

Prevensjon og provosert abort blant innvandrerkvinner i Norden

Et litteraturstudium

Guro Storkås og Marthe Ekrem

Profesjonsstudiet Medisin

20 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet



Innholdsfortegnelse

Abstract	3
Innledning.....	4
Bakgrunn	5
<i>Migrasjon.....</i>	<i>5</i>
<i>Innvandring i Norden.....</i>	<i>6</i>
<i>Helse blant innvandrere.....</i>	<i>8</i>
<i>Prevensjon.....</i>	<i>9</i>
<i>Provosert abort.....</i>	<i>12</i>
Metode	14
<i>Søkestrategi.....</i>	<i>14</i>
<i>Utvelgelse av artikler.....</i>	<i>16</i>
<i>Ekstraksjon og sammenstilling av data.....</i>	<i>18</i>
<i>Arbeidsfordeling og referanser.....</i>	<i>19</i>
Resultater.....	20
<i>Generelt om studiene</i>	<i>20</i>
<i>Generelt om utvalget.....</i>	<i>22</i>
<i>Prevensjon.....</i>	<i>26</i>
<i>Provosert abort.....</i>	<i>30</i>
Diskusjon	35
<i>Styrker og svakheter ved oppgaven.....</i>	<i>35</i>
<i>Styrker og svakheter ved de inkluderte studiene.....</i>	<i>36</i>
<i>Forskning på innvandrerhelse</i>	<i>39</i>
<i>Sammenligning med annen forskning.....</i>	<i>40</i>
<i>Mulige årsaker til resultatene.....</i>	<i>40</i>
<i>Konklusjon og betydning av resultatene.....</i>	<i>41</i>
Referanseliste	44
Vedlegg.....	48
<i>Dokumentasjon av litteratursøk.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabell for ekstraksjon av data.....</i>	<i>52</i>

Abstract

Background: Immigrants, as a group, are especially vulnerable to unfair and unjust differences in health, often referred to as «health inequity». An important part of the overall health of immigrants is reproductive health, including access to contraception and safe abortion. The purpose of this systematic review is to compare the use of contraception and induced abortion among female immigrants and non-immigrants in the Nordic countries.

Methods: Four databases (MEDLINE, Embase, CINAHL and Maternity & Infant Care) were systematically searched for quantitative literature on contraception and/or induced abortion among immigrants. The articles were transferred to Covidence for blinded screening and full text review. Relevant articles were identified using the set inclusion and exclusion criteria.

Results: 23 articles, published between 1993 and 2022, were included. Compared to non-immigrants, immigrant women were found to have lower use of contraception and higher use of induced abortion. Contraception use prior to requesting an abortion was also found to be lower among immigrants. Contraception pills, condoms and copper IUD seemed to be preferred methods of contraception among immigrant women. On average, immigrants had an increased risk of repeated abortions with a higher number of induced abortions per woman. The immigrant women were found to be of greater age and parity, which was associated with an increased risk of having an induced abortion.

Conclusion: Our findings largely correlate with international research. Cultural beliefs, lower socioeconomic status and lack of knowledge or access to contraception could partially explain the results. However, we believe that more research on particularly why their abortion rate is higher could identify new ways of reducing it. Increased focus among healthcare workers on individualized contraceptive counseling and culturally appropriate communication could be important measures to improve the reproductive health of immigrants.

Innledning

Det er godt etablert gjennom forskning at det ikke bare er biologi som påvirker individets helse, men at også sosioøkonomiske faktorer spiller en viktig rolle (1). Slike faktorer som påvirker helsen vår kalles sosiale helsedeterminanter og inkluderer blant annet livsstil, miljø, kultur og leve- og arbeidskår. Migrasjon er også en slik helsedeterminant. Vi vet at det forekommer urettferdige forskjeller i helseutfall blant sosiale grupper, blant annet fordi de har ulik tilgang til helsetjenester. Dette kalles «health inequity», eller sosiale ulikheter i helse (2). Disse ulikhetene strider med grunnleggende menneskerettigheter og er et samfunnsproblem. En nasjon kan aktivt jobbe for å utjevne sosiale ulikheter i helse, ved å for eksempel forbedre tilgangen og kvaliteten på helsetjenester for sosiale grupper med dårligere helse. For at en nasjon skal ta slike politiske beslutninger rundt helse kreves det utdypende forskning på temaet. Vi ønsket å studere innvandrere, fordi de er en gruppe som kan være særlig utsatt for sosiale ulikheter i helse (1).

Høsten 2021 bidro vi som forskningsassistenter i en studie om svangerskapsutfall hos gravide papirløse migranter (3). Vår oppgave var primært gjennomgang av journaler til den inkluderte populasjonen og innsamling av ulik informasjon rundt svangerskapet. Underveis i arbeidet fikk vi inntrykk av at provosert abort var hyppig forekommende blant kvinnene i studien. I tillegg la vi merke til at en del kvinner hadde flere aborter tett på hverandre. Vi ble nysgjerrige på om det er en reell forskjell mellom abortraten blant innvandrere og den øvrige befolkningen. Ettersom vi observerte kvinner som hadde flere aborter på rad ønsket vi å vite mer om deres prevensjonsbruk. Vår hypotese var at innvandrerkvinner har høyere forekomst av provosert abort og lavere bruk av prevensjon.

Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge forskningen på prevensjon og provosert abort blant innvandrerkvinner. Ved hjelp av en systematisk gjennomgang av litteraturen vil vi undersøke omfanget av forskningen på teamet og om vår hypotese ser ut til å stemme.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår hovedveileder Sukhjeet Bains som har gitt oss svært tett oppfølging gjennom hele arbeidsprosessen. Vi er veldig takknemlige for alle de gode praktiske og faglige innspillene du har bidratt med underveis. Vi vil også takke vår biveileder Suraj Thapa for god hjelp med planlegging av oppgaven og korrekturlesning.

Bakgrunn

Migrasjon

Migrasjon er prosessen å flytte på seg fra et område til et annet, og kan skje innad i et land eller på tvers av landegrensener (4). Det finnes ingen universell definisjon på begrepet migrant og dette ordet brukes litt ulikt. «Migrant» kan både brukes om en person som har flyttet innad i eget fødeland og om en som har flyttet ut av landet. Basert på International Organization for Migration sin definisjon av en migrant, brukes begrepet i denne oppgaven om begge gruppene kombinert (5). Likevel fokuserer denne oppgaven primært på internasjonal migrasjon eller innvandring. Innvandring betegner flytting til et annet land med hensikt om å bosette seg der (6). Begrepet «innvandrere» brukes om en som er bosatt i et annet land enn sitt fødeland. Noen bruker ordet «innvandrere» også om andregenerasjonsinnvandrere, det vil si etterkommere av de som har innvandret. Videre i teksten brukes begrepet «innvandrere» kun om de som selv har flyttet fra sitt fødeland, og inkluderer ikke andregenerasjonsinnvandrere. Landet de har innvandret til omtales som «vertsland» og landet de ble født i som «fødeland». Om kvinner som ikke har innvandret brukes begrepet «ikke-innvandrerkvinner».

Migrasjon er et gammelt fenomen og har vært viktig for utvikling av samfunn verden over (6). I nyere tid har det vært en stor økning i antall migranter på verdensbasis og tallene fortsetter å stige. Økende internasjonale samarbeid og forbedret infrastruktur muliggjør og letter migrasjonen, samtidig som fattigdom, konflikter, miljøendringer og brudd på menneskerettigheter gir økt motivasjon for å migrere (7). I 2022 var det over 1 milliard migranter globalt sett (7), der de aller fleste av disse flyttet innad i eget land (5). World Migration Report 2022 anslår at det i 2020 var omtrent 281 millioner innvandrere. Antallet er mer enn tredoblet fra 84 millioner i 1970. Selv om tallene er sterkt økende, utgjør innvandrere fortsatt en liten del av verdens befolkning og de aller fleste mennesker bor i eget fødeland (5).

I 2020 var Europa hyppigste destinasjon for innvandrere, tett etterfulgt av Asia (5). Når man ser på landene hver for seg er det USA som har desidert flest innvandrere. Det er stor spredning i hvor innvandrere kommer fra. I 2020 var India, Mexico og Russland de hyppigste fødelandene på verdensbasis. Hvilke fødeland som dominerer, varierer med tiden og statistikken må ses i sammenheng med aktuelle hendelser i de ulike landene. Dette ses for

eksempel i 2022 hvor mengden ukrainske migranter økte drastisk etter Russlands invasjon av Ukraina dette året (7).

De fleste som migrerer på tvers av landegrenser er relativt unge, og i 2020 var nesten 80% i arbeidsfør alder, som er definert som 15-64 år (5). Det er en liten overvekt av menn blant innvandrere og andelen menn er økende.

Det finnes mange årsaker til at mennesker flytter på seg, og migrasjon kan både være frivillig og tvungen (4). Viktige motiver for frivillig innvandring er arbeid, utdanning og familiegjenforening. I 2019 utgjorde arbeidsinnvandrere nesten $\frac{2}{3}$ av alle innvandrere globalt (5). De aller fleste av disse innvandret til høyinntektsland. Tvungen migrasjon kjennetegnes typisk av flukt, hvor mennesker ofte må forlate fødelandet grunnet krig, naturkatastrofer eller straffeforfølgelse (4, 8). Denne gruppen innvandrer i all hovedsak til lav - og mellominntektsland (8). Lovregulering i ulike land gjør at innvandring både kan være lovlig og ulovlig (4). Ulovlig innvandring innebærer at en person mangler oppholdstillatelse for landet vedkommende har bosatt seg i. Dette kan enten skyldes ulovlig innreise eller manglende utreise etter utløpt oppholdstillatelse (4). Videre i oppgaven omtales personer uten oppholdstillatelse som papirløse migranter.

Innvandring i Norden

Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserte i 2022 rapporten «Innvandring og innvandrere i Norden, 2016-2020» (9). I den analyseres innvandringen til de fem nordiske landene Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island. Rapporten viser at det i 2019 var omtrent 3,6 millioner innvandrere i Norden. Dette utgjorde 13% av det totale folketallet (9). Tallene inkluderer også innvandring mellom de nordiske landene. Sverige har det største folketallet av de nordiske landene og har også størst andel innvandrere. Over 50% av innvandrerne i Norden befant seg i Sverige i tidsperioden for analysene i rapporten. Ser man på andelen innvandrere i forhold til totalbefolkningen er Sverige størst (18%), etterfulgt av Norge (14%), Island (14%), Danmark (11%) og Finland (6%). Tallene er fra 2019 og inkluderer ikke etterkommere av innvandrere. I Island, Norge og Finland er det, i likhet med situasjonen på verdensbasis, en overvekt av menn blant innvandrerne (9). Dette skyldes hovedsakelig at menn dominerer i arbeidsinnvandringen. Det er også flest menn blant de første flyktningene i store

flyktningstrømmer. I Sverige og Danmark er det derimot ingen forskjell i andelen menn og kvinner. Kjønnforskjellen jevnes trolig ut over tid, mye på grunn av familieinnvandring (9).

Norden har innvandrere fra alle verdens kontinenter, men det har også vært betydelig innvandring innad i Norden (9). Særlig stor utvandring var det fra Finland til Sverige rundt 1970-tallet grunnet, blant annet, høy arbeidsledighet og sterk inflasjon. Dette ses i dag ved at over 1% av Sveriges befolkning er finske innvandrere (9). På den andre siden er det veldig få svenske innvandrere i Finland. Mellom de andre nordiske landene er det derimot jevnere balanse, hvor innvandringen skjer begge veier. Eksempelvis er det omtrent like mange svenske innvandrere i Norge som norske innvandrere i Sverige (9). Hvis man ser på innvandring fra ikke-nordiske land finner man små forskjeller mellom de fem landene. Felles for alle er at det særlig stor innvandring fra Asia og Øst-Europa. Eksempelvis i Norge utgjør disse to gruppene over halvparten av alle innvandrere i 2022 (10). Syria, Polen, Irak, Somalia og Iran utgjorde de fem hyppigste fødelandene for innvandrere bosatt i Norden i 2019 (9).

Rapporten fra SSB studerer også utdanning og yrkesdeltakelse blant innvandrere i Norden for å få et inntrykk av graden av integrering. De fleste innvandrere kommer ikke for å ta utdanning, men for å benytte utdanningen de allerede har i arbeidsmarkedet (9). Det er flest innvandrere som tar utdanning i alderen 16-29 år. Danmark har den største andelen innvandrere under høyere utdanning. Innvandrere og etterkommere har en større andel som ikke fullfører påbegynt videregående utdanning enn den totale befolkningen, og frafallet er større blant menn enn kvinner (9). Når det kommer til yrkesdeltakelse har innvandrere i alle de nordiske landene lavere sysselsetting enn den øvrige befolkningen (9). Sysselsettingen varierer i de nordiske landene og er avhengig av blant annet fødeland og botid. Det er klart størst sysselsetting blant menn. Tallene rundt utdanning og arbeid må tolkes med forsiktighet og kan ikke brukes som et direkte mål på integrering. Et land som Island med hovedsakelig arbeidsinnvandring vil naturligvis ha høy sysselsetting. Danmark er det nordiske landet med flest som innvandrer på grunn av utdanning, og det er derfor naturlig at det er landet med høyeste andel i høyere utdanning (9). I tillegg har innvandrere varierende grad av utdanning fra fødelandet og utdanningsnivået gjenspeiles ikke nødvendigvis i deres arbeid i vertslandet.

Helse blant innvandrere

Innvandrere er en heterogen gruppe, og deres helse avhenger blant annet av fødeland og årsak til migrasjon (10). På gruppenivå har flere studier sett at innvandrere generelt er yngre og friskere enn den øvrige befolkningen (11-14).

Det er særlig to teorier som brukes til å forklare dette. En forklaring er at innvandrere som er syke eller døende returnerer til fødelandet sitt, men fremdeles står registrert i vertslandet. Det vil derfor bli en systematisk underrapportering av sykdom hos disse i vertslandets statistikk (10). Det ser likevel ikke ut til at dette alene kan forklare hele forskjellen (15).

En annen teori kalles «the healthy migrant effect» og baserer seg på en seleksjon i fødelandet hvor det er de friskeste individene i et land som migrerer (14). Denne teorien er blitt styrket når man har sett at innvandrere tenderer til å være friskere enn gjennomsnittet i fødelandet sitt (12, 16). Det er vist at jo lenger innvandrere forblir i det nye landet, jo mer vil deres helse nærme seg den øvrige befolkningens (10). Etter hvert ser man også at deres helse blir dårligere enn gjennomsnittet i vertslandet. Genetiske faktorer, situasjonen i hjemlandet, stress og eventuelle traumatiske opplevelser i forbindelse med migrasjonen er trolig av betydning. I tillegg kan kulturelle forskjeller påvirke livsstilsfaktorer som kosthold, fysisk aktivitet og røyking, og slik bidra til økt sykdomsrisiko (10). Det kan være vanskelig å drive forebyggende helsearbeid blant innvandrere da kunnskapen om og holdninger til slike livsstilsfaktorer kan være svært ulike i fødeland og vertsland. Fattigdom, vanskeligheter med å skaffe seg arbeid og bolig er også mulige konsekvenser av innvandringsstatus som kan føre til dårligere helse på sikt (14).

En annen viktig faktor for migrasjonshelse er innvandreres tilgang på og bruk av helsetjenester. Innvandrersstatus påvirker hva slags rettigheter man har og særlig papirløse migranter er sårbare for manglende helsehjelp (17). Selv om en innvandrers teknisk sett har rett på helsehjelp, kan det trolig fortsatt oppleves vanskelig å søke hjelp. Man kan tenke seg at det er vanskelig å kjenne til sine rettigheter i et nytt land, og å vite hvor man skal henvende seg. Muligens kvier noen innvandrere seg for å søke hjelp på grunn av språkbarrierer eller andre kulturelle forskjeller. Rasisme og diskriminering i vertslandet er også ting som kan påvirke innvandreres tilgang på helsetjenester i praksis (10).

Prevensjon

Prevensjon er viktig for folks helse verden over, både for kvinner og menn. Det gir mulighet for familieplanlegging, slik at man selv kan bestemme hvor mange barn man ønsker og avstanden mellom eventuelt flere svangerskap. Ved å forhindre uønskede svangerskap vil man bedre den materielle helsen og redusere forekomsten av svangerskapsrelaterte dødsfall (18). Man har sett at når avstanden mellom to fødsler er mindre enn to år vil spedbarnsdødeligheten være 45% høyere, sammenliknet med at fødslene hadde vært med to til tre års mellomrom (19). Prevensjonsbruk minker risikoen for abort, med de eventuelle komplikasjonene dette kan medføre, og kan også redusere overføringen av seksuelt overførbare sykdommer (18).

