

Kunnskapsinnhenting for abortutvalget.

**Helsedirektoratets svar på oppdrag
TTB2022-52 fra Helse- og
omsorgsdepartementet**

Rapport

PUBLIKASJONSNUMMER:

Innhold

Innhold	2
Sammendrag	3
1. Innledning.....	4
2. Om oppdraget	5
3. Kunnskapsoppsummering	6
3.1 Retningslinjer og veiledere	6
3.2 Oppsummering av tilbakemeldinger fra helsetjenestene	8
3.2.1 Spesialisthelsetjenesten	8
3.2.2 Primærhelsetjenesten	10
3.3 Ivaretagelse av minoritetskvinner	10
3.4 Oppsummering fra litteraturen	11
3.4.1 Funn fra litteraturen	11
4. Vurdering av dagens organisering for kvinner som søker svangerskapsavbrudd	18
4.1 Hjemmeabort	18
4.2 Abort i sykehus	19
4.3 Andre alternativer	20
4.4 Ivaretagelse i forbindelse med provosert abort	20
5. Helsedirektoratets oppsummering.....	22
6. Referanser	23
Vedlegg 1.....	27
Spørreskjema for oppfølging av abort ved RHF'ene.....	27
Vedlegg 2.....	28
Skjema for oppfølging av abort hos allmennleger.....	28

Sammendrag

Abortvalget har bedt Helsedirektoratet om å gjøre kunnskapsinnhenting om rådgivningen og veiledningen av kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd og oppfølgingen av kvinner som tar abort. Det ble også bedt om en vurdering av dagens organisering. Helsedirektoratets vurdering baseres på kunnskapsoppsummeringen med perspektiver både fra helsepersonell og brukere, informasjon fra begge helsetjenestenivåer, Amatheia og Sentral klagenemnd for abortsaker.

Hovedfunnene fra publikasjoner er at de fleste abortsøkende er fornøyd med helsetilbudet, men flere av studiene/oppgavene peker på forbedringsområder når det gjelder informasjon, ivaretagelse under forløpet og oppfølging i etterkant. Internasjonal litteratur viser at de fleste kvinnene er fornøyd med aborttilbudet, men det mangler større kvantitative studier om kvinners opplevelse av abort i Norge.

Helsedirektoratet har vurdert organiseringen av tilbudet i et eget kapittel. Vi har vurdert både den strukturelle organiseringen, og oppfølging etter aborten inkludert ivaretagelse av psykososiale aspekter. Helsedirektoratet ser på bakgrunn av informasjonen vi har samlet inn om helsetjenestetilbudet og kvinners behov at det kan vurderes en nasjonal gjennomgang av tjenesten, og om det er behov for noen nasjonale standarder for oppfølging. Helsedirektoratet vurderer at kunnskapsgrunnlaget er for svakt til å fastslå generell opplevelse av tilbudet i Norge. Det er ikke god nok kunnskap om nytte-effekten av en eventuell endring i helsetjenestetilbudet for den enkelte, pasientgruppen eller for samfunnet, sammenlignet med kostnaden det kan medføre. Helsedirektoratet anbefaler derfor at nytteeffekt og kostnader bør vurderes før det eventuelt innføres nye tilbud/tiltak; jamfør prioriteringsforskriften.

1. Innledning

I 2021 ble 10 841 svangerskapsavbrudd gjennomført i Norge, og det er et stadig synkende antall [Abortregisteret - Folkehelseinstituttet \(fhi.no\)](https://www.fhi.no). Abortspørsmål har blitt mye debattert de senere år. Dette sammenfaller med at endringer i abortloven var på høring i 2021, at tilbud om tidlig fosterdiagnostikk har blitt en del av det offentlige tilbudet for utvalgte grupper og at kvinnehelse stadig får mer oppmerksomhet politisk, i befolkningen og blant brukergrupper. Særlig er det debatt rundt grensen for selvbestemt abort og abortnemndenes funksjon, samt kvinners opplevelse av oppfølging i forbindelse med svangerskapsavbrudd. I og utenfor Europa innskrenkes muligheter for kvinners selvbestemmelse rundt abort. Det er også politisk debatt rundt temaet i Norge.

Regjeringen har satt ned et abortutvalg ([Abortutvalget - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)) som blant annet skal se på dagens abortlov, og organiseringen rundt svangerskapsavbrudd. Helsedirektoratet har i den anledning blitt bedt om å bistå med kunnskapsinnhenting, samt gi en faglig vurdering av tilbudet.

2. Om oppdraget

Helsedirektoratet mottok i TTB2022-52 **Kunnskapsinnhenting for Abortutvalget** følgende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet:

*Helsedirektoratet skal **bistå Abortutvalget med å innhente kunnskap om rådgivningen og veiledningen av kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd og oppfølgingen av kvinner som tar abort.***

*Helsedirektoratet vurderer hvilken informasjon som er aktuell å finne frem og hvordan dette gjøres på en hensiktsmessig måte. Det kan blant annet vurderes å innhente informasjon fra medlemmer i abortnemndene og aktuelle fagmiljø, samt finne frem til aktuelle publikasjoner, dokumentasjon og forskning. Direktoratet skal **også gi en vurdering av dagens organisering av tilbudet til kvinner som får gjennomført svangerskapsavbrudd.***

Frist: 1. februar 2023

Helsedirektoratet har innhentet kunnskap om temaet fra forskning, litteratur, helseforetakene og fastleger, Stiftelsen Amatheia og Sentral klagenemnd for abortsaker.

Notatet omhandler tilbudet abortsøkende får før og etter svangerskapsuke 12 med maks svangerskapslengde uke 21+6. I hovedsak har vi sett på informasjon, ivaretagelse og veiledning til abortsøkende, hvordan aborten gjennomføres, og oppfølging etter aborten. Notatet beskriver ikke inngående abortnemndenes funksjon eller gjør en vurdering av disse. Notatet omhandler heller ikke forebygging av uønskede svangerskap, eller spontanabort.

Helsedirektoratet ser det som relevant å omtale hvordan de øvrige nordiske landene organiserer tjenestene rundt svangerskapsavbrudd.

3. Kunnskapsoppsummering

Abortutvalget ønsket bistand med kunnskapsinnhenting om rådgivning og veiledning av gravide som vurderer svangerskapsavbrudd. HelseDirektoratet har til dette notatet innhentet kunnskap via nettsøk, ved henvendelse til primær- og spesialisthelsetjenesten, og litteratursøk utført av Folkehelseinstituttet (FHI). Helseforetakenes hjemmesider og nettsiden HelseNorge.no er også gjennomgått for å finne hvilken informasjon de har tilgjengelig. HelseDirektoratet har også hatt møte med sentral klagenemd (16.1.2023) og Amatheia. Amatheia har også sendt data fra deres praksis på e-post.

Resultatene fra litteratursøk omfatter primærartikler, kunnskapsoppsummeringer, retningslinjer og veiledere. Vi har også gjennomgått flere bachelor- og masteroppgaver innen helsefag som omhandler temaet. Disse har vi inkludert fordi det ellers er lite norsk forskning på abortsøkendes opplevelse av omsorg, støtte og oppfølging i forbindelse med abort. Søket har vært begrenset til Norden og enkelte andre sammenlignbare land i Europa, og begrenset til de siste 10 årene. HelseDirektoratet har fått bistand fra FHI med søk. Resultatlisten er i sin helhet sendt til sekretariatet i abortutvalget. HelseDirektoratet har gjennomgått søkeresultatet og notatet er basert på de mest relevante funnene. Det er ikke gjort en systematisk gjennomgang av all litteratur som en akademisk kunnskapsoppsummering. HelseDirektoratet har også selv utført litteratursøk på spesifikke tema og inkludert enkelte publikasjoner som er eldre enn 10 år.

Kunnskapsinnhenting fra tjenestene er gjort i form av spørreskjema sendt via de regionale helseforetakene til de relevante avdelingene, og 20 allmennleger har fått spørreskjema via Norsk forening for allmennmedisin. For allmennlegene ble det bedt om en geografisk spredning og ulik størrelse på kommunene. HelseDirektoratet har gjort en oppsummering av funnene fra tjenestene.

Under følger en oppsummering av funn fra de ulike kildene. I tillegg er aktuelle oppslag/innlegg i media innenfor temaet tatt med.

