som søker helsestasjonen i Trondheim og har et prevensjonsbehov er det signifikant flere kvinner som ikke bruker prevensjon enn i Drammen (24% versus 18%). De fleste som søker helsestasjonene for prevensjonsveiledning bruker kondom mer eller mindre regelmessig. Det er overraskende at 22% er brukere av p-piller da de søker helsestasjonen for ytterligere prevensjonsveiledning. Andelen unge kvinner som bruker M-pille, P-sprøyte eller spiral er relativt lavt, mindre enn 2%.

I prevensjonsveiledningen er opplysninger om seksuell aktivitet av stor betydning for valg av prevensjon. Tabell 6.1.2.6 viser seksuell aktivitet blant dem som søker helsestasjonene for første gang og gir opplysninger om at det har et prevensjonsbehov. Signifikant flere kvinner som søker helsestasjonen i Drammen er seksuelt aktive enn unge kvinner som søker helsestasjonene i Trondheim. Derimot er det liten forskjell i seksuell aktivitet blant dem som er seksuelt aktive. 1/3 av de unge kvinnene har hatt 10 eller flere samleier siste 28 dager før første konsultasjonen ved helsestasjonen. Tabellen viser at en liten andel (10%) er svært

seksuelt aktive både i Trondheim og Drammen, de med flere enn 20 samleier siste 28 dager før konsultasjon.

Tabell 6.1.2.5 Aktuell prevensjonsbruk blant dem som har et prevensjonsbehov da de kommer til helsestasjonen etter kommune

	Trondheim	Drammen
	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N som kommer til første konsultasjon og har et prevensjonsbehov	1770	280
Prevensjonsbruk	(%)	(%)
Ingen bruk	24	18
Sikre perioder	0,3	0
Kondom	51	58
P-piller	22	22
M-pille	0,3	0,4
P-sprøyte	1	1
Angre-pillen	0	0
Spiral	0,2	0,4
Annet	1,5	0,4

Prosjektet "Forsøk med samlivs- og prevensjons veiledning i kommuner 1997-2000" omfatter først og fremst prevensjonsveiledning. Tabell 6.1.2.1 viser at det er prevensjonsveiledning som er den dominerende årsaken til at unge kvinner søker helsestasjonene for informasjon. Det er derfor overraskende at ikke andelen prevensjonskonsultasjoner i

Tabell 6.1.2.6 Seksuell aktivitet blant dem som kommer til helsestasjonen for første gang og gir opplysninger om at det har ett prevensjonsbehov

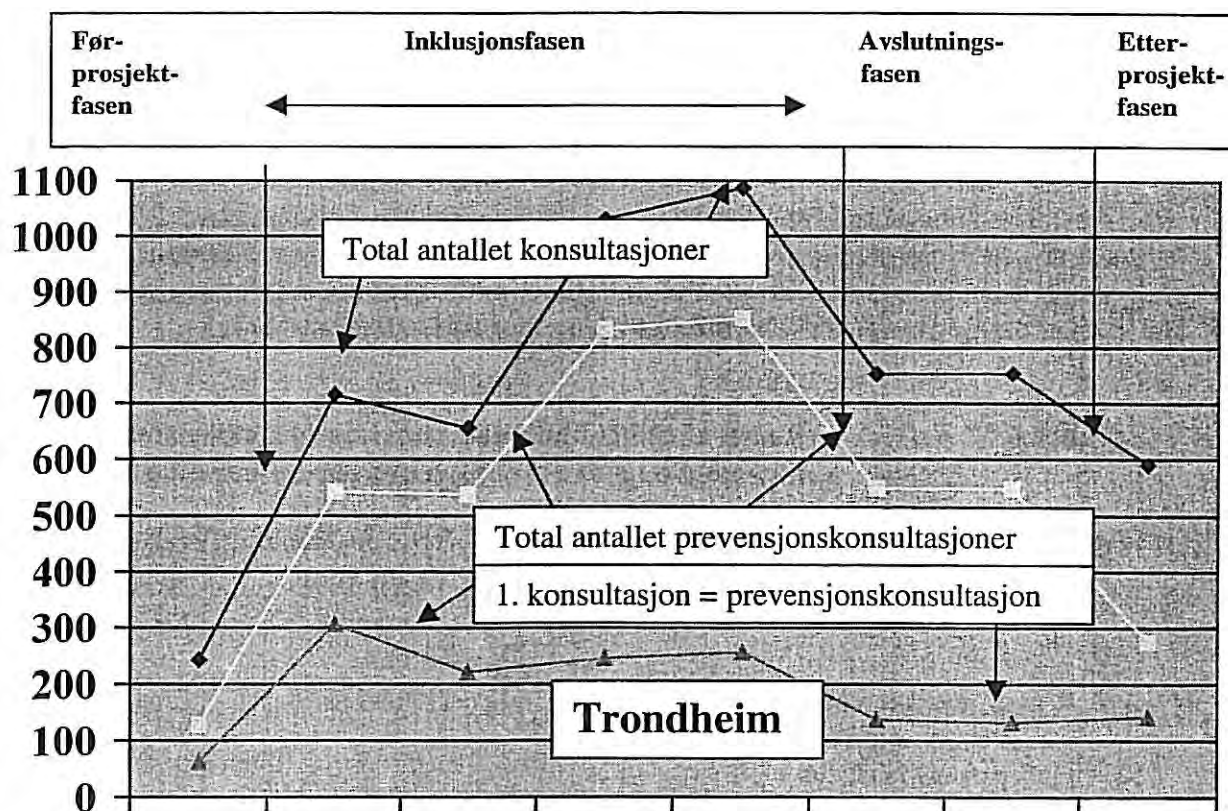
	Trondheim	Drammen
	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N som kommer til første konsultasjon og har et prevensjonsbehov	1770	280
Seksuell aktivitet siste 28 dager	(%)	(%)
Opplysninger mangler	3	2
0 (ikke seksuelt aktiv siste 28 dager)	13	9
1 samleie	9	8
2-4	23	25
5-9	20	24
10-14	16	18
15-19	7	5
20 og flere	10	11
Totalt	101	100

forsøkskommunen totalt sett er større enn i kontrollkommunen. Figur 6.1.2.1 viser total antallet konsultasjoner, total antallet prevensjonskonsultasjoner og antallet første gangs prevensjonskonsultasjoner for dem som kommer til helsestasjonene i Trondheim.

Total antallet konsultasjoner firedobles fra før-prosjektfasen til midtveis i inklusjonsfasen, april-mai 1999, fra henholdsvis nær 250 konsultasjoner til over 1000 konsultasjoner. Over avslutningsfasen av prosjektet synker antallet konsultasjoner til ca 750 for ytterligere å synke til under 600 i etter-prosjektfasen.

Antallet prevensjonskonsultasjoner samvarierer med total antallet konsultasjoner (se figur 6.1.2.1). Kurvene er nærmest parallelle. Etter første periode i inklusjonsfasen er det først og fremst kontrollprevensjonskonsultasjonene som dominerer. De utgjorde på det meste 2/3 av alle prevensjonskonsultasjonene.

Figur 6.1.2.1 Antallet konsultasjoner totalt, antallet konsultasjoner med prevensjon og antallet prevensjonskonsultasjoner som søker helsestasjonen for første gang i forsøkskommunen etter prosjektfase

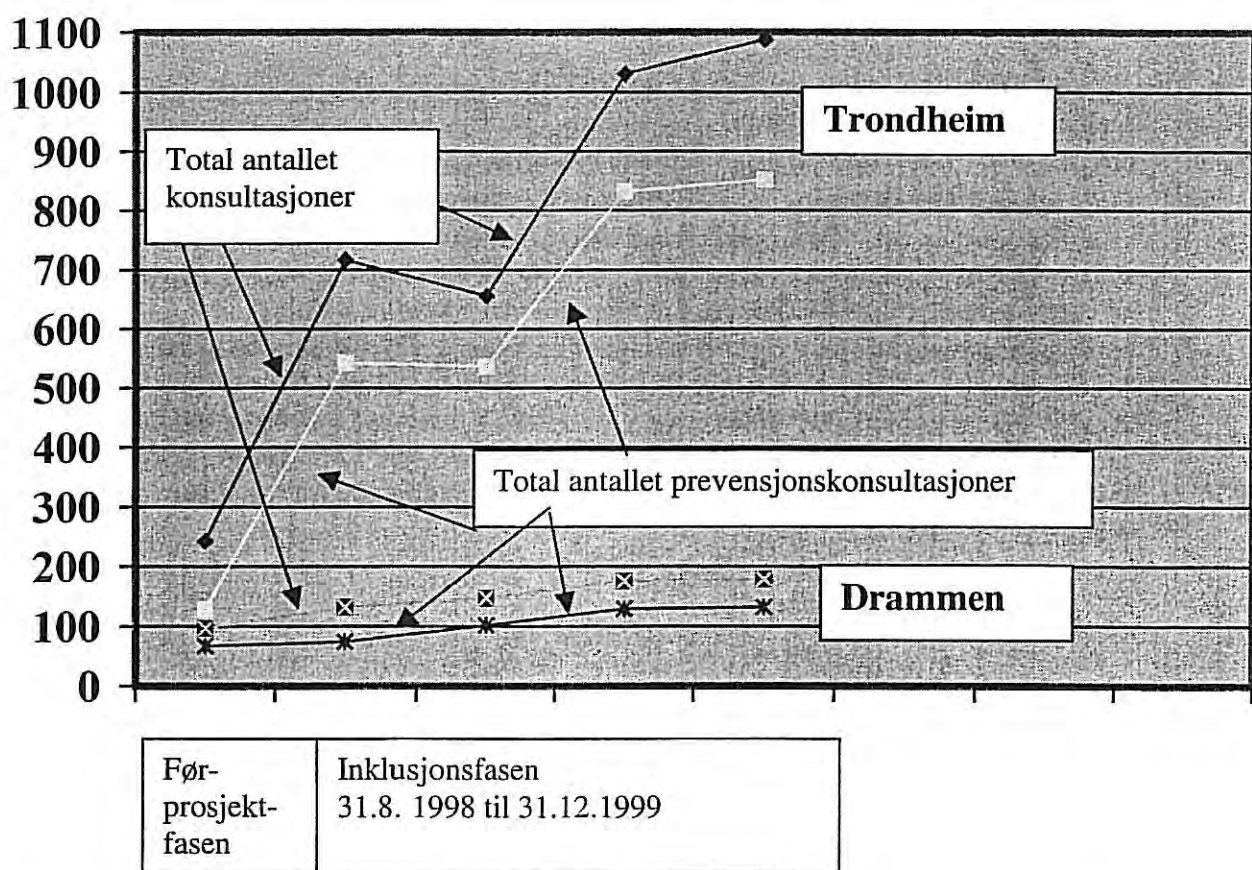


Nye p-pille-brukere rekrutteres blant dem som kommer til helsestasjonene i Trondheim for første gang. Den nederste kurven i figur 6.1.2.1 viser antallet klienter som oppsøker helsestasjonene i Trondheim for første gang med prevensjon som konsultasjonsårsak. I de første fire månedene av inklusjonsfasen kom det over 300 nye klienter til helsestasjonene i Trondheim med prevensjon som konsultasjonsårsak. I de neste fire måneders periodene av inklusjonsfasen var dette tallet relativt stabilt på i underkant av 250 unge kvinner. Dette viser at tilstrømningen av nye klienter til helsestasjonene i Trondheim med prevensjon som årsak til konsultasjon var relativt stabil over inklusjonsfasen. Etter at inklusjonsfasen var avsluttet

gikk antallet nye klienter betydelig ned og stabiliserte seg rundt 130 nye klienter over de siste fire måneders periodene av registreringen. Til tross for dette var antallet nye klienter i etterprosjektfasen over det dobbelte av før-prosjektfasen.

Både total antallet konsultasjoner og total antallet prevensjonskonsultasjoner økte i kontrollkommunen over prosjektperioden. Konsultasjonsutviklingen ved helsestasjonene som deltar i prosjektet er vist etter kommune i figur 6.1.2.2. I før-prosjektfasen var klientstrømmen det dobbelte i Trondheim av hva som ble registrert av total antall konsultasjoner og prevensjonskonsultasjoner i Drammen. I fra første periode i inklusjonsfasen 3-4 dobles aktiviteten i Trondheim, mens klienttilstrømningen i Drammen øker 30-40%. Dette viser klart at "Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000" har gitt økt tilbud om prevensjonsveiledning sammenlignet med kontrollkommunen.

Figur 6.1.2.2 Total antallet konsultasjoner og total antallet prevensjonskonsultasjoner etter kommune



Økt tilgjengelighet til prevensjon, som prosjektet initierte i Trondheim, måles umiddelbart etter at prosjektet startet opp. Prosjektet startet samtidig ved alle tre helsestasjonene og ga dermed økt geografisk tilgjengelighet for prevensjon. Videre økte tilgjengeligheten til prevensjon for unge kvinner i og med at tilbudet ved helsestasjonene ble utvidet med både flere åpningsdager og lengre åpningstider. Alt dette forklarer den store økningen i konsultasjonsvolum som vist i figur 6.1.2.2 for forsøkskommunen sammenlignet med kontrollkommunen. Fra figur 6.1.2.1 ser vi at det er først og fremst kontrollprevensjonskonsultasjonene som har økt i Trondheim. I prosjektsammenheng er både

total antallet prevensjonskontroller like viktig som antall prevensjonskonsultasjoner blant dem som søker helsestasjonene for første gang.

Tabell 6.1.2.7 Antallet nye klienter ved helsestasjonene (N) og andel prevensjonskonsultasjoner (%) i ulike prosjektfaser etter kommune

Tidsperiode		Trondheim		Drammen	
		N	(%)	N	(%)
Før-prosjektfasen	mars 98 -30.08.98	116	53	40	63
Inklusjonsfasen	31.08.98-31.12.98	402	76	66	55
	01.01.99-31.03.99	268	83	69	74
	01.04.99-31.08.99	318	77	81	74
Avslutningsfasen	01.09.99-31.12.99	354	72	87	78
	01.01.00-31.03.00	215	64		
	01.04.00-31.08.00	207	64		
Etter-prosjektfasen	01.09.00-31.12.00	249	57		

Antallet nye klienter økte fra 116 i perioden før p-pille-prosjektet startet opp til 402 i de fire første månedene av inklusjonsfasen i Trondheim. I samme periode økte antallet nye klienter i Drammen fra 40 til 86. I de tre neste firemåneders periodene av inklusjonsfasen er antallet nye klienter i forsøkskommunen i overkant av 300, mens tilsvarende tall i kontrollkommunen er i underkant av 80. Økningen i forsøkskommunen kommer umiddelbart etter at prosjektet startet opp, mens økningen i Drammen kommer først et halvt år senere. I både avslutnings- og i etter-prosjektfasen synker antallet nye klienter, hvor av andelen prevensjonskonsultasjoner også er avtagende i Trondheim. Etter at prosjektet er avsluttet i Trondheim er antallet nye klienter fordoblet sammenlignet med før-prosjektfasen. Det vil si at unge kvinner som søker prevensjon gjør dette i større grad mot helsestasjonene i Trondheim enn før prosjektet. Blant de nye klientene som søker helsestasjonene i Trondheim er andelen prevensjons-konsultasjoner nærmest uforandret fra før prosjektet startet opp, mens volumet er doblet.

6.2 P-pille-prosjektet

6.2.1 Hvem får p-piller ved helsestasjonene i Trondheim

Helsestasjonene i Trondheim startet med gratis utdeling av p-piller fra og med 31. august 1998. Nye klienter ble fortløpende inkludert i prosjektet fram til 31. desember 1999. I inklusjonsperioden på 16 måneder var det 1803 kvinnelige klienter som oppsøkte helsestasjonene, hvorav 1152 (64%) ble deltakere i p-pille-prosjektet. 24 kvinner ble inkludert to ganger i prosjektet. Disse 24 kvinnene er kun med i analysene første gangen de går inn i prosjektet. Blant dem som oppsøkte helsestasjonene var det først og fremst kvinner 19 år og yngre som ble inkludert i prosjektet. Over 80% av deltakerne var i alderen 16-19 år ved tidspunktet for inklusjon, hvorav hovedtyngden av deltakere var 17-18 år. Det var ingen forskjell i andel deltakere fra Trondheim og andel deltakere fra nabokommunen, henholdsvis 63% av de som oppsøkte helsestasjonene hjemmehørende i Trondheim ble inkludert i prosjektet, tilsvarende 66% av unge kvinner hjemmehørende i nabokommunene ble deltakere.

Som tidligere beskrevet oppga 16% av deltakerne i Trondheim to konsultasjonsårsaker. De aller fleste som ble med i p-pille-prosjektet oppsøkte helsestasjonene på grunn av behov for prevensjon (1118:1152=97%). Blant alle som hadde behov for prevensjon (n=1573) inkluderte helsesøstrene vel 70% (1118:1573) i prosjektet. Noen ble med i prosjektet selv om de ikke var seksuelt aktive for tiden (13:35) og noen ble inkludert i prosjektet selv om de ikke hadde debutert seksuelt (15:23). For de resterende seks deltagerne mangler opplysninger om behov for prevensjon etter seksuell aktivitet og konsultasjonsårsak.

