
Skýrsla um fóstureyðingar og aðgengi að getnaðarvörnum

Reykjavík, 6. desember 1999
Með breytingum 10. febrúar 2000

Sóley S. Bender, formaður starfshóps

Efnisyfirlit

Formáli	3
Inngangur	4
1. Fóstureyðingar	5
1.1 Tíðni fóstreyðinga	5
1.2 Notkun/notkunarleysi getnaðarvarna	10
Niðurstöður og tillögur	12
2. Fræðsla um getnaðarvarnir	13
2.1 Kynfræðsla í skólum	13
2.2 Fræðsla foreldra	15
2.3 Fræðsla heilbrigðisstarfsfólks	15
Niðurstöður og tillögur	16
3. Þjónusta um getnaðarvarnir	18
3.1 Staðsetning	18
3.2 Stjórnun	19
Tegund þjónustu	19
Opnunartími	20
Aðgengi að getnaðarvörnum	20
3.3 Kostnaður	22
Niðurstöður og tillögur	23
4. Samantekt	25
Megintillögur	26
5. Fylgiskjöl	28
Heimildir	29

FORMÁLI

Í lok október 1998 var settur á laggirnar starfshópur á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í þeim tilgangi að koma með tillögur um hvernig mætti auka aðgengi að getnaðarvörnum, auka fræðslu um þær og hvort gera mætti þær ódýrari. Auk þess skyldi starfshópurinn gera heildarúttekt á fóstureyðingum í landinu og setja fram tillögur um hvernig draga mætti úr fjölda þeirra.

Í starfshópnum voru:

Sóley S. Bender, hjúkrunarfræðingur og lektor, sem jafnframt var formaður hópsins
Anna Guðný Björnsdóttir, ljósmóðir
Guðbjörg Edda Hermannsdóttir, félagsráðgjafi
Magnús R. Jónasson, heimilislæknir
Ragnheiður I. Bjarnadóttir, kvensjúkdómalæknir
Þóra Elín Guðjónsdóttir, hjúkrunarfræðingur

Það verkefni sem lá fyrir starfshópnum var að skoða tíðni ótímabærra/óvelkominna þungana og skýringarþætti þess. Til þess að lækka tíðni ótímabærra/óvelkominna þungana þarf að haldast í hendur bæði góð kynfræðsla og góð ráðgjafarþjónusta fyrir fólk um getnaðarvarnir (Frost og Forrest, 1995; Zabin, Hirsch, Smith, Streett og Hardy, 1986). Í ljósi þessa var ákveðið að fjalla um þrjú meginatriði, þ.e. fóstureyðingar, fræðslu og þjónustu um getnaðarvarnir. Fóstureyðingar voru athugaðar m.t.t. tíðni þeirra og notkunar/notkunarleysis getnaðarvarna. Fræðsla um getnaðarvarnir var skoðuð út frá þörfum ungs fólks, foreldra og heilbrigðisstarfsfólks. Þjónustan var einkum skoðuð út frá aðgengi. Var því skipt niður í þrjá flokka, þ.e. staðsetningu (geographical availability), stjórnun (administrative availability) og kostnað (economic availability) (Foreit, Gorosh, Gillespie og Merritt, 1978).

Reykjavík, 6. desember 1999

Sóley S. Bender, formaður starfshóps

INNGANGUR

Á alþjóðaðingum um fólksfjölda og þróun sem haldið var á vegum Sameinuðu þjóðanna í Kairó árið 1994 voru m.a. samþykkt eftirfarandi markmið (ICPD 7.5):

- a) „Að tryggja að viðtæk og staðgóð fræðsla og öll þjónusta um heilbrigða frjósemi, þar á meðal um getnaðarvarnir, sé aðgengileg, fjárhagslega viðráðanleg, boðleg og þægileg öllum sem þurfa á henni að halda.“
- b) „Að auðvelda og styðja ábyrgar, óþvingaðar ákvarðanir um barneignir og aðferðir til að stjórna frjósemi að eigin vali . . . og hafa kost á upplýsingum og fræðslu til að það sé unnt“ (International Planned Parenthood Federation, 1996; Fylgiskjal nr. 4).

Allt eru þetta atriði sem eiga við í íslensku samfélagi, sem öðrum samfélögum. Hér á landi hafa gilt lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir frá 1975 sem eiga að halda utan um rétt fólks til að fá hlutlausu og góða fræðslu um kynlíf og barneignir. Þessum lögum hefur ekki verið framfylgt sem skyldi. Má þar nefna nokkur dæmi. Ekkert markvisst átak hefur verið gert til að mennta og þjálfa betur starfsfólk sem þarf að sinna þessari þjónustu innan heilbrigðiskerfisins sem er forsenda markvissrar fræðslu og ráðgjafar um getnaðarvarnir. Rannsókn sem gerð var meðal heilbrigðisstarfsfólks á heilsugæslustöðvum árið 1988 sýndi að um 84% þess vildu bæta við menntun sína á þessu sviði með því að sækja námskeið. Um 60% töldu sig skorta fræðslufni til að sinna betur fræðslu og ráðgjöf varðandi kynlíf og barneignir. Þar kom einnig fram að það voru marktækt fleiri læknar en hjúkrunarfræðingar og ljósmæður á heilsugæslustöðvum sem sinntu fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir (Sóley S. Bender, 1990a). Viðurkenndum getnaðarvörnum hefur ekki verið dreift á „ráðgjafarþjónustunni“ eins og lögin kveða á um. Niðurgreiðslur getnaðarvarna hafa ekki enn komið til framkvæmda.

Hér á landi er tíðni barneigna mun hærri en víðast hvar í Evrópu. Fóstureyðingum hefur farið fjölgaandi héraðs á síðustu áratugum, sérstaklega meðal ungra stúlkna yngri en 20 ára. Tíðni fóstureyðinga í þeim aldurshópi er hæst hér á landi miðað við önnur Norðurlönd.

Fáar rannsóknir eru til hér á landsvísi um notkun getnaðarvarna hjá fólki á frjósemissskeiði. Takmarkað er vitað um tíðni óvelkominna þungana. Gæði þjónustu um getnaðarvarnir hafa lítt verið skoðuð. Nokkuð vantar upp á að val á getnaðarvörnum sé ásættanlegt. Ýmsar getnaðarvarnir sem eru á markaði erlendis eru ekki fáanlegar hér á landi. Sumar getnaðarvarnir hafa ekki verið kynntar nægjanlega vel fyrir almenningi. Það er reynsla okkar að nokkur misskilningur ríki meðal almennings um getnaðarvarnir og fóstureyðingar. Það hefur verið viðurkennt staðreynd í heiminum að fjárfesting til forvarna í formi fræðslu og ráðgjafar um kynlíf og barneignir skili sér margfalt ef borið er saman við þann kostnað sem heilbrigðis- og félagsmálaþjónusta leggur af mörkum ef forvörnum er ekki komið við. Talið er að hvert pund sem fari í að greiða kostnað við forvarnarstarf á þessu sviði spari hver tíu pund sem fari í aðstoð við fólk ef forvörnum er ekki beitt (A. Furedi, munnleg heimild, júní 1999).

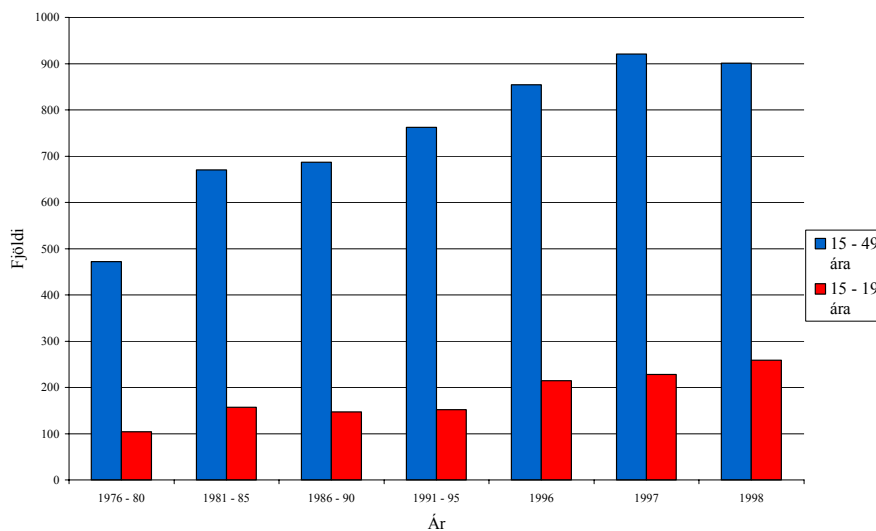
1. FÓSTUREYÐINGAR

1.1 Tíðni fóstureyðinga

Árið 1975 tóku gildi lög um fóstureyðingar hér á landi. Þó ýmislegt hafi orkað tvímælis meðal þingmanna meðan á umræðunni um lögina stóð voru þeir almennt sammála um fyrsta hluta laganna sem fjallar um fræðslu og ráðgjöf (Guðrún Sigríður Vilhjálmssdóttir, 1985).

Í kjölfar gildistöku laganna frá 1975 var á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur sett á stofn Kynfræðsludeild sem ætluð var til að framfylgja fyrsta hluta þessara laga. Hún var starfrækt í um tvo áratugi. Var henni síðan lokað þar sem ekki virtist vera til staðar skilningur stjórnvalda á mikilvægi slíkrar deildar, þrátt fyrir að lögð væri mikil áhersla á mikilvægi hennar (Sóley S. Bender, 1990c).

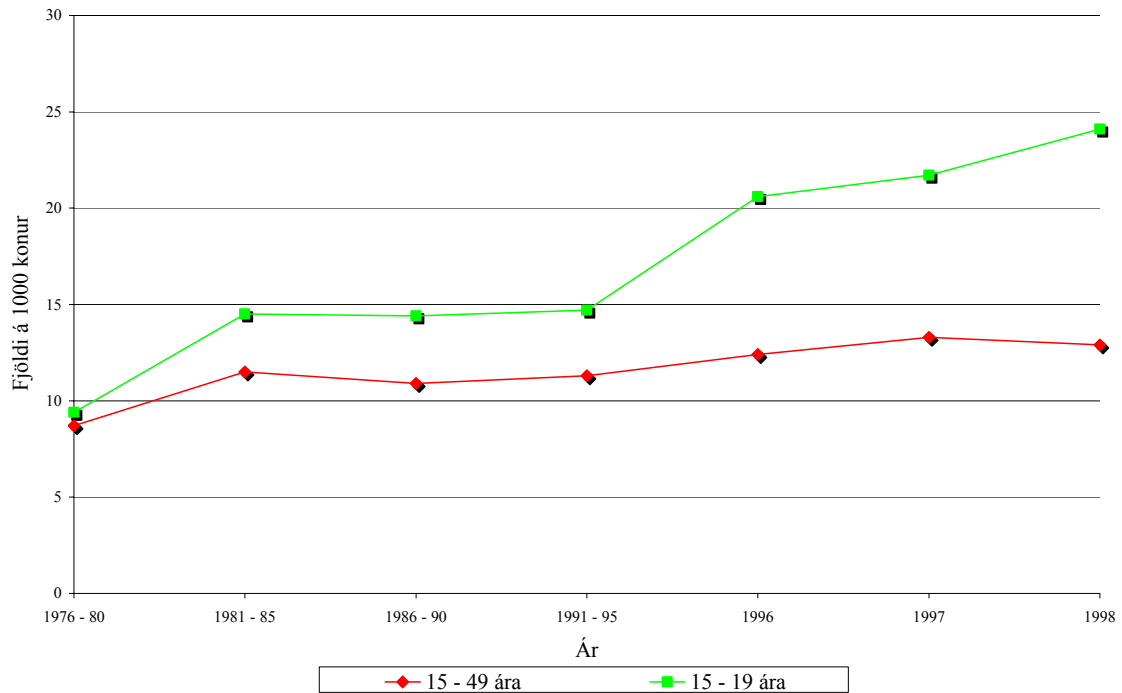
Eins og fram kemur á mynd 1 hefur fóstureyðingum hér á landi farið fjölgandi á tímabilinu 1976-1998. Heildartíðni fóstureyðinga hefur farið hækkandi eins og mynd 2 sýnir og er nú svipuð og á hinum Norðurlöndunum (Gissler, 1999). Þar hefur þróunin á undan-förnum áratugum verið í gagnstæða átt eins og sjá má á myndum 3 og 4. Í Danmörku lækkaði t.d. heildartíðni fóstureyðinga verulega á árunum 1975-1996, þ.e. frá 23 á hverjar þúsund konur á frjósemisheiði árið 1975 í 14 á hverjar þúsund konur árið 1996 (Knudsen, 1998). Algengara er að sjá heildartíðni fóstureyðinga fara lækandi í hinum vestræna heimi. Nokkur lönd eru hins vegar með hækkandi heildartíðni (15-44 ára), þ.e. Ísland (9,8 1976-80, 15,1 1997), Kanada (10,5 1975, 15,5 1995), Nýja-Sjáland (8,6 1980, 16,4 1995) og Skotland (8,1 1975, 11,2 1996) (Landlæknisembættið, 1999; Henshaw, Singh og Haas, 1999a).