3.1 Retningslinjer og veiledere

I dag har Norge og Danmark selvbestemt abort til og med svangerskapsuke 12, mens Finland krever godkjenning fra lege for å innvilge abortsøknaden. Sverige har selvbestemt abort til svangerskapsuke 18, og Island til svangerskapsuke 22. De nordiske landene er på om lag samme nivå som andre vesteuropeiske land når det gjelder tallet på svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner [Fakta om abort \(med 2021-tal\) - FHI](#)

Helsetjenestetilbudet i forbindelse med abort er ganske likt i de nordiske landene. Medikamentell abort i hjemmet er vanlig praksis i Norden. Her omtales kort anbefalt praksis i enkelte land:

Norge

Veileder i gynekologi fra Norsk gynekologisk forening (1):

Veilederen omtaler detaljert beskrivelse av det fysiske medisinske faglige helsetjenestetilbudet før, under og etter aborten. Oppfølging etter abort avhenger av svangerskapslengde. Ved abort før 9 uker ingen rutinemessig etterkontroll. Det anbefales at hver avdeling lager egne prosedyrer og det skisseres ulike alternativer. Ved svangerskapslengde 9-12 uker er det heller ingen rutinekontroll, men kontroll anbefales når det ikke er visualisert svangerskapsprodukter i forbindelse med aborten.

For aborter etter 12. uke anbefales ettersamtale når årsak til abort er fosteravvik, i øvrig på indikasjon.

Sverige

Rapporten til Svensk forening for obstetrikk og gynekologi (SFOG) (2) beskriver Sveriges abortpraksis. Sverige har selvbestemt abort frem til svangerskapsuke 18+0. Deretter kreves behandling i sosialstyrelsens rettslige råd. Dog gjennomføres 93% av alle aborter før svangerskapsuke 12.

Den første konsultasjonen er en rådgivningskonsultasjon med informasjon om hva en provosert abort innebærer og hvilke abortmetoder som er aktuelle, samt prevensjonsveiledning. Det tilbys også en støttesamtale av personell med kompetanse på dette. Ifølge abortloven og sosialstyrelsens forskrifter skal alle abortsøkende tilbys en støttesamtale både før og etter aborten. Bruk av tolk omtales i situasjoner for de som ikke har svensk som sitt morsmål.

Rapporten til Svensk forening for obstetrikk og gynekologi (SFOG) beskriver hjemmeabort i Sverige som aktuelt frem til uke 9+0, men at forskning viser at det er trygt frem til uke 10+0. Det er noe uklart hvilken grense som praktiseres i de ulike regionene. Tradisjonelt har etterkontroll vært utført hos lege, jordmor eller sykepleier 2-4 uker etter aborten, men dagens praksis er at kvinner kan velge om de vil gjøre det selv eller komme til en kontroll hos helsepersonell.

Danmark

Dansk Selskab for Obstetrik og gynækologi (3) anbefaler medisinsk induisert abort før utgangen av 9. svangerskapsuke (9+6) ved provosert abort. Det skal sikres at alle som henvises innenfor svangerskapsuke 9 er informert om muligheten for medisinsk abort.

Ved medisinsk abort tilbys ca. fire timers observasjon i avdeling fordi noen få (<0,5%) kan oppleve voldsom blødning eller svære bivirkninger til medikamentet ila få timer etter igangsettelse. Alternativt får de med seg medikamentet til hjemme-administrasjon. Det anbefales å ha en voksen person hos seg det første døgnet, og det avtales telefonisk kontakt til sykepleier på avdelingen ila det første døgn.

Ved medisinsk abort etter 9 uker anbefales at kvinnen innlegges inntil aborten er gjennomført. De som gjennomgår medisinsk abort, skal kontrolleres med enten hCG eller vaginal ultralyd etter 1 uke for å utelukke en pågående graviditet.

England

Retningslinjer fra NICE (4)

Anbefalinger blant annet om:

- å gi tilstrekkelig informasjon og unngå stigma
- å hjelpe kvinnene til å gjøre et informert valg når de er usikre
- viktigheten av å gjøre aborttilbudet lett tilgjengelig ved å tilby tjenester på ulike flater og tjenestenivå, og ved det tilrettelegge for individuelle behov
- oppfølging og støtte etter en abort
- hvordan helsepersonell kan tilegne seg kompetanse og erfaring på området

WHO

Verdens helseorganisasjon (5) fremhever at selvbestemt abort skal være en del av helsetjenesten.

Hovedprinsippet for anbefalinger til helsetjenestetilbudet til abortsøkende (informasjon, rådgiving og medisinsk abort) bygger blant annet på at det ikke er en fasit for hvilke helsepersonellgrupper som kan gi helsetjenesten, men være avhengig av flere faktorer: kvinnenes verdier og preferanser, tilgjengelige helsepersonellressurser og de nasjonale og lokale rammene.

De omtaler mulighet for at gravide selv kan administrere aborten ved hjelp av telemedisin, og presiserer retten til privatliv.

Uansett hvordan tilbudet er organisert, er det viktig at individuelle behov hensyntas, og tilbudet bør sikre forståelig og kunnskapsbasert informasjon til alle, tilgang til kvalifisert faglig helsehjelp, tilbud om oppfølging ved behov og prevensjonsveiledning.

3.2 Oppsummering av tilbakemeldinger fra helsetjenestene

På bakgrunn av informasjon fra helseforetakene og allmennlegene ser vi at helsetjenestene i forbindelse med svangerskapsavbrudd ivaretas noe forskjellig, både når det gjelder organisering og rådgivning/veiledning.

3.2.1 Spesialisthelsetjenesten

3.2.1.1 Den første konsultasjonen, informasjon og veiledning

Når det gjelder det første møtet i spesialisthelsetjenesten er det noe ulikt organisert.

Noen steder møter kvinnene en lege/gynekolog eller jordmor som gjør en orienterende undersøkelse for å stadfeste graviditeten og hvor langt den har kommet. Deretter informeres kvinnen om egnet abortmetode relatert til svangerskapslengden. Hvis svangerskapslengden er mindre enn 12 uker, og abortmetoden besluttet til medisinsk abort, sluses kvinnen videre/tilbake til en jordmor eller sykepleier som går nærmere igjennom hvordan og hvor aborten gjennomføres, samt gir kvinnen den første tablett som starten på avbruddet. Hvis det besluttet kirurgisk abort gjennomføres dette i sykehus av lege. Ved et svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke får kvinnen informasjon om nemnd, og begjæring om abort sendes til den lokale abortnemnd (primærnemnd) for vurdering av søknaden.

Andre steder er det sykepleiere som har ansvaret for hele forløpet; sykepleierdrevet poliklinikk. De gir både muntlig og skriftlig informasjon, er opplært i ultralyd og gjennomfører ultralydundersøkelsen, og veileder videre i forhold til egnet abortmetode relatert til svangerskapslengden og omkringliggende faktorer. Lege er tilgjengelig og tilkalles ved behov. Sykepleiere kan da også forskrive prevensjon med en leges godkjenning.

Likt i spesialisthelsetjenesten er det at dersom aborten skal foregå hjemme får kvinnen med seg medikamentene hun trenger for å gjennomføre aborten, samt smertestillende, og skriftlig og muntlig informasjon om forventet forløp. Dersom aborten skal foregå på sykehus får kvinnen informasjon om hvor og når hun skal møte to dager senere og det videre forløp.

Dersom kvinnen er usikker på valget eller har behov for ytterligere samtaler er det noe variasjon rundt hva som tilbys av informasjon og veiledning. Flere sykehus tilbyr samtale med sosionom

dersom kvinnen er usikker på valget eller har behov for ytterligere samtaler/veiledning. Majoriteten svarer at de gir informasjon om tilbud hos Amatheia, og noen tilbyr ytterligere samtaler poliklinisk. Flere tilbyr sosionom fast til kvinner når abortsøknaden skal behandles i nemnd. Slik svarene kommer frem varierer tilbudet for videre oppfølging etter den første konsultasjon utfra tilgjengelige ressurser.

Hvordan oppfølgingen er for en abort etter uke 12 varierer i forhold til om det søkes om abort på medisinske eller sosiale årsaker. Dersom det er føtale årsaker som er grunnlaget for abort tilbys i tillegg samtaler med aktuelle spesialister for å prediktere utfall for fosteret som et grunnlag for en avgjørelse om avbrudd eller ikke.