Kvinner som søker helsestasjonene på grunn av svangerskapsprøve og for resept/informasjon om nød prevensjon er også potensielle prevensjonsbrukere. Prosjektet inkluderte 33 av 108 (31%) som søkte helsestasjonen for svangerskapsprøve og 54 av 150 (36%) som søkte helsestasjonene for resept/informasjon om nød prevensjon. De som søker helsestasjonene for informasjon om seksuelt overførbare sykdommer er også potensielle prevensjonsbrukere. Fra denne gruppen ble 106 av 311 (34%) inkludert i prosjektet.

Studien la opp til at helsesøstrene skulle få god anledning til å følge opp de som fikk p-piller. Protokollen la opp til at andre besøk skulle være tre måneder etter oppstart for dem som fikk p-piller for første gang og seks måneder etter oppstart for dem som hadde brukt p-piller forut for forsøket. Etter hvert som studien skred fram økte man intervallet mot 6 måneder før andre kontroll også for dem som ikke hadde brukt p-piller tidligere. I og med at vi hadde en seks måneders oppfølgingsperiode etter at inklusjonsperioden var over kunne alle deltakerne få minst ett kontrollbesøk. Ved hver konsultasjon ble deltakere som fortsatte i studien oppfordret til å komme tilbake for videre kontroller med angivelse av måned og år for neste konsultasjon. På denne måten kunne vi registrere hvem som kom til avtalt tid og hvem som kom utenfor avtale.

Totalt inngikk 3134 konsultasjoner i studien, hvorav 1152 var inklusjonskonsultasjoner, 1479 konsultasjoner etter avtale og 503 konsultasjoner utenfor avtale. Andelen nye konsultasjoner utenfor avtale holdt seg rimelig konstant etter hver konsultasjon. Om lag 1 av 4 konsultasjoner var utenfor avtale.

Antallet kvinner som kom tilbake til helsestasjonene for nye besøk med og uten avtale er angitt i tabell 6.2.1.1. Medregnet inklusjonskonsultasjonen varierte antallet konsultasjoner per deltaker fra 1-6, med et gjennomsnitt på noe over 3 konsultasjoner. Blant 1152 inkluderte deltakere møtte 989 (86%) til besøk nr 2 og 661 (57%) til besøk nr 3. Vi skal senere komme tilbake til hvor lenge hver deltaker forblir i studien og hvorfor man slutter.

Tabell 6.2.1.1 Antall kvinner etter antall konsultasjoner med og uten avtale ved helsestasjonene i p-pille-prosjektet (Trondheim).

Besøk nr	Kommer tilbake		Etter avtale		Utenfor avtale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nr 1 – studiens start	1152	100				
Nr 2	989	86	731	74	258	26
Nr 3	661	57	510	77	151	23
Nr 4	273	24	196	72	77	28
Nr 5	56	5	40	71	16	29
Nr 6	3	0,3	2		1	
Totalt	3134		1479		503	

163 (14%) deltagere kom aldri tilbake til andre besøk. Vi har ingen systematiske opplysninger om disse deltakerne. Alle er tilskrevet med brev eller forsøkt oppringt for å få vite om de kom i gang med p-pillene og hvordan det gikk. Svarprosenten er lav.

6.2.2 Ekstra legekonsultasjoner

Deltakere som kommer tilbake utenfor avtale er de som har sluttet eller vurderer å slutte på grunn av bivirkninger, ikke lenger behov for prevensjon eller vil bytte til annen prevensjon av forskjellige grunner. Det er denne gruppen som også har behov for å konsultere lege for prevensjon etter at de har startet med p-piller forordnet av helsesøsterne. Ved de ulike besøkene har vi registrert hvem som har besøkt lege mellom konsultasjonene ved helsestasjonene. I tabell 6.2.2.1 angir vi andel deltakere etter besøk og mellomliggende legekonsultasjon totalt sett og for prevensjon.

Tabell 6.2.2.1 Antall og andel deltakere som har konsultert lege totalt sett og etter prevensjon mens de brukte p-piller forordnet av helsesøster.

Besøk nr	Kommer tilbake		Har besøkt lege...		...for prevensjon	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nr 1 – studiens start	1152					
fra start til besøk nr 2	989		21	2,1	13	1,3
fra besøk 2 til besøk 3	661		21	3,2	9	1,4
fra besøk 3 til besøk 4	273		8	2,9	5	1,8
fra besøk 4 til besøk 5	56		2	3,6	2	3,6
fra besøk 5 til besøk 6	3		-		-	
Totalt	3134		52		29	

Det er få deltakere i p-pille-prosjektet som søker lege for prevensjonsrelaterte konsultasjoner mens de deltar i prosjektet. I den grad helsesøster har spurt om disse opplysningene ved konsultasjonene i prosjektet er det kun 29 deltakere som har søkt lege for bivirkninger eller ønske om å skifte prevensjon. Andelen som har søkt lege kan være større siden det er god grunn til å tro at mange som har søkt lege vil slutte i prosjektet og derav ikke kommer tilbake til helsestasjonen for videre oppfølging. Sett i relasjon til det store antallet konsultasjoner som prosjektet har generert (> 3000) er det likevel få konsultasjoner med utgangspunkt i p-piller forordnet av helsesøster som overføres til legekantorene. Det er god grunn til å anta at de ekstra konsultasjonene som prosjektet har generert for legekantorene ville ha blitt "bivirkningskonsultasjoner" for legene uavhengig av hvem som hadde forskrevet p-pillen. I så måte har det store antallet konsultasjoner i prosjektet i langt større grad avlastet legekantorene til tross for at det kan foreligge en underrapportering av "ekstra legekonsultasjoner".

6.2.3 Glemt piller

Det er vanlig at man glemmer å ta p-piller så vel som andre medikamenter etter anbefalte retningslinjer. Vi har ved hvert besøk spurt om glemt p-piller. Glemt piller er registrert de tre første syklusene etter oppstart og senere som siste tre sykluser før hvert besøk. Over hele studieperioden hadde 37% glemt en eller flere piller i minst en syklus. Over 16% av deltakerne hadde glemt en eller flere p-piller i minst 2 sykluser, mens vel 8% hadde glemt å ta en eller flere piller i 3 eller flere sykluser. Det å glemme å ta p-pillen forskriftsmessig fører til at sikkerheten reduseres og at blødningsforstyrrelser kan oppstå.

Tabell 6.2.3.1 Antallet kvinner med glemt piller etter besøk.

Besøk nr	Kommer tilbake		Sykluser med glemt piller (3 første etter start)		Sykluser med glemt piller (3 siste før besøk)	
	N		N	(%)	N	(%)
Nr 1 – studiens start	1152					
fra start til besøk nr 2	989		255	26		
fra besøk 2 til besøk 3	661				204	31
fra besøk 3 til besøk 4	273				69	25
fra besøk 4 til besøk 5	56				18	32
fra besøk 5 til besøk 6	3				-	-

Andelen som glemmer å ta en eller flere p-piller er rimelig konstant over besøk. Fra 25-30% av deltakerne glemmer å ta en eller flere p-piller. De fleste som glemmer å ta piller glemmer fra en til to piller per syklus. Det er kun unntaksvis at deltakerne har glemt flere enn 5 piller per syklus.

6.2.4 Årsaker for å slutte

Forsøket omfattet kvinner 16-24 år. Blant de 1152 kvinnene som fikk p-piller på helsestasjonene i Trondheim var en kvinne over 25 år, mens 11 kvinner aldri begynte med p-piller. For at regnskapet skal være komplett inngår disse 12 kvinnene i tabell 6.2.4.1 som angir årsaker for å slutte med p-pillen. Studien har en gjennomsnittsbetragtningstid på vel 6 måneder, variasjon fra 0 til 23 måneder.

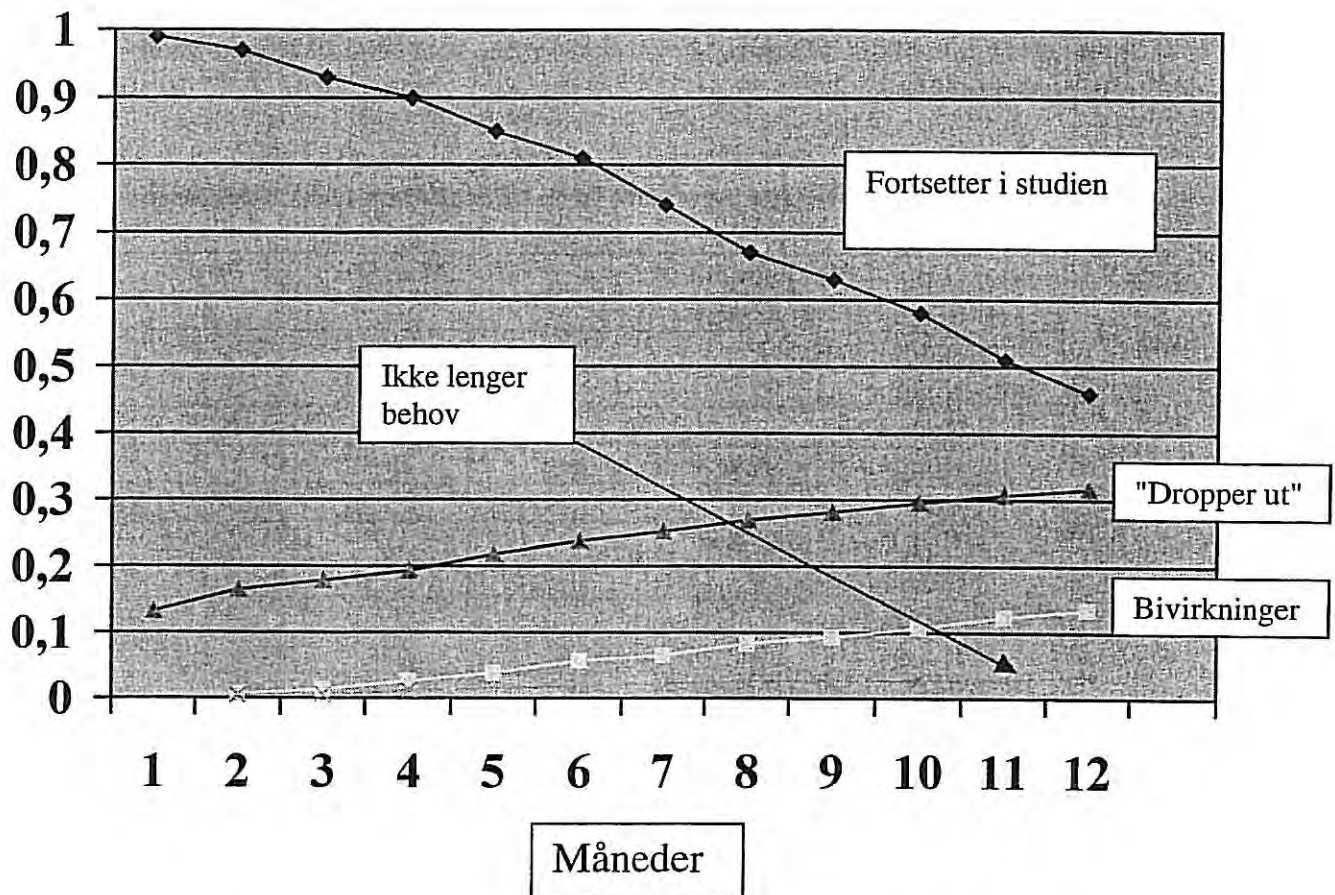
660 (57%) avslutter studien med å fortsette og bruke p-piller etter siste konsultasjon. De har ingen bivirkninger og er fornøyde med pillen de har fått. 95 kvinner slutter i løpet av studien med p-pillen på grunn av bivirkninger. Ingen alvorlige bivirkninger som blodpropp (dyp venetrombose/lunge emboli), hjerteinfarkt eller hjerneblødninger ble registrert. Vi skal komme tilbake til en nærmere beskrivelse av bivirkningene senere. Syv deltakere sluttet med p-pillen fordi den ble for vanskelig å administrere. Selv om flere enn en av tre deltakere glemte en eller flere p-piller i minst en syklus, var det kun syv deltakere som opplevde at det å ta pillen hver dag ble for vanskelig og ville slutte. Relativt få sluttet fordi de ville skifte til annen prevensjon (1%) eller fordi de ikke lenger hadde et prevensjonsbehov (2%). Prosjektet mistet kontakten med 316 (28%) av deltakerne. Halvparten av dem som "droppet ut" kom aldri tilbake. Den resterende halvparten uteble etter andre eller tredje besøket.

Tabell 6.2.4.1 Årsaker for å slutte med p-pillen

Årsaker for å slutte	N=1152	(%)
Ukomplisert bruk, fortsetter med p-pillen ved studiens slutt	660	57
Bivirkninger	95	8
Komplianse (vanskelig å administrere)	7	0,6
Skifter til annen prevensjon	14	1
Planlegger svangerskap	1	
Operasjon	3	0,3
Har ikke lenger behov for prevensjon	23	2
Begynte aldri	11	1
Inkludert på feil grunnlag (> 25 år)	1	
Flytter fra Trondheim	21	2
"Lost-to-follow-up"	316	28

Sett på bakgrunn av at den gjennomsnittlige observasjonstiden er 6-7 måneder kan kontinuasjonssraten synes lav. Justert for varierende observasjonstid er sannsynligheten for å bruke p-piller 12 måneder etter oppstart mindre enn 50%. Figur 6.2.4.1 viser kumulerte sannsynligheter for å fortsette i studien, slutte på grunn av bivirkninger, "drop outs" og skifte til annen prevensjon.

Figur 6.2.4.1 Sannsynligheten for å fortsette i studien, slutte p.g.a. bivirkninger, slutte fordi en ikke lenger har behov for prevensjon eller "droppe ut". Overlevelse analyser



De som fortsetter i studien er i større grad de som hadde brukt p-piller før de ble deltakere i studien sammenlignet med dem som ikke hadde brukt p-piller før de ble med i studien. Sannsynligheten for å fortsette med p-piller etter 12 måneders bruk er 53% for dem som hadde brukt p-piller før de ble deltakere, tilsvarende 41% for dem som ikke hadde brukt p-piller før de ble med i p-pille-prosjektet. Det å ha vært på helsestasjonen før man ble deltaker i prosjektet har også hatt en gunstig effekt for å fortsette i prosjektet. Men kjennskapen til helsestasjonen og/eller helsesøster betyr mindre for en høyere kontinuasjonsrate enn det å ha brukt p-piller før man ble deltaker.

Bivirkninger oppstår først og fremst blant dem som ikke har brukt p-piller før de inngår i prosjektet. Sannsynligheten for å oppleve bivirkninger og slutte i prosjektet er 10% for dem som har brukt p-piller før de startet i p-pille-prosjektet sammenlignet med nær 30% for dem som ikke hadde brukt p-piller før prosjektet. Tidligere konsultasjoner på helsestasjonen hadde ingen betydning for å måtte slutte i prosjektet på grunn av bivirkninger.

Blant dem som "dropper ut" av prosjektet er det flere tidligere p-pille-brukere enn ikke-brukere. Tidligere konsultasjoner ved helsestasjonen har ingen signifikant effekt for sannsynligheten på å ikke holde avtalene med helsestasjonen og/eller prosjektet.

6.2.5 Bivirkninger

I p-pille-prosjektet brukte vi p-pillene "Trinordiol" og "Follimin". Trinordiol er en trefasisk pille. Det vil si at hormonsammensetningen av østrogener og gestagener varierer over syklus, mens Follimin er en monofasisk pille med konstant hormonsammensetning.

Vi observerte ingen alvorlige bivirkninger i form av dyp venetrombose, lunge-emboli, hjerteinfarkt eller hjerneblødninger. Bivirkningene som førte til at deltagerne sluttet med p-pillen er gitt i tabell 6.2.5.1.