Mynd 1. Tíðni fóstureyðinga héraðs meðal kvenna 15-49 ára og stúlkna 15-19 ára á árunum 1976-1998.*

*15-49 ára er heildartala fóstureyðinga, 15-19 ára er tala fóstureyðinga kvenna undir 20 ára aldri.

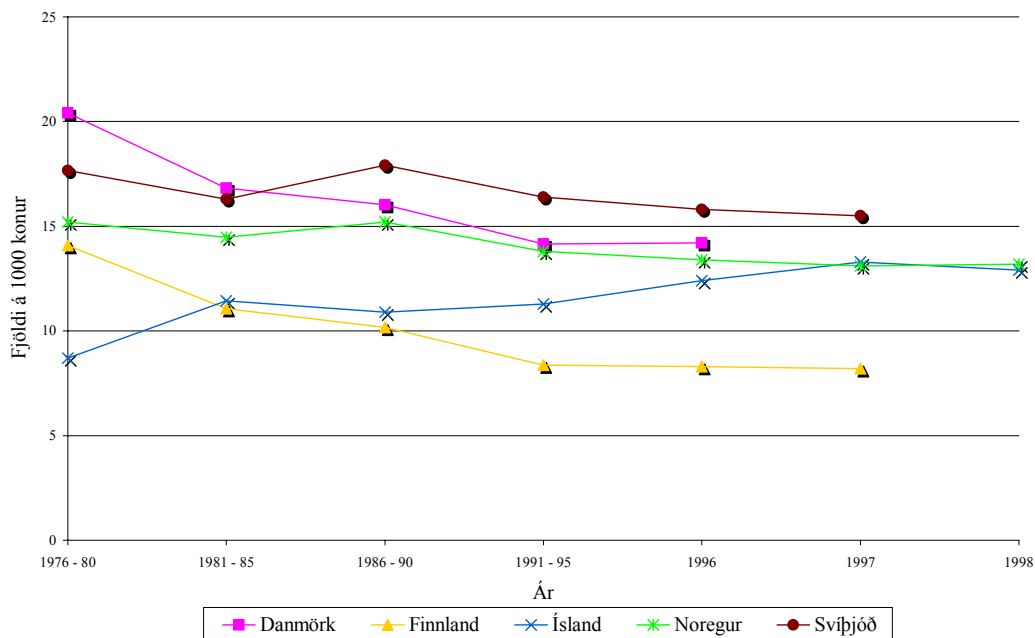
Heimild: Landlæknisembættið, 1999, bráðabirgðatölur fyrir 1998.



Mynd 2. Tíðni fóstureyðinga hérlandis á 1000 konur 15-19 ára og 15-49 ára á tímabilinu 1976-1998.*

*Aldur í árslok fram til 1996, eftir það aldur á aðgerðardegi.

Heimild: Landlæknisembættið, 1999, bráðabirgðatölur fyrir 1998.

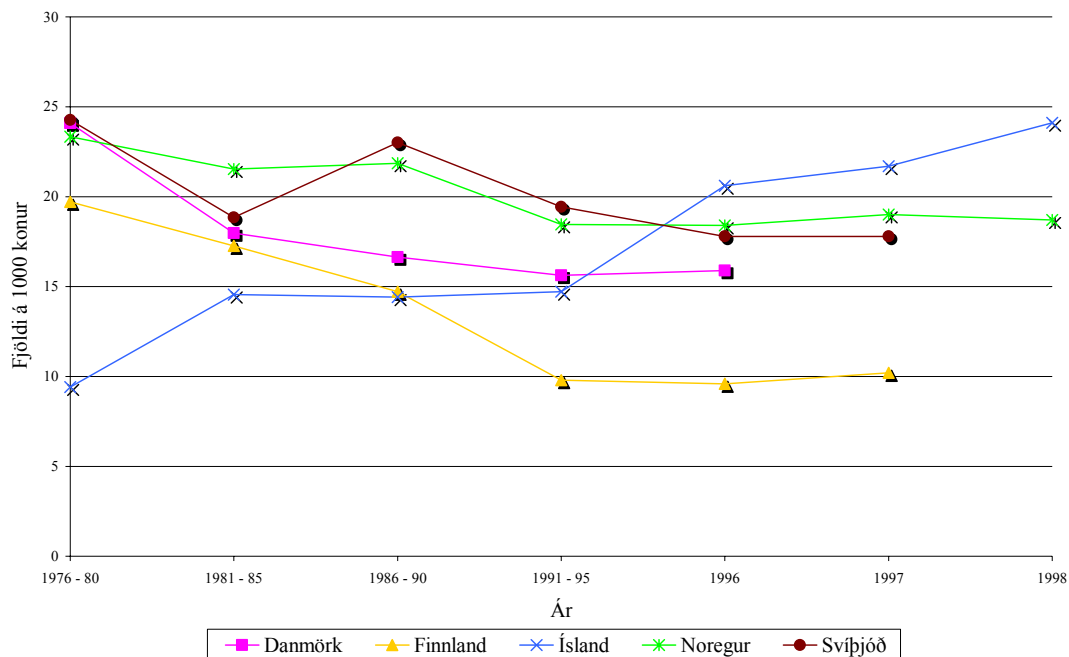


Mynd 3. Tíðni fóstureyðinga á 1000 konur 15-49 ára á Norðurlöndum á tímabilinu 1976-1998.*

*Noregur, 1976-1980, aðeins tölur frá 1979 og 1980.

Heimildir: Landlæknisembættið, 1999, bráðabirgðatölur fyrir 1998; Gissler, 1999.

Tíðni fóstureyðinga meðal íslenskra stúlkna yngri en 20 ára hefur aukist á undanförunum áratugum og er nú svo komið að tíðni þeirra er nú hærri en annars staðar á Norðurlöndum eins og mynd 4 sýnir. Á meðan að tíðni fóstureyðinga meðal ungra stúlkna hefur farið lækkandi annars staðar á Norðurlöndum síðustu áratugi hefur hún farið hækkandi hérlendis. Frá árinu 1996 hefur tíðni fóstureyðinga hér á landi meðal ungra stúlkna yngri en 20 ára verið hæst miðað við hin norrænu löndin.

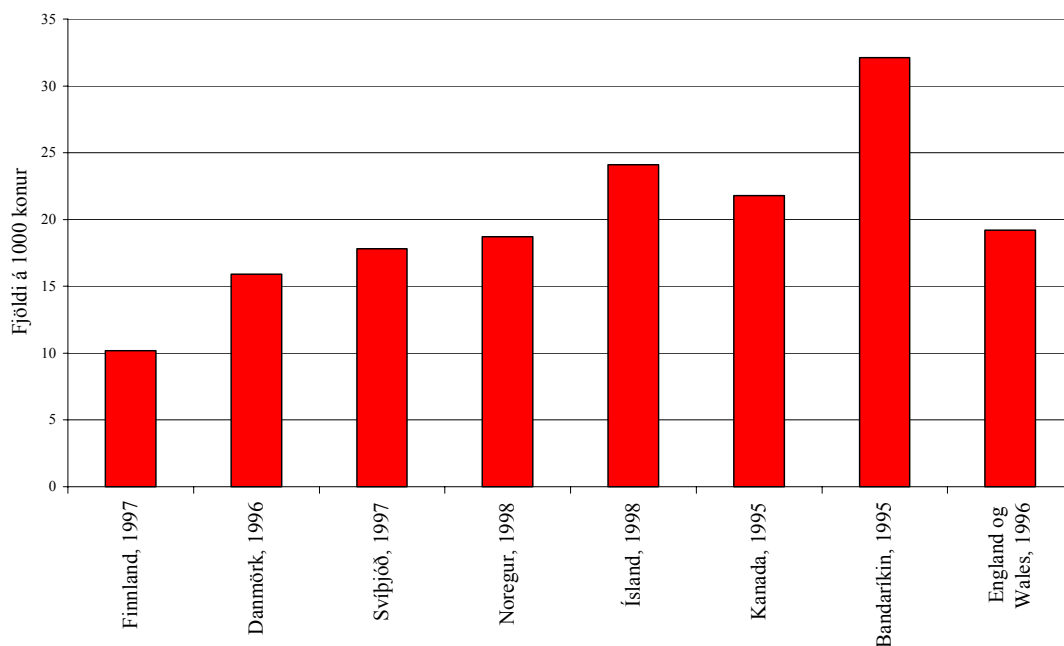


Mynd 4. Tíðni fóstureyðinga á 1000 konur 15-19 ára á Norðurlöndum á tímabilinu 1976-1998.

Noregur, 1976-1980, aðeins tölur frá 1979 og 1980.

Heimildir: Landlæknisembættið, 1999, bráðabirgðatölur fyrir 1998; Gissler, 1999.

Þegar gerður er samanburður á tíðni fóstureyðinga meðal ungra stúlkna við fleiri lönd en Norðurlöndin kemur í ljós að Ísland er með næsthæstu tíðnina miðað við þessi lönd. Tíðni fóstureyðinga á 1000 konur meðal stúlkna yngri en 20 ára var 10,2 í Finnlandi 1997, 15,9 í Danmörku 1996, 17,8 í Svíþjóð 1997, 18,7 í Noregi 1998, 24,1 á Íslandi 1998, 19,2 í Englandi og Wales 1996, 21,8 í Kanada 1995 og 32,1 í Bandaríkjunum 1995 (Landlæknisembættið, 1999; Gissler, 1999; Bankole, Singh og Haas, 1999) (sjá mynd 5).



Mynd 5. Tíðni fóstureyðinga á 1000 konur 15-19 ára í nokkrum löndum.

Heimild: Landlæknisembættið 1999, bráðabirgðatölur fyrir 1998; Gissler, 1999; Bankole, Singh og Haas, 1999.

Við athugun á aldersbundinni tíðni fóstureyðinga á 1000 konur hér á landi á tímabilinu 1976-1997 kemur í ljós að flestar konur sem fara í fóstureyðingu eru í aldurshópnum 20-24 ára, næstflestar eru yfirleitt stúlkur á aldrinum 15-19 ára og í kjölfarið eru oftast konur í aldurshópnum 25-29 ára (Landlæknisembættið, 1999). Þegar þessi tíðni er t.d. borin saman við tíðni í Danmörku kemur fram að þar er algengast á árunum 1975-1996 að konur í aldurshópnum 20-24 ára fari í fóstureyðingu. Þeir hópar sem fylgja í kjölfarið eru konur í aldurshópnum 25-29 ára og síðan konur sem eru 30-34 ára. Ungar stúlkur í aldurshópnum 15-19 ára á fyrrnefndu tímabili eru í fjórða sæti hvað algengi varðar borið saman við annað sæti á Íslandi (Knudsen, 1998; Landlæknisembættið, 1999). Þegar nýjustu tölur á Norðurlöndum um tíðni fóstureyðinga eftir aldurshópum eru skoðaðar kemur í ljós að aðeins á Íslandi (1998) er aldurshópurinn 15-19 ára í fyrsta sæti. Í Noregi (1998) er þessi aldurshópur í þriðja sæti en annars staðar á Norðurlöndum (Finnland, Danmörk og Svíþjóð, 1997) í fjórða sæti eins og tafla 1 sýnir (Landlæknisembættið, 1999; Gissler, 1999).

Tafla 1. Tíðni fóstureyðinga á Norðurlöndum á 1000 konur eftir aldurshópum.