Nettinformasjon

Alle helseforetak har nærmest likt oppsett på sine hjemmesider med samme mal for informasjon. Informasjonen varierer og reflekterer de lokale prosedyrer. Noen skriver mer utdypende om hvordan en abort gjennomføres og valgmuligheten til å gjøre det enten hjemme eller på sykehus. Ikke alle omtaler smertelindring under aborten og få omtaler på sine nettsider seksuell helse etter en gjennomført abort.

Helsedirektoratet har kun funnet ett helseforetak som har informasjon om abort på engelsk på sine nettsider.

3.2.1.2 Gjennomføring av aborten

Før 12. uke

Det fremkommer noe ulikhet rundt hvor de tidlige abortene gjennomføres. Noen har grense for hjemmeabort ved 8 uker, mens andre følger anbefalingen i veilederen fra Norsk gynekologisk forening med hjemmeabort inntil utgangen av uke 9 (9+6). Det er også ulikt i hvilken grad det beskrives at kvinnen kan velge mellom abort hjemme eller på sykehus. Flere omtaler muligheten for kirurgisk abort.

Ved hjemmeabort varierer oppfølgingen underveis i aborten. Noen har som prosedyre at en sykepleier ringer kvinnen i løpet av dagen for å høre hvordan det går, mens andre har kun tilbud om å ta kontakt ved behov, for eksempel ved blødning eller smerter utover hva som er forventet.

Ett sykehus informerer om at de bruker VAS skala for å hjelpe kvinnene med å bedømme når de eventuelt skal ta kontakt med sykehus og for å hjelpe helsepersonell i vurderingen om kvinnen skal komme for en vurdering. Det samme gjelder for mengde blødning som bedømmes utfra antall bind.

Dersom aborten skal foregå i sykehus varierer det hvordan organiseringen rundt dette er. Noen har organisert aborten til poliklinikk/dagenhet med 1:1 oppfølging av sykepleier/jordmor og overflytting til gynekologisk avdeling dersom aborten ikke er gjennomført innen stengetid, mens andre legges inn på gynekologisk avdeling med døgnbemanning.

Etter 12. uke

Etter svangerskapsuke 12 er det ulikt hvor grensen går for innleggelse i fødeavdeling kontra gynekologisk avdeling. Noen legges inn på fødeavdeling ved aborter etter uke 12, mens andre har uke 16 eller uke 18 som grense. Dersom kvinnene ligger på gynekologisk avdeling legges det til rette for overflytting til fødeavdeling ved behov for ytterligere smertelindring, for eksempel epiduralbedøvelse. Når det gjelder oppfølging under innleggelsen varierer også dette. Noen har fast tilbud om samtale med sosionom eller annen støttesamtale, mens andre ikke omtaler dette.

3.2.1.3 Oppfølging etterpå

Oppfølging etter svangerskapsavbrudd er generelt lite omtalt i svarene fra helseforetakene og har ikke noe fast system i spesialisthelsetjenesten. Noen svarer at de har mulighet for oppfølgingssamtale ved behov. Helseforetakene informerer om Amatheia og henviser i stor grad til fastlegen for videre oppfølging.

Dersom det har vært et svangerskapsavbrudd på føtal indikasjon omtaler noen at de setter opp en oppfølgingssamtale spesielt med tanke på eventuelle konsekvenser for senere svangerskap. Noen avtaler også oppfølging via telefonen avhengig av situasjonen.

3.2.2 Primærhelsetjenesten

Fastlegene informerer om at det i de senere år har blitt stadig færre kvinner som kontakter fastlegen om abort fordi de kan henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten uten henvisning. Aborter etter 12. uke har de lite befatning med da disse ofte allerede er i kontakt med spesialisthelsetjenesten, bl.a. i forbindelse med funn på ultralyd.

Fastlegene er tydelige på at de ønsker å tilby gode tjenester for kvinner i forbindelse med svangerskapsavbrudd. Majoriteten av fastlegene svarer at dersom kvinnene kommer til dem gir de muntlig informasjon om abort, tilbyr veiledning og ekstra samtaler, kartlegger kvinnens nettverk i forhold til ressurser rundt, henviser til Amatheia og gir mulighet for oppfølgingssamtale ved behov. Noen tilbyr også digital oppfølging. Flere fastleger tilbyr disse tjenestene uten å ta egenandel. Fastleger etterlyser en takst hvor egenandelen bortfaller på lik linje som ved svangerskapskontroller. De svarer at det er litt ulikt om kvinnene oppgir behov for oppfølging etter aborten.

I tillegg til informasjon og veiledning tilbyr flere av fastlegene gynekologisk undersøkelse, tar relevante prøver, henviser til sykehus og fyller ut begjæring om svangerskapsavbrudd. De svarer at det er litt ulikt hva de gjør utfra kvinnens behov og at det ikke er et standard opplegg som passer for alle.

Flere fastleger problematiserer at de ikke mottar epikrise/informasjon om at kvinner har gjennomgått et svangerskapsavbrudd, og vanskeligheten med å innhente informasjon om aborten hvis kvinnen kontakter dem av ulike årsaker i etterkant. Noen kvinner kan oppleve det sårt da de forventer at fastlegen kjenner til aborten og dermed ville ha fulgt det opp. Informasjon om aborten er ikke tilgjengelig annet enn for utvalgt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det sendes som hovedregel ikke epikrise til fastlegen.

3.3 Ivaretagelse av minoritetskvinner

Generell informasjon og veiledning til abortsøkende med minoritetsbakgrunn er begrenset. Ved et googlesøk på "abortion norway" ledes man først til Helsenorge sin informasjon på engelsk. Nederst er det lenket til nettsidene til Amatheia, "sex og samfunn" og "zanzu". Zanzu har informasjon på flere språk.

Det er forskjell på digital kompetanse i befolkningen, og en rapport fra SSB viser at lite integrerte utenlandske kvinner har en betydelig høyere sannsynlighet for ikke å delta i det offentlige tjenestetilbudet og har høyere sannsynlighet for å falle utenfor digitalt. Dette er i tråd med annen forskning som har vist at det er et gap mellom hvordan offentlige tjenester er digitalisert, og ønsker og behov hos lite integrerte utenlandske kvinner. Blant annet gjelder det digitale ferdigheter, språkkunnskaper og individuelt tilpasset hjelp ([Digital sårbarhet: Hvem har høy risiko for å falle utenfor? \(ssb.no\)](#)). En høy andel ikke-etniske norske kvinner tar abort ([Høye aborttall blant innvandrere – NRK Innlandet – Lokale nyheter, TV og radio](#)), og informasjonen når ikke ut til disse kvinnene. Denne gruppen kan ha større utfordringer med å benytte nettverket sitt i slike problemstillinger, da abort i noen kulturer/religioner ikke er akseptert. Etter at denne artikkelen ble publisert i 2007 (6) er det ikke publisert nye tall på abort blant innvandrerkvinner.

Helseforetakene har stort sett ikke tilgjengelig skriftlig informasjon på engelsk på sine nettsider og henviser til helsenorge.no med norsk lenke. Tjenestene beskriver i liten grad hvordan man ivaretar kvinner som ikke snakker norsk. Noen beskriver bruk av tolk ved behov, men på langt nær alle sier noe om dette, ei heller om de har tilgjengelig skriftlig informasjon på flere språk.

3.4 Oppsummering fra litteraturen

Ved gjennomgang av FHI sine og våre egne søketreff, satt vi igjen med vel 100 relevante publiserte studier/artikler og oppgaver som er gjennomgått. Mange av studiene som er referert til i notatet er norske, og inkluderer bachelor/masteroppgaver i helsefag. Det synes å mangle store studier på kvinners opplevelse av abort i Norge. Det som finnes, er stort sett små kvalitative studier/bacheloroppgaver med få informanter. Funnene sier noe om informantenes opplevelse av abortforløpet, men man bør være varsom med å generalisere med tanke på flere av studienes omfang og nivå. Til tross for dette har vi valgt å omtale funnene fra flere av disse oppgaver/studier da de gjennomgående peker på de samme utfordringene, og felles for mange av de er at kvinner opplever forbedringspotensial i oppfølgingen av abortforløpet.