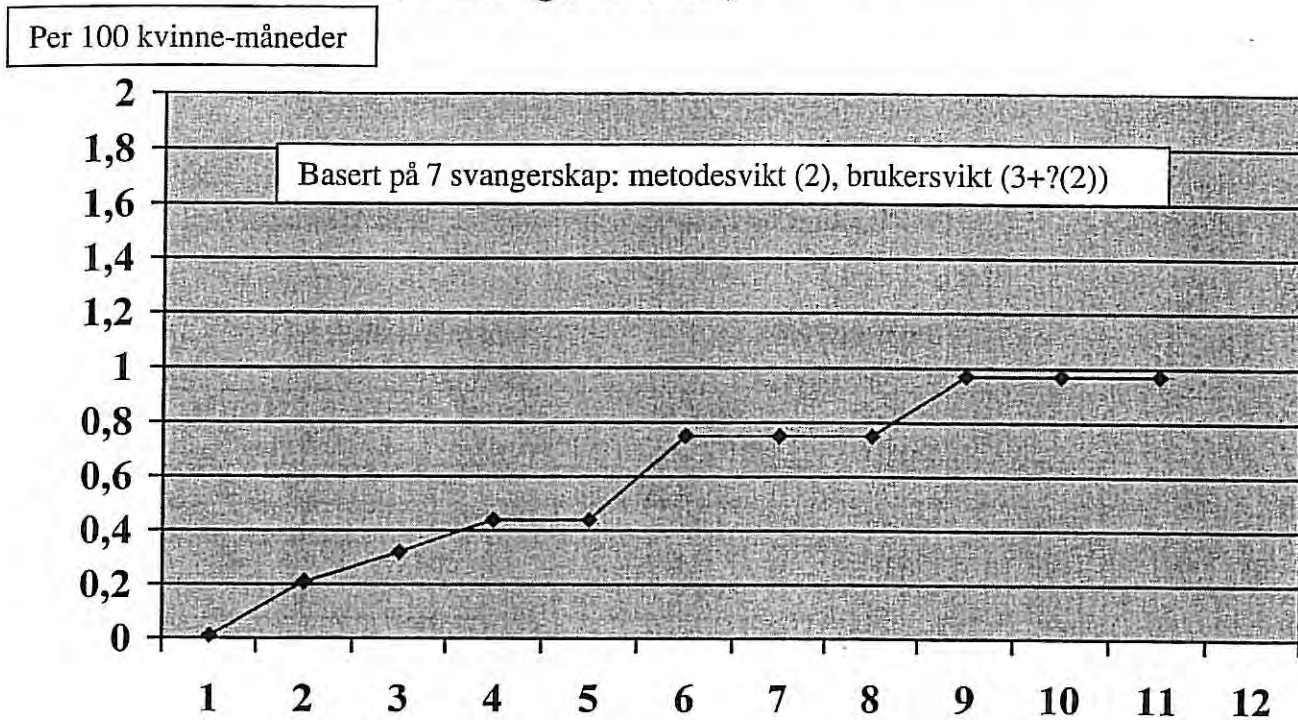
Tabell 6.2.5.1 Bivirkninger som førte til at deltagerne sluttet med p-pillen

Grunn for å slutte: bivirkninger	N=95	(%)
Sikkerhet (prevensjonssvikt)	7	7,4
Blødningsforstyrrelser	15	15,8
Kvalme	5	5,3
Hodepine	5	5,3
Humør / depressive forandringer	26	27,4
Vektøkning	23	24,2
Nedsatt seksuell lyst	1	1,1
"Vann i kroppen"	5	5,3
"Ømme bryst"	2	2,1
Kviser	2	2,1
Sterkere menstruasjons smerter	1	1,1
Frykt for bivirkninger	1	1,1
Opplysninger mangler	2	2,1

Nær halvparten av deltakerne slutter på grunn av vektøkning og/eller humør forandringer. Disse forandringene kommer relativt raskt etter at man har startet. Videre angir 16% av dem som slutter blødningsforstyrrelser som grunn. Det er relativt få som slutter på grunn av økende kvalme opplevelse og hodepine. Det er verdt å nevne at kun en deltaker slutter på grunn av frykt for bivirkninger. Det var ingen store negative oppslag i media om p-piller i tidsrommet for studien.

Syv deltakere opplevde prevensjonssvikt. To av disse deltakerne hadde tatt p-pillen forskriftsmessig uten å glemme en eneste pille. Tre av kvinnene som ble gravide mens de brukte p-piller hadde glemt opptil flere piller i aktuelle syklus. For to av disse syv deltakerne har vi ingen kompliance opplysninger. I tillegg ble ytterligere to deltagere gravid. De hadde vært på helsestasjonen og fått utlevert pillene, men de rakk ikke starte fordi menstruasjonen uteble. Figur 6.2.5.1 viser kumulert sannsynlighet for å bli gravid mens man bruker p-pillen. De kumulerte tallene angir både "brukersvikt" og "metodesvikt" svangerskap.

Figur 6.2.5.1 Kumulerte graviditetsrater under bruk av p-pille (metode- og brukersvikt)



Den første deltakeren som ble gravid ble gravid i andre syklus etter at hun startet. Sett på bakgrunn av at 37% av deltakerne hadde en eller flere sykluser med glemte piller oppstår det få graviditeter på grunnlag av "glemte piller".

6.3 Seksuelt overførbare sykdommer

I prosjektskissen fra Sosial- og Helsedepartementet ble det reist spørsmål om gratis p-piller ville føre til en økning i antallet seksuelt overførbare sykdommer. Siden gonore nærmest er utryddet i Norge, vil vi undersøke påstanden om at "p-pille-forsøket" fører til en økning i antallet seksuelt overførbare sykdommer med klamydia tilfeller. I disse analysene vil vi bruke flere data kilder. Gjennom årsrapportene fra de mikrobiologiske avdelingene ved Regionsykehuset i Trondheim og Sentralsykehuset i Buskerud vil vi få årlige tall for prøvevolum og andel positive prøver. Det finnes ikke laboratoriedata som angir prevalens etter kjønn og alder. Videre vil vi benytte opplysninger som klientene har gitt om tidligere klamydia infeksjoner ved første konsultasjonen ved helsestasjonene. Vi vil kunne studere om det er forskjeller i klamydia prevalens blant dem som kommer til helsestasjonene for første gang etter kommune. Til slutt vil vi analysere personidentifiserbare data fra deltakerne i p-pille-prosjektet i Trondheim som er registrert med klamydiaprøve(r) ved Mikrobiologisk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim.

6.3.1 "Prevalens" av klamydia - data fra årsrapporter ved Mikrobiologiske laboratorier

Sykehuslaboratoriene har ikke datasystemer som får fram årlig prevalens etter kjønn og alder. Fra andre studier vet vi at det taes mest klamydiaprøver av unge kvinner. Tabell 6.3.1.1 viser prøvevolum og andel positive prøver fra Mikrobiologisk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim og fra Mikrobiologisk avdeling, Sentralsykehuset i Buskerud.

Tabell 6.3.1.1 Prøvevolum og andel positive prøver etter laboratorium.

År	Regionsykehuset i Trondheim		Sentralsykehuset i Buskerud	
	Antall prøver	Hvor av positive	Antall prøver	Hvor av positive
	N	%	N	%
1996	20441	4,0	12431	4,2
1997	19606	3,6	11822	4,1
1998	17296	3,8	11733	4,3
1999	17261	4,7	11349	4,2
2000	18934	6,3	11584	5,2

Prøvevolumet ved Regionsykehuset i Trondheim har vært relativt stabilt i underkant av 20000 prøver i året de siste fem årene. Andelen positive prøver er svakt økende, spesielt over de to siste årene. Tilsvarende har prøvevolumet ved Sentralsykehuset i Buskerud (Drammen) vært i underkant av 12000 årlige prøver, hvor av 4-5% av prøvene har vært positive.

Laboratoriedata sier ingenting om utviklingen av klamydia infeksjoner i nedslagsfeltet for laboratoriene. Vi har ingen opplysninger om hvem det taes prøver fra, om de har symptomer, eller seksuell risikoadferd. Tabellen viser at prøvevolumet og andelen klamydiapositive prøver er relativt stabilt ved laboratoriene i prosjektbyene.

6.3.2 "Prevalens" av klamydia blant klienter ved helsestasjonene

(datakilde: klientopplysninger)

Klientregistreringsskjemaene inneholder opplysninger om tidligere behandlinger for klamydia infeksjoner. Helsesøstrene har spurt ved førstegangs konsultasjonen om tidligere klamydiaprøver og utfall av prøvene. Tabell 6.3.2.1 gir opplysninger om hvem som har tatt prøve.

Tabell 6.3.2.1 **Antallet kvinner som gir opplysninger om å ha tatt klamydia prøve tidligere etter kommune**

	Trondheim	Drammen
	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N som kommer til første konsultasjon	2129	343
Opplysninger mangler	175 (8,2%)	8 (2,3%)
Ikke tatt prøve	1542 (72,4%)	271 (79,0%)
Tatt prøve	412 (19,4%)	64 (18,7%)

I underkant av 20% av klientene som oppsøker helsestasjonen for første gang har tatt minst en klamydiaprøve. Tabell 6.3.2.2 viser antallet kvinner med prøve og resultatet av prøvene.

Tabell 6.3.2.2 **Antallet kvinner som ved førstegangs konsultasjonen gir opplysninger om utfallet av tidligere klamydiaprøve(r) etter kommune**

	Trondheim	Drammen
	April 1998- Desember 2000	April 1998- Desember 1999
N som kommer til første konsultasjon og gir opplysninger om å ha tatt prøve	412	64
Opplysninger mangler/vet ikke	30 (7,3%)	4 (6,3%)
Alle negative	310 (75,2%)	53 (82,8%)
Minst en positiv prøve	72 (17,5%)	7 (10,9%)

Signifikant flere klienter i Trondheim enn i Drammen gir opplysninger ved førstegangs konsultasjonen om å ha hatt klamydiainfeksjon tidligere. Vi har ingen opplysninger om risikoadferd på tidspunktet for klamydiaprøven(e). I klientregistreringsskjemaet har vi opplysninger om seksuell aktivitet siste ukene forut for besøket til helsestasjonen. Det er ikke metodisk riktig å relatere disse dataene til tidligere klamydiainfeksjon(er).

6.3.3 Klamydiaprøver blant deltakerne i p-pille-prosjektet i Trondheim

I p-pille-prosjektet spurte vi om tillatelse til å koble personopplysninger om klamydiaprøver til deltakerne i prosjektet. I registreringsboken ba vi om informert samtykke til å samle inn personidentifiserbare data fra Avdeling for Mikrobiologi om klamydiaprøver i tidsrommet før og under prosjektet. Helsesøstrene rekvirerte prøvesvarene fra Avdeling for Mikrobiologi uten å få vite resultatet av prøvene. Kontaktpersonen ved Avdeling for Mikrobiologi, Regionsykehuset i Trondheim, hentet ut prøvehistorie og prøveresultat manuelt fra avdelingens edb-system. Da dette var gjort, ble skjemaene anonymisert og sendt direkte til prosjektledelsen med deltakernummer som eneste identifikasjon. Dermed var helsesøstrene uvitende om prøvesvarene, og prosjektledelsen fikk koblet klamydiareultatene til riktig person ved hjelp av deltakernummeret.

Trettien ($31:1140=2,7\%$) av deltakerne i prosjektet ga ikke tillatelse til å koble klamydiareultat med øvrige data i p-pille-prosjektet. Det foreligger tillatelse til å koble data fra 1109 deltakere som inngikk i prosjektet. Det var ca halvparten ($533:1109=48\%$) av deltakerne som var registrert med minst en klamydiaprøve i databasen ved Avd. for Mikrobiologi, Regionsykehuset i Trondheim. 299 deltakere hadde tatt minst en prøve før de startet i prosjektet, hvorav 35 prøver var positive (12%). 462 deltakere hadde tatt minst en prøve mens de deltok i prosjektet, hvorav 61 prøver var positive (13%). 185 deltakere hadde tatt prøve både før og etter prosjektet. I denne gruppen var prevalensen av positive prøver før prosjektet 14% (26:1985), tilsvarende 16% (29:185) i prosjektperioden. Tabell 6.3.3.1 oppsummerer de ulike prevalensene for klamydia.

Tabell 6.3.3.1 Oppsummering av utfall av første klamydiaprøve før prosjektet og i prosjektperioden

	N tatt prøve	N positive	Prevalens (%)
Første prøve:			(%)
Første prøve før prosjektet	299	35	11,7
Første prøve i prosjektperioden	416	61	13,2
Tatt prøve både før prosjektet og i prosjektperioden:			
Første prøve før prosjektet	185	26	14,1
Første prøve i prosjektperioden	185	29	15,7

Til tross for at deltakerne er over ett år eldre (gjennomsnitt) ved første prøve i prosjektperioden i forhold til første prøve før prosjektet er det ingen signifikant forskjell i prevalensene angitt i tabell 6.3.3.1. Vi vet ikke hvem deltakerne har gått til for å ta klamydiaprøve, om det er legene ved helsestasjonene, fastlegen eller annen lege. Blant de 299 kvinnene som har tatt klamydiaprøve før prosjektet startet og blant de 462 kvinnene som har tatt klamydiaprøve i prosjektperioden har vi ingen holdepunkter for at prosjektet har gitt en økning i antallet klamydia tilfeller. Samme konklusjon kan man trekke fra resultatene av de 185 kvinnene som har tatt prøver både før og i prosjektperioden.

6.4 Svangerskap i forsøkskommunene og øvrige kommuner i fylkene Sør-Trøndelag og Buskerud.

Prosjektet har som hovedformål å evaluere om økt tilgjengelighet til prevensjon kan gi færre uplanlagte svangerskap i forsøkskommunen sammenlignet med kontrollkommunen. Videre vil vi analysere forskjeller i svangerskapsutvikling mellom forsøkskommunen (Trondheim) og de resterende kommunene i Sør-Trøndelag, tilsvarende analyser for Drammen og resterende kommuner i Buskerud.

Prosjektet startet 31. august 1998. Vi antar at effekten av økt forskrivning av p-piller til yngre kvinner først kan registreres fra januar 1999. Noen vil da ha brukt p-piller i inntil 4 måneder. Skulle man velge svangerskapsavbrudd på eventuelle konsepsjoner omfanget i september/oktober 1998 kunne disse svangerskapene ha blitt terminert som svangerskapsavbrudd i

november/ desember 1998. Vi antar at dette vil utgjøre så få svangerskap at det ikke får innflytelse på resultatene ved at vi gjør opp status for svangerskap knyttet til prosjektet fra og med 1. januar 1999.

6.4.1 Svangerskapsavbrudd

Tabell 6.4.1.1 viser abortratene for årene 1996 til 2000 for ulike aldersgrupper yngre kvinner i forsøks- og kontrollkommunen. De absolutte tallene for svangerskapsavbrudd varierer fra år til år. For begge byene er de absolutte tallene for svangerskapsavbrudd lave slik at en økning på tre til fire svangerskapsavbrudd fra år til år gir betydelig utslag i raten. Som et supplement til de årlige abortratene har vi derfor slått sammen årene 1996-1998 til et gjennomsnitt av de tre siste årene før prosjektet startet, sammenlignet med de to årene prosjektet pågikk (1999-2000).

For Drammen er det en ikke-signifikant økning i abortraten for aldersgruppen 17-19 år fra treårsperioden 1996-98 til toårsperioden 1999-2000 (0,54%). For Trondheim er det en tilsvarende ikke-signifikant reduksjon over samme tidsperioden (0,35%). For Trondheim kan vi estimere nedgangen i gjennomsnitts abortraten for årene 1996-98 til 1999-2000 til 13% (3,5/27,0). Tilsvarende er den gjennomsnittlige økningen i abortraten over samme tidsperioden på 21% (5,4/25,6) for aldersgruppen 17-19 år for Drammen.

Tabell 6.4.1.1 Rater for svangerskapsavbrudd etter alder og kommune (per 1000 kvinner)

Alder/ År	17-19 år		15-19 år		20-24 år	
	Trondheim	Drammen	Trondheim	Drammen	Trondheim	Drammen
1996	25,2	18,8	17,7	17,0	25,2	27,1
1997	29,4	27,4	21,3	21,0	27,4	26,5
1998	26,5	31,1	19,2	22,4	27,6	26,8
1999	20,9	27,7	15,7	19,5	33,6	25,5
2000	26,1	34,1	21,7	26,9	38,6	32,6
1996- 1998	27,0	25,6	19,4	20,1	26,7	21,6
1999- 2000	23,5	31,0	18,7	23,3	36,1	29,0

I de øvrige aldersgruppene som tabell 6.4.1.1 omfatter er endringene mindre både hva gjelder kommunene over tid og mellom bykommunene og de andre kommunene i fylket. For aldersgruppen 20-24 år som i liten grad har deltatt i prosjektet er det en signifikant økning i abortraten fra perioden 1996-98 til 1999-2000 i både Trondheim og Drammen. Den prosentvise økningen er nærmest identisk i de to kommunene for aldersgruppen 20-24 år, respektive 35% (9,4:26,7) for Trondheim og 34% (7,4:21,6) for Drammen. Selv om man ikke kan måle en signifikant nedgang i svangerskapsavbrudd i forsøkskommunen er trenden høgst forskjellig i aldersgruppene 17-19 år og 20-24 år. For aldersgruppene 20-24 år det samme utvikling i abortrate i begge kommunene og i motsatt retning av det man observerer for aldersgruppen 17-19 år i forsøkskommunen.

Tabell 6.4.1.2 viser abortraten for aldersgruppen 15-19 år for kommunene som deltar i prosjektet og de øvrige kommunene i fylkene. Mønsteret er det samme, en ikke-signifikant nedgang i Trondheim kommune, en ikke-signifikant økning i de resterende kommunene i Sør-

Trøndelag og for Drammen. De øvrige kommunene i Buskerud viste ingen endring i abortraten for 15-19 åringer i perioden 1996-98 til 1999-2000.

Tabell 6.4.1.2 Rater for svangerskapsavbrudd, tenåringer (15-19 år) etter kommune og fylke (per 1000 kvinner)

Alder: 15-19 år				
År/	Trondheim	Øvrige Sør-Tr.	Drammen	Øvrige Buskerud
1996	17,7	14,4	17,0	12,1
1997	21,3	18,8	21,0	15,6
1998	19,2	13,2	22,4	20,4
1999	15,7	15,6	19,5	14,6
2000	21,7	18,7	26,9	17,3
1996-1998	19,4	15,4	20,1	16,0
1999-2000	18,7	17,1	23,3	16,0

Tabell 6.4.1.3 oppsummerer abortutviklingen i forsøks- og kontrollkommunen og de øvrige kommunene i forsøksfylkene i ulike aldersgrupper for treårsperioden 1996-98 til 1999-2000.