I 2019 var det nærmere 2 milliarder kvinner i fertil alder (15-49 år) i verden, og blant disse hadde over 1 milliard behov for familieplanlegging (20). 842 millioner av dem brukte prevensjonsmidler, mens 270 millioner kvinner hadde et behov for prevensjon som ikke ble oppfylt. WHO angir ulike grunner til dette, som utilstrekkelig tilgang til prevensjonsmidler, frykt for bivirkninger, kjønnsbaserte barrierer og kulturell eller religiøs motstand (20). Hvis alle kvinner i lav- og mellominntektsland hadde hatt tilgang til prevensjonsmidler og alle gravide kvinner og deres nyfødte hadde fått helsehjelp etter standardene til WHO ville det, i følge Guttmacher Institute, utgjort en stor forskjell (21). Ifølge deres beregninger ville dette redusert antall uønskede svangerskap med 68%, antall utrygge aborter med 72% og materielle dødsfall med 62%. De anslår også at for hver dollar man investerer i prevensjon, vil man redusere kostnadene for svangerskapsrelatert helseomsorg med tre dollar.

Muligheten til familieplanlegging spiller en sentral rolle for likestilling mellom menn og kvinner. Det gir kvinner større mulighet til å delta i samfunnet, som ved å ta utdanning og lønnet arbeid (20). Dette vil videre føre til økt økonomisk trygghet for familien og bidrar til å redusere fattigdom. Prevensjon skaper muligheter, både for kvinnen, familien og samfunnet de lever i. Ved å sikre alle tilgang til sine foretrukne prevensjonsmidler vil man også sikre deres menneskerettigheter, inkludert retten til liv og frihet og retten til arbeid og utdanning.

Det finnes mange ulike former for prevensjon: orale prevensjonsmidler, p-stav, p-sprøyte, p-plaster, p-ring, spiral, kondom og sterilisering. I tillegg finnes naturlige prevensjonsmetoder,

som sikre perioder og avbrutt samleie (22). Metodene kan klassifiseres ut fra effektivitet, hvor man ser på antall svangerskap som forekommer per 100 kvinner som bruker prevensjonsmetoden per år. Skalaen deles inn i veldig effektiv (0-0,9 svangerskap per 100. kvinne), effektiv (1-9 svangerskap per 100. kvinne), moderat effektiv (10-19 svangerskap per 100. kvinne) og mindre effektiv (20 eller flere svangerskap per 100.kvinne) (20).

Tabell 1: Viser effektivitet for ulike prevensjonsmetoder ved korrekt og typisk bruk. Hentet fra WHO (20)

Prevensjonsmetode	Effektivitet: antall svangerskap per 100 kvinner per år ved korrekt bruk	Effektivitet: antall svangerskap per 100 kvinner per år ved typisk bruk
P-pille	0,3	7
Minipille	0,3	7
P-stav	0,1	0,1
P-sprøyte	0,05	3
P-plaster	0,3	7
P-ring	0,3	7
Kobberspiral	0,6	0,8
Hormonspiral	0,5	0,7
Kondom	2	13
Sterilisering menn/kvinner	0,1/0,5	0,15/0,5
Nødprevensjon	< 1	-
Kalendermetoden (sikre perioder)	-	15
Avbrutt samleie	4	20

Blant prevensjonsmetoder finnes også nødprevensjon, som kan forhindre over 95% av svangerskap når det blir tatt innen fem dager etter samleie (23). Dette kan bli brukt ved ubeskyttet samleie, ved mistanke om feil ved selve prevensjonen eller bruken av den, eller ved seksuelle overgrep uten bruk av prevensjon. Metodene som brukes ved nødprevensjon er kobberspiral og angrepille, hvor førstnevnte er den mest effektive. Alle kvinner i fertil alder kan bruke nødprevensjon og det finnes ingen absolutte medisinske kontraindikasjoner for bruk. WHO oppgir at alle kvinner og jenter som risikerer et utilsiktet svangerskap har rett til tilgjengelig nødprevensjon, og disse metodene bør rutinemessig inkluderes i programmer for familieplanlegging i alle land (23).

Prevensjonsbruk i Norge

I 2016 fikk 33% av kvinnene i aldersgruppen 15-44 år utlevert minst ett prevensjonsmiddel i gruppen systemiske hormonelle antikonceptiva (24). Samme år økte bruken av ulike langtidsvirkende prevensjonsmidler, som p-stav og hormonspiral. I perioden 2006-2018 var det en liten økning i bruk av hormonelle prevensjonsmidler blant norske kvinner i alderen 16-49 år, fra 36% til 40% (25). Den hyppigst brukte hormonelle prevensjonsmetoden var orale prevensjonsmidler, men bruken av dem var fallende, mens bruken av blant annet langtidsvirkende prevensjonsmidler var økende. Med tall fra Reseptregisteret ble det funnet at det i 2020 ble skrevet ut 345 948 resepter for prevensjonsmidler, utelatt spiraler og vaginalringer (25).

Ifølge FHI har salget av nødprevensjon falt med 25% fra 2011 til 2021 (26). Nedgangen kan skyldes bedret tilgang og økonomisk støtte til kjøp av prevensjonsmidler for unge kvinner i Norge. Blant annet kan økt bruk av langtidsvirkende prevensjonsmidler, som spiral og p-staver, ha senket behovet for nødprevensjon.

Prevensjonsbruk i Norden

Studier viser at bruken av hormonelle prevensjonsmidler var høyest i Danmark (42%) og Sverige (41%), tett fulgt av Finland (40%), mens Norge og Island hadde den laveste andelen (27). Den hyppigst brukte hormonelle prevensjonsmetoden i alle de nordiske landene var orale prevensjonsmidler, etterfulgt av hormonspiral. I Norges gis stønad til prevensjon for

unge kvinner. Stønaden varierer etter prevensjonsmiddel og kvinnens alder; kvinner under 20 år får p-piller, p-ring, p-plaster, hormonspiral, kobberspiral og p-stav gratis, mens kvinner under 22 år får økonomisk støtte til deler av utgiftene (28).

Provosert abort

Abort er en vanlig helseintervensjon som er trygg når det blir gjort på riktig måte, på riktig tidspunkt i svangerskapet og utført av kvalifisert personell (29). Det blir utført om lag 73 millioner induserte aborter i verden hvert år. I WHO sin liste over essensielle helsetjenester er en omfattende abortomsorg inkludert som et av punktene. Dette inkluderer både formidling av informasjon, selve abortbehandlingen og helsetilbud etter at aborten er gjennomført (29).

På verdensbasis ender 60% av alle utilsiktede svangerskap i en provosert abort (29). 45% av alle aborter blir gjort på en utrygg måte, og 97% av disse tilfellene skjer i utviklingsland, særlig i Asia, Latin Amerika og Afrika. Utrygge aborter er en ledende årsak til maternelle dødsfall. I tillegg kan det også føre til fysiske og mentale helseutfordringer, samt finansielle og sosiale byrder for både kvinnene, samfunnet og helsesystemet. WHO oppgir at mangelen på tilgangen til en trygg, rimelig og respektfull abortomsorg, er et kritisk problem innen folkehelse og menneskerettigheter (29).

Studier viser at en begrenset tilgang til abort ikke reduserer antallet aborter, men påvirker om aborten som kvinnene utfører er trygge og verdige (29). Det kan være flere hindringer til trygge og respektfulle aborter, blant annet høye kostnader, stigma mot dem som oppsøker abortklinikker og avvisning av helsearbeidere basert på personlig samvittighet eller religiøs overbevisning. Tilgangen blir ytterligere vanskeliggjort av restriktive lover og regler som påbudt ventetid, kriminalisering av abort og autorisasjoner gjort av en tredjepart, som en domstol eller nemnd (29).

Provosert abort i Norge

Aborttallene har de siste årene vært historisk lave, og tall fra 2021 viser at de fremdeles er fallende (30). FHI angir at utviklingen skyldes en markant nedgang i tallet på uønskede svangerskap blant kvinner under 25 år siden 2008 (30). I 2021 ble det utført 10 841 svangerskapsavbrudd i Norge. Av disse var 95% selvbestemte og 85% var utført før niende

svangerskapsuke. Det er en stor regional variasjon i raten for svangerskapsavbrudd i landet, og hvis man ser på de store universitetsbyene har Oslo den høyeste raten med 10/1000 kvinner (30).

Å forebygge uønskede svangerskap er et viktig mål for norske myndigheter, og det er blitt satt i gang ulike tiltak for å unngå dette (30). Fokuset har særlig vært på å øke kunnskapen rundt kropp og seksualitet, i tillegg til å bedre tilgangen til tjenester som er nødvendig for et trygt og godt seksualliv. En viktig målgruppe har vært de yngste aldersgruppene, hvor det har blitt satt inn ekstra virkemidler som gratis kondomer, subsidiert prevensjon, styrking av studenthelsetjenester og flere helsestasjoner for ungdom. Man ser for seg at nedgangen i provoserte aborter blant de yngste aldersgruppene særlig henger sammen med tilbudet om subsidiert prevensjon og økt bruk av langtidsvirkende prevensjon (30).

Provosert abort og lovgivning i Norden

I dag har Danmark og Norge selvbestemt svangerskapsavbrudd til og med uke 12, og frem til svangerskapsuke 16 med nemnd (30). Sverige har selvbestemt svangerskapsavbrudd til 18 uker, mens Island har grense på 22 uker. Finland har den strengeste abortlovgivningen og krever godkjenning fra lege for å innvilge abortsøknaden frem til uke 12.

Ifølge statistikk fra 2019 ble det utført totalt 57 000 aborter Finland, Sverige og Norge (31). Blant disse tre landene hadde Finland lavest abortrate med 8 provoserte aborter per 1000 kvinne i aldersgruppen 15-49 år. Sverige hadde av disse tre landene den høyeste abortraten med 16 provoserte aborter per 1000 kvinne. Norden ligger omtrent på samme nivå som andre vesteuropeiske land når det gjelder antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner (30).

Metode

Denne systematiske oversiktsartikkelen har som formål å kartlegge bruken av prevensjon og provosert abort blant innvandrerkvinner i Norden. Konkret, ønsket vi å besvare følgende spørsmål:

- Hvor hyppig brukes prevensjon og provosert abort av innvandrerkvinner?
- Skiller denne bruken seg fra den generelle populasjonen i vertslandet?

I tillegg ønsket vi å identifisere hvilke typer prevensjonsmidler innvandrerkvinner oftest benytter og prevensjonsbruk hos innvandrerkvinner som søker abort.

Det ble søkt i Epistemonikos og PROSPERO for å undersøke om det finnes andre systematiske oversikter på temaet. Epistemonikos er en database over eksisterende systematiske oversikter, mens PROSPERO er en database over protokoller for registrerte systematiske oversikter som er under arbeid. Følgende søk ble gjennomført 27.01.2023: «migrant OR immigrant OR foreign AND abortion OR contraception OR birth control». Med dette søket ble det ikke funnet eksisterende systematiske oversikter på temaet. Søket i PROSPERO viste at enkelte liknende systematiske oversikter er under arbeid, men ingen av disse planlegger å se spesifikt på de nordiske landene.

Søkestrategi

Ut ifra oppgavens problemstilling ble det planlagt et søk etter relevant litteratur. Databasene som ble brukt er MEDLINE, Embase, CINAHL og Maternity & Infant Care. Søket inneholdt tre kategorier; populasjon, utfall og geografisk avgrensning. Innenfor hver kategori ble det funnet relevante tekstord og emneord. Tekstord er ord som forventes å kunne gjenfinnes i relevante artikler (32). Synonymer og ord av liknende betydning ble funnet for de tre kategoriene. Ofte markeres tekstordene med tegnet «*» for å indikere at begrepet kan ha ulike endinger, og på den måten vil ulike varianter av ordet inkluderes. Emneord er derimot standardiserte fagbegreper som databasene bruker for å beskrive innholdet i sine artikler. De ulike databasene bruker forskjellige emneord. Ved søk på et emneord vil alle artikler som er merket med det aktuelle ordet inkluderes (32). Søket ble gjennomført ved bruk av både tekstord og emneord.

Populasjonen av interesse for oppgaven er innvandrerkvinner. Det ble ikke filtrert for kjønn i søket, men heller vurdert ved senere utvelgelse av artikler. For å fange opp mest mulig relevant litteratur ble det heller ikke differensiert mellom innvandrere og etterkommere på dette tidspunktet. Det ble derfor funnet aktuelle søketermer for å inkludere alle innvandrere. Eksempler på tekstord som ble brukt er «immigrat*», «immigrant*», «migrat*» og «migrant*». Av emneord ble det for eksempel søkt på «emigrants and immigrants» i MEDLINE.

Prevensjon og provosert abort er utfallene som ble inkludert i søket. Det var ønskelig å identifisere artikler som studerte temaene prevensjon, provosert abort eller begge deler. Derfor ble de to utfallene plassert i samme kategori og søketermene kombinert med «OR». For temaet prevensjon ble det brukt tekstord som «contraception*» og «birth control», i tillegg til å søke på enkelte prevensjonsmetoder som «condom*» og «copper coil*». Tekstord som «abortion» og «pregnan* terminat*» ble brukt for å fange opp artikler om alle typer abort, slik at det heller kunne skilles mellom typene ved senere utvelgelse. Emneord fra MEDLINE inkluderte «contraceptive agents» og «abortion, induced».

Det var ønskelig å gjøre en geografisk avgrensning av søket for å finne forskning fra sammenlignbare land. Alle medlemsland i Organisasjonen for Økonomisk Samarbeid og Utvikling (OECD) ble inkludert. Organisasjonen består av 38 land, inkludert alle de nordiske landene, og har som mål å fremme økonomisk vekst og stabilitet (33). Valget falt på OECD-land fordi samarbeidet mellom landene gjør dem relativt sammenlignbare, i tillegg til at land med mye forskning på feltet innvandrerhelse slik som USA, Canada og Australia kunne bli inkludert. Senere ble oppgaven begrenset til de nordiske landene, men dette er beskrevet ytterligere under «utvelgelse av artikler». Tekstord og emneord for OECD og for alle medlemslandene ble brukt i søket.

Etter at alle tekst- og emneordene var kartlagt ble søketermene innenfor hver kategori kombinert med «OR», og deretter ble de tre kategoriene kombinert med «AND». En skjematisk fremstilling av søkestrategien vises i tabell 2.

Tabell 2: Viser oppsett for søkestrategi ved bruk av emneord og tekstord.

1	populasjon tekstord 1 OR populasjon tekstord 2 OR populasjon tekstord 3
2	populasjon emneord 1 OR populasjon emneord 2
3	utfall tekstord 1 OR utfall tekstord 2
4	utfall emneord 1 OR utfall emneord 2 OR utfall emneord 3
5	land tekstord 1 OR land tekstord 2 OR land tekstord 3
6	land emneord 1 OR land emneord 2
7	(1 OR 2) AND (3 OR 4) AND (5 OR 6)

Selve søket ble gjennomført 28.10.2022 av universitetsbibliotekar Hilde Strømme. Se vedlegg 1 for dokumentasjon av søket. Søket ga totalt 3801 treff i de fire databasene kombinert. Bibliotekar importerte referansene i Endnote og ved hjelp av programmet ble det identifisert og fjernet 1370 duplikater. Som vist i figur 1, var dermed 2431 referanser klare for gjennomgang.

Utvelgelse av artikler

Det ble definert inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble brukt for å vurdere artiklene fra søket. Opprinnelig skulle forskning fra alle OECD-land inkluderes, men søket ga flere treff enn forventet og en primær screening av 500 artikler indikerte et stort antall relevante referanser. Det var derfor nødvendig å begrense omfanget av den systematiske oversiktsartikkelen, og det ble bestemt at kun nordiske land skulle inkluderes. De fastsatte inklusjons- og eksklusjonskriteriene fremkommer av tabell 3.

Tabell 3: Viser inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvelgelse av artikler.

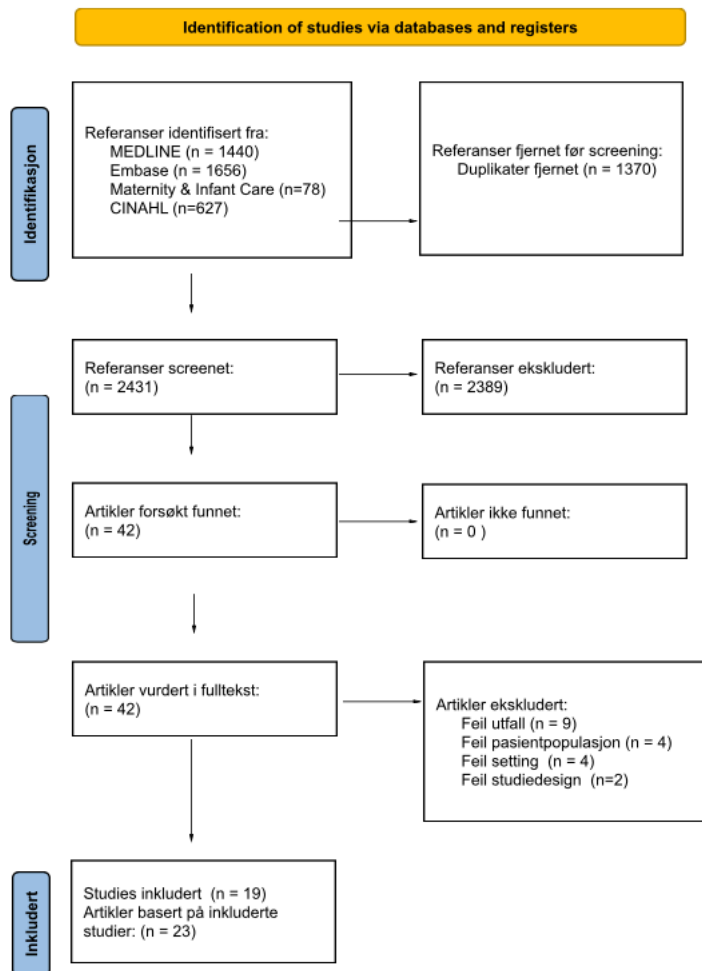
Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Kvinner • Innvandrere • Bruk av provosert abort og/eller prevensjon • Nordiske land (Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island) • Kvantitative studier 	<ul style="list-style-type: none"> • Menn • Etterkommere av innvandrere (andregenerasjonsinnvandrere) • Spontanabort • Rene kvalitative studier

Artikler som ble inkludert måtte studere spesifikt innvandrere, og dersom en artikkel omhandlet både innvandrere og etterkommere av innvandrere måtte den skille mellom disse to i resultatene for å bli inkludert. På samme måte skulle aktuelle studier skille kvinner fra eventuelle menn. Artikler som bare omhandlet menn, eller som ikke analyserte kjønnene separat, ble ekskludert. Utfallene i artiklene måtte inkludere selve bruken av prevensjon og/eller provosert abort. Dette innebar at studier som eksempelvis bare undersøkte innvandreres kunnskap om prevensjon ble ekskludert. Artikler som bare studerte spontanabort, eller som ikke differensierte mellom spontan- og provosert abort ble ekskludert. Større internasjonale studier som forsket på innvandrere i flere land kunne inkluderes dersom ett eller flere av de nordiske landene ble analysert isolert. Enkelte av de inkluderte studiene brukte både kvantitativ og kvalitativ metode, men rene kvalitative studier ble ekskludert.