	Ísland 1998	Noregur 1998	Finnland 1997	Svíþjóð 1997	Danmörk 1996
15-19 ára	24,1	18,7	10,2	17,8	15,9
20-24 ára	23,2	25,7	15,0	27,0	23,7
25-29 ára	16,2	19,1	13,4	23,9	21,7
30-34 ára	11,0	15,1	11,1	20,5	19,2
35-39 ára	9,1	9,6	7,4	15,2	13,1
40-44 ára	3,8	3,3	3,3	6,5	5,1
45-49 ára	0,2	0,3	0,4		0,6

Heimildir: Landlæknisembættið, 1999, bráðabirgðatölur fyrir 1998; Gissler, 1999.

Þegar tímabilið frá 1982-1997 er skoðað hér á landi m.t.t. fóstureyðinga má sjá stöðugt vaxandi fjölda kvenna sem hafa áður farið í fóstureyðingu. Árið 1982 höfðu um 11% kvenna sem sóttu um fóstureyðingu áður farið í slíka aðgerð. Árið 1997 hafði þeim fjölgað í 27% (Hagstofa Íslands, 1999). Í rannsókn sem fer fram á Kvennadeild Landspítalans um þessar mundir, um notkun getnaðarvarna meðal kvenna sem fara í fóstureyðingu, sýna niðurstöður úr fyrstu hundrað viðtölunum að 26% þeirra sem eru að fara í fóstureyðingu á þessu ári hafa áður farið í slíka aðgerð einu sinni eða oftár. Þegar þetta hlutfall er borið saman við hlutfall endurtekinnna fóstureyðinga meðal annarra norrænna þjóða árið 1997 kemur í ljós að það er 30% í Finnlandi, 33% í Noregi og 38,7% í Svíþjóð (Gissler, 1999).

Annars staðar á Norðurlöndunum tóku gildi ný lög um fóstureyðingar á svipuðum tíma og hér. Það sem einkum greinir að löndin hvað þennan þátt varðar er að þar hefur markvisst og margþætt forvarnarstarf varðandi kynlífs- og frjósemisheilbrigði átt sér stað til að bæta fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir, bæta aðgengi að þeim og sporna við of hárrí tíðni fóstureyðinga (Ritamies, 1998; Kosunen, 1996; Persson, 1993). Í Finnlandi hefur t.d. náðst mjög góður árangur með að lækka tíðni fóstureyðinga meðal ungra stúlkna. Árið 1975 var tíðnin 21,2 á 1000 stúlkur en 1997 var þessi tíðni komin niður í 10,2 (Kosunen, 1996; Gissler, 1999).

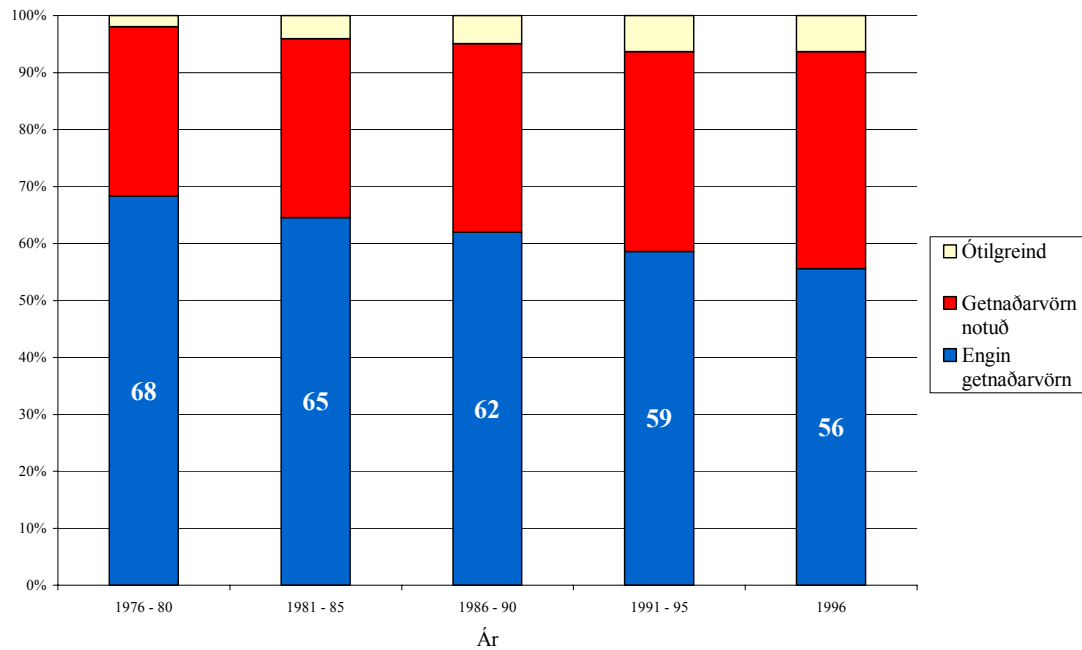
Í Svíþjóð tóku árið 1933 til starfa samtök um fjölskylduáætlun (RFSU) sem hafa unnið ötulllega að þessum málaflokki með styrk stjórnvalda (Bygdeman og Lindahl, 1994). Í Hollandi þar sem tíðni fóstureyðinga er mjög lág (6,5 á 1000 konur 1996) hefur einkum náðst góður árangur með að lækka tíðni óvelkominna þungana með því að leggja áherslu á bætt kynfræðslu, opna umræðu um kynferðismál, markvissa fræðslustarfsemi og aðgengilega þjónustu um getnaðarvarnir (Henshaw, Singh og Haas, 1999b; Ketting og Visser, 1994).

Komið hefur fram í viðtölum við ungt skólafólk hér á landi að til staðar er margvíslegur misskilningur meðal þess um fóstureyðingar. Dæmi eru um að ungar stúlkur telji sig verða ófrjóar eftir aðgerðina. Áleitun hugsun um ófrjósemi getur gert það að verkum að eftir fóstureyðinguna sé vaxandi þörf hjá stúlkunni að fá

staðfestingu á því að hún eigi ekki við ófrjósemi að stríða. Það getur leitt til endurtekinnar þungunar. Sú skoðun hefur einnig komið fram í þessum viðtölum að ungu fólki finnst skorta umfjöllun í skólum um þá ákvörðun að eignast barn eða ekki (fara í fóstureyðingu) út frá þeim margvíslegu hliðum sem viðkemur þessum ákvörðunum.

1.2 Notkun/notkunarleysi getnaðarvarna

Íslenskar rannsóknir hafa leitt í ljós takmarkaða notkun getnaðarvarna meðal kvenna sem fara í fóstureyðingu. Árið 1977 notuðu 27% þeirra einhverja getnaðarvörn þegar getnaður varð en árið 1984 hafði hún aukist í 38% (Þórður Óskarsson og Reynir T. Geirsson, 1987). Þessar tölur miðast við allar getnaðarvarnir, bæði öruggar og óöruggar, þ.e. pilluna, lykkjuna, smokkinn, sæðisdrepandi efni, hettuna, öruggan tíma, rofnar samfarir og ófrjósemisaðgerðir. Ef aðeins er skoðuð hlutfallsleg notkun á pillu og lykkju er notkun þeirra beggja um 12% af þeim fjölda sem segist nota getnaðarvarnir. Borið saman við niðurstöður finnskrar rannsóknar árið 1995 sem náði til 200 kvenna sem höfðu farið í fóstureyðingu voru alls um 11% sem notuðu pillu og lykkju en 63% til viðbótar notuðu einhverjar aðrar getnaðarvarnir þegar getnaður varð (Savonius, Pakarinen, Sjöberg og Kajanoja, 1995). Í finnsku rannsókninni eru því alls um 74% kvenna að nota einhverja örugga eða óörugga getnaðarvörn, þ.e. pillu, lykkju, smokka, sæðisdrepandi efni, öruggan tíma og rofnar samfarir þegar getnaður varð. Heildarhlutfall þeirra sem notuðu einhverja getnaðarvörn þegar getnaður varð er því mun hærra í Finnlandi en hér á landi. Þar voru aðeins um 25% sem notuðu enga getnaðarvörn þegar getnaður varð en héraðis var það hlutfall mun hærra. Á mynd 6 sést notkun/notkunarleysi getnaðarvarna meðal kvenna sem farið hafa í fóstureyðingu hér á landi á tímabilinu 1976-1996. Þessar tölur byggjast á upplýsingum úr skýrslum þessara kvenna (Landlæknisembættið, 1999). Myndin sýnir að meirihluti (56-68%) kvenna sem sótt hafa um fóstureyðingu á þessu tímabili hafa ekki notað neina getnaðarvörn þegar getnaður varð.



Mynd 6. Notkun/notkunarleysi getnaðarvarna meðal kvenna sem fóru í fóstureyðingu á tímabilinu 1976-1996.

Heimild: Landlæknisembættið 1999.

Verið er að kanna notkun/notkunarleysi getnaðarvarna meðal kvenna sem fara í fóstureyðingu á Kvennadeild Landspítalans (Sóley S. Bender, 1999b). Samkvæmt bráðabirgðaniðurstöðum úr fyrstu 100 viðtölunum kemur í ljós að 46% hafa notað einhverja getnaðarvörn þegar getnaður varð, örugga eða óörugga, sem þýðir að meirihluti (54%) notar enga getnaðarvörn (Sóley S. Bender, 1999a). Það eru um 14% sem hafa notað pilluna og lykkjuna af þeim fjölda sem segist nota getnaðarvarnir. Helstu ástæður þess að pillan og smokkur bregðast eru þær að gleymist að taka inn pilluna (8%), uppköst/niðurgangur eða óregluleg notkun pillunnar (4%) og smokkur rifnar, rennur af eða settur upp of seint (8%). Í sömu rannsókn (1999) er skoðuð almenn notkun getnaðarvarna frá því konurnar byrjuðu að nota getnaðarvarnir. Niðurstöður fyrstu 100 viðtalanna sýna að flestar þeirra hafa einhvern tímann notað smokkinn (96%) og/eða pilluna (74%). Mun færri hafa notað lykkjuna (16%), minipilluna (13%), hormónasprautuna (1%) og hettuna ásamt sæðisdrepanni efni (1%). Það er stór hópur kvenna sem þátt tók í rannsókninni sem segist í gegnum tíðina hafa verið að nota mjög óöruggar leiðir til getnaðarvarna, þ.e. 53% rofnar samfarir og 20% örugga daga. Rannsóknin sýnir jafnframt að um fjórðungur kvenna sem þátt tók í rannsókninni hefur í gegnum tíðina verið að nota getnaðarvarnir í um helmingi tilvika (50%) sem þær hafa samfarir eða sjaldnar. Meginástæður fyrir notkunarleysi getnaðarvarna eru kæruleysi (21%) og notkun áfengis (9%). Sumar telja sig ekki geta orðið þungaðar (6%), maki/vinur vill ekki nota getnaðarvörn (4%), aukaverkanir getnaðarvarna (4%), fyrirhöfn að fá getnaðarvörn (3%) og fyrirhöfn að nota getnaðarvörn (3%). Það kom einnig fram að 89% sögðust aldrei hafa notað neyðargetnaðarvörn. Tæplega helmingur (43%) kvenna vissi ekki hvað neyðargetnaðarvörn er. Þær sem vissu um tilvist hennar höfðu flestar fengið þá

vitneskju á Kvennadeildinni þegar þær voru að fara í gegnum undirbúning viðkomandi fóstureyðingar.

Þessar niðurstöður gefa vísbendingu um að notkunarleysi getnaðarvarna sé verulegt meðal kvenna sem sótt hafa um fóstureyðingu. Fáar konur hafa t.d. notað hormónasprautuna og neyðargetnaðarvörn. Viðtölin sýna jafnframt mikinn þekkingarskort meðal þessara kvenna á þessum tveimur getnaðarvörnum. Það hefur einnig komið fram í viðtölum við konur sem farið hafa í fóstureyðingu á undanförunum árum að þær hafa færstar vitneskju um það hvernig pillan virkar þrátt fyrir að hafa notað þá getnaðarvörn til margra ára. Almennt má því segja að það þurfi að fræða og veita betri ráðgjöf um getnaðarvarnir. Ljóst má vera þó hér séu einkum lögð fram gögn varðandi notkun getnaðarvarna meðal kvenna að hér sem annars staðar þurfi að leggja mikla áherslu á hlut stráka og karla varðandi ábyrga notkun getnaðarvarna.