Tabell 6.4.1.3 Prosentvis endring i abortrate i ulike aldersgrupper for forsøks- og kontrollkommunen og de øvrige kommunene i forsøksfylkene fra treårsperioden 1996-98 til toårsperioden 1999-2000

Alder	Trondheim	Øvrige Sør-Tr.	Drammen	Øvrige Buskerud
	%	%	%	%
17-19	-13,0		+21,1	
15-19	-3,6	+11,0	+15,9	0
20-24	+35,2	+36,9	+34,3	+14,8

Det er kun aldersgruppen 17-19 år i forsøkskommunen som viser en nedgang i abortraten fra treårsperioden 1996-98 til toårsperioden 1999-2000. I alle andre aldersgruppene er det er klar økning i abortratene. Velger vi å se på forskjellen i abortutvikling mellom forsøks- og kontrollkommunen i aldersgruppen 17-19 år er det en 34% forskjell (-13,0 + (-)21,1). I Trondheim er det ca 2400 unge kvinner i aldersgruppen 17-19 år. Vi har i forsøket observert en 13% reduksjon i abortraten i denne gruppen, mens trenden i kontrollkommunen er en klar (ikke-signifikant) 21% økning. Tilskriver vi hele forskjellen i reduksjon til å ha forekommet i forsøkskommunen alene er forskjellen på 34% i abortrate mellom forsøks- og kontrollkommunen i aldersgruppen 17-19 år signifikant ($p < 0,05$ (metode: SE of difference between two proportions)).

6.4.2 Fødsler

Tabell 6.4.2.1 viser fødselsraten for forsøks- og kontrollkommunen i aldersgruppene 17-19, 15-19 og 20-24 år. Utviklingen av fødsler for årene 1997 til 2000 er høgst forskjellig for de to kommunene. I alle aldersgruppene, 17-19, 15-19 og 20-24 år er det en klar nedgang i forsøkskommunen, mens det er ingen forandring eller svak økning (20-24 år) over samme tidsrom i kontrollkommunen. Nedgangen i fødsler i perioden 1996-98 til 1999-2000 er relativ lik i alle aldersgruppene i forsøkskommunen, respektive 23%, 22% og 19% for aldersgruppene 17-19, 15-19 og 20-24 år.

Tabell 6.4.2.1 Rater for fødsler etter alder og kommune (per 1000 kvinner)

Alder/ År	17-19 år		15-19 år		20-24 år	
	Trondheim	Drammen	Trondheim	Drammen	Trondheim	Drammen
1996	19,2	18,8	12,2	13,3	77,1	76,2
1997	20,4	28,6	13,3	17,2	76,2	67,2
1998	18,3	18,6	11,0	11,2	69,1	66,4
1999	16,7	24,1	10,8	15,9	65,4	84,8
2000	14,9	21,2	8,2	12,4	54,4	66,9
1996-1998	19,3	22,0	12,2	13,9	74,2	70,0
1999-2000	14,9	22,6	9,5	14,1	60,0	75,9

Tabell 6.4.2.2 viser fødselsraten for tenåringer (15-19 år) for forsøks- og kontrollkommunene og de resterende kommunene i fylkene. I Sør-Trøndelag er det en klar tendens til færre tenåringsfødsler fra 1996 til 2000 i både forsøkskommunen og de andre kommunene, mens det i Buskerud er ingen forandring mellom kontrollkommunen og de øvrige kommunene.

Tabell 6.4.2.2 Rater for fødsler, tenåringer (15-19 år) etter kommune og fylke (per 1000 kvinner)

År/ År	Alder: 15-19 år			
	Trondheim	Øvrige Sør-Tr.	Drammen	Øvrige Buskerud
1996	12,2	16,0	13,3	10,4
1997	13,3	16,0	17,2	9,9
1998	11,0	14,0	11,2	9,1
1999	10,8	11,3	15,9	11,6
2000	8,2	11,6	12,4	10,2
1996-1998	12,2	15,4	13,9	9,8
1999-2000	9,5	11,5	14,1	10,9

Tabell 6.4.2.3 viser den prosentvise endringen i fødsler i forsøks- og kontrollkommunen og de øvrige kommunene i forsøksfylkene i de ulike aldersgruppene. I Sør-Trøndelag er det en klar nedgang i fødsler i alle aldersgruppene fra treårsperioden 1996-98 til toårsperioden 1999-2000, i Buskerud er fødselsutviklingen forskjellig i kontrollkommunen og de øvrige kommunene. I kontrollkommunen er det en liten økning i fødsler i alle aldersgruppene, mens det i de øvrige kommunene er en klar økning i tenåringsfødsler og like klar nedgang i fødsler i aldersgruppen 20-24 år fra 1996-98 til 1999-2000.

6.4.2.3 Prosentvis endring i fødselsrate i ulike aldersgrupper for forsøks- og kontrollkommunen og de øvrige kommunene i forsøksfylkene fra treårsperioden 1996-98 til toårsperioden 1999-2000

Alder	Trondheim	Øvrige Sør-Tr.	Drammen	Øvrige Buskerud
	%	%	%	%
17-19	-23		+3	
15-19	-22	-15,4	+1	+11
20-24	-19	-9	+8	-14

Tolkningen av data i tabell 6.4.2.3 er ikke så entydig som for tilsvarende tabell med hensyn til svangerskapsavbrudd (tabell 6.4.1.3). Men det synes som også prosjektet har hatt en klar effekt på nedgangen i tenåringsfødsler i sammenligning med kontrollkommunen.

6.5 Preparatliste - dokumentasjon for utlevering av p-piller

Alle preparatene ble tatt ut fra et apotek i Trondheim og levert direkte til helsestasjonene. Apoteket merket alle pakningene med et ekstra serienummer som anga type p-piller, antall piller på brettet og størrelsen på pakningen. Ved helsestasjonene ble det ført egen liste over utlevering av p-piller (engelsk: product accounting list). På denne preparatlisten ble det anført prosjektnummeret til den som fikk de aktuelle pakningene, dato og signatur av helsesøster. Serienummeret på pakningen ble ført inn i registreringsboken og dataregistrert.

Det er utlevert 4080 p-pille-pakninger (esker) fra apoteket til helsestasjonene. Da studien var over hadde vi et restlager på 159 esker. I registreringsboken kan vi dokumentere utlevering av 3897 esker. I databehandlingen av serienummer for pakningene har vi korrigert anslagsvis 50 serienummer. Korrigeringene har bestått av dobbeltregistreringer eller diskrepans mellom serienummeret utlevert fra apoteket og det nummeret som er dataregistrert. I disse tilfellene har vi kunnet gå tilbake til preparatlisten og oppdaget feilene.

Det at helsestasjonene kan dokumentere utlevering av 4056 (3897+159) av 4080 p-pille-pakninger (99,4%) er meget tilfredsstillende.

6.5.1 Kjennskap til forsøket og kunnskap om p-piller blant elever i den videregående skole i Trondheim

Da forsøket startet i Trondheim la man opp til en beskjeden informasjonsstrategi med å bekjentgjøre prosjektet i aktuelle aldersgrupper. Styrings- og prosjektgruppen var enige om at for mye media oppmerksomhet om prosjektet kunne føre til en for stor tilstrømming av klienter uten at man hadde kapasitet til å gi alle som søkte helsestasjonene i prosjektet et reelt tilbud. Dette valget av lav profilering av prosjektet i media skulle vise seg å være riktig for allerede etter to måneder var kapasiteten mer enn utnyttet.

6.5.2 Kjennskap til forsøket

Siden halvparten av deltakerne i prosjektet var i aldersgruppen 17-18 år, gjennomførte prosjektet en spørreskjemaundersøkelse i den videregående skole i Trondheim vinteren 2000. Det foreligger egen rapport fra denne undersøkelsen (7). Da spørreskjemaundersøkelsen ble foretatt var inklusjonsperioden over og prosjektet var inne i avslutningsfasen. Kjennskapen til prosjektet var høy da 3/4 av de kvinnelige elevene, respektive 50% av de mannlige elevene, kunne plassere «Forsøk med Samlivs- og Prevensjonsveiledning i Kommuner 1997-2000» til riktig helseinstitusjon. Det var noe høyere kjennskap til prosjektet blant kvinnelige elever på andre og tredje klassetrinn sammenlignet med elever på første klassetrinn. Kjennskapen til prosjektet var større blant kvinnelige elever enn mannlige elever, uavhengig av klassetrinn. De som var seksuelt aktive siste måneden før undersøkelsen var mest kjent med tilbudet.

44% av de kvinnelige elevene hadde vært seksuelt aktive siste måneden før undersøkelsen. Halvparten av disse (22%) hadde vært eller var deltakere i prosjektet. Det at prosjektet er kjent blant 3/4 av alle kvinnelige elevene i den videregående skole, og at over 85% av de seksuelt aktive elevene vet om prosjektet viser at informasjonsstrategien for å bekjentgjøre prosjektet var riktig. At 50% av de seksuelt aktive kvinnelige elevene i den videregående skole har vært deltakere i prosjektet viser at prosjektet har vært populært blant elevene. Prosjektet hadde ikke kapasitet til å klare flere deltakere.

6.5.3 Kunnskap om p-piller

Spørreskjemaundersøkelsen inneholdt mange kunnskapsspørsmål om p-piller (7). Spørsmålene var organisert langs dimensjonene: kroppslige endringer under p-pille bruk (kunnskapsindeks 1), p-pillens relative effektivitet i forhold til andre preventiver (kunnskapsindeks 2) og sykdomsrisiko som følge av p-pille bruk (kunnskapsindeks 3). Vi ville undersøke om kunnskapen om p-piller var forskjellig mellom de som hadde fått utlevert p-piller av helsesøster (analysegruppe I), hadde fått p-pille av lege (analysegruppe II) sammenlignet med dem som aldri hadde brukt p-piller (analysegruppe III). De som hadde brukt p-piller (analysegruppe I/II) hadde klart høyere kunnskap på alle indeksene enn de som aldri hadde brukt p-piller (analysegruppe III). Det var mest kunnskap om «kroppslige endringer under bruk av p-piller», mindre kunnskap om «p-pillens relative effektivitet» og minst kunnskap om «sykdomsrisiko som følge av bruk av p-piller». De som snakket med venninner/foresatte om prevensjon minst en gang i måneden hadde klart høyere score på alle kunnskapsindeksene enn de som snakket med venninner/foresatte sjeldnere eller aldri.

Blant dem som hadde fått forskrevet p-piller av helsesøster i prosjektet hadde 25% tidligere brukt p-piller. I prosjektet hadde deltakerne i gjennomsnitt 3 konsultasjoner med helsesøster. På grunnlag av dette kunne man ha forventet at de som hadde fått utlevert p-piller av helsesøster kunne ha hatt høyere kunnskapsscore enn de som har fått forskrevet p-piller av lege på en eller flere av indeksene. Resultatene viser at kunnskap om p-piller er relatert til faktisk bruk og ikke til

profesjon som formidler p-piller. Dette viser at det er mange kilder for god kunnskap og at den "informasjonen" som formidles gjennom konsultasjonen kanskje er av mindre betydning i et større kunnskapsperspektiv. Resultatene gir klare holdepunkter for at informasjonen som formidles gjennom konsultasjoner må være målrettet og fokusert. Forsøket har vist at nær 50% av de som slutter med p-piller på grunn av bivirkninger gjør dette på grunn av vektøkning eller humørforandringer. Spørreskjemaundersøkelsen viste klart mangelfull kunnskap hva gjelder p-piller og vektøkning/humørforandringer. Likeledes avdekket spørreskjemaundersøkelsen en urealistisk høy effektivitet av kondom sammenlignet med p-piller. Siden kondom er det som hyppigst er brukt etter p-piller blant yngre kvinner (8, 9), er det viktig å fokusere på konsistent kondombruk hvis man benytter kondom som hovedmetode for prevensjon.

6.5.4 Holdninger til påstander om seksuell aktivitet og gratis p-piller

Skoleundersøkelsen inneholdt flere spørsmål om holdninger til seksuell aktivitet som omhandlet problemstillinger knyttet til prosjektet. Fra flere hold (3, 5) ble det reist spørsmål om ikke "gratis p-piller" vil føre til mer seksuell løssluppenhet og liggepress. Uavhengig av analysegruppe-tilhørighet var 60-70% av de kvinnelige elevene uenig i påstanden om at «økt tilgjengelighet til prevensjon øker den seksuelle aktiviteten», tilsvarende var 80-90% av respondentene uenig i påstanden om at «økt tilgjengelighet med gratis p-piller til yngre kvinner kan føre til økt liggepress. Dette viser at yngre kvinner skiller klart mellom tilgjengelighet til prevensjon og seksuell aktivitet. Svarfordelingen mellom grad av uenighet til spørsmålene "økt tilgjengelighet til prevensjon øker den seksuelle aktiviteten" og "økt tilgjengelighet med gratis p-piller til yngre kvinner kan føre til økt liggepress" viser også at tenåringer nyanser mellom økt seksuell aktivitet generelt sett og liggepress.

6.5.5 Holdning til spørsmålet "kan p-piller selges uten resept på apotek?"

Forsøket "Samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000" evaluerer helsesøstre som formidlere av p-piller. En fortsettelse av prosjektet vil være å gi helsesøstre forskrivningsrett til p-piller eller at p-piller kan selges reseptfritt fra apotek. I spørreskjemaundersøkelsen var 2/3 av de kvinnelige elevene for en ordning som gjorde det mulig å kjøpe p-piller direkte fra apotek uten resept. Det var en klar forskjell til denne holdningen mellom de som hadde fått p-piller i prosjektet (analysegruppe I) og de som aldri hadde brukt p-piller (analysegruppe III) sammenlignet med de som hadde fått p-piller av lege (analysegruppe II). Blant dem som hadde fått p-piller av lege var berre 50% for en ordning om at p-piller kunne kjøpes direkte fra apotek, tilsvarende svar ga over 70% av deltakerne i analysegruppe I og III. Dette viser at noen yngre kvinner ser behovet for å konsultere lege for å få resept på p-piller. Legeundersøkelse er ikke vurdert som en nødvendig forutsetning for å få tilgang til p-piller hverken i Norge (10) eller av WHO (11).

6.5.6 Hvordan opplevde deltakerne det å være med i p-pille-prosjektet

For å få vite hvordan deltakerne opplevde prevensjonsveiledningen ved helsestasjonene ble det foretatt en kvalitativ intervjuundersøkelse av utvalgte deltakere. Undersøkelsen ble utført av en uavhengig forsker som hverken hadde tilknytning til prosjektet og eller tilknytning til helsestasjonen. Det foreligger egen rapport fra undersøkelsen (12). Rapporten er basert på semistrukturerte intervjuer av 22 deltakere i "p-pille-prosjektet" ved Midtbyen helsestasjon i Trondheim.

I prosjektskissen (3) og Sosialkomiteens (5) behandling St.meld. nr.16 (1995-96) om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mm ble det fokusert på at unge kvinner hadde lavere terskel for å oppsøke helsesøstre/jordmødre for prevensjonsveiledning.

“.....Sannsynligheten er stor for at det vil være enklere særlig for de unge kvinnene å kontakte jordmor og helsesøster enn en lege for å få resept på p-piller, også fordi de ikke har så lange ventelister som legene. Terskelen for å få de unge kvinnene i tale blir lavere, og dermed øker også muligheten for å nå fram til en ønsket gruppe med veiledning og informasjon....

Undersøkelsen fokuserer på helsestasjonen som arena for prevensjonsveiledning, analyserer form og innhold i møtet mellom helsesøster og klient. Rapporten viser at klientene i overveiende grad er positive og tilfredse med helsestasjonens tilbud om gratis p-piller samt veiledning om seksualitet og prevensjon. Klientrelasjonens form kjennetegnes av god kommunikasjon mellom klient og helsesøster i en hyggelig og uhøytidelig atmosfære. Klientene opplever at de blir forstått, at de får anledning til å stille spørsmål og diskutere det de ønsker. Resultatene fra klientrelasjonens innhold er noe mer tvetydige. Sett på bakgrunn av at klientene har ulikt kunnskapsnivå og behov for informasjon kan informasjon fra helsesøster i større grad individualiseres. Mange klienter syntes det var for mange spørsmål å besvare og at de ikke mottok noen ny informasjon i konsultasjonene. Til tross for dette var de fleste tilfredse med tilbudet ved helsestasjonen. De mange spørsmålene har nok sammenheng med at deltakerne var med i forsøket og at helsesøstrene ikke alltid klarte å integrere innsamlingen av data til prosjektet i en naturlig samtale med klientene.

Motivasjonen for å søke helsestasjonen framfor lege for prevensjon forklares med lettere tilgjengelighet, at det er en trygg atmosfære og at helsesøster tar seg mer tid til samtale. Det at konsultasjonen og p-pillene er gratis var også motiverende for å velge helsestasjonen framfor lege. Disse svarene samsvarer godt med den begrunnelsen deltakerne ga til helsesøster i selve prosjektet for ikke å gå til lege for prevensjon (tabell 6.1.2.4, side 20).

Klientene trekker fram få negative sider ved tilbudet. Årsakene til hvorfor noen klienter slutter i prosjektet er mer komplekse og tvetydige og ofte betinget av tilfeldigheter som oppstår i livssituasjonen. Både blant dem som fortsetter i prosjektet og blant dem som bryter ut av prosjektet oppleves lange køer/ventetid ved helsestasjonen som negativt trekk ved organiseringen.