De 2431 referansene fra søket ble importert i Covidence, som er et program for screening og vurdering av litteratur til systematiske oversikter. Deretter ble referansene vurdert i to steg, og aktuelle artikler identifisert.

Første steg var screening av titler og abstrakt. Alle referansene ble vurdert av de to forfatterne separat og blindet. Referansene ble enten ekskludert eller tatt med videre for vurdering i neste steg. I Covidence ble referansene det var uenighet om samlet opp, og disse ble diskutert åpent i fellesskap. Dersom det fremdeles var uenighet rundt en referanse, ble denne tatt med videre. Totalt 42 artikler ble videreført fra screeningen. Majoriteten av referansene som ble ekskludert var basert på studier fra ikke-nordiske land.

I neste steg ble de aktuelle 42 artiklene lest i fulltekst. Fulltekstene ble lokalisert ved hjelp av Universitetsbibliotekets søketjeneste Oria. To av artiklene ble ikke funnet i fulltekst, men disse ble bestilt fra biblioteket og sendt i posten. På samme måte som i første steg ble litteraturen vurdert blindet, og uenigheter ble diskutert åpent. På bakgrunn av de fastsatte inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble 23 av artiklene inkludert i litteraturstudien.



Figur 1: PRISMA-flytskjema som viser fremgangsmåten for utvelgelse av artikler.

Ekstraksjon og sammenstilling av data

For å hente ut relevante data fra artiklene ble det opprettet et arbeidsdokument i Excel, se vedlegg 2 for en komprimert versjon av denne. I en tabell ble de 23 artiklene listet nedover og ulike nøkkelpunkter ble ført bortover. Nøkkelpunktene er aspekter ved studiene som vi ønsket å studere, og senere inkludere i våre resultater. Det ble identifisert nøkkelpunkter innen fire kategorier; generelt om studien, generelt om utvalget, prevensjon og provosert abort. På denne

måten ble den mest sentrale informasjonen fra artiklene samlet i ett dokument, og det ble mulig å se sammenhenger på tvers av artiklene. Tabellen ble videre brukt for å skrive ut resultatene i tekstformat.

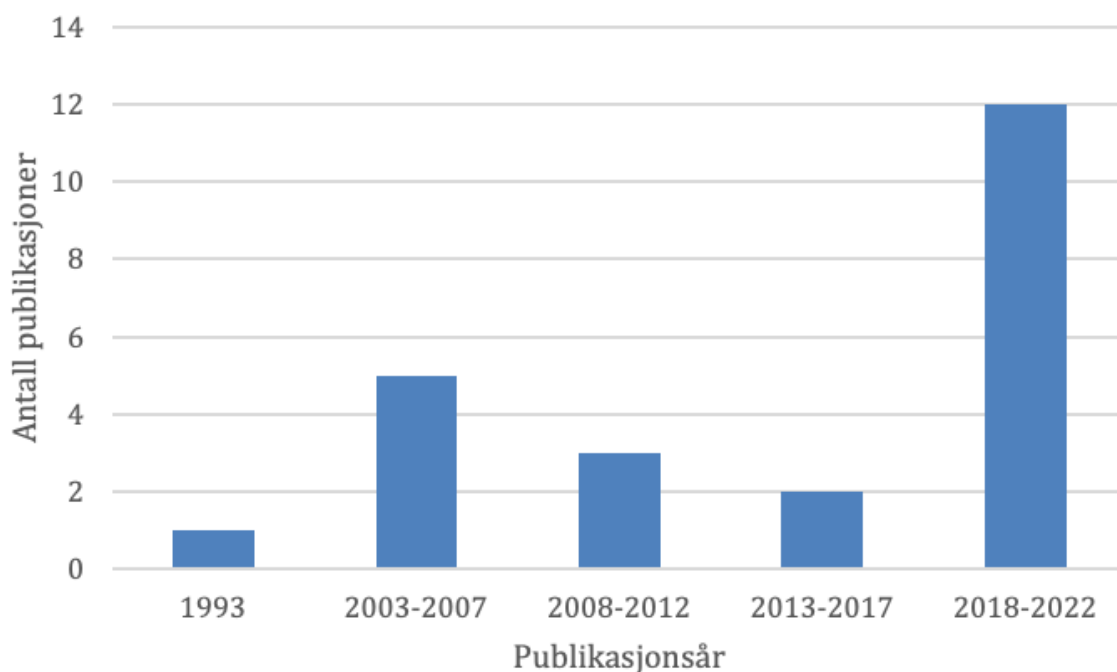
Arbeidsfordeling og referanser

Skrivearbeidet var et samarbeid mellom de to forfatterne, og begge har vært med å skrive alle delene av oppgaven. Referanser ble ført med Vancouver-referansestil. Referansene ble importert i Endnote, og dette programmet ble brukt for å sette inn henvisninger i teksten og for å lage referanseliste.

Resultater

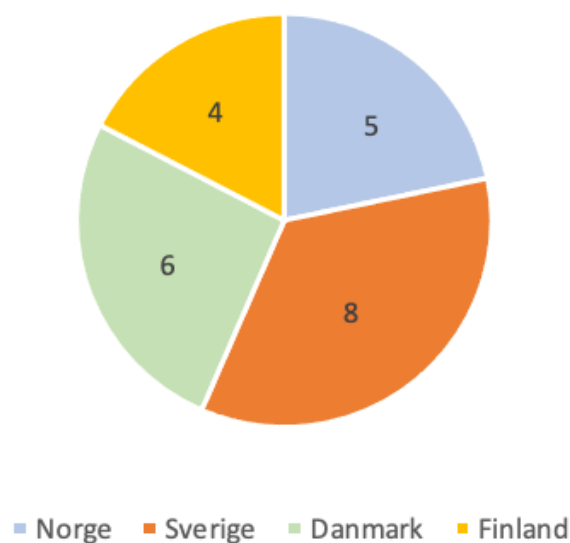
Generelt om studiene

De 23 inkluderte studiene ble publisert mellom 1993 og 2022. Én studie ble publisert i 1993, mens de fleste ble publisert mellom 2018 og 2022, se figur 2.



Figur 2: Viser antall inkluderte artikler fordelt på årstall for publisering.

Alle inkluderte studier var observasjonsstudier. Det hyppigste brukte studiedesignet var tverrsnittsstudie (n=16, (34-49)), som benyttes for å beskrive prevalens i en definert populasjon på et gitt tidspunkt (50). Det er også inkludert kohortstudier (n=5 (3, 51-54)) og kasus-kontrollstudier (n=2, (55, 56)). Studien er publisert i 14 ulike tidsskrift. Av de inkluderte studiene ble flest publisert i Scandinavian Journal of Public Health og BMJ Pregnancy & Childbirth. Studien undersøkte populasjoner i de nordiske landene Sverige, Danmark, Norge og Finland, se figur 3. Utdypende generell informasjon om de inkluderte studiene fremkommer av vedlegg 2.



Figur 3: Viser fordeling av hvilke land de inkluderte artiklene har studert.

Innhenting av data

De inkluderte studiene har samlet inn data på ulike måter. Den hyppigst brukte metoden var spørreskjema, og totalt 14 studier benyttet dette. Studiedeltakerne svarte på spørreskjemaene individuelt (n=6 (34-37, 45, 46)), eller i en intervjusetting (n=8 (39, 41-44, 48, 55, 56)). I den ene studien fikk kvinner hjelp av forskningsassistent til å fylle ut skjema dersom de ikke kunne lese eller skrive (37).

Andre studier samlet inn dataene fra ulike registre, som det danske Datatilsynet (51), nasjonale register for provoserte aborter (n=3 (38, 44, 52)), reseptregister (n=2 (38, 49)), det norske Folkeregisteret (n=2 (38, 49, 54)), fastlegedatabaser (n=2 (38, 49)), nasjonale pasientregister (51) og medisinske fødselsregister (n=5 (38, 44, 48, 49, 51)). Data ble også hentet fra medisinske journaler (n=4 (3, 40, 47, 53)).

Enkelte studier sammenstilte data fra flere ulike kilder. En studie brukte både data fra register og medisinske journaler (47), mens andre kombinerte data fra to ulike spørreskjema og knyttet dem til nasjonale register for provoserte aborter (n=2 (44, 48)).

Generelt om utvalget

Setting og populasjon

De inkluderte studiene har sett på innvandrerkvinner med opprinnelse fra over 78 ulike land i Asia, Afrika, Europa, Midtøsten, Sør- og Mellom-Amerika. En andel av studiene undersøkte spesifikke subgrupper av innvandrerbefolkningen basert på fødeland, som kvinner fra Thailand (34), Somalia (n=5 (37, 41, 44, 45, 48)) og Russland, Iran og Irak (n=2 (44, 48)). En av studiene sammenlignet bruken av prevensjon mellom somaliske kvinner som bor i Oslo, med kvinner som bor i hovedstaden i Somalia (41). Andre studier sammenliknet antall fødsler og provoserte aborter mellom ikke-innvandrere og innvandrere av utvalgte nasjonaliteter (n=2 (44, 48)).

Enkelte studier har studert tilfeldige utvalg som inkluderte både innvandrere og ikke-innvandrere. Noen av disse var større populasjonsrettede studier som skulle representere hele befolkningen (46), mens andre hadde satt begrensninger som alderen til populasjonen (n=2 (35, 38)). Flere av studiene tok utgangspunkt i kvinner som hadde tatt provoserte aborter i en gitt tidsperiode, enten via generelle registre (n=3 (51, 52, 54)), eller ved å se på spesifikke sykehus eller abortklinikker (n=4 (39, 42, 47, 55)).

Tre av studiene omhandler papirløse migranter som oppsøkte ulike Non-Governmental Organizations (NGO). Dette er klinikker som er drevet av organisasjoner som har et ideelt formål, og som arbeider uavhengig av statlige myndigheter (57). To av disse studerte spesifikt gravide papirløse migranter og deres bruk av NGO-klinikker lokalisert i de største byene i Norge (3) og Danmark (40). Den siste studien tok utgangspunkt i papirløse migranternes bruk av helsetjenester ved en NGO-klinikk i Danmark (53).

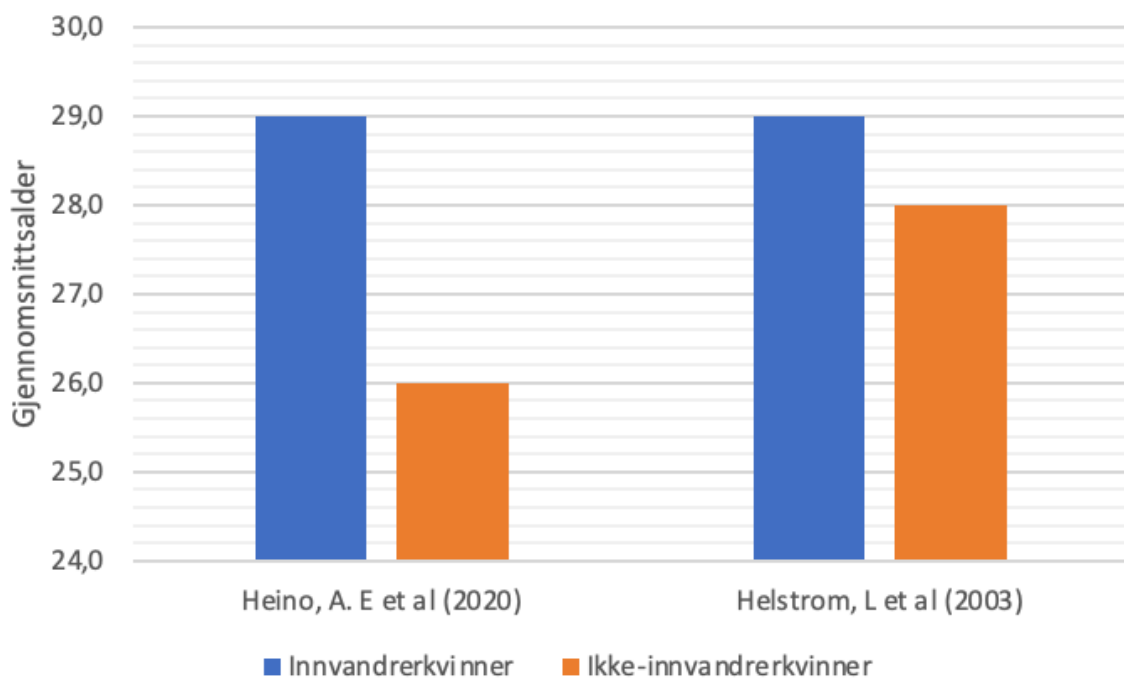
Andre studier har rekruttert deltakere via institusjoner som språkskoler (n=2 (36, 45)) og kulturelle eller nasjonale møtesteder (45).

Alder

Flertallet av studiene har definert et aldersspenn i populasjonen, med en nedre og øvre aldersgrense. De studiene som ikke har satt spesifikke aldersbegrensninger har gjerne delt populasjonen i større grupper, som for eksempel <19 år eller >40 år. En av studiene som ikke

har definert alder i sine resultater, har definert populasjonen som fertile kvinner (41). Majoriteten av dataene i de inkluderte studiene omhandler relativt unge kvinner, i aldersspennet 15 til 50 år.

En del artikler har studert alderen hos kvinner som har søkt provosert abort. En finsk studie viste at gjennomsnittsalderen var 26 år blant ikke-innvandrere og 29 år blant innvandrere (52). Det ble observert lignende funn i en svensk studie, hvor gjennomsnittsalderen var 28 år blant ikke-innvandrere og 29 år blant innvandrere (42).



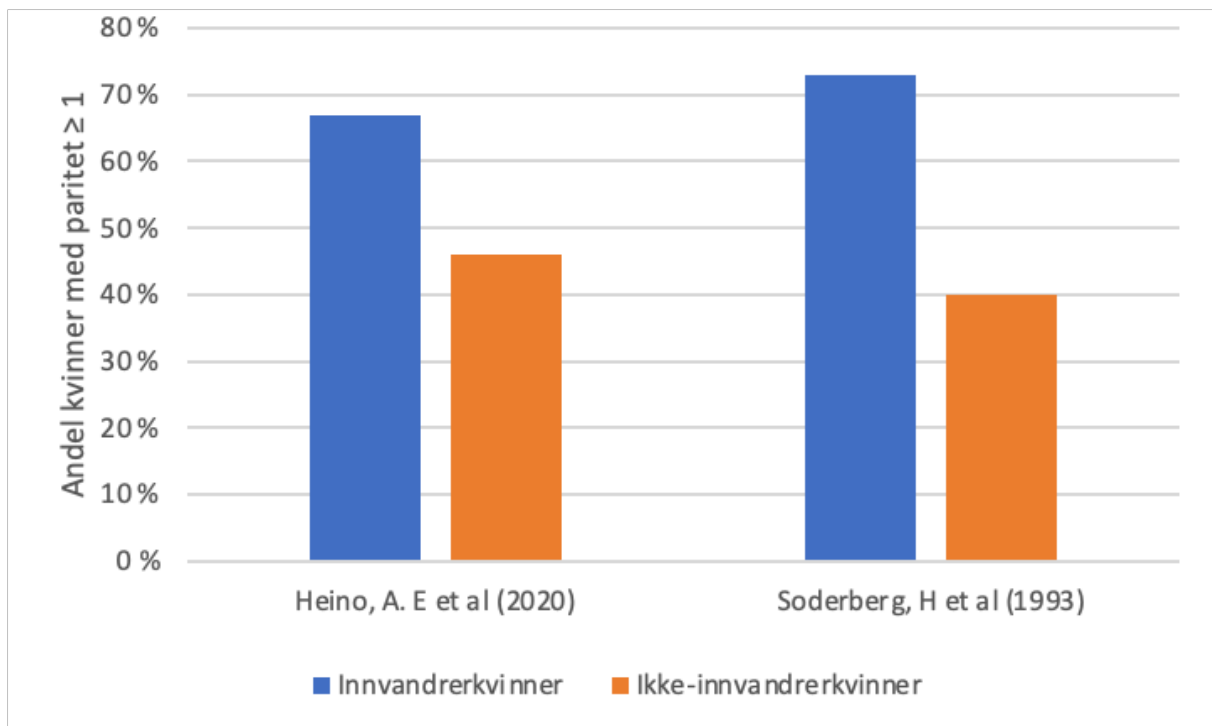
Figur 4: Viser sammenlikning av alder for innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner som søker provosert abort.