Niðurstöður:

- Ekki er nægjanlega tekið mið af alþjóðlegum samþykktum og lögum hér á landi um rétt fólks til að fá hlutlausa fræðslu og ráðgjöf um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir.
- Gætt hefur skilnings- og aðgerðaleysis stjórnvalda á þessum málaflokki í alltof langan tíma.
- Kynfræðsludeildin á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur sem einkum þjónaði ungu fólki var lokað þrátt fyrir mikla þörf fyrir slíka þjónustu.
- Hér á landi hefur fóstureyðingum farið fjölgandi, einkum er mikil fjölgun meðal ungra stúlkna yngri en 20 ára. Sá aldurshópur (15-19 ára) er með hæstu tíðni fóstureyðinga miðað við önnur norræn lönd.
- Lítil umræða er í samfélaginu um ábyrgt kynlíf og ábyrgt foreldrahlutverk sem ef til vill ýtir undir kæruleysi í kynlífi. Umræða um notkun ávana- og fikniefna hefur ekki verið tengd óábyrgu kynlífi þó það sé vel þekkt fyrirbæri.
- Margar konur sem sækja um fóstureyðingu hafa að jafnaði notað óöruggar leiðir til getnaðarvarna.
- Takmörkuð þekking er meðal kvenna sem fara í fóstureyðingu á neyðargetnaðarvörn, hormónasprautunni og fleiri getnaðarvörnum.

Tillögur:

- Auka val kvenna (para) um þjónustuform. Starfrækt verði sérhæfð móttaka um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir með sérmenntuðu starfsfólki sem geti verið annarri þjónustu á þessu sviði til ráðgjafar. Slík þjónusta hafi opið að degi til og á kvöldin.
- Stuðla að áframhaldandi þróun fræðslu og ráðgjafar um getnaðarvarnir fyrir konur sem fara í fóstureyðingu á Kvennadeild Landspítalans. Þar hafi konur aðgang að getnaðarvörnum á kostnaðarverði (lykkjan) (sjá nánar bls. 19).
- Auka aðgengi kvenna að neyðargetnaðarvörn.
- Meiri umfjöllun þarf að eiga sér stað um ábyrgt kynlíf og þar með ábyrga notkun getnaðarvarna, t.d. í fjölmiðlum og víðar.
- Kynna neyðargetnaðarvörn fyrir fólki með ýmsum hætti, eins og auglýsingum á strætisvögnum, með skjáauglýsingum og í kvikmyndahúsum.
- Kynna betur hormónasprautuna í samfélaginu.

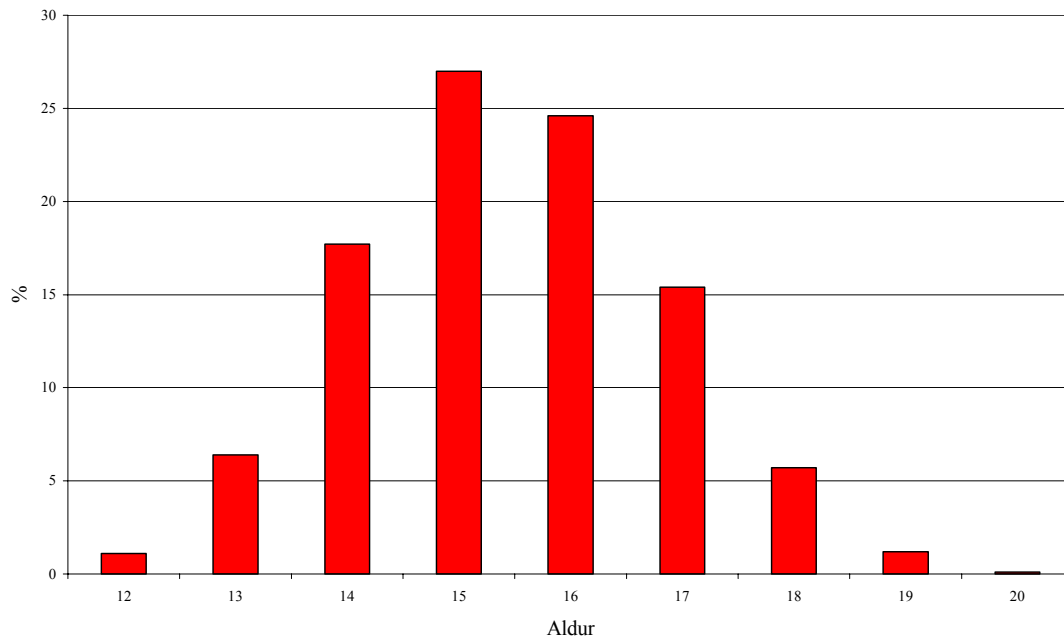
2. FRÆÐSLA UM GETNAÐARVARNIR

2.1 Kynfræðsla í skólum

Samkvæmt grein nr. 7 í lögum frá 1975 um ráðgjöf og fræðslu um kynlíf og barneignir segir svo: „Fræðsluyfirvöld skulu í samráði við skólafirlækni veita fræðslu um kynlíf og siðfræði kynlífs á skyldunámsstigi í skólum landsins. Einnig skal veita þessa fræðslu á öðrum námsstigum.“

Í aðalnámskrá grunnskóla sem tók gildi á þessu ári virðist einkum lögð áhersla á forvarnir með tilkomu nýrrar námsgreinar er nefnist *Lífsleikni* (Menntamálaráðuneytið, 1999b). Í hinum almenna hluta aðalnámskrárinnar er þess getið að í skólanámskrám þurfi m.a. að koma fram hver sé lífsleikniáætlun skólans, hvernig hann ætli sér að standa að lífsleikninámi og forvörnum. Skal a.m.k. verja einni kennslustund á viku til kennslu í lífsleikni frá 4. bekk og til loka grunnskólans. Er þessari grein ætlað að efla alhliða þroska nemenda, þar sem m.a. er lögð áhersla á sjálfsþekkingu, samskipti og lífsstíl. Allt eru þetta atriði sem tengjast því að þroskast sem kynvera í samskiptum við aðra einstaklinga en það samhengi er hins vegar mjög lítið útfært í þessari námskrá. Það vekur athygli að í lokamarkmiðum námsefnis um lífsleikni í grunnskóla skuli ekki vera getið um þá ábyrgð er tengist því að lifa kynlífi. Hins vegar er það sérstaklega tekið fram að nemandinn þurfi að styrkjast í því að bera ábyrgð á eigin lífi með því að taka afstöðu gegn neyslu fíkniefna. Í aðalnámskránni er fjallað um að allir skólar skuli koma sér upp forvarnaráætlun. Í því samhengi er ekkert minnst á forvarnir varðandi kynlíf og barneignir þrátt fyrir þá staðreynd að á Íslandi er mun hærri tíðni þungana meðal unglingsstúlkna en annars staðar á Norðurlöndum. Í aðalnámskrá grunnskóla frá 1989 kemur fram að markmið með kynfræðslu sé einkum að koma í veg fyrir ótímabærar þunganir, kynsjúkdóma og kynferðislegt ofbeldi. Leiðir að þessum markmiðum eru tilgreindar. Þar er m.a. lögð áhersla á góð samskipti, heillavænlega ákvarðanatöku og gagnlega fræðslu um ýmsa þætti svo sem um getnaðarvarnir (Menntamálaráðuneytið, 1989). Þegar bornar eru saman aðalnámskrár frá 1989 og 1999 kemur í ljós að víða skortir í nýju námskránni að greint sé skýrt frá gildi kynfræðslunnar og hættan er kannski enn meiri en áður á því að börn og unglingar fái ekki þá kynfræðslu sem þeim er nauðsynleg.

Í aðalnámskrá framhaldsskóla sem einnig tók gildi á þessu ári er greint frá því að í skólanámskrá skuli fjalla um svokölluð sérstök viðfangsefni skólans svo sem áfengis- og vímuvarnir, umhverfismennt og jafnréttisfræðslu. Þar er ekki talið upp að varnir varðandi áhættusamt kynlíf séu mikilvægar (Menntamálaráðuneytið, 1999a). Það virðist hafa gleymst að einmitt á þessum árum (16-20 ára) eykst verulega sá fjöldi ungmenna sem er að hefja kynmök og langflest ungt fólk á þessum árum er að prófa sig áfram í kynlífi (mynd 5). Þörf þeirra á þessum árum fyrir fræðslu og ráðgjöf á þessu sviði er veruleg (Sóley S. Bender, 1999d).



Mynd 7. Aldur við fyrstu kynmök.
Heimild: Sóley S. Bender (1999d).

Vorið 1990 var nýtt námsefni í kynfræðslu frá Bandaríkjunum þýtt og staðfært og kynnt til notkunar í efstu bekkjum grunnskólans. Námsefnið styðst við handbók kennara, 120 mínútna myndband og handbók foreldra. Í því er lögð áhersla á hópstarf, verkefnavinnu, vinnu með foreldrum og eru þar skoðuð margvísleg lífsgildi. Auk þess er í námsefninu lögð áhersla á viðhorf og færni nemandans. Það er líklegra til árangurs varðandi heilbrigða kynlífshegðun en eingöngu umfjöllun um staðreyndir. Mætti leggja meiri áherslu á þetta námsefni og kenna það víðar. Nauðsynlegt er í því sambandi að halda námskeið fyrir þá sem eiga að kenna það. Eins væri það mikill áfangi ef íslenskt myndbandsefni með námsefninu væri útbúið. Haustið 1992 var haldið eitt námskeið í kynfræðslu fyrir skólahjúkrunarfræðinga og kennara þar sem lögð var áhersla á þetta námsefni. Fenginn var styrkur frá Alþjóðasamtökum um fjölskylduáætlun (International Planned Parenthood Federation) til að fá hollenskan sérfræðing á þessu sviði til að halda námskeiðið í samvinnu við Sóleyju S. Bender. Hefur það ekki verið endurtekið. Mjög mikil aðsókn var að þessu námskeiði og þurftu ýmsir frá að hverfa vegna fjöldatakmörkunar. Samkvæmt nýlegum upplýsingum frá Símenntunarstofnun Kennaraháskóla Íslands hefur ekkert námskeið í kynfræðslu verið haldið síðan 1992. Nauðsynlegt er að hafa slík námskeið reglulega til að veita kennurum og skólahjúkrunarfræðingum meiri stuðning við kennsluna.

Í framhaldsskólum er ekki til neitt heildstætt námsefni um kynfræðslu líkt og kynfræðsluefnið Lífsgildi og ákvarðanir. Góð námsgögn eru nauðsynleg undirstaða og jafnframt mikilvæg forsenda þess að hægt sé að koma efninu vel til skila. Hér skortir því mjög að útbúa námsefni sem hægt er að kenna á þessu skólastigi. Á vegum Fræðslusamtaka um kynlíf og barneignir (FKB) er ætlunin að vinna að gerð slíks efnis ef styrkur fæst til þess verkefnis.

Námsefni sem ætlað er til kennslu í kynfræðslu í skólum fjallar á yfirborðslegan hátt um getnaðarvarnir. Þörf er á því að fara betur í þær getnaðarvarnir sem ungt fólk notar mest. Byggist þetta mat á viðtölum við margt ungt fólk sem hefur

greint frá því að það sé brýnt að fjalla betur um þær getnaðarvarnir sem þau þurfa mest að fá vitneskju um, eins og um notkun smokksins, pillunnar og neyðargetnaðarvarnar. Eins þarf að greina þeim frá notkun sprautunnar. Að auki er mikilvægt að fjalla um rofnar samfarir því það er sú leið sem iðulega er farin, þrátt fyrir hið mikla óöryggi hennar, áður en byrjað er að nota smokka. Miðað við reynslu heilbrigðisstarfsfólks hefur komið fram að ungar stúlkur hafa misvísandi upplýsingar um getnaðarvarnir ásamt því að hafa ýmsar áhyggjur sem heft getur notkun þeirra. Margar þeirra telja t.d. pilluna hættulega getnaðarvörn, það þurfi að taka pilluhlé, að stúlkur yngri en 16 ára geti ekki fengið hana og sumar þeirra óttast kvenskoðun. Þessi pilluhlé eru gjarnan tekin þegar stúlkan hættir með stráknum á föstu. Oft er það svo að stúlkan er síðan komin í annað samband og hefur þá ekki byrjað nógu snemma að nota pilluna. Á meðan á pilluhléinu stendur verður iðulega þungun.