Klientene søker gjennom samhandling med andre å bekrefte og øke sin egen virkelighetsoppfatning av temaene seksualitet og prevensjon. Spesielt gjennom venninnefelleskap foregår en prosess der enkelt individets virkelighetsforståelse formes. Disse prosessene legger føringer for klientenes valg om å anskaffe seg p-piller på helsestasjonen. Dette bekrefte også i resultatene fra skoleundersøkelsen der det å snakke ofte med "venninne" predikerer høyere kunnskap om p-piller. Videre viser skoleundersøkelsen at de som deltar i prosjektet (analysegruppe I) har langt flere venninner som deltar i prosjektet enn de som har fått p-piller av lege (analysegruppe II) eller aldri har brukt p-piller (analysegruppe III). Disse resultatene gir holdepunkter for at smågruppe undervisning rundt temaene seksualitet og prevensjon bør i langt større grad utprøves.

7 Diskusjon

Både forsøks- og kontrollkommunen hadde tilbud om prevensjonsveiledning ved Helsestasjon for ungdom i flere år før forsøket startet. Aktiviteten ved Midtbyen Helsestasjon i Trondheim var vel dobbelt så høy i før-prosjektfasen sammenlignet med Marienlyst Helsestasjon for ungdom i Drammen. Prosjektet hadde som oppgave å øke tilgjengeligheten til p-piller spesielt og prevensjonsveiledning generelt. Prosjektet økte den geografiske tilgjengeligheten til prevensjonsveiledning og p-piller i forsøkskommunen ved å gi tilbud ved to nye helsestasjoner for ungdom; Breidablikk helsestasjon (Heimdal) og Charlottenlund helsestasjon (Charlottenlund). Tilgjengeligheten ble dessuten lettere for klientene ved at helsestasjonene var åpne på ettermiddags- og kveldstid og at Midtbyen helsestasjon utvidet med en ekstra åpningskveld i uken. Gjennom prosjektet fikk Trondheim kommune resurser til å øke tilgjengeligheten for prevensjonsveiledning/p-piller med mer en heltidsstilling for helsesøster.

7.1 Økt tilgjengelighet til prevensjon i forsøket

I løpet av første måneden for forsøket tredoblet klientstrømmen til de deltagende helsestasjonene i Trondheim (figur 6.1.1.1, side 11 og figur 6.1.1.2, side 18). Mange unge kvinner bare ventet på at forsøket skulle starte. Allerede i andre måneden for prosjektet fikk forsøket kapasitetsproblemer. Forsøket var dimensjonert til å klare inntil 1200 nye klienter med en jevn inklusjonshastighet over 16 måneder (4). Denne målsettingen klarte helsesøstrene med å inkludere 1152 nye klienter. Selv om tilstrømningen av nye klienter var størst i oppstartsfasen av inklusjonsperioden, var det en jevn tilstrømning av klienter over hele inklusjonsperioden (figur 6.1.1.2, side 18 og tabell 6.1.2.7, side 20). I prosjekttilbudet fra UNIMED, Sintef var det tatt høyde for å inkludere inntil 600-800 nye p-pille-brukere hvis målsettingen om 1000-1200 deltakere ble nådd (6). Blant de 1152 inkluderte deltakerne var det 253 deltakere som brukte p-piller på tidspunktet de kom med i forsøket. Blant de resterende 900 kvinnene var det 260 som hadde forsøkt p-piller i kortere eller lengre tid før forsøket, men ikke brukte p-piller da de ble rekruttert til prosjektet. Totalt sett rekrutterte forsøket over 640 yngre kvinner, som ikke hadde brukt p-piller tidligere, til å begynne med p-piller. Dette antallet nye p-pille-brukere var i tråd med det som var estimert både i protokoll og prosjekttilbud (4, 6).

Prosjektet ga yngre kvinner i Trondheim et større tilbud om prevensjonsveiledning og gratis p-piller. Fra første dag av prosjektet tok de yngre kvinnene i mot tilbudet ved helsestasjonene og strømmet til. Etter at prosjektet var slutt sank klientstrømmen til helsestasjonene i Trondheim. I etter-prosjektfasen (høsten 2000) var likevel klientstrømmen til helsestasjonene over det dobbelte av hva den var før prosjektet startet i august 1998. I kontrollkommunen økte også antallet konsultasjoner over inklusjonsfasen, men total antallet konsultasjoner var langt mer beskjedent ved Marienlyst helsestasjon i Drammen sammenlignet med helsestasjonene i forsøkskommunen Trondheim.

Etterhvert som forsøket skrider fram er det volum forskjellen i prevensjonskontroll-konsultasjoner som øker mellom forsøks- og kontrollkommunen (Figur 6.1.2.2, side 18). Den relative andelen klienter som søker helsestasjonen for første prevensjonskonsultasjon er relativt konstant mellom forsøks- og kontrollkommunen (tabell 6.1.2.7, side 20). Det er viktig for kommunene å være klar over at det er oppfølgingskonsultasjonene som krever resurser om prosjektet fra Trondheim skal videreføres som en varig ordning med at helsesøstre og jordmødre får rett til å forskrive p-piller.

7.2 Karakteristika ved dem som søker prevensjonsveiledning ved helsestasjonene - ingen forskjell forsøks- og kontrollkommunen

Klientene som søker helsestasjonene for ungdom i både Drammen og Trondheim har de samme karakteristika. Over 85% av klientene er 19 år eller yngre og de søker helsestasjonene hovedsakelig for prevensjonsveiledning. Svært få av klientene har vært gravide til tross for at mange har vært seksuelt aktive over lengre tid med varierende bruk av effektive prevensjonsmidler. Blant dem som søker helsestasjonene for prevensjonsveiledning var om lag 90% seksuelt aktive siste måneden før konsultasjon. Mange (1/3) av klientene hadde en seksuell aktivitet på 10 eller flere samleier siste måneden noe som klart uttrykker behov for effektiv prevensjon.

Noen flere yngre kvinner i Trondheim enn i Drammen hadde søkt lege for prevensjon før de kom til helsestasjonen, respektive 28% og 20% av deltakerne. Dette viser at den gruppen som søker helsestasjonen for prevensjon/p-piller i mindre grad har vært til lege. Helsestasjon for ungdom fanger opp en gruppe som i utgangspunktet har motforestillinger til å gå til lege for prevensjonsveiledning. Klientene som ikke hadde vært hos lege for prevensjon, men som oppsøkte helsestasjonen for prevensjon, ble spurt om hvorfor de ikke hadde søkt lege for prevensjon. Svarene på spørsmål som angår legekonsultasjoner om prevensjon må nødvendigvis bli farget av at det spørres om dette i en konsultasjons sammenheng om prevensjon på helsestasjonen. Svarene er kategorisert som "positive" til fordel for helsestasjonen, "negative" i forhold til legen, "positive" i forhold til prosjektet og nøytrale i forhold til andre forhold (tabell 6.1.2.4, side 16). Nær 50% av klientene i Drammen søker helsestasjonen på grunn av "positive" forhold ved helsestasjonen, tilsvarende tall i Trondheim er i underkant av 25%. Forskjellen i "positive" forhold ved helsestasjonen i Drammen sammenlignet med Trondheim er at i Drammen er klientene langt oftere anbefalt av en venninne om å søke helsestasjonen. Ser vi på "negative" forhold ved legen, så angir over 20% av klientene i Trondheim dette som grunn for å gå til helsestasjonen, tilsvarende tall for klientene i Drammen er 15%.

Fastlegeordningen ble innført i Trondheim i 1993, mens den innføres 1. juli 2001 i Drammen. Unge friske kvinner går i liten grad til lege. Som ledd i fastlegeordningen i Trondheim skulle alle være tildelt fastlege inklusive studenter. Det er derfor overraskende at 12% svarer at de ikke har fastlege, eller ikke vet hvem fastlegen er. Det er kun 1% som angir det "å ikke ha fastlege" som grunn for å gå på helsestasjonen framfor lege blant klientene i Drammen.

Marienlyst helsestasjon praktiserte å dele ut resept eller gratis p-piller i 3 måneder til nye brukere under hele prosjektperioden. Det er derfor overraskende at det er flere som angir "gratis p-piller" som grunn for å søke helsestasjonen i Drammen for prevensjon enn i forsøkskommunen Trondheim.

Over 40% av de som søkte prevensjon for første gang ved helsestasjonene i forsøkskommunen kunne ikke angi noen annen grunn for at de ikke hadde søkt lege enn at de ikke hadde hatt behov for prevensjon tidligere. Tilsvarende svar ga 20% av klientene i Drammen. Da disse klientene fikk behov for prevensjon søkte de helsestasjonen. Ser vi på undergruppene, de som ikke hadde hatt behov for prevensjon tidligere, og den gruppen som angir "positive" forhold ved helsestasjonen, så angir 65-70% av klientene i både forsøks- og kontrollkommunen "svar" som kan kategoriseres i disse to undergruppene. Dette viser at yngre kvinner har en lavere terskel for å gå til helsestasjonen for prevensjonsveiledning enn å gå til lege. At kun 20% angir "negative" svar hva gjelder legen, betyr at svært mange ikke har noe forhold til legen, eller hvis de har et forhold så er det ikke "negativt". Men når disse kvinnene skal velge prevensjon, så velger de helsestasjonen framfor lege. Fra skoleundersøkelsen i Trondheim vet vi at like mange unge

kvinner hadde fått forskrevet p-piller av lege som av helsesøster i tidsrommet for forsøket (7). Det betyr at like mange unge kvinner har valgt fastlegen framfor helsestasjonen og forsøket med gratis p-piller da de skulle anskaffe p-piller.

7.3 Hvem fikk gratis p-piller

I løpet av prosjektperioden økte antallet konsultasjoner ved helsestasjonen i forsøkskommunen til 3-4 ganger volumet før prosjektet. Den relative andelen som søkte helsestasjonen på grunn av prevensjon for første gang var relativt konstant og utgjorde ca 70% av alle første gangs konsultasjonene. Dette betyr til tross for økende antall prevensjonskonsultasjoner at det relative antallet av andre typer konsultasjoner også økte i prosjektperioden blant dem som oppsøkte helsestasjonen for første gang. Blant dem som ble inkludert i p-pille-forsøket oppsøkte 97% helsestasjonen på grunn av behov for prevensjon. Det vil si at prosjektet i liten grad rekrutterte klienter som oppsøkte helsestasjonen av andre grunner enn prevensjon. Kun 15 av dem som fikk p-piller i forsøket hadde ikke debutert seksuelt (15:1152=1,3%). Elleve av disse 15 deltakerne kom aldri i gang med å bruke p-piller.

Blant dem som oppsøkte helsestasjonene i forsøkskommunen av konsultasjonsårsaker som var beslektet med behov for prevensjon inkluderte helsesøstrene 31% av de som kom for svangerskapsprøve (33:108), 36% av dem som søkte helsestasjonene for nød prevensjon (54:150) og 34% av dem som søkte helsestasjonen for informasjon om seksuelt overførbare sykdommer. Disse tre gruppene kommer til helsestasjonene fordi de har spørsmål knyttet til seksuell aktivitet og det er overraskende at ikke flere i disse gruppene har et prevensjonsbehov som fører til at de blir med i prosjektet. Fra klientregistreringsskjemaet har vi ikke data som angir i hvilken grad prevensjon er diskutert med disse klientene.

For å kunne få p-piller i prosjektet måtte man svare "nei" på alle spørsmål som omhandlet grunner for ikke å delta. Vi har ikke registrert hvor mange som oppsøkte helsestasjonene for å bli med i prosjektet, men som ble avvist på grunn av eksklusjonskriterier. Potensielle deltakere som hadde en eller flere eksklusjonskriterier ble anbefalt å oppsøke lege for prevensjon. Denne type kvalitetssikring av kontraindikasjoner for å bruke p-piller gir helsesøstrene enn trygghet på at de gir p-piller til de "riktige" klientene.

7.3.1 Kontinuasjonsrater

I de neste avsnittene skal vi sammenligne resultatene fra p-pille-forsøket med andre studier. I denne sammenheng er det kun internasjonale studier vi kan sammenligne med da det ikke foreligger studier basert på rene norske materialer. Det er også viktig å være klar over at deltakerne i p-pille-prosjektet i Trondheim er i gjennomsnitt 18,0 år, mens tilsvarende utenlandske studier har en gjennomsnittsalder på 23-24 år (13,14). De to studiene som blir valgt som sammenligningsstudier er utført av leger og deltakerne er rekruttert fra legepraksiser. Det er en stor forskjell å rekruttere deltakere fra en legepraksis til hvem som oppsøker helsestasjon for ungdom. De som rekrutteres fra legepraksiser til p-pille-studier er stor grad kvinner som bruker p-piller uten komplikasjoner (13,14) og som i studieøyemed skifter over til forsøkspillen. På den måten blir bivirkningsfrekvensene lave fordi at de som deltar har før de inngår i studiene bevist at de har god toleranse for p-piller.

En kontinuasjonsrate på 80% etter seks måneder og 45% etter 12 måneder som funnet blant deltagerne i vår p-pille studie kan synes lav. I de to studiene vi velger for sammenligning er ikke kontinuasjonsratene eksplisitt oppgitt, men det er mulig å estimere kontinuasjonsratene ut fra data angitt i tekst og tabeller (13, 14). Sammenligner vi med en studie omhandlende p-pillen Marvelon, der gjennomsnittsalderen var 23 år, var kontinuasjonsraten etter 3 måneder 77%, respektive 52% etter 12 måneder (14). I en annen studie omhandlende p-pillen Trinordiol er det mulig å estimere kontinuasjonsraten til under 60% etter 12 måneder (13). Den reelle kontinuasjonsraten er betydelig lavere fordi studien kun inkluderer kvinner som fullfører første syklus (13). Tatt i betraktning at p-pille forsøket i Trondheim inkluderer tenåringer uten særlig tidligere p-pille-erfaring, er en kontinuasjonsrate på 80% etter 6 måneder og 45% etter 12 måneder fullt på høyde med det som publiseres i internasjonale studier hvor pasientene er rekruttert fra legepraksiser (13,14).

7.3.2 Bivirkninger

Vi har ikke observert noen alvorlige bivirkninger som dyp venetrombose, lunge-emboli, hjerteinfarkt eller hjerneblødning i vår studie. Ut fra det vi vet generelt om forekomsten av dyp venetrombose og lunge-emboli i Norge og blant p-pille brukere kunne vi ikke forvente å observere noen tilfeller med alvorlige bivirkninger med det antallet deltakere og den relativt korte observasjonstiden vi har i studien vår (15,16).

Vi finner en prevensjonssvikt som måles til 10 svangerskap per 1000 kvinneår. Dette samsvarer med det tallet som WHO (11) og andre (17) oppgir som summen av metode- og brukersvikt ved p-piller. Prevensjonssvikt publiseres som et langt sjeldnere fenomen i studier som er utført i regi av farmasøytisk industri (13,14).

Vi har i vår studie en relativt høy andel av brukere som glemmer minst en pille i en syklus (37%). Til tross for dette oppstår det få svangerskap ($n=3+2?$). Fra internasjonale studier rapporteres det også svært få svangerskap blant kvinner som glemmer å ta p-pillen (13,14).

Andelen som slutter i studien på grunn av bivirkninger og som slutter på grunn av at de ikke lenger har behov tilsvarende hva som publiseres fra internasjonale studier (13,14). Den relative andelen som slutter på grunn av vektøkning og humørforandringer er noe større i vår studie enn andre studier (13,14). Dette kan forklares med seleksjonen av deltakere til vår studie. For det første har vi en bare unge kvinner som deltakerne. De aller fleste har avsluttet lengdevektsten, men til tross for dette så har de ikke de nådd sin individuelle vekt og fortsetter å legge på seg etter de starter med p-piller. Noen vil da slutte fordi de tror at vektøkningen skyldes p-pillen, men kan være et uttrykk for individuell vektilpasning (14). Noen ville også ha lagt på seg selv om de ikke hadde brukt p-piller. Helsestasjonene rekrutterer unge kvinner som vegrer seg for å gå til lege for prevensjon. Mange av disse klientene vil være unge kvinner som lever ustabilt og er på "drift". Det er ikke så unaturlig at noen av disse vil slutte med p-piller relativt raskt på grunn av humørforandringer. I studier utført av leger, ville mange av disse unge kvinnene aldri bli invitert til å bli med i studier fordi de liten grad søker lege. Hvis de oppsøkte legen, ville mange bli vurdert til ikke å kunne oppfylle alle inklusjonskravene med faste avtaler for kontroll osv og derav ikke bli invitert til å delta.

7.3.3 De som uteblir

Andelen som ikke kommer tilbake til helsestasjonen etter at de har fått med seg p-piller er relativt stor. Gruppen som uteblir er langt større enn det som rapporteres fra andre studier (13,14). Fra intervjuundersøkelsen vet vi at noen av de som uteble kom ikke tilbake til helsestasjonen fordi de

synes det var for mange spørsmål, eller de synes ventetiden ble for lang (12). Andre uteble fordi de ikke klarte å holde avtalen med helsestasjonen (12).