To andre studier undersøkte medianalderen blant abortsøkende kvinner. I den ene observert man at innvandrerkvinner hadde høyere median alder enn ikke-innvandrerkvinner, henholdsvis 28 og 25 år (47). Den andre fokuserte spesifikt på kvinner under 19 år, og observert at medianalderen var lik i begge gruppene (43). Enkelte studier har kategorisert de abortsøkende innvandrerkvinnene i ulike subgrupper, og sett på alderen på gruppenivå. Et funn var at innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land var litt eldre enn innvandrere fra vestlige land og ikke-innvandrere (55).

Paritet (n=9)

En omfattende norsk studie viste på et generelt grunnlag, at det å ha flere barn var assosiert med høyere risiko for abort (54). I flere av studiene har man sett at innvandrerkvinner får flere barn, sammenliknet med ikke-innvandrerkvinner (n=7: (38, 42, 44, 47, 48, 52, 55)). Dette gjaldt særlig kvinner av ikke-vestlig opprinnelse (55). En annen studie som undersøkte innvandrerkvinner fra utvalgte nasjonaliteter, beskrev at somaliske kvinner hadde høyest paritet sammenliknet med innvandrerkvinner fra Russland, Kurdistan og den generelle befolkningen (44) .

Undersøkelser av abortsøkende kvinner viser også høyere paritet blant innvandrerkvinner. Blant innvandrerkvinnene i én studie hadde 33% paritet lik null, 53% paritet mellom én og to og 14% paritet over to (52). Til sammenlikning hadde 54% av ikke-innvandrerkvinner paritet lik null, 35% paritet mellom én og to og 11% paritet over to. En annen studie viste at 73% av innvandrerkvinnene hadde fått ett eller flere barn, sammenliknet med 40% blant ikke-innvandrere (47). Det er vist signifikant forskjell i gjennomsnittlig paritet hos de abortsøkende kvinnene, med 0,8 blant ikke-innvandrere og 1,1 blant innvandrerkvinner (42). Blant gravide papirløse migranter som gjennomførte provosert abort, hadde 77% paritet høyere enn én (40).



Figur 5: Viser andel abortsøkende kvinner med paritet ≥ 1 i to studier.

Språkkunnskap (n=6)

Fem av studiene beskrev bruken av tolk under innsamling av data (3, 34, 42, 55, 56). Det var stor variasjon i behovet for tolketjenester, men i en av studiene hadde 55% av kvinnene behov for tolk eller oversetter ved første konsultasjon (3). En artikkel som studerte somaliske innvandrerkvinner i Finland beskrev at eldre kvinner gjerne ikke kunne lese og skrive, mens den yngre generasjonen hadde bedre språkkunnskaper (37).

Utdanningsnivå (n=14)

Totalt 14 studier inkluderte informasjon om utdanningsnivå blant innvandrerkvinnene (3, 34, 36-39, 41, 42, 44, 46-49, 54). Det er brukt ulike inndelinger, men flere studier har valgt kategoriene ingen utdanning, grunnskole, videregående skole og høyere utdanning.

En studie fant ingen forskjell i utdanningsnivå mellom innvandrere og ikke-innvandrere som søkte abort (47). En annen studie viste at færre innvandrere tok utdanning, sammenliknet med ikke-innvandrere på daværende tidspunkt (38). En tredje studie viste at ikke-innvandrere hadde lengre utdanning enn innvandrere, men forskjellen var ikke signifikant for innvandrere som hadde bodd i Sverige i over ti år (42).

I studiene hvor man tok hensyn til kvinnenenes opprinnelsesland ble det observert store variasjoner. Russiske innvandrerkvinner var dem med høyest utdanning, hvor 83% hadde minimum fullført videregående, etterfulgt av innvandrerkvinner fra Kurdistan (43%) og Somalia (21%) (48). Blant den generelle populasjonen hadde 77% minimum fullført videregående (48). I en norsk studie varierte andelen kvinner i utdanning eller arbeid mellom 60% blant kvinner fra Pakistan og 81% blant kvinner fra Chile (49). Tall fra Finland i 2006 viste at 84% av somaliske innvandrerkvinner var uten arbeid (37).

Migrasjonstype (n=7)

Syv av de inkluderte studiene kategoriserer innvandrerkvinnene i ulike migrantgrupper. Kategoriene som er beskrevet er arbeidsinnvandrere (54), flyktninger (n=2 (37, 54)), asylsøkere (36), familiegjening (34) og udokumenterte eller papirløse migranter (n=4 (3, 36, 40, 53)).

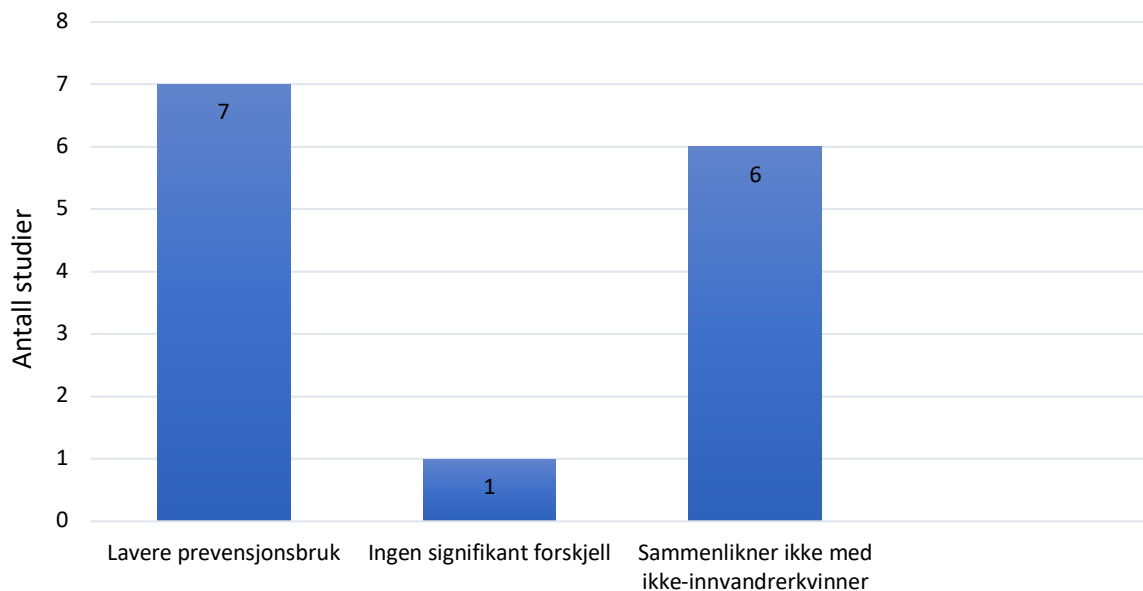
Sivilstatus (n=14)

14 av studiene forsket på sivilstatus blant innvandrerkvinnene (3, 34, 36, 39, 42, 44, 46-49, 52, 54-56). Kategorier som har blitt brukt er gift/samboer/i et forhold, ugift/singel, bor alene og annet. Noen studier viste at det var høyere andel gifte kvinner blant innvandrere, sammenliknet med den generelle populasjonen (n=4 (38, 47, 48, 52)). Det er også vist lavere andel ugifte blant innvandrerkvinner, sammenliknet med den generelle populasjonen (n=2 (42, 52)).

To danske studier viste at 48% av alle som tok abort var gift eller samboer (55, 56). Andelen gifte eller samboere blant disse abortsøkende var 47% hos ikke-innvandrere, 37% hos innvandrere fra vestlige land og 57% blant innvandrere fra ikke-vestlige land (55). En annen studie viste at ugifte hadde høyere risiko for provoserte aborter sammenliknet med gifte ikke-innvandrere (54). Denne sammenhengen ble ikke observert hos innvandrerkvinner.

Prevensjon

Prevensjonsbruk (n=14)



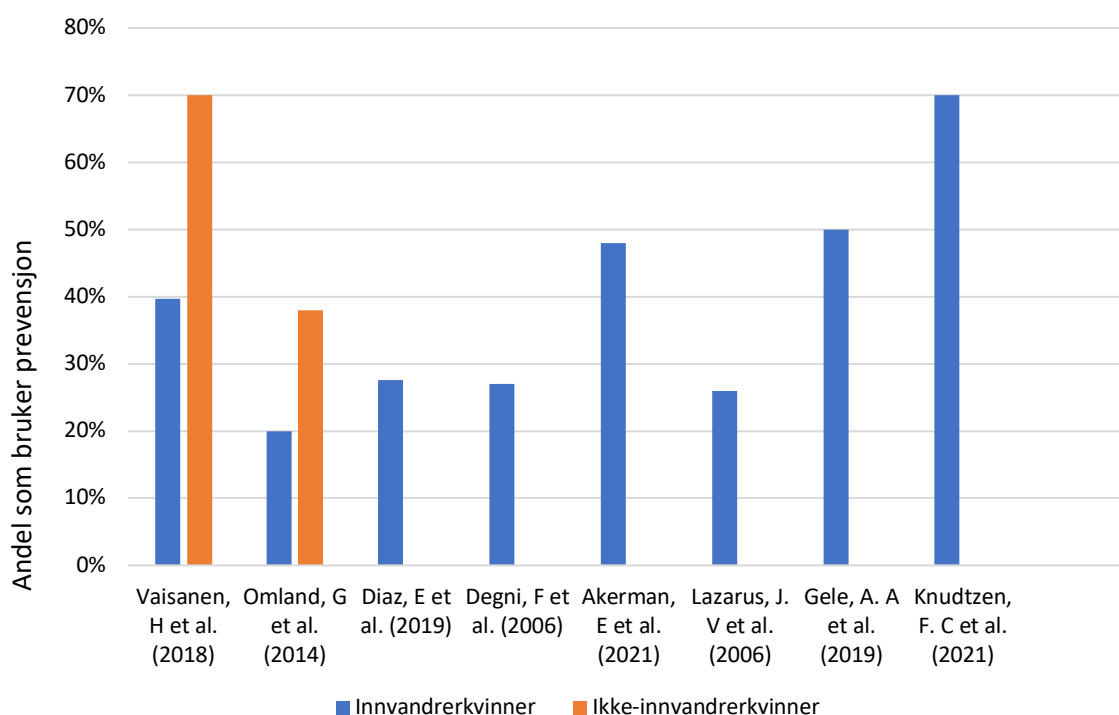
Hovedfunn

Figur 6: Viser antall studier som har sammenliknet prevensjonsbruk mellom innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner, og disse studienes hovedfunn.

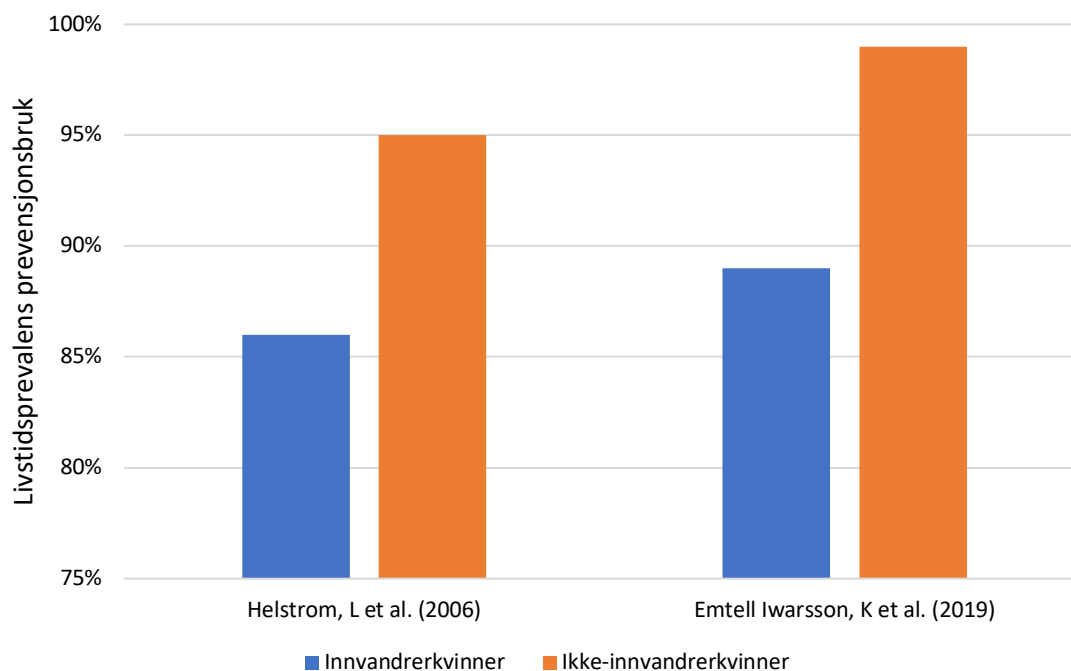
Syv av studiene fant at innvandrerkvinner hadde mindre bruk av prevensjon enn ikke-innvandrerkvinner. Den ene studien fant at 70% av den kvinnelige populasjonen i Finland brukte prevensjon (48). Til sammenlikning var det henholdsvis 56%, 51% og 12% av innvandrerkvinnene fra Russland, Kurdistan og Somalia som brukte prevensjon. En studie basert på data fra det norske Reseptregisteret fant at 38% av ikke-innvandrerkvinnene fikk foreskrevet hormonell prevensjon, sammenliknet med 15-24% av innvandrerkvinnene (38). Prosentandelen for innvandrerkvinnene varierte avhengig av fødeland og kvinner fra Asia, Øst-Europa og Afrika hadde lavest sjanse for å få foreskrevet hormonell prevensjon. Forskjellen mellom innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner var også avhengig av alder, med størst forskjell hos de yngste kvinnene og minst forskjell hos de eldste kvinnene. En liknende norsk registerbasert studie analyserte prevensjonsbruken blant innvandrerkvinner fra fem ulike land (49). Det var størst andel av innvandrerkvinnene fra Chile som brukte hormonell prevensjon (46%), etterfulgt av Marokko (30%), Vietnam (28%), Polen (21%) og Pakistan (13%). Alle gruppene brukte sjeldnere hormonell prevensjon enn ikke-innvandrerkvinner, men det ble ikke angitt en prosentandel for ikke-innvandrerkvinnene. I en svensk studie undersøkte de prevensjonsbruken blant gravide kvinner som oppsøkte en abortklinikk (42). De rapporterte at fire ganger så mange innvandrerkvinner som ikke-innvandrerkvinner aldri hadde brukt prevensjon. I en annen studie undersøkte de prevensjonsbruken blant gravide ungdommer som oppsøkte den samme abortklinikken, og fant at 5% av ikke-innvandrerkvinnene og 14% av innvandrerkvinnene og andregenerasjonsinnvandrerne aldri hadde brukt prevensjon (43). En annen studie fra Sverige fant at det blant gravide kvinner som søkte abort var 11% av innvandrerkvinnene og 1% av ikke-innvandrerkvinnene som aldri hadde brukt prevensjon tidligere (39). Videre fant en annen svensk studie at innvandrerkvinner sjeldnere brukte kondom ved samleie (35). Studiepopulasjonen var unge voksne i alderen 18-30 år og blant disse hadde 26% av innvandrerkvinnene og 19% av ikke-innvandrerkvinnene ikke brukt kondom ved siste samleie.

Én av studiene fant ingen signifikant forskjell mellom prevensjonsbruken til innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner (46). Denne studien var primært en kartlegging av risiko for kjønnssykdommer blant den svenske populasjonen, og den undersøkte derfor bare deltakernes kondombruk med tilfeldige seksualpartnere. Andre former for prevensjon ble ikke studert.

Flere av studiene undersøkte prevensjonsbruken blant innvandrerkvinner, uten å sammenligne med prevensjonsbruken generelt i vertslandet. En studie viste at 27% av somaliske gifte kvinner som kom til Finland som flyktninger brukte prevensjon (37). En annen studie fant at det blant innvandrerkvinner fra Thailand som bodde i Sverige var 48% som brukte prevensjon (34). Det ble observert en betydelig aldersvariasjon, der eksempelvis 70% av kvinnene i alderen 23-30 år, og 33% av kvinnene i alderen 41-45 år brukte prevensjon. En annen svensk studie undersøkte kondombruk blant unge innvandrere i alderen 15-25 år (36). 35% av kvinnene som svarte på spørsmål om kondombruk oppga at de hadde hatt samleie uten kondom i løpet av det siste året. De fant en sammenheng mellom kondombruk og flere faktorer. Manglende bruk av kondom var hyppigst hos de som var gift og hos de som var født i Amerika eller Europa. Risikoen for samleie uten kondom økte med økende alder. I en dansk studie spurte de innvandrere fra Somalia og Sudan om deres kondombruk, og 26% av kvinnene oppga at de vanligvis brukte kondom (45). Innvandrerkvinner fra Somalia var også studiepopulasjonen i en norsk studie som fant at 50% brukte prevensjon (41). I en annen dansk studie gjennomgikk de pasientjournaler til papirløse migranter og fant prevensjonsbruk hos 70% av kvinnene (53). De aller fleste av disse hadde brukt kondom.