2.2 Fræðsla foreldra

Þegar rætt er við ungt fólk í dag um tjáskipti þeirra við forelda um kynlíf og barneignir er mjög mismunandi hversu auðvelt það er þeim að ræða þessi mál. Sumir segjast alveg geta rætt við foreldra sína en aðrir segjast alls ekki geta það og enn aðrir eru þarna mitt á milli. Þau ræða gjarnan um að foreldrar hafi fengið svo litla kynfræðslu að þeir treysti sér ekki til að fræða aðra. Í viðtölum við ungar stúlkur (yngri en 16 ára) sem leitað hafa til ráðgjafa FKB í Hinu húsinu vegna neyðargetnaðarvarnar kemur iðulega fram að þær hafa ekki rætt við foreldra sína um að þær séu byrjaðar að hafa kynmök. Rannsóknir hafa sýnt fram á að kynfræðsla í skólum og fræðsla foreldra um öruggar getnaðarvarnir áður en ungt fólk byrjar að hafa kynmök eykur líkur á því að það byrji seinna að hafa kynmök. Einnig aukast líkur á notkun örugggra getnaðarvarna við fyrstu kynmök (Mauldon og Luker, 1996). Það er því mjög mikilvægt að foreldrar geti rætt við börn sín um getnaðarvarnir.

Kynfræðsluefnið Lífsgildi og ákvarðanir leggur áherslu á þátt foreldra í kynfræðslunni. Námsefninu fylgir sérstök handbók fyrir foreldra eins og áður er getið. Einnig fara nemendur heim með ýmis verkefni sem þau eiga að leysa með foreldri/forráðamanni. Foreldrar eru boðaðir á þrjá foreldrafundi til að kynna þeim námsefnið. Þessir fundir eru mikilsverð leið til að fræða foreldra um þessi málefni. Til þess að kennari eða skólahjúkrunarfræðingur treysti sér í slíka vinnu þarf hann/hún að hafa mjög góðan grunn til að byggja á.

FKB gerðu bækling fyrir nokkrum árum sem var hluti af tilraunaverkefni samtakanna. Bæklingurinn heitir: Kynfræðsla, þátttaka foreldra. Til stendur að gefa þennan bækling út þar sem skólahjúkrunarfræðingar óska oft eftir honum til dreifingar í skólum.

2.3 Fræðsla heilbrigðisstarfsfólks

Gæði þjónustu um getnaðarvarnir byggist á menntun og þjálfun þess starfsfólks sem á að veita þá þjónustu. Til að veita öðrum fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir þarf heilbrigðisstarfsmaður að hafa nægjanlega þekkingu og færni til þess. Í könnun sem gerð var árið 1988 meðal heilbrigðisstarfsfólks á heilsugæslustöðvum kom fram áhugi þess til að bæta þekkingu sína (Sóley S. Bender, 1990a). Engin endurmenntunarnámskeið um getnaðarvarnir eru í boði fyrir starfsfólk sem á samkvæmt lögum að sinna þessum þætti í sínu starfi. Á slíkum námskeiðum þarf að leggja áherslu á þær getnaðarvarnir sem lítt hafa verið kynntar eins og neyðargetnaðarvörn og hormónasprautuna. Huga þarf t.d. betur að þeirri fræðslu sem

konur fá varðandi töku pillunnar. Margar þeirra hætta á pillunni vegna aukaverkana hennar án þess að ráðfæra sig við heilbrigðisstarfsfólk.

Á göngudeildum erlendis er stuðst við ýmsar vinnureglur varðandi fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir til að auðvelda starfsfólki þá vinnu og gera ráðgjöfina markvissari og betri. Vorið 1995 voru Landlæknisembættinu afhentar leiðbeiningar um getnaðarvarnir sem áttu að vera fyrir heilbrigðisstarfsfólk á heilsugæslustöðvum. Leiðbeiningarnar voru unnar af vinnuhópi á vegum Landlæknisembættisins. Var Sóley S. Bender formaður hans og tók hún jafnframt saman þessar leiðbeiningar. Ætlun Landlæknisembættisins var að setja þær í handbók heilsugæslustöðva. Hefur þessum leiðbeiningum ekki verið komið á framfæri við starfsfólk heilsugæslustöðva eins og til stóð (Sóley S. Bender, 1995) (fylgiskjal nr. 2).

Í könnuninni frá 1988 kom einnig fram að skortur væri á fræðsluefni til að styðjast við. Engir bæklingar eru til um hormónasprautuna og ófrjósemisaðgerðir. Hópur fagfólks sem starfar í Ráðgjöf um getnaðarvarnir á Móttöku kvenna á Kvennadeildinni hefur unnið að gerð bæklinga um hormónasprautuna. Bækling um ófrjósemisaðgerð er fyrirhugað að vinna á vegum FKB á þessu starfsári ef nægjanlegur styrkur fæst til þess verkefnis. Engir bæklingar eru til um fóstureyðingar og kvenskoðun. Endurskoða þarf bæklinga Landlæknisembættisins um getnaðarvarnir og þann bækling sem hefur verið í dreifingu um hettuna.

Niðurstöður:

- Ekki eru skýr ákvæði í námskrá um að skólanemendur fái viðunandi fræðslu um ábyrgt kynlíf.
- Ekki er ljóst á þessu stigi hvernig forvarnaráætlunum í skólum verður framfylgt.
- Aðeins eitt námskeið hefur verið haldið fyrir skólahjúkrunarfræðinga og kennara um kynfræðslunámsefnið Lífsgildi og ákvarðanir.
- Íslenskt myndband skortir sem hentar betur til kennslu á námsefninu Lífsgildi og ákvarðanir.
- Önnur nauðsynleg myndbönd skortir fyrir ungt fólk, svo sem almennt um getnaðarvarnir, smokkanotkun, neyðargetnaðarvörn o.fl.
- Námsefni í kynfræðslu skortir fyrir framhaldsskóla.
- Hjúkrunarfræðingar hafa af ýmsum ástæðum ekki tekið þátt í fræðslu til foreldra. Skortir þar líklega stuðning.
- Margir foreldrar treysta sér ekki til að ræða við börn sín og fræða þau um kynlíf.
- Heilbrigðisstarfsfólk skortir menntun og þjálfun til að veita ráðgjöf um getnaðarvarnir.
- Heilbrigðisstarfsfólk skortir leiðbeininga- og fræðsluefni um getnaðarvarnir (leiðbeiningar og bæklinga).

Tillögur

- Fræðsla um ábyrgt kynlíf komi með afgerandi hætti í námskrár.
- Fylgjast þarf með þeim forvarnaráætlunum sem skólarnir gera sér og sjá til þess að þar sé sinnt forvörnum er varðar kynheilbrigði ungs fólks.
- Halda þarf reglulega (u.þ.b. þriðja hvert ár) námskeið í kynfræðslu fyrir kennara og skólahjúkrunarfræðinga. Líklegt er að þau muni auðvelda þeim að halda foreldrafundi um kynfræðslu.

- Styrkja þarf gerð íslenskra myndbanda fyrir kennslu í kynfræðslu bæði í grunn- og framhaldsskólum.
- Útbúa þarf námsefni sem hægt er að leggja til grundvallar í kynfræðslu í framhaldsskólum landsins.
- Heilbrigðisstarfsfólki verði kynnt neyðargetnaðarvörn hið fyrsta.
- Halda ber reglulega námskeið fyrir heilbrigðisstarfsfólk um getnaðarvarnir.
- Heilbrigðisstarfsfólk hafi greiðari aðgang að leiðbeiningum um notkun getnaðarvarna.
- Auka þarf fræðsluefni um getnaðarvarnir (s.s. um pillunotkun, sprautuna, hettuna og ófrjósemisaðgerð). Endurskoða þarf núverandi bæklinga Landlæknisembættisins um getnaðarvarnir.

3. ÞJÓNUSTA UM GETNAÐARVARNIR

Fjallað er um aðgengi að þjónustunni út frá staðsetningu hennar, stjórnun og kostnaði (Foreit, o.fl., 1978).

3.1 Staðsetning

Staðsetning á við um hvar þjónustan er veitt. Áhersla hefur verið lögð á mikilvægi þess að þjónustan sé nálægt búsetu fólks eða daglegri viðveru þess. Það er talið geta heft notkun þjónustunnar ef fólk þarf að sækja sér hana um langan veg.

Í lögum frá 1975 segir í 3. grein: „Ráðgjafarþjónusta þessi skal veitt á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum og má vera í starfstengslum við mæðranefnd, kvensjúkdómadeildir, geðvernd, fjölskylduráðgjöf og félagsráðgjafarþjónustu.“ Hér á landi er þessi þjónusta veitt á heilsugæslustöðvum, hjá sérfræðingum, á sjúkrahúsum og að einhverju leyti í grunnskólum þó þar séu ekki afhentar getnaðarvarnir. Einnig á sér stað fræðsla um getnaðarvarnir í félagsmiðstöðvum fyrir ungt fólk og á vegum ráðgjafarstarfsemi FKB í Hinu húsinu. Einnig hefur ungt fólk leitað til námsráðgjafa í framhaldsskólum þar sem ekki eru til staðar heilbrigðisstarfsmenn. Misjafnt er eftir stöðum hvaða tegund þjónustu er í boði.

Lítið hefur verið rannsakað hérlendis um staðsetningu þjónustunnar. Árið 1996 var gerð landskönnun meðal 2500 ungmenna 17-20 ára til að skoða viðhorf þeirra til sérhæfðrar þjónustu um kynlíf og barneignir (Sóley S. Bender, 1999d). Í ljós kom að um helmingur þátttakenda vill hafa þjónustuna á sérstökum stað, þ.e. utan veggja heilsugæslu- og sjúkrahúsa. Þriðjungur telur best að hafa hana innan veggja heilsugæslunnar. Um 10% vilja hafa hana innan veggja upplýsinga- og menningarmiðstöðva fyrir ungt fólk, um 5% innan veggja spítala en aðeins um 2% vilja hafa þjónustuna í skólanum. Talið er líklegt að þessi litli fjöldi sem lagði áherslu á skólana skýrist af því að þar hefur ekki verið hefð fyrir slíku. Um 80% telja það mikilvægt að þjónustan sé nálægt búsetu þeirra. Þeir sem búa úti á landi leggja marktækt meiri áherslu á það að þjónustan sé nálægt búsetu þeirra en þeir sem búa í Reykjavík. Má telja að sú áhersla tengist því að ekki sé alltaf greiður aðgangur að þjónustunni úti á landi þó hún sé í raun til staðar. Um 40% þátttakenda lögðu áherslu á að móttakan væri lítt áberandi. Nýleg viðtöl við ungt fólk á Akureyri staðfestu þær niðurstöður (Sóley S. Bender, í prentun a og 1999e).

Talið er mikilvægt að þjónusta fyrir ungt fólk um getnaðarvarnir sé starfrækt í skólum. Í Bretlandi er nú nýverið farið að þróa þjónustu fyrir ungt fólk um getnaðarvarnir innan veggja skóla. Í Bandaríkjunum hafa ýmsar tilraunir verið gerðar með slíkt og skilað góðum árangri (Brindis og Sanghvi, 1997; Kirby, Waszak og Ziegler, 1991). Hér á landi eru starfandi hjúkrunarfræðingar í efstu bekkjum grunnskólans. Þeir hafa ekki haft heimild til að afgreiða neyðargetnaðarvörn. Í lögum um framhaldsskóla (1996) 13. gr. segir svo: „Í öllum framhaldsskólum skal rækja heilsuvernd.“ Í fimm framhaldsskólum eru starfandi hjúkrunarfræðingar og því langt í land að hægt sé að tala um að hér sé starfrækt þjónusta um getnaðarvarnir innan veggja framhaldsskólanna (Sigríður Haraldsdóttir, 1999).