Flere yrkesgrupper er involvert i helsetilbudet til abortsøkende. De mest aktuelle er sykepleiere, jordmødre, fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten. Flere studier omtaler sykepleierrollen spesielt. Denne rollen kan utøves av ulikt personell og vi omtaler derfor denne rollen som "helsepersonellrollen" da vi tenker tematikken er overførbart til alle yrkesgruppene.

3.4.1 Funn fra litteraturen

I funnene fra litteraturen leser vi at kvinner forbinder en god abortopplevelse med trygghet, tillit til helsepersonell, respekt, god kommunikasjon og tilgang til informasjon (7, 8, 9). Hele prosessen rundt svangerskapsavbrudd bør bygge på kvinnens autonomi, respekt og empati, samtidig som behovet for omsorg, støtte, informasjon og veiledning dekkes (10, 11, 12, 13). Hjemmeabort er et tilbud som kan fremme mestring og kontroll over egen helse, og reduserer presset på helsetjenestene (14).

Studier peker på at de fleste er fornøyd med helsetjenestetilbudet. En stor Cochrane-oversikt fra 2020 har blant annet sett på kvinnenes grad av fornøydhet med abortmetode, sannsynligheten for å velge abortmetoden igjen og i hvilken grad de ville anbefale abortmetoden til andre (14). Metodene som var undersøkt var selv-administrerte medikamenter med påfølgende hjemmeabort, eventuelt kombinasjon av medikamenter administrert på sykehus og hjemme med påfølgende hjemmeabort, sammenlignet med abort administrert på sykehus. Resultatene viste at over 90% av respondentene var fornøyd eller svært fornøyd med medisinsk hjemmeabort, over 80% ville valgt det samme igjen

og anbefalt metoden til andre. Til sammen i denne metaanalysen er det flere tusen kvinner som har deltatt. Majoriteten av de inkluderte studiene er fra lavinntektsland. FHI har omtalt Cochrane-oversikten på sin nettside: [Er medikamentell abort hjemme like effektivt som på sykehus? - FHI](#)

En norsk studie publisert i 2014 (15) med vel 1000 inkluderte kvinner i perioden 2006-2009, har gjort tilsvarende funn. Kvinner som hadde abortert hjemme ble spurt om de heller ville vært på sykehus, og 95% svarte nei på det. Dette var uavhengig av om de hadde lang reisevei til sykehus.

Flere studier tematiserer ambivalens for valget om abort. Ikke alle er sikre på valget når de kommer til første konsultasjon, og det varierer hvor mye rom det er for denne usikkerheten (16-19). Flere faktorer kan ha betydning for valget- som å få mulighet til å snakke om situasjonen, god informasjon og mulighet for betenkningstid i henhold til grensen for selvbestemt abort, og å se ultralydbilder (16). Mangel på støtte i eget nettverk kan være en viktig faktor (20). Det hevdes at det er høyere risiko for negative psykologiske utfall dersom pasienten er ambivalent til abortvalget. Omtrent 10% av de som kommer til abortsamtale velger å ikke gjennomføre aborten (18). Når kvinnene var usikre på valget, strevde de ofte med en konflikt mellom egne verdier og samfunnets normer. Uavhengig av valget opplevde kvinner en lettelse når valget var tatt (19).

En systematisk metaanalyse (21) som inkluderer skandinaviske kvinner i alderen 15-24 år og deres opplevelser med provosert abort, konkluderer med at det er vanlig å oppleve både glede og skam. Under beslutningsprosessen blir det dratt mellom muligheten for å bli mor kontra det som er fornuftig og et forventet valg, og som støttes av foreldre og venner.

Svensk forening for obstetrik og gynekologi (SFOG) (2) fremhever at motstridende følelser ikke er ensbetydende med beslutningsambivalens. Når kvinnen har bestilt time for inngrepet har hun som oftest bestemt seg, og beslutningen er gjennomarbeidet og veloverveid. Aborten vurderes som en nødvendighet og at hun tar et ansvar for en problematisk situasjon som graviditeten har utløst. Det utelukker ikke at kvinnen opplever motstridende følelser som uro, sorg, skyld, angst og tomhet. Disse følelsene er sjeldent synonymt med beslutningsambivalens, og de færreste angrep på beslutningen. Rapporten fremhever også at menn bør involveres bedre i helsetjenestetilbudet.

Det er også studier som peker på områder i helsetjenestetilbudet som bør forbedres. Det er interessant at det kvinnene beskriver som viktig er informasjon, ivaretagelse og oppfølging, og at disse områdene gjennomgående beskrives som forbedringsområder i litteraturen.

3.4.1.1 Informasjon, støtte og ivaretagelse

Flere studier belyser behovet for bedre informasjon og veiledning (9, 11, 21-23) og understreker viktigheten av at helsepersonell gir tilstrekkelig informasjon for at kvinnene skal være godt forberedt på prosessen og redusere risikoen for uventede reaksjoner/hendelser.

En web-basert svensk studie som inkluderte 185 kvinner avdekket at abortprosessen for flere av kvinnene var assosiert med uventede hendelser, dårlig ivaretagelse og mangelfull informasjon om komplikasjoner og bivirkninger. Informasjonen flere hadde fått på forhånd samsvarte ikke med kvinnenes opplevelse (24). Sommerseth et al. (17) fant også i sin kvalitative studie at kvinnene ble overrasket over hvor sterke smerter og store blødninger de fikk, og fortalte i den sammenheng at de ikke hadde fått nok informasjon før aborten ble igangsatt til å kunne ta et informert valg om abortmetode. Dette understøttes av den skandinaviske metaanalysen (21).

Opplevd ivaretagelse på sykehus kan ha en effekt på opplevelsen av og rekonvalesens etter svangerskapsavbrudd (9, 13, 22, 25). Kvinner opplever at det primært er fokus på de fysiske

aspektene og ønsker mer fokus på det psykiske. Den systematiske oversikten konkluderer med at den fysiske helsehjelpen er god og profesjonell, mens det er lite fokus på følelsesmessige og eksistensielle behov.

En studie og bacheloroppgaver fremhever at kort liggetid på sykehuset og begrenset bemanning i en hektisk arbeidshverdag gjør at det kan bli mest fokus på å ivareta fysiologiske behov og mindre tid til å ivareta psykologiske og emosjonelle behov og bygge relasjon til pasientene (13, 17, 22). Viktige faktorer for kvinnene knyttet til selve abortprosessen er emosjonell og moralsk støtte samt få informasjon om psykiske reaksjoner ved abort for å være best mulig forberedt (26-28). Studier fremhever at informasjonen bør være personsentrert, mer enn rutinepreget (17, 28).

Aborter etter 12.uke oppleves spesielt vanskelig for kvinner (29, 30). For denne pasientgruppen fremheves at god informasjon, ivaretagelse og støtte, og oppfølging etter aborten er særdeles viktig. I noen studier fremheves behovet for at det etableres pasientkontakter som følger opp pasientene (8, 30).

En norsk masteroppgave, hvor seks fastleger ble intervjuet, vurderte om fastlegens informasjons- og veiledningsplikt overfor abortsøkende ble overholdt (31). Det ble sett nærmere på fastlegenes informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger, informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby, og kvinnens krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valget. Det var stor variasjon i hvordan informantene praktiserte informasjons- og veiledningsplikten, og ingen av informantene brukte helsemyndighetenes informasjonsbrosjyrer. *“Denne brosjyreaversjonen viser at informantene ikke følger helsemyndighetens anbefalinger og at dette ikke har blitt en innarbeidet standard slik intensjonen var. Studien har avdekket et behov for styrket dialog mellom fastlegen og helsemyndighetene.”*

Betydningen av provosert abort på psykisk helse er undersøkt, og resultatene spriker noe. En finsk studie som inkluderte 742 kvinner, viste signifikant reduksjon av angst og en forbedring i livskvalitet for kvinner etter gjennomført abort av ikke-medisinske grunner kontra hvordan de hadde det før aborten var gjennomført (32). Dette gjaldt også for kvinner med moderat angstnivå i utgangspunktet. Risikofaktorer for vedvarende alvorlige angstproblemer og dårlig livskvalitet i denne studien var kvinner som hadde alvorlige angstproblemer uavhengig av aborten og historie med psykisk sykdom.