Figur 7: Viser andelen kvinner som bruker et prevensjonsmiddel på studietidspunktet. Resultater for innvandrerkvinner er gjennomsnittlig verdi for ulike etnisiteter.



Figur 8: Viser andelen kvinner som har brukt et prevensjonsmiddel minst én gang i løpet av hele livet.

Prevensjonsmetode (n=9)

I fire av studiene som undersøkte prevensjonsbruk blant innvandrerkvinner var kondom det eneste prevensjonsmiddelet som ble inkludert (35, 36, 45, 46). Disse studiene hadde til felles at de hovedsakelig ønsket å studere seksuell risikoatferd og smitte av seksuelt overførbare infeksjoner. De resterende studiene inkluderte enten alle former for prevensjon eller bare hormonell prevensjon.

I fem av studiene ble det undersøkt hvor mange av innvandrerkvinnene som brukte de ulike formene for prevensjon. Det var generelt p-piller og kondom som var de hyppigst brukte prevensjonsmetodene, og enkelte av studiene fant noen forskjeller i bruken av de ulike prevensjonsmetodene blant innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner. I Sverige fant en studie at det blant innvandrerkvinnene fra Thailand som brukte prevensjon var 53% som brukte P-piller, 27% kondom og 17% sterilisering (34). En annen svensk studie undersøkte all prevensjonsbruk i løpet av livet, og fant at det var en større andel av innvandrerkvinnene som hadde brukt p-piller og kobberspiral, sammenliknet med ikke-innvandrerkvinnene (39). 89% av innvandrerkvinnene hadde tidligere brukt p-piller og 24% hadde brukt kobberspiral, mens 63% av ikke-innvandrerne hadde brukt p-piller og 17% hadde brukt kobberspiral. En av

studiene undersøkte bruken av hormonelle prevensjonsmidler blant innvandrerkvinner i Norge, og fant at p-piller ble brukt fire ganger så hyppig som andre hormonelle prevensjonsmidler (38). Andelen som brukte andre hormonelle prevensjonsmidler enn p-piller var større for innvandrerkvinner fra Asia og Afrika enn for ikke-innvandrerkvinner og innvandrerkvinner fra andre regioner. En dansk studie utført ved en NGO-klinikk fant at det blant papirløse migranter som brukte prevensjon var 81% som brukte kondom, 11% som brukte p-piller og 3% som brukte p-spiral (53). I tillegg ønsket 9% av alle kvinnene som oppsøkte helsesenteret nødprevensjon. I den siste studien undersøkte de prevensjonsbruken blant kvinner som søkte abort og fant at 19% hadde brukt kondom da de ble gravide, 11% hadde brukt p-piller og 10% hadde benyttet seg av sikre perioder (42). De fant ingen signifikante forskjeller for den brukte prevensjonsmetoden mellom innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner.

Provosert abort

Forekomst (n=13)

13 av studiene presenterte forekomsten av provosert abort blant innvandrere i sine resultater, men det ble brukt forskjellige mål på dette.

To av studiene presenterte en abortrate, definert som antall aborter per 1000 kvinner i fertil alder per år (52, 54). Fertil alder ble regnet som 15-49 år. Begge studiene fant en høyere abortrate for innvandrerkvinner enn ikke-innvandrerkvinner. En gjennomgang av det finske registeret for provoserte aborter viste at abortraten var 8,5/1000 for ikke-innvandrerkvinner, mens den var 15/1000 for innvandrerkvinner (52). De fant også en variasjon mellom abortraten til innvandrere fra ulike land. Høyeste abortrate hadde innvandrerkvinner fra Iran, Vietnam og Estland. En norsk registerbasert studie fant at abortraten til flyktninger og arbeidsinnvandrere var henholdsvis 30/1000 og 20/1000, sammenliknet med 17/1000 for ikke-innvandrerkvinnene (54). Forskjellen var fremdeles signifikant etter justering for effekt av alder, sivilstatus, paritet og utdanningsnivå. Også denne studien fant variasjoner i abortrate basert på kvinnenes fødeland.

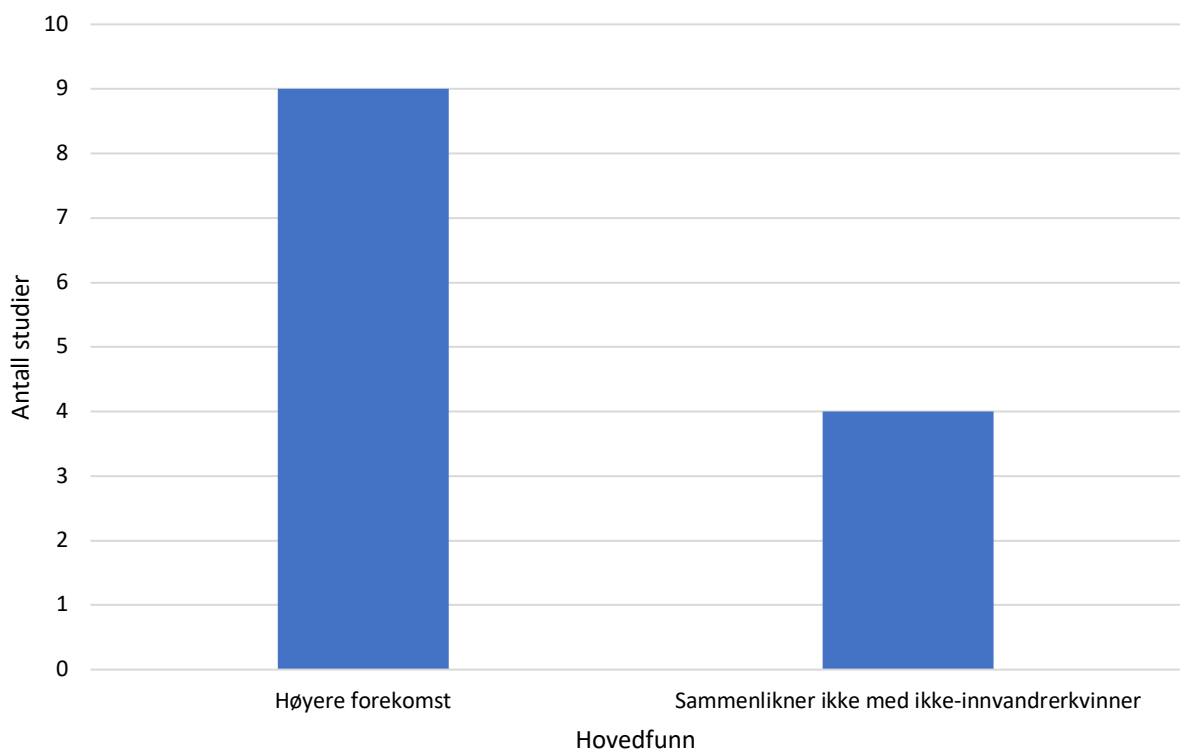
Seks studier viste til andelen av innvandrerkvinnene i studien som hadde hatt minst én provosert abort. Kun to av studiene sammenliknet forekomsten av provosert abort hos

innvandrerkvinnene med forekomsten ellers i vertslandet. Den ene studien tok for seg innvandrerkvinner fra Russland, Kurdistan og Somalia og fant at henholdsvis 40%, 26% og 11% hadde gjennomgått én eller flere provoserte aborter, sammenliknet med 17% generelt i Finland (48). En annen liknende studie fant at 69% av innvandrerkvinner fra Russland og 38% av innvandrerkvinner fra Kurdistan hadde hatt minimum én provosert abort (44). For den generelle populasjonen i Finland var andelen kvinner som hadde hatt én eller flere provoserte aborter 21%. Tre av studiene undersøkte provosert abort blant papirløse migranter som oppsøkte ikke-statlige helsesentre. I en norsk studie fant de at 28% av kvinnene som oppsøkte helsesentre for svangerskapsoppfølging ble henvist til sykehus for provosert abort (3). Av de planlagte provoserte abortene, ble 74% bekreftet gjennomført. De fant en betydelig variasjon basert på fødeland, der innvandrerkvinner fra Afrika og Midtøsten hadde lavere risiko for både planlagt og bekreftet provosert abort, enn innvandrere fra andre regioner. I en liknende dansk studie fant de at 26% av kvinnene som kom for svangerskapsoppfølging gjennomgikk en provosert abort (40). En annen dansk studie ved et helsesenter fant at 5% av alle kvinnene som oppsøkte senteret i studieperioden gjennomgikk en provosert abort, mens 17% oppga å ha gjennomgått provosert abort tidligere (53). Den siste studien undersøkte 67 gifte innvandrerkvinner som hadde flyktet fra Somalia til Finland, og fant at 4% av kvinnene tidligere hadde gjennomført minst én provosert abort (37).

Fire av studiene målte ikke direkte forekomsten av provosert abort blant innvandrerkvinner, men de fant at innvandrerkvinner var overrepresentert blant kvinner som tok provosert abort. En omfattende kase-kontrollstudie ved 8 danske sykehus undersøkte og sammenlignet to grupper av deltakere (55). Den ene gruppen bestod av kvinner som søkte om provosert abort og den andre bestod av kvinner som ønsket å fullføre sitt svangerskap. Studien fant at innvandrerkvinner var overrepresentert i gruppen som søkte om abort, og at kvinner fra ikke-vestlige land hadde dobbelt så høy risiko for å søke abort som ikke-innvandrerkvinnene. Etter de justerte for effekten av arbeidssituasjon, paritet og inntekt ble denne forskjellen ikke lenger signifikant. En svensk studie fant at det var 29% innvandrere i den generelle befolkningen i området, mens det var 37% innvandrere blant kvinnene som søkte om provosert abort (42). En liknende svensk studie undersøkte gravide ungdommer spesifikt, og fant at unge innvandrere utgjorde 19% av befolkningen i området, men utgjorde 37% av de abortsøkende kvinnene (43). En annen svensk studie undersøkte andelen innvandrere i bydeler i Malmö som hadde gjennomsnittlig høy abortrate (37/1000) og områder som hadde gjennomsnittlig lav abortrate (11/1000). De fant at andelen innvandrere var mer enn doblet i områdene med

høy abortrate, sammenliknet med gjennomsnittet i Malmö. Denne forskjellen var aldersavhengig og gjaldt ikke ungdommene (47).

Den siste studien som undersøkte forekomsten av provosert abort blant innvandrerkvinner, målte insidens (51). Insidens ble definert som sannsynligheten for at et svangerskap ville ende i provosert abort. Studien fant at insidensen av provosert abort i gjennomsnitt i løpet av den 14 år lange studieperioden var relativt lik for danske kvinner, innvandrere fra vestlige land og innvandrere fra ikke-vestlige land. For de tre gruppene var insidensen henholdsvis 16%, 19% og 17%. Likevel fant de at insidensen av provosert abort falt i løpet av studieperioden for ikke-innvandrerkvinner og innvandrerkvinner fra vestlige land, mens den økte for innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land. De siste årene av studieperioden hadde innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land høyere insidens enn de to andre gruppene. Studien undersøkte også inntektsnivået til deltakerne, og fant at dårligere økonomi ikke alene kunne forklare den økende insidensen av provosert abort for ikke-vestlige innvandrere.



Figur 9: Viser antall studier som har sammenliknet forekomsten av provosert abort blant innvandrerkvinner med ikke-innvandrerkvinner og disse studienes hovedfunn.

Abortmetode (n=2)

De fleste artiklene spesifiserte ikke om de studerte medisinsk og/eller kirurgisk abort, med unntak av to av studiene som kun undersøkte medisinske aborter. Det er ikke beskrevet om det foreligger forskjell i bruk av metoder for innvandrere og ikke-innvandrere (40, 53).

Svangerskapslengde (n=5)

Fem av studiene spesifiserte svangerskapslengde på tidspunktet for gjennomføring av provosert abort. Den ene studien inkluderte bare kvinner med svangerskapslengde kortere enn 12 uker (55). I en annen studie fikk 97% av kvinnene som ønsket abort, utført denne før uke 12, mens de resterende ikke møtte opp til videre timer (40). I tre av studiene er det beskrevet at mellom 8-11% av abortene hos innvandrerkvinnene ble utført etter svangerskapsuke 12 (3, 43, 52). En finsk registerstudie fant at innvandrerkvinner generelt hadde lavere risiko for å få utført abort etter uke 12 enn ikke-innvandrerkvinner (52). Unntaket var innvandrerkvinnene fra Somalia og Thailand som hadde høyere risiko for dette enn ikke-innvandrerkvinnene. En svensk studie fant ingen forskjell på svangerskapslengden hos innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner som fikk utført provosert abort (43).

Prevensjonsbruk før provosert abort (n=6)

Seks av studiene undersøkte også om kvinnene som gjennomgikk provosert abort brukte prevensjon da de ble gravide. En svensk studie fant ingen forskjell mellom prevensjonsbruken til innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner som gjennomførte abort (42). En annen svensk studie fant at det blant ungdommer var 7% flere innvandrerkvinner enn ikke-innvandrerkvinner som brukte prevensjon forut for aborten (43). De fant også at ingen av kvinnene brukte nødprevensjon. De resterende fire studiene fant at bruken av prevensjon var signifikant lavere blant innvandrerkvinnene som gjennomførte abort enn blant ikke-innvandrerkvinnene. En svensk og en dansk studie fant begge at det var 9% færre innvandrere som brukte prevensjon da de ble gravide (39, 56). En finsk registerstudie fant at innvandrere og andregenerasjonsinnvandrere samlet hadde dobbelt så høy risiko som ikke-innvandrere for å ikke bruke prevensjon da de ble gravide (52). Risikoen var i tillegg høyere for innvandrere enn for andregenerasjonsinnvandrere. En annen finsk studie fant at 65% av kvinner i den generelle finske befolkningen brukte prevensjon da de ble gravide, sammenlignet med 62%, 52% og 49% for innvandrerkvinner fra henholdsvis Somalia, Russland og Kurdistan (48). En

artikkel beskrev at 11% av kvinnene brukte nødprevensjon da de ble gravide, og her fant de ingen signifikant forskjell mellom innvandrere og ikke-innvandrere (56).

Antall provoserte aborter hos en kvinne (n=5)

Alle fem studiene som undersøkte antallet provoserte aborter per kvinne, fant at innvandrerkvinner i gjennomsnitt hadde flere aborter enn ikke-innvandrerkvinner. En av studiene fant at det var 38% av innvandrerkvinnene og 30% av ikke-innvandrerkvinnene som hadde hatt 1-2 tidligere provoserte aborter (52). 7% av innvandrerkvinnene og 4% av ikke-innvandrerkvinnene hadde 3-4 aborter og 2% av innvandrerkvinnene og under 1% av ikke-innvandrerkvinnene hadde 5 eller flere aborter. En svensk studie fant at det blant kvinner som søkte abort, var 56% av innvandrerkvinnene og 36% av ikke-innvandrerkvinnene som hadde hatt minst én tidligere provosert abort (47). I en annen svensk studie fant de at det blant ungdommer som søkte abort, var 12% av ikke-innvandrerne og 22% av innvandrerne og etterkommere som hadde hatt minst én tidligere abort (43). En finsk studie fant at ikke-innvandrere i gjennomsnitt hadde 0,2 provoserte aborter per kvinne, mens innvandrerkvinner fra Russland, Somalia og Kurdistan hadde henholdsvis 1,3, 0,3 og 0,5 (44). I en svensk studie fant de at ikke-innvandrere hadde 0,7 aborter per kvinne, innvandrerkvinner som hadde vært i Sverige i mindre enn 10 år hadde 0,6 og innvandrerkvinner som hadde vært i Sverige i mer enn 10 år hadde 1,0 (42). Den sistnevnte gruppen hadde signifikant høyere risiko enn begge gruppene for gjentatte aborter.

Diskusjon

Styrker og svakheter ved oppgaven

Det er viktig å se våre resultater i lys av styrker og begrensninger ved denne systematiske oversiktsartikkelen. På generelt grunnlag holder systematiske oversiktsartikler høyere nivå av kunnskap enn enkeltstudier, fordi de samler resultater fra flere uavhengige studier. Dette gjør det lettere å se sammenhenger, og å korrigere for tilfeldigheter og skjevheter. En felles utfordring ved systematiske oversiktsartikler er at all relevant forskning må finnes og inkluderes for at resultatene skal bli pålitelige. Fordi disse artiklene generelt tillegges stor tillit, kan leserne fort få et feilaktig bilde av fakta dersom relevant forskning utelates. Videre vil vi diskutere noen styrker og svakheter som gjelder spesielt for denne systematiske oversiktsartikkelen.