FKB hafa verið með móttöku fyrir ungt fólk í Hinu húsinu frá 1995 og auk þess verið með símaráðgjöf í um tvö ár. Samtökin leggja áherslu á fræðslu og ráðgjöf um kynlíf, getnaðarvarnir, kynsjúkdóma og barneignir. Útbúið hefur verið sérhannað ráðgjafarherbergi í Hinu húsinu fyrir þessa starfsemi sem nefnist „Á jörðinni“. Ungt fólk getur þar fengið neyðargetnaðarvörn, þungunarpróf og smokka án endurgjalds. Hefur ungt fólk einkum leitað til samtakanna varðandi neyðargetnaðarvörn. Á

starfsárinu 1998-99 komu alls 50 stúlkur til ráðgjafa FKB vegna neyðargetnaðarvarnar. Voru þær flestar í fylgd með vinkonum sínum. Á miðju ári 1999 voru 50 stúlkur búnar að leita til samtakanna vegna neyðargetnaðarvarnar sem sýnir fram á helmingsaukningu. Sumar stúlkur koma frá stöðum utan Reykjavíkur til að sækja sér þjónustuna. Það hefur komið fyrir að á þeim stöðum sem ungt fólk á að geta fengið þjónustuna hefur hún ekki reynst þeim aðgengileg (Sóley S. Bender, 1999c). Frá árinu 1970 hafa verið starfræktar unglíngamóttökur í Svíþjóð sem hafa veitt ungu fólki fræðslu og ráðgjöf um kynlíf og barneignir. Þar eru nú um 200 slíkar móttökur (Laack, Carlberg og Berggren, 1996; Swedish Youth Centers, 1994).

Frá 1997 hefur verið sérstök þjónusta á Kvennadeild Landspítalans sem leggur áherslu á að veita fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir fyrir konur sem fara í fóstureyðingu (Sóley S. Bender, 1997). Frá upphafi var sú þjónusta skilgreind eingöngu út frá konum sem voru að fara í fóstureyðingu en ljóst er að mun fleiri konur (pör) hafa þörf fyrir slíka fræðslu og ráðgjöf. Er þessi starfsemi nú innan veggja Móttöku kvenna og nefnist hún *Ráðgjöf um getnaðarvarnir*. Viðtöl hafa verið ókeypis en skjólstæðingar greitt lágmarksverð fyrir getnaðarvarnir (lykkju og sprautu). Smokkar og neyðargetnaðarvarnir eru án endurgjalds. Árið 1998 kom 101 kona í fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir eftir fóstureyðingu. Hefur reynslan sýnt að það er erfitt að ná til kvenna eftir fóstureyðingu. Vegna þess var byrjað með annað fræðslu- og ráðgjafarlíkan haustið 1998 sem felur í sér að ræða markvisst við konur um getnaðarvarnir áður en þær fara í aðgerðina. Fer nú fram rannsókn, sem þegar hefur verið getið, sem hefur þann tilgang að skoða notkun getnaðarvarna/notkunarleysi meðal kvenna sem fara í fóstureyðingu og að athuga hvort aukin fræðsla og ráðgjöf fyrir aðgerð hafi áhrif á bætta notkun getnaðarvarna eftir aðgerðina (Sóley S. Bender, 1999b).

Pótt þjónusta um getnaðarvarnir eigi samkvæmt lögum að vera veitt víða hér á landi þá er hún kannski ekki nægjanlega aðgengileg. Það er alveg ljóst af þeim tölum sem fyrir liggja um fóstureyðingar og notkunarleysi getnaðarvarna að þörf er á því að bæta þjónustuna til að stuðla að bættri notkun getnaðarvarna. Eitt af því er að bæta aðgengi að þjónustunni. Það hefur t.d. komið í ljós að úti á landi getur verið erfitt að sækja sér þessa þjónustu um getnaðarvarnir þar sem er fámenni og umtal (Sóley S. Bender, í prentun a).

3.2 Stjórnun

Stjórnun á við um allar þær reglur skrifaðar sem óskrifaðar sem gilda um skipulag þjónustunnar svo sem hvaða þjónusta er í boði, opnunartíma hennar, lengd viðtala, vinnureglur og hvaða getnaðarvarnir eru í boði.

Í lögum frá 1975 er fjallað um ráðgjafarþjónustu sem eigi að veita fólki fræðslu og ráðgjöf um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir. Þar sé lögð áhersla á teymisvinnu og að fólk geti þar nálgast niðurgreiddar getnaðarvarnir.

Tegund þjónustu

Í lögum frá 1975 segir í 2. grein: „Aðstoð skal veita, eftir því sem við á, svo sem hér segir:

1. Fræðsla og ráðgjöf um notkun getnaðarvarna og útvegum þeirra.
2. Ráðgjöf fyrir fólk, sem íhugar að fara fram á fóstureyðingu eða ófrjósemisaðgerð.
3. Kynlífsfræðsla og ráðgjöf og fræðsla um ábyrgð foreldrahlutverks.
4. Ráðgjöf og fræðsla varðandi þá aðstoð, sem konunni stendur til boða í sambandi við meðgöngu og barnsburð.“

Öllum þessum þáttum þjónustunnar er sinnt hér á landi en væntanlega misvel. Sá þáttur sem líklega hefur minnst verið sinnt er þriðji þátturinn er lýtur að ábyrgð foreldrahlutverks. Tveir fyrstu þættirnir eiga sérstaklega við um takmörkun barneigna. Það hefur sýnt sig að góð ráðgjöf um getnaðarvarnir ásamt niðurgreiðslu þeirra getur stuðlað að staðfastari notkun getnaðarvarna og þar með lækkað tíðni óvelkominna þungana (Persson, Gustafsson og Rooijen, 1994). Í Svíþjóð var nýlega gerð tilraun í einum bæ (Solna) skammt frá Stokkhólmi til að lækka tíðni fóstureyðinga. Með því að bæta gæði þjónustunnar, auka aðgengi að ráðgjöf um getnaðarvarnir, koma betri upplýsingum til almennings um þjónustuna og lækka verð á getnaðarvörnum tókst að lækka tíðni fóstureyðinga á tveggja ára tímabili um 17% í öllum aldurshópum og um 30% meðal kvenna yngri en 20 ára (Persson, Gustafsson og Rooijen, 1994).

Í rannsókn frá 1996 var skoðuð afstaða ungs fólks til þess hvaða þjónustu það þarf að geta fengið á móttöku um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir. Fram kom að um 85-92% vilja geta fengið fræðslu og ráðgjöf um kynsjúkdóma, getnaðarvarnir og látið athuga með kynsjúkdómasmit. Um 80% vilja geta fengið þungunarpróf framkvæmt (Sóley S. Bender, í prentun a).

Opnunartími

Hér á landi hefur fólk einkum aðgang að þjónustu um getnaðarvarnir á dagvinnutíma. Það getur skert aðgengi að getnaðarvörnum. Samkvæmt könnun um viðhorf ungs fólks til sérhæfðrar þjónustu varðandi kynlíf og barneignir frá 1996 kom fram að yfir 90% vilja hafa þjónustu um getnaðarvarnir opna 3-5 daga vikunnar, einkum síðdegis (Sóley S. Bender, 1999d). Hér á landi er starfrækt Húð- og kynsjúkdómadeild í Þverholti sem er aðallega opin frá 9-12 á daginn. Þangað leitar einkum ungt fólk vegna gruns um kynsjúkdómasmit. Þar verður það að panta sér tíma fyrir fram. Þessi afgreiðslutími miðast ekki við þarfir ungs fólks sem langflest er í skóla á þessum tíma og á ekki auðvelt með að fá frí í nokkrum tímum. Slík deild þyrfti einkum að hafa opið síðdegis og jafnvel að kvöldi til. Það sama gildir um þjónustu varðandi getnaðarvarnir. Reynslan hefur sýnt að það hefur oft verið erfitt að gefa fólki tíma í fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir þegar þjónustan er eingöngu miðuð við dagvinnutíma. Það mundi henta ákveðnum hópi fólks mun betur ef opið væri að kvöldlagi.

Mikilsvert er að skoða möguleika á breyttum opnunartíma varðandi þjónustu um getnaðarvarnir. Einn möguleiki er að hafa sérstaka tíma auglýsta fyrir (ungt) fólk á heilsugæslustöðvum til að ræða um getnaðarvarnir. Kynna þarf vel slíkt fyrirkomulag eins og t.d. í bæklingum um starfsemi heilsugæslustöðva.

Aðgengi að getnaðarvörnum

Hér á landi hefur þjónusta sem lýtur að fræðslu og ráðgjöf um kynlíf og getnaðarvarnir lítt verið kynnt fyrir almenningsi. Getur það mögulega stafað af því að hér hefur ekki verið um að ræða markvissa þjónustu eins og lögin kveða á um. Í framhaldi af betri uppbyggingu þjónustunnar þarf að kynna hana betur og hvenær hún er veitt.

Víða erlendis hefur verið farin sú leið að fleiri starfstéttir en lækna veita fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir og geta látið skjólstæðing hafa viðkomandi getnaðarvörn. Slíkt fyrirkomulag er talið auka aðgengi að getnaðarvörnum. Í Svíþjóð hafa ljósmæður að verulegu leyti gegnt þessu hlutverki (Persson, Gustafsson og Rooijen, 1994). Í öðrum löndum svo sem í Bretlandi, Finnlandi og Bandaríkjunum er meira um að hjúkrunarfræðingar komi að þessu máli (King, 1992). Huga þarf að því

hér á landi hvort fleiri starfstéttir en læknar skuli hafa leyfi til að gefa lyfseðilsskyldar getnaðarvarnir.

Í lögum frá 1975 segir í 5. grein: „Allar viðurkenndar getnaðarvarnir skulu fást hjá ráðgjafarþjónustunni.“ Ekki er vitað til þess að þetta lagaákvæði hafi komið til framkvæmda. Hér á landi hefur fólk aðgang að samsettu pillunni, mini-pillunni, lykkjunni, hormónalykkjunni, hormónasprautunni, hettunni, sæðisdrepanði efni, smokkum (kvensmokkum), neyðargetnaðarvörn og ófrjósemisaðgerðum. Hins vegar eru ekki á markaði hér ýmsar tegundir getnaðarvarna svo sem leggangahringur (vaginal ring), svampur (cervical sponge), Norplant (hylki undir húð), leghálshúfan (cervical cap) og garnasmokkar. Eftir því sem fleiri getnaðarvarnir eru á boðstólum hefur fólk meiri möguleika á því að velja þá getnaðarvörn sem hentar því best (WHO, 1997).

Hér á landi hefur fólk ekki haft nægjanlega greiðan aðgang að nokkrum getnaðarvörnum. Má þar nefna neyðargetnaðarvörn, hormónasprautuna, hormónalykkjuna og hettuna. Árið 1996 byrjuðu FKB markvisst að kynna neyðargetnaðarvörn (Sóley S. Bender, í prentun b). Það sama ár var í fyrsta skipti dreift bæklingi hér á landi um neyðargetnaðarvörn. Var honum dreift til þeirra ungmenna sem tóku þátt í könnun um viðhorf ungs fólks til sérhæfðrar þjónustu á sviði kynlífs og barneigna. Það sama ár var hann einnig sendur til allra heimilislækna, kvensjúkdómalækna og barnalækna ásamt greinum og upplýsingum um neyðargetnaðarvörnina. Samkvæmt þessari könnun (1996) kom fram að 64% ungmenna vissu ekki hvað neyðargetnaðarvörn var (Sóley S. Bender, í prentun a). Verið er nú að skoða þekkingu kvenna sem fara í fóstureyðingu á neyðargetnaðarvörn. Bráðabirgðatölur sem byggjast á svörum 100 kvenna sem sótt hafa um fóstureyðingu hérlendis sýna að 43% vissu ekki hvað neyðargetnaðarvörn var en hinar (57%) höfðu allflestar fengið þá vitneskju samdægurs. Ljóst er af viðtölum við konurnar að þeim þykir það miður að hafa ekki haft vitneskju um þessa leið til neyðargetnaðarvarnar. Sumarið 1998 var samþykkt reglugerð sem gerði það kleift að afgreiða neyðargetnaðarvörn án lyfseðils í apótekum. Var því fyrirkomulagi stuttu síðar breytt að ósk framleiðanda lyfsins. Er lyfið nú aðeins afgreitt eftir lyfseðli frá læknum eða undir þeirra umsjón. Í Hollandi hefur neyðargetnaðarvörn verið í notkun frá því árið 1964 og er tíðni barneigna meðal unglingsstúlkna þar lægst í hinum vestræna heimi (Glasier, Ketting, Ellertson og Armstrong, 1996). Víða erlendis eins og í Bretlandi, Svíþjóð og Finnlandi veita hjúkrunarfræðingar/ljósmeður fræðslu og ráðgjöf um þetta lyf og hafa leyfi til að gefa það (Kosunen, 1996). Ungar stúlkur hér á landi leita gjarnan til skólahjúkrunarfræðinga með áhyggjur af óvelkominni þungun. Er mikilvægt að hægt sé að veita þeim viðhlítandi fræðslu og ráðgjöf án þess að þurfi að vísa þeim á aðra aðila. Það er einkum mikilvægt þar sem um knappan tíma er að ræða. Gefa þarf lyfið svo fljótt sem auðið er frá kynmökum, því öruggara er það. Eins er mikilvægt að lyfið sé ekki of dýrt. Í þessu sambandi er einnig brýnt að skólahjúkrunarfræðingur sé starfandi í framhaldsskólum landsins sem getur veitt ungu fólki fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir, ekki síst neyðargetnaðarvörn því þörfin er mikil (sjá mynd 7) (Sóley S. Bender, 1999d og 1999e).