En norsk studie fra 2004 (33) viste at kvinner som hadde abortert spontant eller provosert, hadde økt risiko for psykiske plager. Studien baserte seg på intervju med en liten selektert populasjon (40 kvinner). De samme forfatterne viste i en annen studie (34) at det i hovedsak var kvinner som hadde opplevd press fra partner om å ta abort, hadde vært usikre på om de skulle ta abort og/eller hadde tidligere psykiatrisk sykehistorie som hadde psykiske reaksjoner. En studentoppgave som sammenlignet reaksjoner etter henholdsvis spontanabort og provosert abort (35), fant at kvinner som hadde gjennomgått en spontanabort gjerne hadde reaksjoner som angst og depresjon rett etter spontanaborten med en reduksjon i symptomer etter 6 måneder, mens kvinner etter provosert abort hadde mer langvarige reaksjoner.

Abort kan avspeile forventninger om å kunne bestemme hvor mange barn man ønsker, hvilket tidspunkt og med hvilken partner man vil ha barn. Det avspeiler også kvinners og partners behov for å kunne planlegge foreldrerollen. Dette kommer sjeldent frem i samfunnsdiskusjonen og bidrar til at temaet blir mer eller mindre et tabulagt individuelt problem, og kvinnene som tar abort er relativt usynlige (2).

Betydningen av abort på videre reproduktivt liv er også undersøkt. I en norsk kohortstudie undersøkte man om tidligere provosert abort hadde betydning for utvikling av fødselsangst ved senere svangerskap (36). Studien omfattet 2753 gravide kvinner med fødeplass på Akershus

universitetssykehus. Informasjon ble innhentet ved hjelp av spørreskjemaer. De fant ingen samvariasjon mellom tidligere aborthistorie og fødselsangst, noe som kan tyde på at dagens behandling av aborterende og abortsøkende kvinner ikke virker traumatiserende med hensyn til senere reproduktive hendelser. Dette støttes av en annen norsk studie som konkluderte med at kvinner som har angst og depresjon før en graviditet har en økt risiko også for fødselsangst, men majoriteten av kvinner med fødselsangst har verken angst eller depresjon i sykehistorien (37).

Informasjon på internett

I dag er internett en mye brukt kilde til informasjon. To svenske studier (38, 39) har undersøkt informasjonen på svenske nettsider om medisinsk abort. De konkluderer med at det generelt er for dårlig kvalitet. Hvor tilgjengelig informasjonen oppfattes, både når det gjelder å være forståelig og oppriktig, er diskutert og det varierer hvor omfattende den er. Helsepersonell bør være klar over at nettsøk inneholder et høyt antall irrelevante treff og informasjon av dårlig kvalitet (39), og fremhever behovet for å utvikle mer troverdig nettinformasjon med høy kvalitet (38).

Andre informasjonskilder

Amathea

Amathea får tilskudd fra staten og er en gratis helsetjeneste for alle som ønsker å snakke med noen om abort og graviditet før, under og etter et svangerskap (<https://amathea.no/>). De har 12 lokalkontorer i Norge og har siden 2003 vært Norges eneste lavterskeltilbud spesialisert innen abortveiledning. Helsedirektoratet har publisert en sluttrapport fra evaluering av tilskuddsordningen (40). Det konkluderes med at stiftelsen har en kjernekompetanse i veiledning av gravide og par i denne valgsituasjon, og gir et tydelig bidrag på individnivå og er et supplement til annen helsetjeneste. Tilbakemeldinger fra norske sykehus er at de har som prosedyre å informere om tilbudet.

Det finnes flere nettstedet som gir informasjon om abort:

www.Amathea.no

[Helsenorge – din helse på nett - Helsenorge](#)

[Søk — Ung.no](#)

[Abort - Sex og samfunn](#)

[Helsestasjon for kjønn og seksualitet \(HKS\) - Helsestasjon for ungdom \(HFU\) - Oslo kommune](#)

[Svangerskapsavbrudd | Zanzu](#) - informasjon om abort på 14 ulike språk.

3.4.1.2 Oppfølging

Kvinner har individuelle erfaringer og opplevelser i tiden etter en abort. Ulike påvirkningsfaktorer og strategier kan avgjøre om opplevelsene i etterkant ble negative eller positive (26). En norsk studie av Løkeland i 2010 (15) konkluderte med at over 90% av kvinnene var fornøyd med behandlingen. Løkeland trekker frem i et intervju ([Etterlyser oppfølging av hjemmeaborter \(kjonnsforskning.no\)](#)) at kvinner som ikke er fornøyd kan ha større behov for å snakke om abortopplevelsen, samtidig som hun fremhever at dette er en gruppe vi trenger å vite mer om. Hun sier videre at det er stort sprik i hva kvinner ønsker i forbindelse med abort. Tidligere var det vanlig praksis med oppfølging etter medisinsk abort, men tilbudet opphørte fordi kvinnene ikke ønsket det. Hun forteller om en studie

der man undersøkte om kvinner var villige til å bli kontaktet etter en abort for å kartlegge senvirkninger (41). Under 50% av respondentene ønsket dette. Samtidig tror Løkeland at behovet for informasjon og samtale har økt i samfunnet de siste årene.

Flere studier har funnet at kvinner generelt er fornøyd med abort-forløpet. Med det menes at de ville gjort det igjen og at de ville anbefalt det til andre (15, 42-44). Et eksempel er en internasjonal multisenterstudie hvor Norge deltok (44), hvor kvinner som gjennomgikk hjemmeabort ble randomisert til enten egenkontroll og telefonisk oppfølging eller poliklinisk kontroll. Studien konkluderte med at egenkontroll etter hjemmeabort er trygt, og at kvinner er fornøyde med denne oppfølgingen. Et annet eksempel er et prøveprosjekt fra Norge hvor avtalespesialister hadde ansvar for medikamentell abort der kvinnen fikk tilbud om oppfølgingskonsultasjon som 87% møtte til. Resultatene av prøveprosjektet var ubetinget positive og kan forklares med at helsehjelpen foregikk i en liten enhet i rolige omgivelser (45, 46). Denne studien omtales nærmere under organisering.

Andre oppgaver og studier peker på et manglede tilbud om oppfølging og at kvinner har behov for dette tilbudet (7, 8, 13, 17, 22, 47). Det etterlyses oppfølgingskonsultasjon med fokus på både fysisk og psykisk helse. En sykepleieroppgave (48) fant at "Kvinnens behandling og muligheter i behandling baseres i for stor grad på helsepersonells profesjonelle intuisjon, noe som kan føre til ulik behandling av hver kvinne. Det hevdes at helsepersonell ikke legger godt nok til rette for god psykisk oppfølging når kvinnene gjennomgår provosert abort, da kvinnens behov vurderes i for stor grad av en subjektiv oppfattelse".

Helsepersonellens rolle

Helsepersonellens rolle er omtalt i en rekke studier og bachelor/masteroppgaver (7, 9, 10, 12, 16-18, 20, 22, 30, 49-59). Rollen er først fremst å gi informasjon, gjennomføre behandling og gi oppfølging ved medisinsk abort, og ivareta støtte og omsorg til kvinnen under prosessen. Det skildres flere utfordringer for helsepersonell i denne rollen som for eksempel kompetanse, etikk og ressurser.

Litteratursøkene nevnt over viser at helsepersonells holdninger og væremåte er avgjørende for trykksfølelsen til kvinnene. Balansen mellom det å gi støtte og omsorg uten å påvirke kvinnens valg er fremhevet. Det fremheves videre at helsepersonell som gir helsehjelp til abortsøkende kvinner bør ha god kompetanse i samtaleteknikk og at møtet med helsepersonell ikke må oppleves dømmende.

Studier løfter forbedringsområder som bedre ivaretagelse av usikkerhet og sårbarhet, og identifisering og ivaretagelse av psykiske behov og informasjon. Ifølge Norsk sykepleierforbunds yrkesretningslinjer er kommunikasjon og informasjon viktige sykepleieoppgaver. Personorientert kommunikasjon kan være sentralt for å skape en terapeutisk relasjon. Dette kan gjøres med aktiv lytting og en åpen og anerkjennende kroppsholdning.

Helsepersonell etterlyser verktøy og gode rutiner som fanger opp både kvinnens psykiske historie og psykiske behov i forbindelse med provosert abort. Erfaringer fra Sverige (60) tilsier at å innføre et strukturert arbeidstreningssopplegg for helsepersonell kan gi et bedre helsetjenestetilbud. Flere studier/oppgaver tematiserer behovet for kommunikative ferdigheter (7, 10, 16, 50-53, 61).