Vi benyttet oss av en søkestrategi som hadde flere styrker. Det ble søkt i fire forskjellige databaser, søket ble utført av en universitetsbibliotekar og søket ga et stort antall treff. Det er også en fordel at studier bare ble valgt fra de nordiske landene, fordi disse landene er sammenlignbare når det kommer til innvandring og helsesystemer. En potensiell svakhet ved denne systematiske oversiktsartikkelen er at studier som ikke skiller mellom innvandrere og andregenerasjonsinnvandrere i sine analyser ble ekskludert. Hensikten med dette var å begrense resultatene til bare innvandrere, slik at dataene ville bli mer sammenlignbare på tvers av studiene. Likevel medfører denne beslutningen en risiko for at representativ forskning om innvandrere ikke har kommet med i denne systematiske oversiktsartikkelen. I etterkant av søket ble det også oppdaget én relevant studie som ikke var inkludert i søkeresultatene (58). En mulig forklaring på dette er at enkelte studier ikke betegner kvinnene som innvandrere, men heller betegner deres nasjonalitet. Slike studier ville ikke nødvendigvis ha blitt plukket opp av søket som ble utført. I tillegg ble det bare brukt engelske søketermer, og det er mulig at en utvidelse av søket til de nordiske språkene kunne ha gitt flere relevante søketreff. Det bør også bemerkes at det ikke er gjort en formell, skjemabasert vurdering av kvaliteten på de inkluderte studiene, men styrker og svakheter ved enkeltstudiene diskuteres senere.

I sin rapport «Helse blant personer med innvandrerbakgrunn» beskriver FHI innvandrere som en heterogen gruppe og forklarer at ulik bakgrunn, årsak til innvandring og botid påvirker deres helse og levekår på forskjellige måter (10). I våre resultater er det beskrevet forhold som

støtter oppunder dette. Flere studier viste betydelig variasjon i resultater avhengig av innvandrerkvinnenes fødeland. En norsk studie fant eksempelvis at det var 33% flere innvandrerkvinner fra Chile som brukte hormonell prevensjon enn innvandrerkvinner fra Pakistan (3). En annen studie fant at det var 29% flere innvandrerkvinner fra Russland enn fra Somalia som hadde hatt minimum én provosert abort (48). Andre studier fant forskjeller basert på innvandrerkvinnenes alder. En studie fant for eksempel at prevensjonsbruk var 37% hyppigere blant de yngre enn de eldre innvandrerkvinnene (34). Det ble også observert variasjoner avhengig av årsak til innvandring. Blant annet fant én studie høyere abortrate for flyktninger enn for arbeidsinnvandrere (54).

Til tross for denne heterogeniteten blant innvandrere er innvandrerkvinnene i denne systematiske oversiktsartikkelen slått sammen i én gruppe og de inkluderte studiene er ikke filtrert på innvandrerkvinnenes fødeland, alder, innvandringsårsak, botid eller andre faktorer. På den ene siden kan det være en svakhet at forskning på kvinner med svært ulik bakgrunn samles og analyseres under ett. Tatt i betraktning de store variasjonene mellom grupper av innvandrerkvinner er det usikkert hvor representative våre gjennomsnittlige resultater for alle innvandrerkvinner er. På den andre siden har alle kvinnene til felles at de har innvandret til Norden, og det er interessant å studere om selve innvandringen har en innvirkning på kvinnenes helse uavhengig av bakgrunn. Dersom man eksempelvis bare studerte innvandrerkvinner fra afrikanske land, ville muligens resultatene gjenspeilet kvinnenes bakgrunn fra fødelandet i større grad enn selve innvandringen. I tillegg ville det sannsynligvis vært praktisk utfordrende å lage en systematisk oversiktsartikkel som bare studerte grupper av innvandrerkvinner, fordi man måtte ha funnet nok enkeltstudier som forsket på samme gruppe. En annen ulempe ved å analysere mindre grupper er at resultatene blir relevante for en liten gruppe mennesker. Ved å analysere innvandrerkvinner som en helhet kan man finne sammenhenger som er relevant for en stor andel av Nordens befolkning. Det kan altså være hensiktsmessig å studere alle innvandrerkvinner under ett, dersom man samtidig er oppmerksom på store variasjoner mellom ulike grupper og tar hensyn til dette når forskningen brukes som utgangspunkt for forbedring av helsehjelp.

Styrker og svakheter ved de inkluderte studiene

Alle studiene som ble inkludert var observasjonelle studier av typen tverrsnittsstudie, kohortstudie eller kasus-kontrollstudie. Dette var hensiktsmessig for vår artikkel, da disse

studiedesignene egner seg godt til å besvare forskningsspørsmål om forekomster og sammenhenger mellom risikofaktorer og utfall (59). En fordel ved observasjonelle studier, til forskjell fra eksperimentelle studier, er at de ofte er enklere å gjennomføre og mer kostnadseffektive. Et unntak fra dette er kohortstudiene som ofte er krevende og dyre å gjennomføre, fordi man følger deltakere over lang tid (60). Av denne grunn er mange av kohortstudiene retrospektive, som vil si at de henter inn data om kohortene fra tilbake i tid. En ulempe ved retrospektive studier basert på journaler, registre eller liknende er at relevante data kan mangle. Dersom man utfører retrospektive studier ved innhenting av informasjon fra studiedeltakere, kan man få systematiske skjevheter knyttet til hvilken informasjon deltakerne husker og oppgir. Den samme utfordringen gjelder kasus-kontrollstudier fordi de undersøker tidligere eksponering for en risikofaktor. Fordi tverrsnittsstudier undersøker et problem her og nå, har man ikke de samme utfordringene knyttet til manglende data eller rapportering av data tilbake i tid. En ulempe ved tverrsnittsstudier er derimot at de ikke kan brukes til å vurdere årsakssammenhenger slik de to andre designene har mulighet til (59). En felles utfordring for alle studiedesign er systematisk skjevhet knyttet til seleksjon av deltakere. En fordel ved denne systematiske oversiktsartikkelen er at flere av studiene er basert på nasjonale registre, hvor potensialet for seleksjonsskjevhet er mindre (60).

En annen styrke er at flere av de inkluderte studiene er store. Det er kun fire studier som har færre enn 500 deltakere og fem av studiene har flere enn 100 000 deltakere. Større studier gir økt troverdighet til resultatene av enkeltstudiene, og dermed økt troverdighet til denne systematiske oversiktsartikkelen. Likevel må det tas i betraktning at andelen innvandrerkvinner typisk er betydelig mindre enn andelen ikke-innvandrerkvinner i de største studiene, slik at resultatene kan preges av mer usikkerhet for innvandrerkvinnene enn for ikke-innvandrerkvinnene.

Alle de inkluderte studiene har studert forekomst av provosert abort og/eller prevensjonsbruk blant innvandrerkvinner. Likevel er det stor forskjell på hvordan de ulike studiene har presentert sine resultater. Eksempelvis presenteres forekomsten av provosert abort både som abortrate, andeler som tar abort og insidens. Disse variasjonene i måter å fremstille resultater på, gjør det utfordrende å samle og sammenlikne resultatene fra de ulike studiene.

Det ble observert at det til dels er stor spredning i resultatene til de inkluderte studiene. For eksempel fant ulike studier at andelen innvandrerkvinner som hadde gjennomgått en provosert

abort var mellom 4% og 69%. Studiene fant også at mellom 13% og 89% av innvandrerkvinnene brukte en form for prevensjon. En del av forklaringen på de varierende funnene kan være at studiene hadde delvis ulike studiepopulasjoner, til tross for at alle studiene forsket på innvandrerkvinner. Som tidligere beskrevet skiller ikke vår systematiske oversiktsartikkel i sin helhet mellom ulike grupper av innvandrerkvinner, men noen av enkeltstudiene gjorde likevel det. For eksempel undersøkte en studie provosert abort blant innvandrerkvinner som er gift (37), mens en annen studie undersøkte provosert abort blant ungdommer (44). Det er sannsynlig at gravide ungdommer oftere vil velge å gjennomføre en provosert abort, sammenliknet med voksne kvinner som er i et ekteskap. Et annet eksempel er at noen studier undersøkte prevensjonsbruk blant ikke-gravide innvandrerkvinner, mens andre studier forsket på prevensjonsbruk blant gravide innvandrerkvinner. Man kan tenke seg at kvinner som har blitt gravide muligens har brukt prevensjon i mindre grad enn kvinner som ikke har blitt gravide. I tillegg til variasjoner i studiepopulasjon var det også mindre variasjoner i utfallene de ulike studiene undersøkte. Særlig gjaldt dette for bruken av prevensjon. Enkelte av studiene målte for eksempel hvor mange innvandrerkvinner som hadde brukt prevensjon i løpet av livet. Disse studiene fant naturligvis en høyere forekomst enn studiene som undersøkte hvor mange innvandrerkvinner som for tiden brukte prevensjon. Som beskrevet under kapittelet om resultater, var det også variasjoner i hvilke prevensjonsmidler som ble studert, og dette kan også ha bidratt til de forskjellige resultatene studiene kom frem til.

En annen utfordring er lav svarprosent ved enkelte av de inkluderte studiene. For studiene som tok i bruk spørreskjema lå svarprosenten mellom 42% og 96%. For de fleste studiene var svarprosenten rundt 60%. Metoden som de ulike studiene har brukt for å rekruttere deltakere har sannsynligvis en sammenheng med svarprosenten de oppnådde. Eksempelvis sendte den studien med lavest svarprosent ut spørreskjemaet som brev til potensielle deltakere, mens studien med den høyeste svarprosenten gjennomgikk spørreskjemaet på intervju med hver og én deltaker. Det er sannsynlig at tettere oppfølging, slik som gjennomgang av spørreskjema på intervju, gir høyere terskel for å la være å svare. De færreste av studiene oppgir separate svarprosenter for innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner, slik at det ikke er mulig å sammenlikne disse. Det hadde vært interessant å vurdere om svarprosenten for innvandrerkvinner er annerledes enn for ikke-innvandrerkvinner på spørsmål som omhandler kvinnehelse og seksualitet. En mulig forklaring på at svarprosenten ikke er høyere i de inkluderte studiene kan være at disse temaene fremdeles er tabubelagte og ubehagelige å

snakke om. Åpenheten rundt temaer som seksualitet er i stor grad preget av kultur og man kan tenke seg at kulturforskjeller mellom innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner kunne ført til forskjellige svarprosjenter hos disse to gruppene.

Forskning på innvandrerhelse

På generell basis kan forskning på migranter og innvandrere by på utfordringer. Forskjellige land opererer med ulike definisjoner av begrepet "innvandrer". Eksempelvis varierer kravet til botid i vertslandet for å klassifiseres som en innvandrer. Selv innad i Norden er det forskjellig bruk av begrepet. Eksempelvis kreves det at en person skal bo minimum seks måneder i Norge for å regnes som en innvandrer, mens kravet er tre måneder i Danmark og ett år i Sverige (4). Slike definisjonsmessige forskjeller gjør det vanskelig å sammenstille data fra ulike land, fordi forskjellige land vil ha ulike grupper inkludert i sin statistikk. I tillegg er det en forutsetning for pålitelig statistikk at flyttingen meldes og registrene oppdateres når noen flytter. Det er ikke alltid en selvfølge at dette gjøres, og særlig er innenlands migrasjon og ulovlig innvandring sårbar for manglende dokumentasjon. Manglende melding av flytting kan gi systematiske skjevheter ved at grupper av migranter faller utenfor statistikken (4).

Språkforskjeller kan også utgjøre en utfordring ved forskning på innvandrere. For å få pålitelige resultater må forskerne sikre seg at studiedeltakerne forstår og tolker spørsmålene riktig. Manglende språkforståelse kan gi systematiske skjevheter i en studie ved at det blir feil eller ufullstendig data, eller ved at det blir et større frafall blant studiedeltakere med dårligere forståelse. Mange av de inkluderte studiene beskrev i sin metode hvordan de har håndtert denne utfordringen, for eksempel ved bruk av tolk eller oversettelse av spørreskjemaer til flere språk. Andre studier var basert på informasjon fra registre eller pasientjournaler, og hadde dermed ikke de samme utfordringene med språk under innhenting av data. Språkutfordringer kan likevel ha vært av betydning under konsultasjonene som journalene eller registrene er basert på. Det var også en andel av studiene som benyttet intervjuer eller spørreskjemaer som ikke beskrev deres håndtering av språkutfordringer. Særlig for disse studiene vil det være en viss usikkerhet rundt innvandrerkvinnenes forståelse og tolkning av spørsmål.

Sammenligning med annen forskning

Studier fra andre europeiske land viser i stor grad lignende resultater som de inkluderte studiene i denne artikkelen. I en gjennomgang av provoserte aborter på verdensbasis fant man at innvandrerkvinner generelt var overrepresentert blant abortsøkende (61). Eksempelvis var abortraten blant innvandrerkvinner i Spania og Italia tre ganger høyere enn man skulle forvente ut fra gjennomsnittet i landet. En systematisk oversiktsartikkel fra Sveits viste at innvandrerkvinner under 18 år i større grad søkte provosert abort, sammenliknet med den øvrige sveitsiske populasjonen (62). Det er også observert lavere prevensjonsbruk blant innvandrerkvinner i flere europeiske studier (63-65).

Studier fra Canada og USA viser også at prevensjonsbruken blant innvandrerkvinner er lavere enn blant ikke-innvandrerkvinner, og at behovet for prevensjon ikke er dekket for denne gruppen (66-68). Resultatene fra en systematisk oversiktsartikkel tyder på at flyktninger i USA har negative tanker og misoppfatninger om prevensjon som hindrer deres prevensjonsbruk (69). Den samme studien viste at prevensjonsbruken blant flyktninger i land som Jordan, Kongo og Thailand var lav, og at de manglet tilgang på prevensjon. Også en systematisk oversiktsartikkel fra Mexico og Mellom-Amerika konkluderte med lavere prevensjonsbruk blant innvandrerkvinner, samtidig som de kom frem til at forskningen på temaet i denne verdensdelen var mangelfull (70). På verdensbasis ser det altså ut til at innvandrerkvinner generelt har lavere prevensjonsbruk enn ikke-innvandrerkvinner.

For provosert abort tyder forskning fra USA og Canada på at forekomsten blant innvandrerkvinner varierer mer fra land til land. Enkelte studier har funnet høyere forekomst av provosert abort blant innvandrerkvinner (71), mens flere andre studier ikke har funnet noen signifikant forskjell (67, 72). Innvandringens mønster og sammensetningen av innvandringspopulasjonen i ulike verdensdeler er trolig av betydning for hyppigheten av provosert abort hos denne gruppen (67).

Mulige årsaker til resultatene

Basert på denne systematiske oversiktsartikkelen er det ikke mulig å bestemme årsakssammenhenger til resultatene vi har observert. Dersom formålet vårt hadde vært å kartlegge hvorfor innvandrerkvinner har flere provoserte aborter, eller hvorfor de i mindre grad bruker prevensjon, hadde det vært hensiktsmessig å inkludere studier med et annet

studiedesign, for eksempel kvalitative studier. Likevel vil vi presentere noen hypoteser rundt årsaker til våre funn.

En mulighet er at det er en sammenheng mellom lav prevensjonsbruk og høy forekomst av provosert abort. Man kan anta at det ved lavere prevensjonsbruk vil oppstå flere uønskede svangerskap som ender i provosert abort. Flere av de inkluderte studiene trekker en sammenheng mellom høy abortrate og sosioøkonomiske faktorer som lav inntekt, lav utdanning, arbeidsledighet og flere barn (n=3(42, 55, 56)). Eksempelvis kan lav inntekt og manglende rettigheter til betalt svangerskapspermisjon påvirke valget om å ta abort. Det er usikkert om det foreligger andre årsaker til at innvandrerkvinner oftere velger provosert abort.

Årsaken til at innvandrerkvinner bruker mindre prevensjon er trolig sammensatt. Én komponent kan være manglende kunnskap om prevensjon. Kunnskap kan omfatte alt fra å ha kjennskap til at prevensjon finnes, til å vite hvor man skal henvende seg for å få tak i det. Manglende kunnskap eller misforståelser rundt virkningsmekanismer og bivirkninger kan gi frykt for å ta prevensjon i bruk. Det kan også være religiøse eller kulturelle forestillinger som taler imot prevensjonsbruk. For eksempel kan kvinnen selv, hennes partner eller nærmiljø ha et negativt syn på forhindring av graviditet. En annen mulighet er selvsagt at innvandrerkvinner kan komme fra kulturer hvor det er vanlig eller ønskelig å få flere barn enn det typisk er i de nordiske landene.

Konklusjon og betydning av resultatene

Det er sjeldent tilstrekkelig med én systematisk oversiktsartikkel for å trekke sikre konklusjoner og våre resultater bør bekreftes med flere enkeltstudier og systematiske oversiktsartikler. Likevel ønsker vi å diskutere rundt betydningen av våre funn.

Den lavere bruken av prevensjon og høyere forekomsten av provosert abort som vi har observert hos innvandrerkvinner kan være et tegn på dårligere kvinnehelse blant denne pasientgruppen. Prevensjon gir mulighet for familieplanlegging som igjen kan medvirke positivt til at kvinnen i større grad kan delta i for eksempel utdanning og arbeidsliv. I tillegg gir prevensjon kvinnen større autonomi og kontroll over egen kropp, noe som har en stor egenverdi. Alle svangerskap medfører i tillegg risiko for medisinske komplikasjoner og både psykisk og fysisk belastning. Det å gjennomgå et uønsket svangerskap kan man anta medfører en enda større belastning, både for kvinnen selv og muligens for hennes partner og familie.