Hormónasprautan hefur einnig verið falin getnaðarvörn hér á landi. Verulega virðist skorta þekkingu meðal fagfólks og almennings á þessari leið til getnaðarvarnar. Hefur hún haft það orð á sér að hún henti ekki nema ákveðnum hópi kvenna, þ.e. eingöngu þroskaheftum konum. Það er hins vegar mikill misskilningur þar sem hún getur hentað konum á öllum aldri, t.d. konum með barn á brjósti og konum sem eiga erfitt með að muna að taka pilluna. Í námsefni í líffræði sem kennt er í a.m.k. þremur menntaskólum á landinu koma fram villandi upplýsingar um hormónasprautuna. Þar

segir: „Þetta veitir ótrygga vörn og er einkum notað í þróunarlöndum. Ýmsar aukaverkanir hafa komið í ljós og því hafa heilbrigðisyfirvöld víðast hvar á Vesturlöndum reynst ófús að heimila notkun í miklum mæli“ (Roberts, 1988). Í viðtölum við konur sem fara í fóstureyðingu er ljóst að margar þeirra vita ekki um tilvist þessarar getnaðarvarnar og/eða hafa villandi upplýsingar um hana.

Segja má að konur hafi að vissu leyti takmarkaðan aðgang að hormónalykkjunni þar sem hún reynist þeim of dýr valkostur. Konur hafa almennt ekki haft aðgang að venjulegri lykkju á kostnaðarverði hennar þrátt fyrir að lögin kveði á um að það eigi að auðvelda fólki aðgang að getnaðarvörnum, m.a. með því að sjúkrasamlög taki þátt í kostnaði þeirra.

Hettan virðist lítið vera í notkun hér á landi. Í ljós hefur komið að víða eru ekki til mátunarringir sem nauðsynlegt er að nota við skoðun á stærð hettunnar fyrir konur. Samkvæmt viðtölum við heilbrigðisstarfsfólk á heilsugæslustöðvum 1988 komu í ljós neikvæð viðhorf til hettunnar. Fram kom t.d. að: „Það sé fyrirhöfn að setja hana upp“ (Sóley S. Bender, 1990a). Neikvæð viðhorf heilbrigðisstarfsfólks geta dregið úr líkum þess að veita hlutlausa fræðslu og ráðgjöf um þessa getnaðarvörn.

Smokkurinn er seldur víða en þörf er á því að dreifa honum enn betur. Hann er aðgengilegur í ýmsum matvörubúðum, bensínstöðvum, á salernum, börum og einhverjum leigubílum. Í mörgum matvörubúðum er smokkum stillt upp við afgreiðslukassana. Getur það líklega dregið úr sölu þeirra.

3.3 Kostnaður

Í lögum frá 1975 segir í 5. grein: „Unnið skal að því að auðvelda almenningi útvegum getnaðarvarna, m.a. með því að sjúkrasamlög taki þátt í kostnaði þeirra.“ Hér hefur þetta lagaákvæði ekki komið til framkvæmda.

Í byrjun ársins 1998 var pillukostnaður hérlendis, miðað við þriggja mánaða skammt, að meðaltali um 1669 krónur fyrir neytandann. Árskostnaður miðað við meðalverð er um 6676 kr. Dýrasta pillutegundin er Gracial 2627 kr. og sú ódýrasta er Gynatrol 1097 kr. Árskostnaður þeirra er á bilinu 4388-10.508 kr. Í Svíþjóð kostar ársskammtur af getnaðarvarnapillunni um 320 sænskar krónur (u.þ.b. 2700 kr. ís.) fyrir neytandann sem er mun lægra en hér á landi (Persson, Gustafsson og Rooijan, 1994). Miðað við B-merkingu pillunnar væri meðalkostnaður fyrir neytandann 1267 kr. fyrir þriggja mánaða skammt. Dýrustu og ódýrustu pillutegundirnar væru þær sömu og áður. Ársnotkun miðað við meðalverð væri kr. 5048 og væri því um 25% lækkan að ræða fyrir neytandann miðað við meðalverð pillunnar (fylgiskjal nr. 1).

Víða erlendis er kostnaður neytanda getnaðarvarna ýmist enginn eða mun minni en hér gerist. Í Bretlandi var ákveðið árið 1974 að hafa fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir án endurgjalds fyrir neytandann en sjúkratryggingar bæru kostnaðinn (Sóley S. Bender, 1990a). Þar eru getnaðarvarnir afhentar án endurgjalds. Þegar umræða hefur vaknað þar í landi um gjalddöku fyrir lyfseðil vegna lyfseðilsskyldra getnaðarvarna hafa komið fram sterk mótrök sem leggja áherslu á að það sé ekki réttlætjanlegt að skattleggja frjósemi kvenna (A. Furedi, munnleg heimild, júní 1999). Í Finnlandi fær viðkomandi fyrstu getnaðarvörn án endurgjalds og þar til ásætlanleg getnaðarvörn er fundin. Þar er reynslan sú að það sé t.d. nauðsynlegt að gefa ungri stúlku fyrstu pilluspjöldin á meðan fundin er rétt tegund fyrir hana (Kosunen, 1996). Oft er það svo hér á landi að ungar stúlkur hafa ekki pening þegar þær eru að byrja að nota pilluna en eftir að þær eru byrjaðar hafa þær meira svigrúm til að finna lausn á kostnaðarhliðinni, t.d. með því að strákurinn greiði helminginn eða meira.

Lítið er vitað hér á landi um viðhorf fólks til kostnaðar varðandi getnaðarvarnir og þjónustu sem lýtur að þeim. Rannsókn um viðhorf ungs fólks á

aldrinum 17-20 ára til sérhæfðrar þjónustu varðandi kynlíf og barneignir sýndi fram á að um um 60% vilja að þjónustan sé án endurgjalds og um 70% vilja láta lækka verðið á getnaðarvörnum (Sóley S. Bender, í prentun a).

Niðurstöður:

- Vaxandi þörf er á þjónustu fyrir ungt fólk um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir í ljósi þess aukna fjölda sem leitar til ráðgjafa FKB.
- Þjónusta skortir um getnaðarvarnir svo sem neyðargetnaðarvörn og smokka fyrir ungt fólk innan veggja skólanna.
- Skortur er á hjúkrunarfræðingum í framhaldsskólum sem geta m.a. veitt fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir.
- Hjúkrunarfræðingar í skólum hafa ekki leyfi til að gefa neyðargetnaðarvörn.
- Sérhæfð móttaka um getnaðarvarnir hóf starfsemi sína á Kvennadeildinni 1997. Hefur hún fyrst og fremst verið fyrir skjólstæðinga deildarinnar en greina má brýna þörf fyrir þjónustu á þessu sviði fyrir aðra hópa kvenna og nauðsynlegt er að skoða það mál.
- Ekki er nægjanlega vel kynnt fyrir fólki hvert það getur leitað til að fá getnaðarvarnir og þar með er ekki nægjanlega greiður aðgangur að þeim.
- Þjónusta um getnaðarvarnir er einkum opin á dagvinnutíma.
- Neikvæð viðhorf og þekkingarskortur heilbrigðisstarfsfólks eru til staðar gagnvart notkun hormónasprautunnar, hettunnar, neyðargetnaðarvarnar og fleiri getnaðarvarna. Getur það heft aðgengi fólks að þessum getnaðarvörnum.
- Nokkrar getnaðarvarnir (neyðargetnaðarvörn, hormónasprautan, hormónalykkjan og hettan) sem eru á markaði hér á landi eru ekki nægjanlega vel kynntar fyrir almenningi.
- Ekki hefur verið komið á niðurgreiðslum getnaðarvarna eins og stefnt var að með lögunum frá 1975. Greiða þarf fullt gjald fyrir allar getnaðarvarnir. Þetta er væntanlega einkum erfitt fyrir ungt fólk og þá sem búa við erfiða fjárhagslega og félagslega stöðu.

Tillögur:

- Þróa þarf sérstaka unglíngamóttöku í samfélaginu þar sem ungt fólk getur fengið fræðslu og ráðgjöf um ýmis málefni, einkum varðandi kynlíf og barneignir.
- Þróa þarf móttökur fyrir ungt fólk um getnaðarvarnir innan veggja framhaldsskóla.
- Hjúkrunarfræðingar sem starfa í skólum fái leyfi til þess að gefa neyðargetnaðarvörn að undangengnu námskeiði.
- Betur verði kynntir möguleikar (ungs) fólks til ráðgjafar varðandi getnaðarvarnir á heilsugæslustöðvum og afgreiðslutími þjónustunnar lengdur í samræmi við óskir og þarfir (ungs) fólks.
- Endurskoða þarf námsefni um getnaðarvarnir í framhaldsskólum landsins.
- Fyrsta getnaðarvörn sé án endurgjalds.
- Lækka ber verð á smokkum um 50% með niðurgreiðslum.
- Lækka þarf verð á pillunni, hormónalykkjunni og hormónasprautunni til neytenda með því að þær verði niðurgreiddar af sjúkratryggingum og verði B-merktar í lyfjaskrá.
- Smokkum sé dreift án endurgjalds á þeim stöðum þar sem veitt er fræðsla og ráðgjöf um getnaðarvarnir.

- Fella þarf niður komugjald á heilsugæslustöðvum þegar leitað er ráðgjafar um getnaðarvarnir eins og við ýmsa aðra heilsuvernd.
- Konur geti fengið lykkjuna á kostnaðarverði.
- Neyðargetnaðarvörn sé aðgengileg á kostnaðarverði fyrir ungt fólk yngra en 20 ára.

4. SAMANTEKT

Hér á landi hefur ekki verið sambærileg vakning um að fyrirbyggja óvelkomnar og ótímabærar þunganir eins og verið hefur annars staðar á Norðurlöndum á síðastliðnum áratugum. Það er t.d. í fyrsta skipti nú sem fram kemur í drögum að nýrri heilbrigðisáætlun fyrir árið 2005 að fækka eigi fjölda fæðinga meðal unglingsstúlkna. Það er í fullu samræmi við norrænar og alþjóðlegar samþykktir (fylgiskjöl 3 og 4). Þó greinargerð þessi komi ekki inn á alvarleika þess að verða móðir á unga aldri þá er alveg ljóst að sá vandi er margvíslegur í íslensku samfélagi, ekki síst er varðar þroskamöguleika barnanna sjálfra. Það ætti því að vera okkur á Íslandi mikils virði eins og öðrum þjóðum að leggja nokkuð af mörkum til að koma í veg fyrir óvelkomnar eða ótímabærar þunganir, einkum meðal ungra stúlkna.

Óráðgerðar þunganir stafa af því að ekki eru notaðar neinar getnaðarvarnir, notaðar eru öruggar leiðir til getnaðarvarna eða verið að nota örugga vörn en hún ekki rétt notuð eða hún bregst. Margvíslegar skýringar geta verið að baki engri notkun en það sem fyrrnefnd rannsókn á þessu ári bendir til er að rekja megi notkunarleysi einkum til kæruleysis. Helstu vandamál varðandi notkun örugga getnaðarvarna tengist rangri og stopulli notkun og að viðkomandi hættir að nota getnaðarvörnina án þess að gera neinar sérstakar ráðstafanir. Margt af þessu má rekja til takmarkaðrar þekkingar einstaklingsins á viðkomandi getnaðarvörn sem líklegt er að haldist í hendur við takmarkaða fræðslu og ráðgjöf um hana, þ.e. að þjónusta um getnaðarvarnir sé ekki nægjanlega góð.