7.3.4 Behov for ekstra legekonsultasjoner

Få av deltakerne som kom tilbake til helsestasjonen hadde i mellomtiden vært til lege for prevensjonskonsultasjon. Det at 25% (503:1982) av oppfølgingskonsultasjonene i prosjektet var utenfor avtale, viser at deltakerne kom tilbake til helsestasjonen da de hadde behov for ekstra konsultasjoner. Det at så mange kom tilbake utenfor avtale må sees i sammenheng med at så få hadde besøkt lege for prevensjon (n=29) i mellom konsultasjonen på helsestasjonen. Det er stor sannsynlighet for at det foreligger en underreportering av legekonsultasjoner mellom besøkene på helsestasjonen, men det er lite trolig at denne underreporteringen vil være så stor at den kan oppveie for det høye antallet konsultasjoner utenfor avtale ved helsestasjonene (n=503). På bakgrunn av disse nakne tall er det klare holdepunkter for å konkludere med at deltakerne i prosjektet her benyttet helsestasjonen da de hadde ekstra behov for prevensjonskonsultasjon framfor lege. Med at så mange deltakere kom tilbake utenfor avtale viser at deltakerne også hadde tillit til helsesøstrene ved behov for ekstra konsultasjoner, og ikke bare da de skulle anskaffe seg p-piller. Den frykten som mange hadde for at prosjektet skulle skape ekstra arbeid for legene med at legene fikk alle bivirkningene, mens de fornøyde deltakerne fortsatte på helsestasjonen finnes det ingen dekning for i de data som studien har framskaffet.

7.3.5 Ga forsøket økt forekomst av seksuelt overførte sykdommer ?

Ut fra det vi vet om epidemiologi vedrørende seksuelt overførbare sykdommer i Norge er det kun klamydiainfeksjoner som kan brukes som indikator til å evaluere forekomst av seksuelt overførte sykdommer i prosjektet. Ser vi på volumet av prøver som analyseres ved de mikrobiologiske avdelingen ved Regionsykehuset i Trondheim og Sentralsykehuset i Buskerud, er antallet klamydiaprøver som er generert av klientene ved helsestasjonene i prosjektet så lave at disse tallene ikke påvirker andelen positive prøver registrert ved laboratoriene. Det er vanskelig å anvende årlige tall for positive prøver fra laboratorier som indikator på utviklingen av seksuelt overførbare sykdommer da man i remissene til laboratoriene ikke har data for risikoadferd. I prosjekt sammenheng kan ikke tall fra årsrapporter fra de mikrobiologiske avdelingene som vist i tabell 6.3.1.1 (side 32) brukes til å evaluere forekomst av klamydia i prosjektet.

I underkant av 20% av de som oppsøker helsestasjonene i forsøks- og kontrollkommunen for første gang har tatt minst en klamydiaprøve tidligere. Blant dem som hadde tatt klamydiaprøve var forekomsten av positive prøver signifikant høyere i forsøkskommunen (17,5%) sammenlignet med klienter i kontrollkommunen (10,9%). Blant de som deltar i prosjektet var det 299 deltakerne som hadde tatt klamydiaprøve før de inngikk i forsøket. Blant disse 299 klientene var forekomsten av positive klamydiaprøver 11,7%. I prosjektperioden tok 416 kvinner minst en klamydiaprøve, hvor av prevalens av positive prøver ved første prøve i prosjektperioden var 13,2%. 185 deltakere hadde tatt klamydiaprøve både før og under prosjektet. Blant disse 185 deltakerne var prevalensen av klamydia før forsøket 14,1%, tilsvarende 15,7% under forsøket. Det var for få kvinner som hadde to positive klamydiaprøver med minst tremåneders mellomrom for at vi kunne estimere insidens for klamydia blant deltakerne i forsøket.

I forsøkskommunen Trondheim er det kun et mikrobiologisk laboratorium. Alle klamydiaprøvene som blir tatt i Trondheimsregionen blir analysert ved Avdeling for mikrobiologi, Regionsykehuset i Trondheim. Ved å bruke Avdeling for mikrobiologi som kilde for klamydiaprøven har vi så nær 100% registrering som overhode mulig. Klientene som deltok i p-pille-forsøket var i gjennomsnitt deltakere i 6-7 måneder. Selv om klientene både i informert samtykke og av

helsesøsterne ble oppfordret til å ta klamydiaprøve, er det kun 36% (416:1152) av deltakerne som har tatt klamydiaprøve i prosjektperioden. Blant dem som har tatt klamydiaprøve i prosjektperioden er det ingen økning i forekomst av klamydia infeksjoner sammenlignet med forekomst av positive prøver tatt før prosjektet. Blant dem som har tatt både klamydiaprøve før og under prosjektet, var det heller ingen økning i prevalens mellom prøver tatt før og under prosjektet. Ut fra laboratoriedata fra 36% av deltakerne i prosjektet, kan vi konkludere med at prosjektet ikke har ført til noen økning i klamydiainfeksjoner.

7.4 Kunnskap om p-piller

I registreringsboken for prosjektdeltakerne har vi registrert hvilken informasjonsutveksling som har funnet sted i møtet mellom deltaker og helsesøster. Disse data vil bli bearbejdet i egen rapport senere. Derimot har vi gjennom skoleundersøkelsen (7) kunne sammenlignet kunnskap om p-piller etter hvem som har forskrevet p-piller, helsesøster eller lege. Gjennom skoleundersøkelsen ser vi resultatet av total kunnskap om p-piller som respondentene har uavhengig av hvem som har formidlet p-piller. Ikke på noen av kunnskapsindeksene om p-piller fant vi forskjell mellom de som hadde fått forskrevet p-piller av lege og helsesøster. Svarfordelingen på de enkelte indikatorene som inngår i de forskjellige indeksene var overraskende likt fordelt etter hvem som hadde formidlet p-pillene. Høy kunnskapsscore var nøye korrelert til det å bruke p-piller, ikke til profesjon som formidlet p-pillene. De som aldri hadde brukt p-piller scoret lavest på alle indeksene. God kunnskap var også nøye korrelert til åpenhet rundt spørsmål om prevensjon. De som snakket ofte med venninner/foresatte hadde høyere kunnskap på alle indeksene enn de som snakket sjeldnere eller aldri med venninner/foresatte.

Dette viser at det er mange kilder for god kunnskap og at den informasjonen som formidles i en konsultasjon kanskje oppfattes forskjellig avhengig av behovene til den som søker prevensjon og behovene hos den som formidler prevensjon. Resultatene gir klare holdepunkter for at informasjonen som formidles gjennom konsultasjoner må være målrettet og fokusert. Fra de ulike kunnskapsscorene som vi har benyttet i spørreskjemaundersøkelsen og opplysninger om hvilken profesjon som har formidlet p-pillene, kan vi konkludere med at helsesøstre ikke informerer dårligere enn leger i konsultasjoner som omhandler p-piller.

7.5 Tilgjengelighet for prevensjonsveiledning

Formålet med prosjektet var å øke tilgjengeligheten til prevensjonsveiledning generelt, og p-piller spesielt for unge kvinner. Den store tilstrømningen til helsestasjonene i forsøkskommunen har vist at unge kvinner ønsker prevensjonsveiledning på helsestasjonen om tilbudet utbygges. Både fra intervjuundersøkelsen (12) og hovedprosjektet er det entydige resultater om at unge kvinner opplever langt høyere terskel for å gå til lege for prevensjon enn helsestasjonen. Noen unge kvinner finner det å bestille time, lange ventelister og usikkerheten rundt gynekologisk undersøkelse så ubehagelig at de lar være å bestille time hos lege. Noen opplever at legen kommuniserer for dårlig om seksualitet og prevensjon med sine unge klienter. Mange av dem som har deltatt i prosjektet har søkt helsestasjonen fordi de kjenner helsesøster fra ungdoms- og den videregående skolen. De opplever at det er lettere å snakke med helsesøster om seksualitet og prevensjon, de kan lettere stille spørsmål og helsesøster har tid til å svare. Det uformelle og den hyggelige atmosfæren ved helsestasjonene gir mange en trygghet da de kommer til venterommet som de ikke finner på legekantoret.

7.6 Økt tilgjengelighet til prevensjon og forekomst av svangerskapsavbrudd

På tidspunktet da deltakerne gikk inn i forsøket var gjennomsnittsalderen 18,0 år. Mindre enn 15% av deltakerne var 20 til 24 år ved forsøkets start. Hovedtyngden av deltakerne var 17-19 år. Siden gjennomsnittsvarigheten for deltagelse var 6-7 måneder, vil effekten av p-pille-forsøket på uplanlagte svangerskap kun kunne observeres i aldersgruppene 17-19 år og 15-19 år. Over 20 år er det for få deltakere til at vi kan observere noen effekt på uplanlagte svangerskap.

Formålet med forsøket var å studere effekten av økt tilgjengelighet til prevensjon og mulig reduksjon av svangerskapsavbrudd. Følgende sitat er fra St.meld. nr 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mm (1).

*“Det tas sikte på at det i 1997 blir startet forsøk i noen kommuner med utdeling av gratis p-piller fra helsestasjoner, prevensjonskontor, lege eller apotek til kvinner under 25 år for å vurdere forebyggingspotensialet i dette tiltaket. Disse forsøkene bør gjennomføres for å finne ut om antall svangerskapsavbrudd blant unge jenter reduseres sammenlignet med andre kommuner hvor man kun intervensjoner med prevensjonsveiledning overfor ungdom.
.....”*

For forsøkskommunen har vi to sammenligningsgrupper, vi har kontrollkommunen Drammen og vi har de resterende kommunene i Sør-Trøndelag fylke. I hovedprosjektet har vi vist at andelen klienter som søkte prevensjonsveiledning ved helsestasjonene i Trondheim var lav fra nabokommunene og ikke økte da prosjektet startet. Det er derfor lite trolig at prosjektet har hatt innvirkning på forebygging av uplanlagte svangerskap i nabokommunene til Trondheim.

Fordi at aborttallene varierer fra år til år og måles som rate per 1000 kvinner, gir gjennomsnittsraten tre år før forsøket sammenlignet med ratene de to årene prosjektet på gikk mer robuste estimat enn analyser for hvert enkelt år. I tabellene i kapittel 6.4 har vi vist ratene for hvert år, mens vi i diskusjonen av resultatene vektlegger gjennomsnittsratene for tre år før forsøket sammenlignet med to år under/etter forsøket. Selv om gjennomsnittsvarigheten av deltagelse i prosjektet var 6-7 måneder, har vi også en effekt etter at man slutter i prosjektet. Flertallet av de som går ut av prosjektet er fornøyde med p-pillen de har fått og fortsetter bruken i forlengelsen av prosjektet.

Hovedtyngden av deltakere var 17-19 år da de startet i prosjektet. Ved å sammenligne abortratene i forsøks- og kontrollkommunen for aldersgruppen 17-19 år viser resultatene signifikante funn i favør av intervensjonen. Mens abortraten går ned 13% for aldersgruppen 17-19 år i forsøkskommunen for toårsperioden 1999-2000 sammenlignet med treårsperioden 1996-98, øker tilsvarende abortrate 21% i kontrollkommunen (tabell 6.4.1.3, side 36). Vi er ikke kjent med andre tiltak i forsøkskommunen enn forsøket som kan forklare denne utviklingen i abortraten. Forskjellen mellom forsøks- og kontrollkommunen hva gjelder aktivitet på helsestasjonene er den store økningen i klientvolum som resulterte i 3-4 dobling av prevensjonskonsultasjonene i forsøkskommunen.

Bruker vi abortraten i aldersgruppen 15-19 år som sammenligningsgrunnlag så finner vi samme trend i utviklingen mellom forsøks- og kontrollkommunen. Fra 1996-98 til 1999-2000 er det en nær 4% reduksjon i abortraten i forsøkskommunen, mens tilsvarende abortrate øker med 16% i kontrollkommunen. For aldersgruppen 15-19 år i de resterende kommunene i Sør-Trøndelag finner vi en økning i abortraten på 11% over samme tidsperioden. For de resterende kommunene i Buskerud er det ingen forskjell i abortraten for aldersgruppen 15-19 år fra 1996-98 til 1999-2000. Ved å utvide aldersgruppen 17-19 til analyser omfattende 15-19 år så reduserer vi effekten

av forsøket av flere grunner. For det første er antallet svangerskapsavbrudd blant 15 og 16 åringer så lavt at effekten av forebyggelsen reduseres relativt sett, i tillegg så øker nevneren, populasjonen under risiko, med 2/3, fra nær 2400 kvinner 17-19 år til nær 4000 kvinner 15-19 år. Dette reduserer effekten ytterligere.

For aldersgruppen 20-24 år er det er klar økning i abortraten fra 1996-98 til 1999-2000 både i forsøkskommunen, kontrollkommunen og de resterende kommunene i Sør-Trøndelag. For de resterende kommunene i Buskerud er ikke økningen i abortrate så dramatisk som i de andre omtalte kommunene.

Også antallet fødsler blant tenåringer går ned i forsøkskommunen sammenlignet med kontrollkommunen. Fødselsutviklingen er noe forskjellig i forsøksfylket sammenlignet med kontrollfylket. Det er derfor vanskelig å konkludere med at all reduksjon man ser i fødselshyppigheten blant aldersgruppen 17-19 år skal forklares med forsøket siden fødselstallene i forsøkskommunen og de øvrige kommunene i forsøksfylket minker fra treårsperioden 1996-98 til 1999-2000 også er fallende i både aldersgruppen 15-19 år og 20-24 år.

7.7 Svangerskapsforebyggende arbeid blant yngre kvinner i Sverige

I Sverige har man i mange år hatt jordmødre som prevensjonsveiledere. De arbeider ut fra "Mødravårdcentraler" eller "Ungdomsmottagning". I Sverige har kvinner i mange år fått gratis spiral. Spiral er i liten grad anbefalt til tenåringer. For å forebygge uplanlagte tenåringssvangerskap ble det startet prosjekt på slutten av 1980-tallet i Gävle (18), på begynnelsen på 1990-tallet i Stockholm (19) og i flere län (20) der man subsidierte p-piller til unge kvinner. I de fleste län måtte tenåringene betale 90-100 Skr for p-piller i ett år. Det mellomliggende beløpet ble refundert fra fylket (länet). Samtidig med at man startet med subsidiering av p-piller til unge kvinner, fokuserte man også på økt tilgjengelighet med å åpne flere helsestasjoner for ungdom (ungdomsmottagninger), intensivere prevensjonsveiledningen og øke etterutdannings-tilbudet til ansatte og starte større informasjonskampanjer mot brukerne (20). I mange län har man klart å redusere tenåringsabortene etter at man startet med subsidiering av p-piller (18,19). Men ikke alle län kan vise til like gode resultater (20). I den svenske evalueringen synes det helt klart at subsidiering av p-piller er ikke nok (18-21). Man må øke tilgjengeligheten for prevensjonsveiledning og øke kvaliteten på veiledningen. Først og fremst gjennom etterutdanning av de profesjonene som arbeider med ungdom kan man øke kvaliteten på veiledningen. I tillegg må man starte informasjons- og opplysningskampanjer som inkluderer brukerne (21). Flere län har som målsetting av hver kommune skal ha sin egen helsestasjon for ungdom (20).

8 OPPSUMMERING

Forsøket i Trondheim representerer den satsningen som mange län gjennomførte i Sverige på slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene med utbygging av helsestasjoner for ungdom (Ungdomsmottagninger). Forsøket i Trondheim har vist at får unge kvinner økt tilgjengelighet for prevensjonsveiledning utenfor legekantorene så strømmer klientene til.

Forsøket har vist at får helsestasjonene nødvendig kompetanse og ressurser for å gjennomføre prevensjonsveiledning når de fram til en gruppe yngre kvinner som i liten grad søker legetjenesten for prevensjon. Gjennomsnittsalderen for prosjektdeltakerne var 18,0 år (16-24) og i underkant av 5% hadde tidligere vært gravid. For det store flertallet av prosjektdeltakere var den seksuelle aktiviteten høy sett på bakgrunn av den varierende bruken av prevensjon som de praktiserte før de gikk inn i prosjektet.

Forsøket har vist at helsestasjonene er et hyggelig møtested for prevensjonsveiledning og at helsesøster/jordmor har tid til å snakke med klientene. Klientene opplever at de blir forstått, at de kan stille spørsmål og får svar. Forsøket finner ingen forskjell i kunnskap om p-piller og kroppslige endringer, om p-piller og effektivitet, og om p-piller og mer alvorlige bivirkninger etter hvem som har formidlet p-pillene, lege eller helsesøster/jordmor. På grunnlag av dette kan man forsiktig konkludere med at helsesøstre/jordmødre ikke informerer dårligere enn leger.

Resultater for kontinuasjonssvikt, bivirkninger og prevensjonssvikt under p-pille-bruk som rapportert i forsøket skiller seg ikke fra det som er publisert fra internasjonale studier om p-piller.

Utlevering av gratis p-piller fra helsestasjonen har ikke ført til at deltakerne går til lege med bivirkningene. Det store antallet konsultasjoner utenfor avtale viser at klientene har tillit til helsestasjonen da det oppstår uventede hendelser. Helsesøster/jordmor tar seg av de aller fleste av ekstrakonsultasjonene som oppstår og få klienter gir opplysninger om at de har oppsøkt lege.

Forsøket har vist at med stor kvalitativ og kvantitativ innsats kan man redusere aborttallene med økt tilgjengelighet til prevensjon. Den relative reduksjonen på 34% i svangerskapsavbrudd og 24% i fødsler som er målt mellom forsøks- og kontrollkommunen for aldersgruppen 17-19 år viser en klar effekt av den store aktiviteten som har pågått ved helsestasjonene i forsøkskommunen.