Muligheten for å unngå dette ved hjelp av prevensjonsbruk kan derfor virke positivt inn på en kvinnes helse. Mange av de samme argumentene kan naturligvis appliseres til at det er positivt med tilgang på provosert abort. Likevel kan en høy abortrate være problematisk, da det kan ha negative konsekvenser for både kvinnen og samfunnet. For samfunnet medfører mange aborter økonomiske kostnader og økt ressursbruk, mens det for kvinnen kan medføre en medisinsk risiko og fysisk og psykisk påkjenning. Dette er viktige årsaker til at lav bruk av prevensjon og høy bruk av provosert abort blant innvandrerkvinner kan anses som negative helseutfall som det bør tilstrebes å forbedre.

Årsakene til at innvandrerkvinner bruker prevensjon i mindre grad enn ikke-innvandrerkvinner kan være angrepspunkter for utjevning av denne forskjellen. Innvandrerkvinneres kunnskap om prevensjon og tilgang til prevensjonsveiledning bør styrkes. Som tidligere diskutert kan det være vanskelig for innvandrerkvinner å vite hvor de skal henvende seg, og det bør derfor finnes lavterskel tilbud rettet spesielt mot denne gruppen. I stedet for at kvinnene selv må søke hjelp kan det være en idé å aktivt oppsøke innvandrerkvinner for å tilby veiledning. Et eksempel på et slikt systemisk tiltak som allerede finnes er at kartlegging av behov for prevensjon inkluderes i helsesjekken som tilbys til alle flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente som kommer til Norge (73). Kvinnene kan ofte likevel ha et større behov for informasjon enn det som tilbys ved en slik undersøkelse. I tillegg vil ikke kvinner som innvandrer av andre årsaker tilbys en slik helsesjekk. Andre aktuelle måter å oppsøke innvandrerkvinner på kan være å tilby prevensjonsveiledning på asylmottak eller å dele ut informasjonsark på steder som språkkurs, integreringskurs eller voksenopplæring. På individnivå kan man sørge for at helsepersonell har kjennskap til at innvandrerkvinner i mindre grad bruker prevensjon, slik at man kan være ekstra oppmerksom på dette i møte med denne pasientgruppen. Dersom det blir økt oppmerksomhet rundt denne problemstillingen, vil kanskje flere helsepersonell ta opp temaet med sine pasienter. Som tidligere diskutert kan også kulturelle og religiøse faktorer gjøre innvandrerkvinnen eller hennes omgangskrets negativt innstilt til prevensjon. Det er behov for ytterligere forskning rundt hvorfor innvandrerkvinner i mindre grad bruker prevensjon, og gjøre analyser på ulike etnisiteter og innvandringsgrupper. I tillegg er det viktig at helsepersonell er i stand til å formidle informasjon om prevensjon på en hensiktsmessig måte i møte med innvandrere. Økt fokus på opplæring av helsepersonell i kultursensitiv kommunikasjon kan være et godt tiltak. På den måten kan helsepersonell gi mer individualisert og tilpasset prevensjonsveiledning i møte med innvandrerkvinner.

Når det kommer til forskjellen i forekomsten av provosert abort mellom innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner, er det behov for mer forskning rundt hvorfor denne forskjellen foreligger. Dersom hovedårsaken er lav prevensjonsbruk som fører til flere uønskede svangerskap og med det flere provoserte aborten, vil forbedret prevensjonsveiledning være det viktigste tiltaket. Det kan likevel være andre årsaker til forskjellen vi observerer og fra vår oppgave er det ikke mulig å trekke en konklusjon rundt dette temaet. Ytterligere forskning på årsakene til høy forekomst av provosert abort blant innvandrerkvinner kan belyse nye angrepspunkter for utjevning av denne forskjellen.

Referanseliste

1. Syse AG, Else Karin; Madsen, Christian; Aarø, Leif Edvard; Strand, Bjørn Heine; Næss, Øyvind Erik. Sosiale helseforskjeller i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014.
2. Solar O IA. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneve: World Health Organization; 2010.
3. Eick F, Vallersnes OM, Fjeld HE, Sørbye IK, Storkås G, Ekrem M, et al. Use of non-governmental maternity services and pregnancy outcomes among undocumented women: a cohort study from Norway. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022;22(1):789.
4. Tønnesen M. Migrasjon: Store norske leksikon; 2023 [Available from: <https://snl.no/migrasjon>].
5. McAuliffe MT, Anna. World Migration Report 2022. Geneve: International Organization for Migration (IOM); 2021.
6. Tønnesen M. Innvandring: Store norske leksikon; 2023 [Available from: <https://snl.no/innvandring>].
7. Organization WH. Refugee and migrant health 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>].
8. Agency U-TUR. Refugee Data Finder 2023 [Available from: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>].
9. Østby LG, Fredrik Berger. Innvandring og innvandrere i Norden, 2016-2020. Statistisk sentralbyrå; 2022.
10. Kumar BNB, Tone; Indseth, Thor; Hussaini, Lema; Labberton, Angela Susan; Ali, Warsame Abdullahi; Syse, Astrid; Olsen, Anne Olaug; Qureshi, Samera Azeem; Bærug, Anne Bergljot; Straiton, Melanie Lindsay. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. Folkehelseinstituttet; 2022.
11. Diaz E, Poblador-Pou B, Gimeno-Feliu L-A, Calderón-Larrañaga A, Kumar BN, Prados-Torres A. Multimorbidity and Its Patterns according to Immigrant Origin. A Nationwide Register-Based Study in Norway. PLOS ONE. 2015;10(12):e0145233.
12. Norredam M, Agyemang C, Hojbjerg Hansen OK, Petersen JH, Byberg S, Krasnik A, et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. Tropical Medicine & International Health. 2014;19(8):958-67.
13. Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu L-A, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Pou B, Prados-Torres A. Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. Tropical Medicine & International Health. 2015;20(12):1805-14.
14. Kumar BND, Esperanza. Migration health theories: Healthy migrant effect and allostatic load. Can both be true? 2019. In: Migrant Health, A Primary Care Perspective [Internet]. Taylor & Francis Group.
15. Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The 'healthy migrant effect'—not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. International Journal of Epidemiology. 2000;29(1):191-2.
16. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. Ethn Health. 2017;22(3):209-41.
17. opphold Fottpuf. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2012.
18. Organization WH. Contraception 2023 [Available from: https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1].

19. Donovan PW, Deirdre. Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels. The Alan Guttmacher Institute. 2002.
20. Organization WH. Family planning/contraception methods 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>].
21. Sully EAB, Ann; Darroch, Jacqueline E; Riley, Taylor; Ashford, Lori S; Lince-Deroche, Naomi; Firestein, Lauren; Murro, Rachel. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. Guttmacher Institute; 2020.
22. (NEL) NEL. Naturlig prevensjon 2020 [Available from: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/pasientinformasjon/prevensjon/prevensjon-naturmetoder>].
23. Organization WH. Emergency contraception 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>].
24. Folkehelseinstituttet. Dobling i bruk av p-stav blant unge kvinner 2017 [Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/dobling-i-bruk-av-p-stav-blant-unge-kvinner/>].
25. Furu K, Aares EB, Hjellvik V, Karlstad Ø. Hormonal contraceptive use in Norway, 2006-2020, by contraceptive type, age and county: A nationwide register-based study. Norsk Epidemiologi. 2021;29(1-2).
26. Folkehelseinstituttet. Reseptfritt salg av legemidler i 2021 2022 [Available from: <https://www.fhi.no/he/legemiddelbruk/omsetning-utenom-apotek/reseptfritt-salg-av-legemidler-i-2021/#intim-og-sex>].
27. Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Hognert H, Milsom I, et al. Contraceptive use in the Nordic countries. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96(1):19-28.
28. Helfo. Stønad til prevensjonsmidler 2019 [updated 18.09.2023. Available from: <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/stonad-til-prevensjon-for-unge-kvinner/stonad-til-prevensjon-for-unge-kvinner>].
29. Organization WH. Abortion 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>].
30. Løkeland-Stai M. Aborttall for Norge: Folkehelseinstituttet; 2023 [Available from: <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>].
31. Welfare FIFHa. Induced abortions in the Nordic countries 2021. 2023.
32. skriv So. Søketechnikker 2023 [Available from: <https://www.sokogskriv.no/soking/soketechnikker.html>].
33. Knudsen OFL, Sten; Johannessen, Bjørn. OECD Store norske leksikon2023 [Available from: <https://snl.no/OECD>].
34. Åkerman E, Larsson EC, Essén B, Westerling R. Understanding the needs and use of sexual and reproductive health services among Thai women: a descriptive cross-sectional study in Sweden. Sexual Health. 2021;18(3):203-11.
35. Asamoah BO, Agardh A. Individual- and Family-Level Determinants of Risky Sexual Behavior Among Swedish- and Foreign-Born Young Adults 18–30 Years of Age, Residing in Skåne, Sweden. Archives of Sexual Behavior. 2018;47(2):517-28.
36. Causevic S, Salazar M, Orsini N, Kågesten A, Ekström AM. Sexual risk-taking behaviors among young migrant population in Sweden. BMC Public Health. 2022;22(1):625.
37. Degni F, Koivusilta L, Ojanlatva A. Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2006;11(3):190-6.
38. Omland G, Ruths S, Diaz E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. BJOG. 2014;121(10):1221-8.

39. Iwarsson KE, Larsson EC, Gemzell-Danielsson K, Essén B, Klingberg-Allvin M. Contraceptive use among migrant, second-generation migrant and non-migrant women seeking abortion care: a descriptive cross-sectional study conducted in Sweden. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2019;45(2):118-26.
40. Funge Jk, Boye MC, Parellada CB, Norredam M. Demographic characteristics, medical needs and utilisation of antenatal care among pregnant undocumented migrants living in Denmark between 2011 and 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022;50(5):575-83.
41. Gele AA, Musse FK, Qureshi S. Unmet needs for contraception: A comparative study among Somali immigrant women in Oslo and their original population in Mogadishu, Somalia. *PLOS ONE*. 2019;14(8):e0220783.
42. Helström L, Odlin V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(6):405-10.
43. Helström L, Zätterström C, Odlin V. Abortion Rate and Contraceptive Practices in Immigrant and Swedish Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2006;19(3):209-13.
44. Jokela S, Lilja E, Kinnunen TI, Gissler M, Castaneda AE, Koponen P. Births and induced abortions among women of Russian, Somali and Kurdish origin, and the general population in Finland –comparison of self-reported and register data. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18(1):296.
45. Lazarus JV, Himedan HM, Østergaard LR, Liljestrand J. HIV/AIDS knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(1):92-9.
46. Leval A, Sundström K, Ploner A, Arnheim Dahlström L, Widmark C, Sparén P. Assessing Perceived Risk and STI Prevention Behavior: A National Population-Based Study with Special Reference to HPV. *PLOS ONE*. 2011;6(6):e20624.
47. Soderberg H, Andersson C, Janzon L, Sjöberg N-O. Socio-demographic characteristics of women requesting induced abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1993;72(5):365-8.
48. Väisänen H, Koponen P, Gissler M, Kontula O. Contraceptive use among migrant women with a history of induced abortion in Finland. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2018;23(4):274-81.
49. Diaz E, Omland G, Hannestad Y, Ruths S. Use of hormonal contraceptives among immigrant women and their daughters in Norway: Data from the Norwegian Prescription Database. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2019;98(2):232-9.
50. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis 2021 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-45-tverrsnittstudie>].
51. Bruckner TA, Mortensen LH, Catalano RA. Social and demographic drivers of trend and seasonality in elective abortions in Denmark. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(1):214.
52. Heino AE, Gissler M, Malin M, Väisänen H. Induced abortions by woman's country of origin in Finland 2001–2014. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2020;48(1):88-95.
53. Knudtzen FC, Mørk L, Nielsen VN, Astrup BS. Accessing vulnerable undocumented migrants through a healthcare clinic including a community outreach programme: a 12-year retrospective cohort study in Denmark. *Journal of Travel Medicine*. 2021;29(7).
54. Vangen S, Eskild A, Forsen L. Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2008;115(10):1309-15.

55. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzel A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *European Journal of Public Health*. 2007;18(2):144-9.
56. Rasch V, Knudsen LB, Gammeltoft T, Christensen JT, Erenbjerg M, Christensen JJP, et al. Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark. *Human Reproduction*. 2007;22(5):1320-6.
57. European Labour Authority; Directorate-General for Employment SAaI. NGO-er: hva, hvorfor og hvor? : Europakommisjonen; 2017 [Available from: https://eures.ec.europa.eu/ngos-what-why-and-where-2017-07-03_no.
58. Eskild A, Nesheim BI, Busund B, Vatten L, Vangen S. Childbearing or induced abortion: the impact of education and ethnic background. *Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(3):298-303.
59. Skovlund E. Studiedesign. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2021.
60. Simpson MR. Kohortstudier. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2021.
61. Sedgh G, Singh S, Henshaw SK, Bankole A. Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011;43(3):188-98.
62. Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland. *Int J Public Health*. 2012;57(4):659-71.
63. Çöl M, Bilgili Aykut N, Usturalı Mut AN, Koçak C, Uzun SU, Akin A, et al. Sexual and reproductive health of Syrian refugee women in Turkey: a scoping review within the framework of the MISP objectives. *Reproductive health*. 2020;17(1):99.
64. Poncet LC, Huang N, Rei W, Lin Y-C, Chen C-Y. Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2013;18(6):468-79.
65. Raben LAD, van den Muijsenbergh M. Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women?: a retrospective study in Dutch general practice. *Family practice*. 2018;35(4):468-74.
66. Tapales A, Douglas-Hall A, Whitehead H. The sexual and reproductive health of foreign-born women in the United States. *Contraception*. 2018;98(1):47-51.
67. Prey B, Talavlikar R, Mangat R, Freiheit EA, Drummond N. Induced abortion and contraception use: among immigrant and Canadian-born women in Calgary, Alta. *Can Fam Physician*. 2014;60(9):e455-63.
68. Chowdhury N, Naeem I, Ferdous M, Chowdhury M, Goopy S, Rumana N, et al. Unmet Healthcare Needs Among Migrant Populations in Canada: Exploring the Research Landscape Through a Systematic Integrative Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2021;23(2):353-72.
69. Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):403.
70. Garbett A, de Oliveira Tavares NC, Riggiorozzi P, Neal S. The paradox of choice in the sexual and reproductive health and rights challenges of south-south migrant girls and women in Central America and Mexico: A scoping review of the literature. *Journal of Migration and Health*. 2023;7:100143.
71. Wanigaratne S, Wiedmeyer M-I, Brown HK, Guttmann A, Urquia ML. Induced abortion according to immigrants' birthplace: a population-based cohort study. *Reproductive Health*. 2020;17(1):143.
72. Jones RKF, Lawrence B; Sing, Susheela. *Characteristics of U.S. Abortion Patients, 2008*. New York: Guttmacher Institute; 2010.
73. Helsedirektoratet. Helseundersøkelser av asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente 2023 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til->

Vedlegg

Dokumentasjon av litteratursøk

The following databases were searched:

Database	Number of retrieved records
MEDLINE (Ovid)	1440
Embase (Ovid)	1656
Maternity & Infant Care (Ovid)	78
CINAHL (EBSCO)	627
Number of records before deduplication:	3801
Number of duplicate records removed:	1370
Number of records after deduplication:	2431

All searches were performed on 28 October 2022 by Hilde Strømme, Academic Librarian, University of Oslo Library of Medicine and Science.