Sýnt hefur verið fram á að góð fræðsla og ráðgjöf um getnaðarvarnir stuðlar að staðfastri notkun þeirra. Forsenda þess er að heilbrigðisstarfsfólk hafi góða þekkingu og þjálfun til að geta veitt fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir. Þegar tekið er tillit til þarfa skjólstaðingsins varðandi getnaðarvarnir eru meiri líkur á því að viðkomandi sé ánægður með þá getnaðarvörn og noti hana staðfastlega. Eftir því sem fleiri getnaðarvarnir eru í boði skapast meira svigrúm varðandi val á þeim og talið líklegra að fólk geti fundið sér þá getnaðarvörn sem hentar því best.

Með greinargerð þessari hefur verið reynt að líta á viðfangsefnið á heildrænan hátt og gefa skýra mynd af því hvað er að gerast á þessu sviði hér á landi. Það er von okkar að þessi samantekt megi verða til þess að fram komi heildstæð stefna stjórnvalda í þessum málaflokki sem leitt geti til bættrar fræðslu og ráðgjafar um getnaðarvarnir og dregið úr fjölda óráðgerðra þungana.

MEGINTILLÖGUR

Fræðsla

- Heilbrigðisráðuneytið og FKB standi hið fyrsta að námskeiðum fyrir heilbrigðisstarfsfólk (skólahjúkrunarfræðinga) um neyðargetnaðarvörn.
- Heilbrigðisráðuneytið og FKB standi að reglulegum námskeiðum fyrir heilbrigðisstarfsfólk um fræðslu og ráðgjöf varðandi getnaðarvarnir.
- Heilbrigðisráðuneytið og FKB standi að reglulegum námskeiðum fyrir kennara og skólahjúkrunarfræðinga um kynfræðslu.
- Unnið verði námsefni um kynfræðslu sem ætlað er fyrir kennslu í framhaldsskólum landsins.
- Styrkt verði gerð íslenskra myndbanda og annars fræðsluefnis um þær getnaðarvarnir sem helst henta ungu fólki eins og um notkun pillunnar, neyðargetnaðarvörn, notkun smokksins og sprautuna. Hægt verði að styðjast við þetta efni á námskeiðum og í kynfræðslu í skólum.
- Auka þarf fræðsluefni um getnaðarvarnir (s.s. um pillunotkun, sprautuna, hettuna og ófrjósemisaðgerð). Endurskoða ber núverandi bæklinga Landlækniseimbættisins um getnaðarvarnir.
- Leitað sé leiða til að höfða betur til (ungs) fólks varðandi ábyrgt kynlíf innan veggja skóla sem utan. Einkum þarf að leggja áherslu á ábyrgð stráka og karla í kynlífi varðandi notkun getnaðarvarna.
- Auglýsa þarf neyðargetnaðarvörn á áberandi stöðum svo sem á skýlum almenningsvagna, á almenningsvögnum og með auglýsingum í kvikmyndahúsum.

Kostnaður

- Fyrsta getnaðarvörn sé án endurgjalds.
- Neyðargetnaðarvörn sé á kostnaðarverði fyrir ungt fólk yngra en 20 ára.
- Pillan, hormónalykkjan og hormónasprautan verði skráð sem B-merkt lyf.
- Konur geti fengið lykkjuna á kostnaðarverði.
- Smokkum sé dreift án endurgjalds til þeirra einstaklinga sem leita eftir fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir.
- Lækkað sé verð um helming á smokkum sem eru til sölu fyrir almenning. Verði það gert með niðurgreiðslum.

- Fella þarf niður komugjald á heilsugæslustöðvum vegna fræðslu og ráðgjafar um kynlíf og getnaðarvarnir.

Ráðgjafarþjónusta

- Allar viðurkenndar getnaðarvarnir skulu fást hjá „ráðgjafarþjónustunni.“
- Fólk hafi meira val um þjónustuform varðandi getnaðarvarnir. Það geti áfram leitað til heimilislæknis og sérfræðings en hafi auk þess val um sérhæfðar móttökur um getnaðarvarnir fyrir almenning og ungt fólk (sjá tillögur bls. 12 og 24).
- Styðja þarf þá þróun sem þegar er hafin varðandi sérhæfðar móttökur á þessu sviði bæði í Hinu húsinu og á Kvennadeild Landspítalans.
- Þróa þarf fræðslu og ráðgjöf um kynlíf, getnaðarvarnir, barneignir og kynsjúkdóma fyrir ungt fólk innan veggja framhaldsskóla.
- Auka skal aðgengi kvenna að neyðargetnaðarvörn.
- Kynna þarf val um þjónustu vel fyrir almenningi.
- Huga þarf að sveigjanlegri afgreiðslutíma varðandi þjónustu um getnaðarvarnir.
- Hjúkrunarfræðingar í skólum fái leyfi til að gefa neyðargetnaðarvörn að undangengnu námskeiði.

5.FYLGISKJÖL

1. Verð á getnaðarvarnapillum (2 blöð).
2. Leiðbeiningar um getnaðarvarnir fyrir starfsfólk heilsugæslustöðva.
3. The Nordic Resolution on Sexual and Reproductive Health and Rights.
4. CHARTER, IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights.

Heimildir:

- Bankole, A., Singh, S. og Haas, T. (1999). Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. *International Family Planning Perspectives*, 25(2), 68-77.
- Brindis, C.D. og Sanghvi, R.V. (1997). School-based health clinics: Remaining viable in a changing health care system. *Annual Review of Public Health*, 18: 567-87.
- Bygdeman, M. og Lindahl, K. (1994). *Sex education and reproductive health in Sweden in the 20th century* (Swedish Government Official Reports 1994:37). Stockholm: Government Offset Printing Centre.
- Foreit, J.R., Gorosh, M.E., Gillespie, D.F. og Merritt, C.G. (1978). Family planning programmes. *Populations Reports*, J(19), 4, 18-19.
- Frost, J.J. og Forrest, J.D. (1995). Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Family Planning Perspectives*, 27(5), 188-195.
- Gissler, M. (1999). *Aborter i Norden* (Statistical Report 10/1999). Helsinki: STAKES (Sosiaali-Ja Terveysalan Tutkimus-Ja Kehittämiskeskus).
- Glasier, A., Ketting, E. Ellertson, C. og Armstrong, E. (1996). Emergency contraception in the United Kingdom and the Netherlands. *Family Planning Perspectives* 28(2), 49-51.
- Guðrún Sigríður Vilhjálmsdóttir (1985). *Fóstureyðingar 1976-1983*. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1985 nr. 2. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Hagstofa Íslands (1999). *Landshagir*. Reykjavík: Hagstofa Íslands.
- Henshaw, S.K., Singh, S. og Haas, T. (1999a). Recent trends in abortion rates worldwide. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 44-48.
- Henshaw, S.K., Singh, S. og Haas, T. (1999b). The incidence of abortion world wide. *International Family Planning Perspectives*, 25 (Supplement), 530-539.
- International Planned Parenthood Federation (1996). *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.
- Ketting, E. og Visser, A.P. (1994). Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained. *Patient Education and Counseling*, 23 (3), 161-171.
- King, J. (1992). Helping patients choose an appropriate method of birth control. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 17(2), 91-95.
- Kirby, D., Waszak, C. og Ziegler, J. (1991). Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 23(1), 6-17.

- Knudsen, L.B. (1998). *25 years with induced abortion in Denmark*. (Research Report 2). Odense University: Danish Center for Demographic Research.
- Kosunen, E. (1996). *Adolescent reproductive health in Finland: oral contraception, pregnancies and abortions from the 1980s to the 1990s*. Tampere: University of Tampere.
- Laack, S., Carlberg, H. og Berggren, O. (1996). *Sexual and reproductive health for young men*. Stockholm: RFSU (Swedish Association for Sex Education).
- Landlæknisembættið (1999). *Tíðni fóstureyðinga 1976-1998*. Óbirt handrit.
- Lög um framhaldsskóla. Stjórnartíðindi A nr. 80/1996.
- Lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir. Stjórnartíðindi A nr. 25/1975.
- Mauldon, J. og Luker, K. (1996). The effects of contraceptive education on method use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, 21(1), 19-41.
- Menntamálaráðuneytið (1999a). *Aðalnámskrá framhaldsskóla*. Reykjavík: Menntamálaráðuneytið.
- Menntamálaráðuneytið (1999b). *Aðalnámskrá grunnskóla*. Reykjavík: Menntamálaráðuneytið.
- Menntamálaráðuneytið (1989). *Aðalnámskrá grunnskóla*. Reykjavík: Menntamálaráðuneytið.
- Persson, E., Gustafsson, B. og Van Rooijen, M. (1994). Subsidising contraception for young people in Sweden. *Planned Parenthood in Europe*, 23(1), 2-5.
- Persson, E. (1993). The sexual behavior of young people. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 100:1074-1076.
- Ritamies, M. (Ritstj.) (1998). *The evolution of sexual health in Finland, how we did it*. Helsinki: Vastöliitto.
- Roberts, M.B.V. (1988) *Lífið. Líffræði handa framhaldsskólum* (Hálfán Ómar Hálfánsson og Þuríður Þorbjarnardóttir þýddu). Reykjavík: Mál og menning.
- Savonius, H., Pakarinen, P., Sjöberg, L. og Kajanoja, P. (1995). Reasons for pregnancy termination: Negligence or failure of contraception? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74:818-821.
- Sigríður Haraldsdóttir (1999, 11. maí). Heilsugæsla í alla framhaldsskóla. *Morgunblaðið*.
- Sóley S. Bender (í prentun a). Attitudes of Icelandic young people toward sexual and reproductive health services. *Family Planning Perspectives*.

- Sóley S. Bender (í prentun b). Bætt aðgengi að neyðargetnaðarvörn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*.
- Sóley S. Bender (1999a). *Notkun getnaðarvarna meðal kvenna sem fara í fóstureyðingu*. Fyrstu rannsóknarniðurstöður. Óbirt handrit.
- Sóley S. Bender (1999b). *Notkun getnaðarvarna meðal kvenna sem fara í fóstureyðingu*. Rannsóknaráætlun.
- Sóley S. Bender (1999c). *Ársskýrsla Fræðslusamtaka um kynlíf og barneignir*.
- Sóley S. Bender (1999d). *Könnun á viðhorfum ungs fólks til sérhæfðrar þjónustu á sviði kynlífs og barneigna*. Óbirt handrit.
- Sóley S. Bender (1999e). *Þróun ráðgjafarþjónustu fyrir ungt fólk á Akureyri um kynlíf, getnaðarvarnir og barneignir*. Óbirt handrit.
- Sóley S. Bender (1997). *Skýrsla um ráðgjöf um getnaðarvarnir og barneignir*. Óbirt handrit.
- Sóley S. Bender, Edda Jóna Jónasdóttir, Gunnar H. Guðmundsson, Ingibjörg Ásgeirsdóttir, Jens A. Guðmundsson og Þórunn Ólafsdóttir (1995). *Leiðbeiningar um getnaðarvarnir fyrir starfsfólk heilsugæslustöðva*. Óbirt handrit.
- Sóley S. Bender (1990a). *Fjölskylduáætlun í íslensku heilbrigðiskerfi*. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1990 nr. 2. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Sóley S. Bender (Ritstj.) (1990b). *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir*. Reykjavík: Námsgagnastofnun.
- Sóley S. Bender (1990c). *Kynfræðsla. Fræðslu- og ráðgjafarstöð fyrir ungt fólk*. Skýrsla unnin fyrir Heilsuverndarstöð Reykjavíkur.
- Swedish Youth Centers (1994). *Policy, program and guide to start your own center*. Stockholm: Gamisonstrykeriet.
- World Health Organization (1997). *Post-abortion family planning: A practical guide for programme planners*. Geneva: World Health Organization.
- Zabin, L.S., Hirsch, M.B., Smith, E.A., Streett, R. og Hardy, J.B. (1986). Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers. *Family Planning Perspectives*, 18(3), 119-126.
- Þórður Óskarsson og Reynir T. Geirsson (1987). Fóstureyðingar og notkun getnaðarvarna. *Læknablaðið*, 73: 321-6.