Forsøket med gratis p-piller har ikke ført til økning i seksuelt overførte sykdommer målt ved klamydiainfeksjoner blant deltakerne i prosjektet.

Forsøket har vist at helsesøstre/jordmødre trenger etterutdanning for å tilegne seg den kompetansen som kreves for å bli kvalitativt gode prevensjonsveiledere. De mangler vesentlig komponenter i grunnutdannelsen og etterutdanningstilbudet er ikke strukturert nok til at det gir en fullgod kompetanse. Det er først og fremst tilgjengeligheten for oppfølgingskonsultasjoner som er helsestasjonenes styrke i å bedre veiledningstilbudet og få klientene til å bli mer langsiktige prevensjonsbrukere. Forsøket har vist at det er dette konsultasjonsvolumet som er kostnads-krevende for kommunene, men er en nødvendig forutsetning for at man skal lykkes med å redusere uplanlagte svangerskap i en gruppe som i liten grad søker legetjenesten for prevensjon.

9 REFERANSER

1. St. meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv.
2. Annonse. Norsk Lysningsblad. 3.6.1997.
3. Prosjektbeskrivelse for "Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000". Oslo. Sosial- og Helsedepartementet, 1997.
4. Protokoll. Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000. Trondheim. Sintef, Unimed, 1997.
5. Innst.S. nr. 231 (1995-96). Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv.
6. Skjeldestad FE. Prosjektilbud: Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000. Trondheim. UNIMED, Sintef, 1997 (prosjektilbud:16-1997).
7. Bjørngård JH, Skjeldestad FE. Samlivs- og prevensjons-veiledning i kommuner 1997-2000. Delrapport B - skoleundersøkelsen: En studie om kjennskap til og deltagelse i prosjektet, om holdninger til seksualitet og kunnskap til p-piller blant elever i den videregående skole i Trondheim 2000. Sintef Rapport SFT78 A012503. Trondheim: Sintef, Unimed, Seksjon for epidemiologisk forskning, 2001
8. Noack T, Østby L. Mer effektiv prevensjonsbruk. Samfunnsspeilet. 1991;5:20 4.
9. Skjeldestad FE. Choice of contraceptive modality by women in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73: 48-52.
10. Aasland OG. Evaluering av Legeforeningens handlingsplan for bedre prevensjonsveiledning og reduserte aborttall. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:1642-5.
11. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO 1996.
12. Røhme K. Samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000. Delrapport A: en kvalitativ intervjuundersøkelse av 22 deltakere i prosjektet. Sintef Rapport SFT78 A012502. Trondheim: Sintef, Unimed, Seksjon for epidemiologisk forskning, 2001
13. Woutersz TB, Korba VD. Five-year, multicenter study of a triphasic low-dose, combination oral contraceptive. Int J Fertil 1988; 33: 406-10.
14. Rekers H. Multicentre trial of a monophasic oral contraceptive containing ethinyl estradiol and desogestrel. Acta Obstet Gynecol Scand 1988; 67: 171-4.
15. Høibraaten E, Amundsen T, Skjeldestad FE. Dyp venetrombose hos yngre kvinner i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:332-5.
16. Amundsen T, Høibraaten E, Skjeldestad FE. Lungeemboli blant yngre ikke-gravide kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:326-9.
17. Trussell J, Kost K. Contraceptive failure in the United States: A critical review of the literature. Stud in Family Plan 1987; 18:237-83.
18. Rahm V-A. Subventionerade -piller till tonåringer-1 års försöksverksamhet i Gävle. Läkartidningen 1991;88:2296-7.
19. Persson E, Gustafsson B, Rooijen Van M. Sänkta aborttal.

- Lättillgänglig och kvalitativ preventivmedelsrådgivning och billiga p-piller ger resultat. Läkartidningen 1994;91:4097-100.
20. Parmander M. Preventivmedelsrådgivning och P-pillersubventionering. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1995:47.
 21. Roojen van M, Edlund M, Gustafsson B, Holtzberg M, Persson E. Att lyssna på ungdomars ideer... Viktig lärdom før rådgivare om preventivmedel. Läkartidningen 1994;19: 4101-3.

Vedlegg 1

Helsesøster:

Midtbyen: (111) Kari Skogvoll (112) Berit Håvold (113) Guri Evensen
(114) Berit Sundstrøm (115) Astrid Svarlien (119) Marit Røstad

Heimdal: (121) Randi Gudding (122) Mona Sundstrøm

Charlottenlund: (131) Vibeke Olufsen (132) Mari-Ann Korssjøen

Vikar, navn: _____

dag måned år

Dato for denne konsultasjonen

Om klienten:

Kjønn: (1) jente (2) gutt

måned år

Fødsels-mnd og år

Post nr for bosted

Skole/utdannings sted (1) Ungdomssk. (2) Videregående (3) Høyskole (4) Universitet
(5) annet: _____

Klassetrinn (trinn i ungdoms / videregående skole; år i høyskole / universitets systemet)

På helsestasjonen:

Type arbeid (skriv inn) _____

Antallet tidligere konsultasjoner ved helsestasjonen

(1) første gang (2) andre gang (3) osv

Om personen har vært på helsestasjonen tidligere

måned år

Måned og år for forrige konsultasjonen

Kommer i prosjektperioden for (1) første gang (2) andre gang (3) osv

Hovedårsak til denne konsultasjonen (1) graviditets test (2) SOS

(30) prevensjon generelt (31) prev., p-piller (4) nød prevensjon (5) info abort (6) info HIV

(7) annet: _____

Hos legen:

Har besøkt fastlegen: (1) ja (0) nei (8) har ingen fastlege; *hvis 0 eller 8, gå til "hvis, nei"

Hvis 'ja'

måned år

Måned og år siste konsultasjonen fastlegen

Var prevensjon hovedårsaken til siste konsult. fastlegen:

(1) ja (0) nei Beskriv: _____

Hvis 'nei' – gå videre med neste spørsmål om legebesøk.

*Hvis 'nei'

Har du noen gang besøkt lege for prevensjon:

(1) ja (0) nei Hvis "nei", gå videre med.....

Hvorfor har du aldri besøkt lege for prevensjon?

Navn, fastlege: _____

Legesenter: _____

**Reproduksjons-
anamnese:**

_____ **Antall tidligere svangerskap (ss)**

_____	_____	_____	1 ss:	måned, år og utfall for 1.ss
måned	år	utfall		
_____	_____	_____	2 ss:	Utfalls kategorier:
_____	_____	_____	3 ss	(1) fødsel (4) svangerskap utenfor livmoren
_____	_____	_____	4 ss	(5) spontan abort (6) svangerskapsavbrudd

Tidligere klamydia infeksjoner:

_____ **Tidligere klamydia prøve(r)**
 (0) ikke tatt klamydia prøve tidligere/vet ikke om prøve er tatt
 (1) har tatt, minst et positivt prøve svar
 (2) har tatt, negative prøve svar
 (8) har tatt, vet ikke prøve svar

Tidligere prevensjonsbruk*²:

(ja=1, nei=0)

_____ (1) ingen bruk
 _____ (4) p-piller
 _____ (7) p-sprøyte

_____ (2) sikre perioder
 _____ (5) mini-pille
 _____ (8) spiral

_____ (3) kondom;
 _____ (6) angre pillen
 _____ (9) _____

Behov for prevensjon:

_____ **Har du for tiden et prevensjonsbehov:** (1) ja
 (0) nei (7) nei, er ikke p.t. seksuelt aktiv (8) nei, har ikke debutert seksuelt (9) vil ikke svare.
HVIS "NEI", INGEN FLERE SPØRSMÅL; STOPP!

_____ **Hvilken prevensjon brukes som hovedmetode** (Kategorier, se tidl. prevensjonsbruk)*²

For å kunne diskutere behov for prevensjon og hvilken prevensjon,
 må jeg vite noe om hvor seksuelt aktiv du/dere er:

Fast partner:

_____ **Har du fast partner?** (1) ja (0) nei (8) vanskelig å definere (9) vil ikke svare

Hvis "ja"

_____ **Fødselsår til fast partner**

Seksuell aktivitet:

_____ **Hvor mange samleier har du hatt siste 28 dager ?**

(99) vil ikke svare på spørsmål om seksuell aktivitet

_____ **Hvor mange partnere har du hatt siste 6 måneder?**

_____ **Hvilken måned og år var ditt første samleie?**
 måned år

Resultat prevensjonsveiledning:

_____ **Antall kondomer utlevert? 0, 1, etc.**

_____ **Reg. nr p-pille studien** (0 deltar ikke i p-pille studien)

Kvalitetssikring av data ved helsestasjonen:

_____ **Journalkort er utfyllt:** (1) ja (0) nei

Kommentarer:

Vedlegg 2

Klientregistrering for deltakere i p-pille studien som kommer for gjentatte besøk:

Helsesøster:

Midtbyen: (111) Kari Skogvoll (112) Berit Håvold (113) Guri Evensen
(114) Berit Sundstrøm (115) Astrid Svarlien (119) Marit Røstad

Heimdal: (121) Randi Gudding (122) Mona Sundstrøm

Charlottenlund: (131) Vibeke Olufsen (132) Mari-Ann Korssjøen

Vikar, navn: _____

dag måned år

Dato for denne konsultasjonen

På helsestasjonen:

Antallet tidligere konsultasjoner ved helsestasjonen

(1) første gang (2) andre gang (3) osv

Om personen har vært på helsestasjonen tidligere

måned

år

Måned og år for forrige konsultasjonen

Kommer i prosjektperioden for (1) første gang (2) andre gang (3) osv

Hovedårsak til denne konsultasjonen (1) graviditets test (2) SOS

(30) prevensjon generelt (31) prev., p-piller (33) kompl./bivirk p-p (34) fornying p-p
(4) nød prevensjon (5) info abort (6) info HIV

(7) annet: _____

Behov for prevensjon:

Har du for tiden et prevensjonsbehov: (1) ja

(1) nei (7) nei, er ikke p.t. seksuelt aktiv (8) nei, har ikke debutert seksuelt (9) vil ikke svare.
HVIS "NEP", INGEN FLERE SPØRSMÅL; STOPP!

Seksuell aktivitet:

Hvor mange samleier har du hatt siste 28 dager ?

(99) vil ikke svare på spørsmål om seksuell aktivitet

Hvor mange partnere har du hatt siste 6 måneder?

Resultat prevensjonsveiledning:

Antall kondomer utlevert? 0, 1, etc.

Reg. nr p-pille studien (0 deltar ikke i p-pille studien)

Kvalitetssikring av data ved helsestasjonen:

_____ **Journalkort er utfyllt:** (1) ja (0) nei

Kommentarer:

Vedlegg 3

Registreringsbok for deltakere i

**Forsøk med samlivs- og
prevensjonsveiledning i kommuner**

ved

_____ **Helsestasjon****Deltaker**

Dag

Mnd

År

Person nr.

Adr: _____

Post. nr

Sted

Prosjekt nr: _____Et UNIMED/SINTEF PROSJEKT etter oppdrag fra
SOSIAL-OG HELSEDEPARTMENTET

Kontaktpersoner:

Finn Egil Skjeldestad

Prosjektleder

Telefon: (47) 73 59 87 84

Fax: (47) 73 59 25 17

E-mail: finn.e.skjeldestad@unimed.sintef.no

Torbjørn Øvreneess

Prosjektkoordinator

Telefon: (47) 73 55 04 23

Fax: (47) 73 59 25 17

E-mail: torbjorn.ovreiness@unimed.sintef.no

Seksjon for epidemiologisk forskning

Sintef, Unimed

N-7034 Trondheim

Innhold	Side
Pasientinformasjon m/informert samtykke	4- 5
Erklæring om bruk av klamydia prøveresultater	6
Inklusjons – eksklusjons kriterier	7
Første konsultasjonen	8- 9
Andre konsultasjonen	10-11
Tredje konsultasjonen	12-13
Fjerde konsultasjonen	14-15
Femte konsultasjonen	16-17
Sjette konsultasjonen	18-19
Oversikt avtaler for konsultasjon	20
Avslutningsark	21
Klamydia-ark	22

Pasientinformasjon og informert samtykke

Du har i samråd med din helsesøster kommet frem til at p-piller er et passende prevensjonsmiddel for deg.

For at helsesøster skal kunne gi deg p-piller på helsestasjonen må du være villig til å delta i en studie. Du får herved forespørsel om å være med i en studie, hvor hensikten er å evaluere hvordan helsesøster håndterer det å foreskrive p-piller. Gjennom prosjektet vil vi evaluere hvordan helsesøster tar seg av de behov som du måtte ha for informasjon og diskusjon rundt det å bruke p-piller og/eller annen prevensjon.

For å kunne gjøre denne evalueringen må vi registrere noen opplysninger om deg. Disse opplysningene omhandler menstruasjon, tidligere prevensjonsbruk, tidligere svangerskap, om seksuell aktivitet og hvilket prevensjonsbehov du har nå, og om det er alvorlige sykdommer i din nærmeste familie som gjør at du bør være forsiktig med å bruke p-pille. Mens du bruker p-piller vil vi registrere både positive og negative helseopplevelser du måtte ha. Dette vil vi gjøre med at du får tilbud om avtale for fornying av p-pille 'resepten' ved helsestasjonen etter 3 eller 6 måneders intervall.

Vi forsyner deg med gratis p-piller så lenge du deltar i prosjektet. Gratis p-piller er knyttet til avtalene du gjør med helsesøster. Helsesøster gir deg p-pillene direkte i hånden. Avhengig av når du begynner i studien vil vi tilby p-piller som prevensjon varierende fra 6 til 24 måneder. Siste dag for å bli med i studien er 31. desember 1999. Prosjektet avsluttes 30. juni år 2000.

Alle opplysningene som samles inn gjennom studien blir registrert i en database. I denne databasen er du som person anonym. I studien har du et prosjekt nummer (tilfeldig valgt identifikasjonsnummer (ID-nummer)). Alle opplysningene du gir blir registrert på skjemaer som er spesielt laget for denne studien. Disse skjemaene knyttes sammen med ID-nummeret. Skjemaene inneholder ikke navn eller person nummer.

Det finns grunner for at du ikke kan bruke p-piller som prevensjon. Helsesøster vil diskutere disse kriteriene med deg.

Prosjektet har som formål å øke prevensjonstilbudet og derav bedre bruk av prevensjon blant kvinner under 25 år. I prosjektperioden vil vi registrere antallet svangerskap blant dere som deltar i studien og totalt sett i forsøkskommunen (Trondheim). I prosjektet vil vi også undersøke om gratis tilgang til prevensjon øker forekomsten av klamydia infeksjoner. Helsesøster tar ikke klamydia prøve. Vi oppfordrer deg som deltaker i studien om å kontakte lege for å få tatt klamydia prøve. Samtidig ber vi om tillatelse til at helsestasjonen innhenter prøvesvar for tidligere tatt klamydia prøver. Disse prøvesvarene vil bli brukt i studien og sammenholdt med svar på klamydia prøver som du tar i løpet av prosjektperioden.

I studien gir vi tilbud om to typer p-piller, der den ene er første valget. Den p-pillen som er første valget foreligger i to brett-typer; 21 og 28 dagers pakning. Hvilken type pakning du får vil foregå ved loddtrekning. Vi vil undersøke om det er forskjell i bruker tilfredshet etter type pakning.

Det er helt frivillig om du vil delta i studien. Du kan la være å delta og du kan trekke deg fra studien på hvilket som helst tidspunkt. Det at du trekker deg fra studien skal ikke få konsekvenser i form av tap av informasjon som du er berettiget på tidspunktet du går ut. Vi må også gjøre

oppmerksom på at din deltagelse i studien kan bli avbrutt av helsesøster dersom du får sykdommer som gjør deg uegnet til å fortsette eller at du ikke klarer å overholde det som protokollen forutsetter. I tillegg kan oppdragsgiveren, Sosial- og Helsedepartementet, av administrative årsaker stoppe prosjektet.

Skulle du utebli fra avtaler om fortsettelse i studien vil helsestasjonen innkalle deg til fornyet konsultasjon. Det er like viktig for studien at vi får en korrekt avslutning som at du fortsetter forsøksperioden ut. Skulle du utebli, vil helsestasjonen inntil to ganger i form av brev eller telefon forsøke å få til en avslutning som samsvarer med god forsknings praksis.

Med vennlig hilsen

Finn Egil Skjeldestad
(forsøkets leder)
Forskningssjef
Sintef, Unimed
7034 Trondheim (tlf. 73 59 87 84)

Jeg har fått ett eksemplar av samtykke erklæringen.

Jeg har lest hva studien innebærer. Jeg bekrefter at studien og samtykke erklæringen er forklart og at mine spørsmål så langt er tilfredsstillende besvart. Det omfatter også de rettigheter jeg har som deltaker.

Jeg vet jeg kan spørre helsesøster om ytterligere spørsmål skulle melde seg.

Jeg har frivillig gitt samtykke til delta i studien.

Dato / /

Dato / /

Deltaker

Helsesøster

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

**Erklæring
om å bruke resultat av
klamydia prøver
i prosjektet**

Jeg gir / gir ikke (stryk det som ikke passer)

tillatelse til at prosjektet kan innhente og knytte opplysninger fra Mikrobiologisk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim, om prøvesvar for tidligere klamydia prøver og klamydia prøver som jeg tar mens jeg deltar i prosjektet.