Helsepersonells møte med ambivalente kvinner går igjen i flere studier. En norsk studie (18) fremhever at helsepersonellens evne til å håndtere etisk utfordrende situasjoner i forbindelse med provosert abort bør bedres og kan gjennomføres med nasjonale "workshops", rådgivningsgrupper og kasusdiskusjoner lokalt. Det er viktig for kvinner å kunne uttrykke sine følelser, bekymringer og komme med ønsker til helsetjenestetilbudet før, under og etter aborten. Her kan også ønsker om å se fosteret komme frem (58).

Før en abort igangsettes er det vanlig praksis å gjennomføre en ultralydundersøkelse for å bekrefte gestasjonsalderen på fosteret. Det bør avklares før undersøkelsen om det er aktuelt for kvinnen å se med på ultralydundersøkelsen (62).

3.4.1.3 Organisering

I sammenlignbare land har det vært utfordringer i tilbudet rundt svangerskapsavbrudd og man har høstet erfaringer med nye organiseringsmetoder med gode resultater. Også i Norge er det noe ulike organisering, og nye alternativer er forsøkt. Det er publisert flere studier om ulike måter å organisere abort-tilbudet på.

En svensk studie (63) randomiserte 1180 abortsøkende til undersøkelse, rådgivning og behandling enten hos sykepleier/ jordmor eller gynekolog. Hovedmålet var å undersøke effektiviteten, målt ved antall komplette aborter og antall sykehusinnleggelser, samt kvinners tilfredshet. Kvinnene som var randomisert til sykepleier/jordmor- oppfølging hadde høyere grad av tilfredshet enn kvinnene i den andre gruppen og det var ingen signifikant forskjell i komplette aborter. Forfatterne konkluderte med at jordmødre med ultralydkompetanse kan gi helsetilbud til abortsøkende kvinner på en effektiv og trygg måte, og aksepteres godt av kvinnene.

En annen svensk studie (64) undersøkte om en organisering hvor ikke-leger ga tilbud om medisinsk abort var kostnadseffektivt og konkluderte med at kostnadene var lavere enn når leger ga samme tilbudet. Resultatene kan benyttes til å støtte klinisk praksis hvor det er mulig å sette inn flere helsepersonellgrupper i helsetjenestetilbudet, og det kan bidra til et bedre lavterskeltilbud for de abortsøkende.

I England innførte de "online" aborttjeneste i 2020 som ga kvinnene mulighet for å gjennomføre medisinsk abort hjemme hos seg selv uten oppmøte i helsevesenet. Kvinnene tok kontakt med helsepersonell via nett og fikk tilsendt medikamenter hjem. Hvordan kvinner ble selektert til dette tilbudet vet vi ikke, og vi er ikke kjent med erfaringer eller resultater fra denne ordningen.

<https://www.mschoices.org.uk/abortion-services/online-medical-abortion/>

Tyskland følger etter da de ønsket å bedre tilgjengeligheten til abort i landet:

<https://www.who.int/europe/news/item/14-06-2022-introducing-telemedicine-medical-abortion-in-germany>.

Ved norske sykehus organiseres abortprosessen overordnet nokså likt. Det er forskjeller i interne sykehusrutiner når det gjelder hvilke helsepersonellgrupper/avdelinger som gjør hva og gjenspeiler tilgjengelige ressurser og lokaliteter. Vi har ikke funnet noen studier som sammenligner de ulike organiseringene i Norge, kun enkelte som vurderer en spesifikk løsning. Noe er også kun gjort som forbedringsprosjekter.

I en prosjektoppgave (13) beskrives blant annet organiseringen ved OUS. Her tilbys samtalepartner til pasienter og pårørende [Tilrettelegging for tro og livssyn - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.ous.no/tilrettelegging-for-tro-og-livssyn). Samtalepartnerne kommer fra 12 ulike tros- og livssynstradisjoner i Norge, blant annet islam, kristendom, buddhisme og livssynshumanisme. AHUS har et lignende tilbud da de har samarbeidet med OUS om dette siden 2013, og et internt tilbud er under etablering.

I Norge har det vært gjennomført et prøveprosjekt med tilbud om medikamentelt induisert abort hos

privatpraktiserende gynekologer (avtalespesialister) (45, 46, 65). Studien inkluderte 476 kvinner i tidsrommet 2015-2017. Kvinnene inntok den første abortpillen på legekantoret, 36–48 timer senere satte de selv de øvrige abortpillene vaginalt hjemme. Kvinnene ble oppringt av helsepersonell fra legekantoret etter at abortpillene var satt for å følge opp smerter, blødning og opplevd trygghet. Alle deltagerne i prosjektet fikk tilbud om etterkontroll med prevensjonsveiledning, to til fire uker etter abortbehandlingen. Kvinnene i denne studien meldte i stor grad om trygghet, at de ville ha gjort det samme igjen og anbefalt metoden til andre i samme situasjon. Dette til tross for at flertallet meldte om moderate til sterke smerter og moderat eller sterk blødning. Hovedformålet med prøveprosjektet var å finne frem til arbeidsmåter som kan gi gravide som ønsker abort større valgmuligheter, i tillegg til å prøve ut de faglige og organisatoriske sidene ved å tilby medikamentelt utført abort hos avtalespesialister.

Helseatlas viste store geografiske forskjeller i kirurgiske aborter i tidsrommet 2015-2017 [Helseatlas \(skde.no\)](http://helseatlas.skde.no). Et kvalitetsforbedringsprosjekt ved Drammen sykehus ble gjennomført på bakgrunn av at de så at det i liten grad var samvalg rundt abortmetode ved tidlig abort (66). De ønsket at kvinner skulle få en reell valgfrihet. Helsedirektoratet er ikke kjent med resultatet av forbedringsarbeidet.

4. Vurdering av dagens organisering for kvinner som søker svangerskapsavbrudd

Abortuvalget har bedt Helsedirektoratet om å gjøre en vurdering av dagens organisering. Helsedirektoratets vurdering baseres på kunnskapsoppsummeringen med perspektiver både fra helsepersonell og brukere, og informasjon fra begge helsetjenestenivåer, Amatheia og Sentral klagenemnd for abortsaker.

Vi har vurdert både den strukturelle organiseringen, og oppfølging etter aborten inkludert ivaretagelse av psykososiale aspekter.

Abortsøkende kan henvende seg direkte til spesialisthelsetjenesten, eller få en henvisning via fastlegen. Denne organiseringen vurderes å fungere etter intensjonen. Det gir kvinner et valg om hvilken instans de vil kontakte i første omgang. Det er viktig at kvinnen kommer raskt til en kontroll hos helsepersonell med kompetanse for å vurdere svangerskapslengde og dermed hastegrad for en avgjørelse om eventuelt svangerskapsavbrudd. Helsedirektoratet ser både av litteraturen og svar fra tjenestene at organisering av abortforløp kan gjøres på flere måter.

Noen fastleger etterlyser muligheten for å få tilstrekkelig kompetanse på ultralyd for å kunne vurdere svangerskapslengde i forhold til abortmetode. I Norge har vi i dag om lag 5000 fastleger ([Fastlegestatistikk - Helsedirektoratet](#)), og vi ser det som krevende å skulle lære opp så mange når kompetansen allerede finnes i spesialisthelsetjenesten, samtidig som fastlegene melder om stadig færre konsultasjoner som omhandler abortspørsmål. Tilbakemeldingen er at fastlegene ønsker å bidra til ivaretagelse av abortsøkende. Helsedirektoratet støtter at de kan være viktige bidragsytere i forløpet med god informasjon og veiledning, og oppfølging etter provosert abort.

Flere helseforetak har fortsatt organisert tilbudet som et samarbeid mellom sykepleier/jordmor og lege. Vi er kjent med at jordmordrevne abortforløp er under etablering, mens andre har etablert rene sykepleierdrevne forløp i form av poliklinikk og dagbehandling av abort i sykehus. Det gir kontinuitet i tilbudet; kvinnene møter ofte igjen de samme personene under konsultasjon og gjennomføring. Det er ikke beskrevet hvordan sykepleierne er opplært i ultralyd, og det er heller ikke beskrevet noen evalueringer av denne måten å organisere tjenesten på. I dagens situasjon med jordmor- og gynekologmangel ser Helsedirektoratet positivt på at flere yrkesgrupper får kompetanse på kvinnehelseområder som abort. Det som er viktig er at de er faglig kompetent til å yte god kvalitet i helsehjelpen. Alt helsepersonell som skal ivareta abortforløp bør skoleres i samtaleteknikk og kompetanse på etiske problemstillinger slik at kvinnene opplever informasjon og veiledning som nyttig og ivaretagende for deres psykiske helse.