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to October 27, 2022>

1	exp Contraceptive Agents/ or Contraception Behavior/ or exp Contraception/ or exp Abortion, Induced/	139255
2	(birth control or birth prevent* or (ovulation adj2 inhibit*) or (coitus adj2 interrupt*) or contraception* or contraceptive* or anticonception* or anti-conception* or anticonceptive* or anti-conceptive* or anticonceptual or anti-conceptual or ((antifertility or anti-fertility) adj (agent* or drug*)) or condom* or vagina* ring* or diaphragm or ((cervical or cervix) adj2 (cap or caps)) or pessary or pessaries or progestin implant* or iud or iuds or intrauterine device* or copper coil* or (coil* adj2 inert*) or (intrauterine adj2 coil*) or depot shot* or barrier method* or morning-after pill* or postcoital pill* or post coitus pill* or sterilization or sterilized or sterilisation or sterilised or tubal ligation* or tubal ring* or tubal occlusion* or spermicid* or (fertil* adj3 (control* or inhibit*)) or abortion* or (pregnan* adj1 terminat*)).ti,ab,kw.	234800
3	Human migration/ or "Emigration and Immigration"/ or exp "Emigrants and Immigrants"/ or "Transients and Migrants"/ or Refugees/ or Refugee Camps/	61050
4	(immigrat* or immigrant* or emigrat* or emigrant* or migrat* or migrant* or refugee* or asylum seeker* or non-native* or nonnative* or foreign* or newcomer* or displaced person*).ti,ab,kw.	536049
5	(("Organisation for Economic Co-Operation and Development"/ or exp Australia/ or New Zealand/ or Austria/ or Belgium/ or Czech Republic/ or Slovakia/ or Slovenia/ or Turkey/ or Hungary/ or Poland/ or exp France/ or exp Germany/ or Greece/ or Ireland/ or exp Italy/ or Luxembourg/ or Netherlands/ or Portugal/ or exp Scandinavian/) and Nordic Countries/) or exp Baltic States/ or Spain/ or Switzerland/ or exp United Kingdom/ or exp Canada/ or exp	2393427

	United States/ or Mexico/ or Chile/ or Colombia/ or Costa Rica/ or exp Japan/ or Israel/ or exp Republic of Korea/ or Korea/	
6	("Organisation for Economic Co-operation and Development" or OECD or Australia or Austria or Belgium or Canada or Chile or Colombia or Costa Rica or Czech Republic or Denmark or Estonia or Finland or France or Germany or Greece or Hungary or Iceland or Ireland or Israel or Italy or Japan or Korea or Latvia or Lithuania or Luxembourg or Mexico or Netherlands or New Zealand or Norway or Poland or Portugal or Slovak Republic or Slovakia or Slovenia or Spain or Sweden or Switzerland or Turkey or United Kingdom or Britain or England or Wales or Scotland or United States or Scandinavia* or Baltic).ti,ab,kw.	1576327
7	(1 or 2) and (3 or 4) and (5 or 6)	1469
8	7 not (exp "Animals"/ not (exp "Animals"/ and "Humans"/))	1440

Embase Classic+Embase <1947 to 2022 October 27>

1	birth control/ or exp contraception/ or exp contraceptive device/ or exp contraceptive agent/ or exp contraceptive behavior/ or exp induced abortion/ or pregnancy termination/	413834
2	(birth control or birth prevent* or (ovulation adj2 inhibit*) or (coitus adj2 interrupt*) or contraception* or contraceptive* or anticonception* or anti-conception* or anticonceptive* or anti-conceptive* or anticonceptual or anti-conceptual or ((antifertility or anti-fertility) adj (agent* or drug*)) or condom* or vagina* ring* or diaphragm or ((cervical or cervix) adj2 (cap or caps)) or pessary or pessaries or progestin implant* or iud or iuds or intrauterine device* or copper coil* or (coil* adj2 inert*) or (intrauterine adj2 coil*) or depot shot* or barrier method* or morning-after pill* or postcoital pill* or post coitus pill* or sterilization or sterilized or sterilisation or sterilised or tubal ligation* or tubal ring* or tubal occlusion* or spermicid* or (fertil* adj3 (control* or inhibit*)) or abortion* or (pregnan* adj1 terminat*)).ti,ab,kw.	312368
3	exp migration/ or exp migrant/ or Refugee/ or asylum seeker/ or refugee camp/	91588
4	(immigrat* or immigrant* or emigrat* or emigrant* or migrat* or migrant* or refugee* or asylum seeker* or non-native* or nonnative* or foreign* or newcomer* or displaced person*).ti,ab,kw.	670586
5	"Organisation for Economic Co-operation and Development"/ or exp "Australia and New Zealand"/ or Japan/ or Korea/ or South Korea/ or Austria/ or exp Belgium/ or exp France/ or Germany/ or Ireland/ or Luxembourg/ or Netherlands/ or exp Scandinavia/ or exp Baltic States/ or Switzerland/ or exp United Kingdom/ or Greece/ or Hungary/ or Czech Republic/ or Slovakia/ or Slovenia/ or "turkey (republic)"/ or Poland/ or Italy/ or exp Portugal/ or exp Spain/ or Israel/ or exp Canada/ or exp United States/ or exp Mexico/ or Chile/ or Colombia/ or Costa Rica/	3753135
6	("Organisation for Economic Co-operation and Development" or OECD or Australia or Austria or Belgium or Canada or Chile or Colombia or Costa Rica or Czech Republic or Denmark or Estonia or Finland or France or Germany or Greece or Hungary or Iceland or Ireland or Israel or Italy or Japan or Korea or Latvia or Lithuania or Luxembourg or Mexico or Netherlands or New Zealand or Norway or Poland or Portugal or Slovak Republic or Slovakia or Slovenia or Spain or Sweden or Switzerland or Turkey or United Kingdom or Britain or England or Wales or Scotland or United States or Scandinavia* or Baltic).ti,ab,kw.	2282351
7	(1 or 2) and (3 or 4) and (5 or 6)	1723
8	7 not (("animal"/ or "nonhuman"/) not "human"/)	1656

Maternity & Infant Care Database (MIDIRS) <1971 to October 18, 2022>

1	(birth control or birth prevent* or (ovulation adj2 inhibit*) or (coitus adj2 interrupt*) or contraception* or contraceptive* or anticonception* or anti-conception* or anticonceptive* or anti-conceptive* or anticonceptional or anti-conceptional or ((antifertility or anti-fertility) adj (agent* or drug*)) or condom* or vagina* ring* or diaphragm or ((cervical or cervix) adj2 (cap or caps)) or pessary or pessaries or progestin implant* or iud or iuds or intrauterine device* or copper coil* or (coil* adj2 incert*) or (intrauterine adj2 coil*) or depot shot* or barrier method* or morning-after pill* or postcoital pill* or post coitus pill* or sterilization or sterilized or sterilisation or sterilised or tubal ligation* or tubal ring* or tubal occlusion* or spermicid* or (fertil* adj3 (control* or inhibit*)) or abortion* or (pregnan* adj1 terminat*)).ti,ab,hw.	13274
2	(immigrat* or immigrant* or emigrat* or emigrant* or migrat* or migrant* or refugee* or asylum seeker* or non-native* or nonnative* or foreign* or newcomer* or displaced person*).ti,ab,hw.	3251
3	("Organisation for Economic Co-operation and Development" or OECD or Australia or Austria or Belgium or Canada or Chile or Colombia or Costa Rica or Czech Republic or Denmark or Estonia or Finland or France or Germany or Greece or Hungary or Iceland or Ireland or Israel or Italy or Japan or Korea or Latvia or Lithuania or Luxembourg or Mexico or Netherlands or New Zealand or Norway or Poland or Portugal or Slovak Republic or Slovakia or Slovenia or Spain or Sweden or Switzerland or Turkey or United Kingdom or Britain or England or Wales or Scotland or United States or Scandinavia* or Baltic).ti,ab,hw.	63552
4	1 and 2 and 3	78

CINAHL (EBSCO)

S1	(MH "Contraception+" OR MH "Contraceptive Agents+" OR MH "Abortion, Induced+")	43,544
S2	("birth control" OR "birth prevent*" OR (ovulation N1 inhibit*) OR (coitus N1 interrupt*) OR contraception* OR contraceptive* OR anticonception* OR "anti-conception*" OR anticonceptive* OR "anti-conceptive*" OR anticonceptional OR "anti-conceptional" OR ((antifertility OR "anti-fertility") N0 (agent* OR drug*)) OR condom* OR "vagina* ring*" OR diaphragm OR ((cervical OR cervix) N1 (cap OR caps)) OR pessary OR pessaries OR "progestin implant*" OR iud OR iuds OR "intrauterine device*" OR "copper coil*" OR (coil* N1 incert*) OR (intrauterine N1 coil*) OR "depot shot*" OR "barrier method*" OR "morning-after pill*" OR "postcoital pill*" OR "post coitus pill*" OR sterilization OR sterilized OR sterilisation OR sterilised OR "tubal ligation*" OR "tubal ring*" OR "tubal occlusion*" OR spermicid* OR (fertil* N2 (control* OR inhibit*)) OR abortion* OR (pregnan* N0 terminat*))	85,103
S3	(MH "Emigration and Immigration" OR MH "Transients and Migrants" OR MH "Refugees" OR MH "Refugee Camps" OR MH "Immigrants+")	35,264
S4	(immigrat* or immigrant* or emigrat* or emigrant* or migrat* or migrant* or refugee* or "asylum seeker*" or "non-native*" or nonnative* or foreign* or newcomer* or "displaced person*")	92,938
S5	(MH "Organisation for Economic Co-Operation and Development" OR MH "Australia+" OR MH "New Zealand" OR MH "Japan" OR MH "South Korea" OR MH "Austria" OR MH "Belgium" OR MH "Baltic States+" OR MH "Czech Republic" OR MH "Hungary" OR MH "Poland" OR MH "Slovakia" OR MH "Slovenia" OR MH "France" OR MH "Germany" OR MH "Greece" OR MH "Iceland" OR MH "Ireland" OR MH "Italy" OR MH "Luxembourg" OR MH "Netherlands" OR MH "Portugal" OR MH "Scandinavia+" OR MH "Spain" OR MH "Switzerland" OR MH "United Kingdom+" OR MH "Canada+" OR MH "United States+" OR MH "Mexico" OR MH "Chile" OR MH "Costa Rica" OR MH "Colombia" OR MH "Israel" OR MH "Turkey")	1,695,130
S6	("Organisation for Economic Co-operation and Development" OR OECD OR Australia OR Austria OR Belgium OR Canada OR Chile OR Colombia OR Costa Rica OR Czech Republic OR Denmark OR Estonia OR Finland OR France OR Germany OR Greece OR Hungary OR Iceland	1,666,527

	OR Ireland OR Israel OR Italy OR Japan OR Korea OR Latvia OR Lithuania OR Luxembourg OR Mexico OR Netherlands OR New Zealand OR Norway OR Poland OR Portugal OR Slovak Republic OR Slovakia OR Slovenia OR Spain OR Sweden OR Switzerland OR Turkey OR United Kingdom OR Britain OR England OR Wales OR Scotland OR United States OR Scandinavia* OR Baltic)	
S7	(S1 OR S2) AND (S3 OR S4) AND (S5 OR S6)	627

Tabell for ekstraksjon av data

Tabell 4: Oversikt over publiseringsår, tidsskrift, antall deltagere, svarprosent og studiedesign for inkluderte studier. (*T: tverrsnittsstudie, K: kohortstudie, K-K: kasus-kontrollstudie. Svarprosent er angitt for de studiene som benyttet spørreskjema*).

Første-forfatter	Publiseringsår	Tidsskrift	Land	Antall kasus, totalt (n) og evt. 1.gen innvandrere (%)	Svarprosent (%)	Studiedesign	Hovedfunn
Akerman, E.	2021	Sexual Health	Sverige	n=266, 100%	53	T	48% av innvandrerkvinnene brukte prevensjon. Mer vanlig i aldersgruppen 23-30 (70%), enn hos eldre (33%).
Asamoah, B. O.	2018	Archives of Sexual Behavior	Sverige	n=2944,13%	42	T	Mer vanlig å ikke ha brukt kondom ved siste samleie blant innvandrere (26%), sammenliknet med ikke-innvandrere (19%).
Bruckner, T. A.	2017	BMJ Pregnancy & Childbirth	Danmark	n=225 287	NA	K	Observerte fall i insidens for provoserte abort blant ikke-innvandrerkvinner og innvandrerkvinner fra vestlige land over tid, mens insidensen blant ikke-vestlige innvandrerkvinner hadde en økende trend.
Causevic, S.	2022	BMJ Public Health	Sverige	n=1563, 100%	NA	T	Observerte stor individuell variasjon i bruken av kondomer blant unge innvandrere.
Degni, F.	2006	European Journal of Contraception & Reproductive Health Care	Finland	n=67, 100%	67	T	Funnene indikerer at majoriteten av flyktningkvinnene fra Somalia ikke brukte prevensjon.
Diaz, E.	2019	Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica	Norge	n=312 900, 0,2%	NA	T	Bruken av hormonell prevensjon varierte med innvandrerkvinnens opprinnelsesland, fra 13% blant pakistanske innvandrerkvinner til 46% blant innvandrerkvinner fra Chile.

Eick, F.	2022	BMJ Pregnancy & Childbirth	Norge	n=582, 100%	NA	K	Blant papirløse migranter endte 28% av svangerskapene i provoserte aborter.
Emtell Iwarsson, K.	2019	BMJ Sexual & Reproductive Health	Sverige	n=637, 23%	68	T	89% av innvandrere rapporterte at de har brukt prevensjon minst en gang i løpet av livet, dette er lavere enn for ikke-innvandrere (99%). Orale prevensjonsmidler var den hyppigst brukte prevensjonsmetoden.
Funge, J. K.	2022	Scandinavian Journal of Public health	Danmark	n=679, 100%	NA	T	Blant papirløse migranter som oppsøkte NGO-klinikker kom 25% for å gjennomføre en provosert abort.
Gele, A. A.	2019	PLOS ONE	Norge	n=457, 100%	NA	T	Det var mer vanlig å bruke prevensjon blant somaliske innvandrerkvinner i Oslo (50%), sammenliknet med kvinner som bodde i Somalia (5%).
Heino, A. E.	2020	Scandinavian Journal of Public health	Finland	n=142 708	NA	K	Høyere abortrate blant innvandrerkvinner (15/1000), sammenliknet med ikke-innvandrerkvinner (9/1000). Innvandrerkvinner hadde høyere risiko for å ikke bruke prevensjon ved unntagelse.
Helstrom, L.	2003	Scandinavian Journal of Public health	Sverige	1 289, 36%	96	T	Innvandrerkvinnene hadde mindre erfaring med bruk av prevensjon, høyere paritet og gjennomgått flere provoserte aborter, sammenliknet med ikke-innvandrerkvinner.
Helstrom, L.	2006	Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology	Sverige	126, 37%	NA	T	Innvandrerkvinner var overrepresentert blant ungdommer som gjennomførte provosert abort. Gruppen hadde også mindre erfaring med bruk av prevensjonsmidler enn ikke-innvandrerkvinner.
Jokela, S.	2018	BMJ Pregnancy & Childbirth	Finland	1392, 55%	53	T	Andelen innvandrerkvinner som hadde gjennomført minst én induert abort var signifikant høyere blant innvandrerkvinner fra Russland (69%) og Kurdistan (38%), sammenliknet med den generelle populasjonen i Finland (21%).
Knudtzen, F. C.	2021	Journal of Travel Medicine	Danmark	579, 100%	NA	K	Blant papirløse migranter som oppsøkte en NGO-klinikk brukte 70% prevensjon. Kondom var den hyppigst brukte prevensjonsmetoden.
Lazarus, J. V.	2006	Scandinavian Journal of Public health	Danmark	192, 100%	78	T	Blant innvandrerkvinner fra Sudan og Somalia oppga 26% at de vanligvis brukte kondom. Andre prevensjonsmetoder ble ikke beskrevet.

Leval, A.	2011	PLOS ONE	Sverige	8 855, 10%	55	T	Ingen signifikant forskjell mellom prevensjonsbruken til innvandrerkvinner og ikke-innvandrerkvinner ved samleie med tilfeldig partner.
Omland, G.	2014	BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology	Norge	893 073, 15%	NA	T	Andelen ikke-innvandrerkvinner (38%) som brukte hormonelle prevensjonsmetoder var høyere sammenlignet med innvandrerkvinner (15-24%). Odds-ratio for bruk av hormonell prevensjon blant innvandrerkvinner, sammenliknet med ikke-innvandrerkvinner var: fra nordiske land 0,53, Sør- og Mellom-Amerika 0,53, vestlige land 0,39, Asia 0,30, Øst-Europa 0,29 og Afrika 0,29.
Rasch, V.	2008	European Journal of Public Health	Danmark	1384, 15%	76	K-K	Innvandrerkvinner utgjorde en større andel av gruppen som søkte om abort enn de som kom for svangerskapsomsorg. Kvinner med ikke-vestlig bakgrunn hadde dobbelt så stor risiko for å be om abort. Når man justerte for sosioøkonomiske faktorer (sysselsetting, inntekt og paritet) ble forskjellen ikke signifikant. Funnene tyder på at forskjellen skyldes at innvandrerkvinner i større grad er arbeidsledige, har lavere inntekt og har flere barn (ikke at de er innvandrere i seg selv).
Rasch, V.	2007	Human Reproduction	Danmark	1384, 15%	76	K-K	Kvinner som hadde opplevd prevensjonssvikt hadde signifikant høyere sannsynlighet til å gjennomføre en provosert abort. Blant kvinner som gjennomførte provosert abort oppga 45% av ikke-innvandrerkvinner og 36% av innvandrerkvinner at de hadde opplevd prevensjonssvikt.
Soderberg, H.	1993	Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica	Sverige	1220, 31%	NA	T	Områder i Malmö med høy abortrate hadde høyere andel innvandrere enn områder med lav abortrate. Innvandrere er overrepresentert blant de abortsøkende, men forskjellen er aldersavhengig og er størst blant de eldste aldersgruppene.

Vaisanen, H.	2018	European Journal of Contraception & Reproductive Health Care	Finland	658, 72%	NA	T	Innvandrerkvinner fra Russland (40%) og Kurdistan (26%) hadde oftere gjennomført provosert abort sammenliknet med den generelle populasjonen (17%). Prevensjonsbruken var høyere i den generelle populasjonen (65%), sammenliknet med innvandrerkvinner fra Russland (52%), Somalia (62%) og Kurdistan (49%).
Vangen, S.	2008	BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology	Norge	124 710, 18%	NA	K	Signifikant høyere abortrate blant flyktninger (30/1000) og arbeidsinnvandrere (20/1000) sammenliknet med ikke-innvandrere (17/1000). Risikoen var også økt når det justeres for alder, sivilstatus, antall barn og utdanningsnivå.