Jeg er informert av helsesøster om at denne bruken av data foregår på en slik måte at ingen personer på helsestasjonen eller andre som har befatning med prosjektet kan knytte klamydia prøve-svarene til meg som person.

Dato / /

Deltaker

Grunner for ikke å bruke p-pille i prosjektet

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

(Nei=0, ja=1)

- _____ Hypertensjon (>160/100)
- _____ Iskemisk hjertesykdom
- _____ Klaffefeil med komplikasjoner (pulmonal hypertensjon, atrieflimmer, tidligere endocarditt)
- _____ Kjent hyperlipedemi
- _____ Venøs tromboemboli (dyp venetrombose eller lungeemboli)
- _____ Dypvenetrombose eller lungeemboli hos foreldre eller søsken før 45 årsalder
- _____ Hjerneslag

- _____ Diabetes med nyresykdom, nevropati og retinopati
- _____ Diabetes mellitus

- _____ Alvorlig, tilbakevendende hodepine (inkludert migrene) med fokale neurologiske symptomer
- _____ Migrene

- _____ Brystkreft (IO, mor eller søster)

- _____ Galleveis-sykdom med symptomer
- _____ Leversykdommer i form av aktiv hepatitt, levercirrhose, lever svulst.

- _____ Systemisk lupus erythematosus
- _____ Crohns sykdom

- _____ Store menstruasjonsforstørrelser (ikke def. som ureg. menstruasjoner, små blødninger....)

- _____ Er gravid

Hvis ett eller flere 'ja' - kan ikke delta i prosjektet – oppfordres til å søke lege for prevensjon

Første konsultasjonen (side 1:2):

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

_____ Dato
 Dag Mnd År

_____ Vekt (kg)
 _____ Høyde (cm)

_____ Tobakk (0) har aldri røykt (1) < 100 sigaretter
 (2) > 100 sigaretter (3) røyker daglig
 _____ Hvis 3: gjennomsnitt antall sigaretter per dag

_____ Tidligere brukt p-piller (ja=1, nei=0;
 hvis 'nei' - hopp til spørsmål om venninne(r))

Siste periode:
 fra _____ til _____ Mnd
 År Mnd År (merke)

_____ Grunn for å slutte ved siste periode (2 svar alternativ mulig)

- (0) går over til prosjektets p-pille (1) ikke lenger prevensjonsbehov
 (2) fryktet bivirkninger som _____
 (3) _____ (4) _____
 (5) opplevde bivirkninger som _____
 (6) _____ (7) _____
 (8) pga sykdom som _____

Kryss av for p-pille merker du har brukt tidligere:

_____ Trinordiol _____ Trionetta _____ Follimin _____ Synfase _____
 _____ Microgynon _____ Eugynon _____ Marvelon _____ Diane _____
 _____ Annet: _____

_____ Har du venninne(r) som bruker p-p (nei=0; ja=1, vet ikke=8)
Menstruasjon:

_____ Mnd/år første menstruasjon
 Mnd År

_____ Dato siste menstruasjonen
 Dag Mnd År

_____ Syklus lengde (1. til 1. dag)
 _____ Blødningsdager (gj. snitt)
 _____ Regelmessig menstruasjon (3 siste sykler)
 (regelmessig=0, ikke-regelmessig=1)

Kroniske sykdommer: _____

Faste medisiner: _____

_____ / _____ BT

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

Før du skal begynne med p-piller; er det noe du har behov for å vite om p-pillen:
(nei=0; ja=1, negative helse effekt, ja=2; positiv helse effekt)

**skal opplyses uoppfordret*

Helsesøster har gitt informasjon.....

Gen. behov	På sp.mål	Uoppford.
_____ Sikkerhet/effektivitet	_____	_____ *
_____ Blødning/menstruasj.	_____	_____ *
_____ Kvalme	_____	_____
_____ Hodepine	_____	_____
_____ Humør/depresjon	_____	_____ *
_____ Vekt	_____	_____ *
_____ Seksuell lyst	_____	_____
_____ Blodpropp i bena	_____	_____
_____ Blodpropp i lungene	_____	_____
_____ Hjerneslag	_____	_____
_____ Kreft i livmorhalsen	_____	_____
_____ Kreft i livmorhula	_____	_____
_____ Kreft i eggstokkene	_____	_____
_____ Brystkreft	_____	_____
_____ Hvordan ta pillen	_____	_____ *
_____ Glemte piller	_____	_____ *
_____ P-piller og SOS	_____	_____
_____ Annet (skriv inn)	_____	_____

_____ Randomiserings nr (Follimin=9000)

_____ Paknings type (21 dager = 21, 28 dager = 28)

_____ Paknings nummer

_____ Avtale om fornying av p-p ved helsest.
Mnd År

_____ Journalkort; dato og prosjekt anført (ja=1, nei=0)

Andre konsultasjonen (side 1:2)

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

Konsultasjonen er: (1) som avtalt (2) utenfor avtale
(0) ikke møtt for senere konsultasjoner =fyll ut avslutningsark

_____ Dato for konsultasjonen

_____ Fast partner (ja=1, nei=0, vanskelig å def. =8, vil ikke sv.=9)
_____ Fødselsår fast partner

Dag Mnd År

Menstruasjon:
Dato første dag siste menstruasjonen

_____ Syklus lengde (1. til 1. dag)

_____ Blødningsdager (gj. snitt)

_____ Regelmessig menstruasjon (3 siste sykler)
(regelmessig=0, uregelmessig =1)

_____ Vekt (kg)

_____ Tobakk (0=røyker ikke,
hvis røyker: gj. snitt antall sig. per dag)

_____ Har konsultert lege for p-pille bruk (ja=1, nei=0)
siden forrige konsultasjonen ved helsest.
Hvis "ja", kan du si noe om grunnen?

_____ **Har tatt klamydia prøve siden forrige konsultasjonen**

(1) har tatt, positivt prøvesvar (2) har tatt, negativt prøvesvar
(8) har tatt, vet ikke prøvesvaret (9) ikke tatt klamydia prøve

_____ Tilfredshet med p-pillen som prevensjon (skala 1-5)

- 1) misfornøyd (sluttet)
- 2) passe fornøyd (vurderer å slutte, evt. bytte merke)
- 3) middels fornøyd (plager som.....)
- 4) godt fornøyd (ingen plager, men.....)
- 5) meget godt fornøyd (vil anbefale p-pille til andr)

_____ **Glemte piller**

(angi tall, 0 til ?):

_____ Første brettet

_____ Andre brettet

_____ Tredje brettet

_____ Fjerde brettet

_____ Femte brettet

_____ Sjette brettet

_____ **Startet riktig dag**

(ja=1, nei=0)

Andre konsultasjonen (side 2:2)

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

Har du noen opplevelser av å bruke p-pille som du vil diskutere
(nei=0; ja=1: negativ helse effekt; ja=2: positiv helse effekt)

Uoppfordret
opplysning

Blir diskutert
overfladisk / mer omfatt.

_____	Sikkerhet/effektivitet	_____	_____
_____	Blødning/menstruasj.	_____	_____
_____	Kvalme	_____	_____
_____	Hodepine	_____	_____
_____	Humør/depresjon	_____	_____
_____	Vekt	_____	_____
_____	Seksuell lyst	_____	_____

_____	Blodpropp i bena	_____	_____
_____	Blodpropp i lungene	_____	_____
_____	Hjerneslag	_____	_____

_____	Kreft i livmorhalsen	_____	_____
_____	Kreft i livmorhula	_____	_____
_____	Kreft i eggstokkene	_____	_____
_____	Brystkreft	_____	_____

_____	Hvordan ta pillen	_____	_____
_____	Glemte piller	_____	_____
_____	P-piller og SOS	_____	_____
_____	Annet (skriv inn)	_____	_____

_____ Fortsetter i studien (ja=1; nei=0)

_____ Skifter merke (ja=1, nei=0)

_____ Pakning (21 dager = 21, 28 dager = 28)

_____ Paknings nummer

_____ Avtale om fornying av p-p ved helsest
Mnd År

_____ Journalkort; dato og prosjekt anført (ja=1, nei=0)

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

_____ Konsultasjonen er: (1) som avtalt (2) utenfor avtale
(0) ikke møtt for senere konsultasjoner =fyll ut avslutningsark

_____ Dato

_____ Fast partner (ja=1, nei=0, vanskelig å def. =8, vil ikke sv.=9)

_____ Fødselsår fast partner

Dag Mnd År

Menstruasjon:

Dato første dag siste menstruasjonen

_____ Syklus lengde (1. til 1. dag)

_____ Blødningsdager (gj. snitt)

_____ Regelmessig menstruasjon (3 siste sykler)

(regelmessig=0, uregelmessig =1)

_____ Vekt (kg)

_____ Tobakk (0=røyker ikke,

hvis røyker: gj. snitt antall sig. per dag)

_____ Har konsultert lege for p-pille bruk
siden forrige konsultasjonen ved helsest.

(ja=1, nei=0)

Hvis "ja", kan du si noe om grunnen?

_____ **Har tatt klamydia prøve siden forrige konsultasjonen**

(1) har tatt, positivt prøvesvar

(2) har tatt, negativt prøvesvar

(8) har tatt, vet ikke prøvesvaret

(9) ikke tatt klamydia prøve

_____ Tilfredshet med p-pillen som prevensjon (skala 1-5)

1) misfornøyd (sluttet)

2) passe fornøyd (vurderer å slutte, evt. bytte merke)

3) middels fornøyd (små plager som)

4) godt fornøyd (ingen plager, men...)

5) meget godt fornøyd (vil anbefale p-pille til andre som
har behov)

_____ Glemt piller

(angi tall, 0 til ?)

_____ Siste brettet

_____ Nest siste brettet

_____ Tredje siste brettet

Tredje konsultasjonen (side 2:2) Likelydende for konsultasjon 3 til 6

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

Har du noen opplevelser av å bruke p-pille som du vil diskutere
(nei=0; ja=1: negativ helse effekt; ja=2: positiv helse effekt)

Uoppfordret opplysning	Blir diskutert overfladisk / mer omfatt.	
_____	Sikkerhet/effektivitet _____	_____
_____	Blødning/menstruasj. _____	_____
_____	Kvalme _____	_____
_____	Hodepine _____	_____
_____	Humør/depresjon _____	_____
_____	Vekt _____	_____
_____	Seksuell lyst _____	_____
_____	Blodpropp i bena _____	_____
_____	Blodpropp i lungene _____	_____
_____	Hjerneslag _____	_____
_____	Kreft i livmorhalsen _____	_____
_____	Kreft i livmorhula _____	_____
_____	Kreft i eggstokkene _____	_____
_____	Brystkreft _____	_____
_____	Hvordan ta pillen _____	_____
_____	Glemte piller _____	_____
_____	P-piller og SOS _____	_____
_____	Annet (skriv inn) _____	_____
_____	Fortsetter i studien (ja=1; nei=0)	
_____	Skifter merke (ja=1, nei=0)	
_____	Pakning (21 dager = 21, 28 dager = 28)	
_____	Paknings nummer	
_____	Avtale om fornying av p-p ved helsest.	
_____	Journalkort; dato og prosjekt anført (ja=1, nei=0)	

Mnd

År

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

Oversikt avtaler og innkallinger ved helsestasjonen

dag mnd år				
____/____/____	Dato inngått i studien			
			Innkalt	Møtt
			(1) brev	(0) nei
			(2) telefon	(1) ja
____/____/____	Dato avtale 1. kontroll			
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
____/____/____	Dato avtale 2. kontroll			
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
____/____/____	Dato avtale 3. kontroll			
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
____/____/____	Dato avtale 4. kontroll			
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
____/____/____	Dato avtale 5. kontroll			
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
____/____/____	Dato avtale 6. kontroll			
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____
	____/____/____ Dato innkalt på nytt	_____		_____

_____ Deltaker nr _____ Helsestasjon _____ Helsesøster

Avslutningsark (1:1)

_____ Grunn(er) for å gå ut av studien (viktigste grunn først, inntil to grunner)

- _____ (1) avslutter naturlig ved studiens slutt
 _____ (2) har ikke lenger prevensjonsbehov
 _____ (3) skifter til annen prevensjon
 _____ (4) planlegger svangerskap
 _____ (5) har uteblitt (lost-to-follow-up)
 _____ (6) pga bivirkninger, spesifiser

_____ **Viktigste bivirkning først, inntil 2 bivirkninger**

- _____ (1) Sikkerhet/effektivitet (2) Blødning/menstruasj. (3) Kvalme (4) Hodepine
 _____ (5) Humør/depresjon (6) Vekt (7) Seksuell lyst (nedsatt)
 _____ (8) Blodpropp i bena (DVT) (9) Blodpropp i lungene (PE) (10) Hjerneslag
 _____ (11) Kreft i livmorhalsen (12) Kreft i livmorhula (13) Kreft i eggstokkene
 _____ (14) Komplianse, hvordan ta pillen (15) Glemt piller (16) P-piller og SOS
 _____ (17) _____ (18) _____

_____ / _____ / _____
 Dag Mnd År

Dato for avslutning (dato siste pille)
 (99) vet ikke

Graviditeter i prosjektperioden

Har vært gravid i prosjektperioden (1) ja (0) nei

Hvis "ja"

Utfall: (1) fødsel (4) ss utenfor livmoren (5) spontan abort (6) provosert abort

Dato siste menstruasjonen

ss1 (avsluttet)

_____ / _____ / _____
 Dag Mnd År

_____ / _____ / _____
 Mnd År Utfall

Dato siste menstruasjonen

ss2 (avsluttet)

_____ / _____ / _____
 Dag Mnd År

_____ / _____ / _____
 Mnd År Utfall

_____ / _____ / _____

Dato utfylling av skjema

Klamydia ark utfylt (ja=1, nei=0)

Journalkort; dato og prosjekt anført (ja=1, nei=0)

Vedlegg 4

Etter- og videreutdanning 1998: Tid og tema for møter i prosjektgruppen

År	Dato	Tema
1998	14.04	Hvordan snakke med ungdom om seksuell aktivitet?
	28.04	Om registrering av aktiviteten ved helsestasjonen - Klientregistreringsskjemaet*
	12.05	Registreringsbok for deltakerne i p-pille-prosjektet (I)**
	19.05	Registreringsbok for deltakerne i p-pille-prosjektet (II)**
	02.06	Intervjuteknikk: Hvordan bedre kommunikasjon mellom medarbeider og klient. Gjennomgang av video (KS)
	09.06	Intervjuteknikk: Gjennomgang av video (BH)
	23.06	Intervjuteknikk: Gjennomgang av video (GE/M-AK)
	10.08	Intervjuteknikk: Gjennomgang av video (MS)
	11.08	Intervjuteknikk: Gjennomgang av video (BVO)
	18.08	Om hormoner
	19.09	Om p-piller
	26.08	Klientregistreringsskjema:* praktisk gjennomgang
	28.08	Registreringsboken:** praktisk gjennomgang
	03.09	Studiens første uke: oppklaring av praktiske forhold
	15.09	Registreringsboken: Gjennomgang av skjema for første konsultasjon
	30.09	Praktiske råd ved p-piller. Forskjell på p-piller.
	28.10	Klientregistreringsskjema: vurdering av kvalitet på utfyllingen
	13.11	Bivirkninger p-piller. Utsettelse av menstruasjon. Glemte piller.
	10.12	Registreringsboken: gjennomgang av skjema for andre konsultasjon. Klientregistreringen: presentasjon av de første data for Trondheim

**Vedlegg 4 (forts.): Etter- og videreutdanning 1999/2000:
Tid og tema for møter i prosjektgruppen**

1999	09.01	Data kvalitet - hvordan motivere for å bedre kvaliteten på utfyllingen
	21.01	Klientregistreringsskjemaet. Marienlyst helsestasjon, Drammen.
	04.02	Inklusjonskriterier. Kasuistikker.
	05.03	Bivirkninger. Hvordan registrere bivirkninger bedre.
	25.03	Forhold til media. Hvem informerer hvem. Klientregistrering: Sammenligning av data Trondheim og Drammen
	16.04	Etterutdanningspakke for helsesøstre/jordmødre som ikke er med i prosjektet. Profesjonsgrenser.
	28.04	Registreringsboken: Samsvar mellom variablene "tilfredshet" med p-pillen og bivirkninger.
	17.06	Intervjuteknikk. Video fra konsultasjon juni 98 sammenlignet med video fra konsultasjon juni 99 (GE)
	18.08	Planlegging av konferanse med styrings- og referansegruppen.
	15.09	Klientregistrering. Resultat presentasjon.
	01.10	Informasjon og diskusjon av protokoll for kvalitativ intervjuundersøkelse av deltakerne i p-pille-prosjektet
	20.10	Komplianse ved p-piller. Litteratur gjennomgang.
	03.11	Etterutdanning for helsesøster/jordmødre som ikke er med i prosjektet. Forberedelse seminar med styrings- og referansegruppen.
2000	04.01	Preparatliste og kvalitet ("product account list"). Informasjon om spørreskjemaundersøkelsen i den videregående skolen i Trondheim.
	23.02	Registreringsboken: utfylling av "avslutningsark" Reseptforskrivning.
	24.03	Klientregistrering - resultat presentasjon.
	28.04	Klientregistrering og oppretting av data. Stipendmidler annonseres. Journalføring og dokumentasjon ved reseptforskrivning diskuteres.
	20.06	Klientregistreringen - resultat presentasjon. Registrering av dokumentasjon ved reseptforskrivning.