4.1 Hjemmeabort

Medikamentell abort gir trolig like god effekt hjemme som på sykehus og ingen sikker forskjell i pasienttilfredshet (64). Forskning tilsier at det å ta ansvar for medikamentell abort hjemme kan styrke kvinnens autonomi, privatliv og kontroll over egen reproduktiv helse, og viser at kvinner jevnt over er fornøyd med oppfølgingen underveis og ville gjort det samme igjen (14, 15, 43, 67, 68). Det er en rettighet for kvinnen at hun kan velge om hun vil gjøre det hjemme eller på sykehus, og ha medvirkning i avgjørelsen om aborten skal gjennomføres medikamentelt eller kirurgisk ([Abortmetoder - Helsenorge](#)). Helseatlas viste store geografiske forskjeller i kirurgiske aborter i tidsrommet 2015-2017 [Helseatlas \(skde.no\)](#). Medieoppslag gir inntrykk av at muligheten for medbestemmelse har variert både når det gjelder abortmetode og hvor aborten skal gjennomføres ([En helt «vanlig» abort – Troms og Finnmark \(nrk.no\)](#) , [Hjemmeabort: Effektivt og skånsomt for hem?](#)

[| Kvinne \(30\) \(aftenposten.no\)](#). Stortinget presiserte i 2022 kvinnens rettighet til å velge om aborten skal gjennomføres hjemme eller på sykehus (69). Det foreligger ikke tall i abortregisteret på hvor mange aborter som utføres i hjemmet eller på sykehus, eller oppdaterte tall i Helseatlas, så det er vanskelig å si om dette har ført til en endring av praksis. Amatheia har delt tall fra sin praksis for perioden mai til desember 2022 (e-post) som viser at av 100 kvinner fikk kun 5% valget mellom kirurgisk og medisinsk abort, og 30 % fikk valget mellom hjemmeabort eller å gjennomføre aborten på sykehus.

Gjennomføringen av hjemmeabort fremstår overveiende lik i landet. Én faktor er likevel forskjellig og kan ha konsekvens nettopp for hvordan kvinnene opplever gjennomføringen av aborten, og det er oppfølgingen underveis. Noen helseforetak har rutine på at alle blir oppringt i løpet av dagen aborten skjer, mens andre ikke har noen form for oppfølging annet enn at kvinnene selv kan ringe ved behov. Smerter og blødningsmengde kan oppleves veldig forskjellig, og det kan være vanskelig å vurdere hva som er grunnlag for å ta kontakt. Noen helseforetak har utarbeidet veldig detaljert informasjon om hva som er mye blødning og bruker VAS skala som navigasjon for smerte, men dette varierer. Helsedirektoratet mener det er en god rutine at kvinnene ringes på abortdagen for oppfølging.

4.2 Abort i sykehus

For de som velger tidlig abort i sykehus er prosedyren den samme som ved abort i hjemmet, bare at den foregår i sykehus. Tidlig abort i sykehus er kun omtalt som en mulighet av helseforetakene, og stort sett ikke omtalt noe nærmere i deres svar.

Gjennomføringen av svangerskapsavbrudd etter uke 12 er organisert til gynekologisk avdeling eller fødeavdeling alt ettersom hvordan helseforetaket er organisert og svangerskapslengde. Dette er beskrevet i oppsummering fra tjenestene. Det ble problematisert av de helseforetakene som har gynekologisk avdeling i tilknytning til føde/barsel at det er vanskelig å skjerme kvinner som gjennomgår abort fra barnefødsler og barneskrik. Helsedirektoratet støtter at helseforetakene selv må finne en løsning innenfor sine rammer av lokaliteter og ressurser, samtidig som det sikres riktig kompetanse, tilstrekkelig smertelindring, og ivaretagelse av kvinnenes fysiske og psykiske behov. Det er lite forskning på kvinners opplevelse av aborter etter 12. uke. De studiene som er publisert viser at kvinnene opplever ulike reaksjoner. Noen opplever lettelse og mulighet for å gå videre med livene sine. Andre opplever sorg, skam og vanskeligheter med å komme seg videre. Helsedirektoratet vurderer litteraturen dithen at kvinner har ulike behov og bør få et individuelt tilpasset tilbud.

Abort etter svangerskapsuke 12 må i dag godkjennes av en nemnd. Primærnemnden består av to leger, minst et av medlemmene skal være kvinne og en skal jobbe ved avdelingen hvor aborten skal gjennomføres ([§ 11. Oppnevning og sammensetning av primærnemnd - Helsedirektoratet](#)). Nemnden godkjenner eller avslår begjæringen om abort på bakgrunn av abortlovens bestemmelser. Dersom aborten avslås går det automatisk en klage til sentral klagenemnd som behandler klagen såfremt kvinnen ikke har trukket saken. Nemndene kan godkjenne svangerskapsavbrudd basert på flere forhold, blant annet sosial eller medisinsk indikasjon. Tallene på svangerskapsavbrudd som må behandles i nemnd har holdt seg på rundt 4,5% de siste årene og de færreste får avslag før svangerskapsuke 18 [Abortregisteret - Folkehelseinstituttet \(fhi.no\)](#). Etter svangerskapsuke 18 har tallene holdt seg noenlunde stabile de siste 10 årene. Kvinnene bestemmer selv om de vil møte i nemnden eller ikke. Å vurdere nemndenes arbeid/organisering er en del av oppdraget til abortutvalget, og vil ikke behandles nærmere i dette notatet. Det nevnes likevel at flere helseforetak tar opp i sine svar at de opplever at sentralisering av nemnder har gitt utfordringer med logistikken for kvinnene, og noen mener det har gitt en dårligere kvalitet på tilbudet enn det var før.

4.3 Andre alternativer

Som tidligere referert ble det gjort en studie i 2017 hvor abortsøkende ble fulgt opp hos avtalespesialister som et toårig prøveprosjekt (45). Hvis dette prosjektet skal etableres i praksis kreves det noen juridiske og organisatoriske avklaringer. Helsedirektoratet vurderer at medikamentell abort hos avtalespesialist kan være et alternativ og supplement til dagens organisering der det er hensiktsmessig.

Helsedirektoratet finner det interessant at England og Tyskland har opprettet mulighet for digitale aborttjenester. Helsedirektoratet er ikke kjent med at det er publisert noen resultater av dette. Hvis dette skal innføres som et tilbud i Norge bør det sees på erfaringer fra England og Tyskland, og gjøres en nærmere utredning utfra norske forhold.

Dagens organisering og tilbud for svangerskapsavbrudd kan diskuteres og ved behov endres. Helsedirektoratet vil fremheve viktigheten av tilstrekkelig kompetanse hos helsepersonell som skal gi tilbudet både når det gjelder de fysiske, psykososiale og medisinske aspektene av et svangerskapsavbrudd. Før man vurderer om behandlingstilbudet skal legges til andre aktører enn spesialisthelsetjenesten, eller hvilke yrkesgrupper som skal ha ansvar for denne tjenesten, bør det sikres at dette er ivare tatt. Dagens abortlov tolkes vanligvis dithen at aborter skal foregå på sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet ga spesiell tillatelse til å gjennomføre prøveprosjektet med abortbehandling hos avtalespesialist. Muligens må abortloven endres hvis helsepersonell utenfor sykehus skal kunne gi tilbud (65). Flere viktige spørsmål bør imidlertid drøftes for å kunne ta en god beslutning om hvem som skal kunne tilby abort i fremtiden.

4.4 Ivaretagelse i forbindelse med provosert abort

Ivaretagelse i forbindelse med provosert abort er med jevne mellomrom gjenstand for debatt. Abort kan være forbundet med skam, sorg, skyldfølelse, ensomhet, og psykiske plager i etterkant (<https://sykepleien.no/meninger/2022/09/lavterskeltilbud-og-etter-abort-finnes>) Om plagene rapporteres i perioden rett etter aborten er gjennomført, eller følger kvinnene gjennom livet, varierer. Det er viktig at samfunnet ikke sykliggjør normale reaksjoner, samtidig som det er tilgjengelige tilbud for de som har behov for ekstra oppfølging. Både helseforetakene og fastlegene ser forbedringsmuligheter i sine tilbud. Dette støttes også av en nylig publisert studie (17). I dagens organisering er det ikke noe fast oppfølgingstilbud til alle som har gjennomgått en abort, og det kan være vanskelig å navigere seg frem til hvor man kan finne hjelp. Tilbud om oppfølging praktiseres ulikt. Det er heller ikke alle som ønsker oppfølging etter et svangerskapsavbrudd. Veilederen i gynekologi (1) skiller på oppfølging før og etter uke 12 med at oppfølging etter tidlig abort utarbeides ved den enkelte avdeling, og at etter uke 12 er ettersamtale obligatorisk hvis årsaken er fosteravvik. Tall fra Amatheia for perioden mai til desember 2022 (100 kvinner, e-post) viser at 68% hadde fått informasjon om oppfølgingstilbud. Det var 78% av kvinnene som hadde oppfølgingsbehov etter abort og 25% hadde fått et tilbud. Det var ingen som fikk tilbud om psykisk oppfølging.

Helseforetakene har ulik tilgang på ressurser som sosionom og lavterskel psykisk helsehjelp. Det er også flere som løfter bedre bemanning generelt som en faktor for bedring av tilbudet. De fremhever at flere ressurser ville kunne styrke deres tilbud om oppfølging i etterkant av aborten i form av samtaler. De som har organisert svangerskapsavbrudd til en sykepleierdrevet poliklinikk fremhever det som et kvalitetsløft for tilbudet.

Tilbakemeldingene fra fastlegene er at de ser flere forbedringsområder rundt oppfølgingen av abortsøkende. De ønsker å ha en god og tilgjengelig tjeneste for denne gruppen, og fremhever at de

som gruppe kjenner kvinnene gjennom et livsløp og kjenner til deres helsehistorie og omkringliggende faktorer. De ser noen utfordringer som kan være en barriere for gode og tilgjengelige tjenester:

- Tid
- Tilstrekkelig kunnskap om kvinnenes behov
- Tilstrekkelig volum av pasienter til å opprettholde kompetanse
- Manglende informasjon ut om at fastlegen kan bidra i oppfølgingen både fra tjenesten selv og fra andre aktører, for eksempel spesialisthelsetjenesten

5. Helsedirektoratets oppsummering

Internasjonal litteratur viser at de fleste kvinnene er fornøyde med aborttilbudet, men det mangler større kvantitative studier om kvinners opplevelse av abort i Norge. Flere studier med til dels få inkluderte viser imidlertid at kvinner etterlyser bedre informasjon, veiledning, ivaretagelse og oppfølging. Helsedirektoratet ser på bakgrunn av kunnskapen som er tilgjengelig at et tilgjengelig lavterskeltilbud, hvor blant annet samtale etter et svangerskapsavbrudd satt i et bedre system, kan være et tiltak for å forebygge psykososiale plager i ettertid – selv om kunnskapsgrunnlaget for dette er svakt. Oppfølgingen kan med fordel være organisert til fastlegen, jordmor eller helsesykepleier i primærhelsetjenesten avhengig av hva kvinnen selv ønsker. Helsestasjon for ungdom (HFU) kan også være en viktig aktør for barn og unge under 25 år.

Av svarene både fra fastlegene og spesialisthelsetjenesten kommer det frem mulighet og ønske om å tilby oppfølgingsamtale etter abort, men utfra kunnskapsoppsummeringen virker ikke dette å være godt nok kommunisert og kjent blant kvinnene. Helsedirektoratet er kjent med at det kan være utfordrende for primærhelsetjenesten å tilegne seg informasjon om en gjennomgått abort når kvinnene kommer til oppfølging. Helseforetakenes system bør legge bedre til rette for informasjonsutveksling i disse tilfellene dersom kvinnen ønsker det. Helsedirektoratet stiller også spørsmål ved om samvalg om abortmetode og hvor aborten skal gjennomføres praktiseres etter intensjonen. Ut ifra litteraturen kan det se ut som at dette ikke praktiseres tilfredsstillende i dag.

Oppsummert vil Helsedirektoratet trekke frem følgende forbedringsområder for ivaretagelse som kan vurderes:

- Informasjon om hva kvinnene kan forvente i gjennomføringen av en abort
- Praktisering av samvalg om abortmetode
- Veiledning og støtte gjennom aborten
- Helsepersonells holdninger og håndtering av etiske problemstillinger
- Oppfølging etter abort

Som tidligere beskrevet mener Helsedirektoratet at dagens organisering og tilbud for svangerskapsavbrudd kan diskuteres og ved behov endres. Helsedirektoratet vil fremheve viktigheten av tilstrekkelig kompetanse hos helsepersonell som skal gi tilbudet både når det gjelder det medisinske og de psykiske aspektene av et svangerskapsavbrudd. Før man vurderer om behandlingstilbudet legges ut til andre aktører enn spesialisthelsetjenesten, eller hvilke yrkesgrupper som skal ha ansvar for denne tjenesten, bør det sikres at dette er ivaretatt.

Helsedirektoratet ser på bakgrunn av informasjonen vi har samlet inn om helsetjenestetilbudet og kvinners behov at det kan vurderes en nasjonal gjennomgang av tjenesten, og om det er behov for noen nasjonale standarder for oppfølging.

Helsedirektoratet mener at det per i dag ikke er god nok kunnskap om nytte-effekten av en eventuell endring i helsetjenestetilbudet for den enkelte, pasientgruppen eller for samfunnet, sammenlignet med kostnaden det kan medføre. Helsedirektoratet anbefaler derfor at nytteeffekt og kostnader bør vurderes før det eventuelt innføres nye tilbud/tiltak; jamfør prioriteringsforskriften.

6. Referanser

1. Veileder Norsk gynekologisk forening: [Provosert abort \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no)
2. [ARGrappor9792c7d5-5648-475e-bee6-81478b0d9323.pdf \(sfog.se\)/ Abort \(karolinska.se\)](https://www.sfog.se/ARGrappor9792c7d5-5648-475e-bee6-81478b0d9323.pdf)
3. DSOG: [Medicinsk abortus provocatus – 1 \(squarespace.com\)](https://www.squarespace.com)
4. Retningslinjer fra NICE [Overview | Abortion care | Guidance | NICE](https://www.nice.org.uk/guidance/CG137)
5. WHO: [9789240039483-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/9789240039483-eng.pdf)
6. [Eskild A et al 2007: Childbearing or induced abortion: the impact of education and ethnic background. Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16111111/)
7. Schanke SMN. Sykepleiers rolle i møte med pasienter som gjennomgår provosert abort og tilgjengelige ressurser: NTNU; 2022. [no.ntnu:inspera:110921428:51341084.pdf](https://www.ntnu.no/inspera/110921428:51341084.pdf)
8. Mikkavaara I, Ohrling K, Lindberg I. Women's experiences after an induced second trimester abortion. Midwifery 2012;28(5):e720-5. [Women's experiences after an induced second trimester abortion - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526496712000500)
9. Presttun J, Vikshåland IK, Østrem IM. Kvinners erfaringer i møte med helsepersonell ved selvbestemt abort: uis; 2022. [UiS Brage: Kvinners erfaringer i møte med helsepersonell ved selvbestemt abort \(unit.no\)](https://www.uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/27080)
10. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Nortvedt P, Gjengedal E. Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. Nurs Ethics 2019;26(7-8):2135-46.
11. Makenzius et al: [Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention - Makenzius - 2013 - Scandinavian Journal of Caring Sciences - Wiley Online Library](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12135)
12. Haugsdal M. Et belastende valg: Sykepleie til kvinner som utfører medikamentell abort: Høgskolen på vestlandet; 2020. [Haugsdal.pdf \(unit.no\)](https://www.unit.no/haugsdal.pdf)
13. Karlsrud A. Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd emosjonelle reaksjoner og møtet med helsevesenet og hvordan kan vi bidra til at deres behov for informasjon blir ivarettatt? 2017. [Microsoft Word - Prosjektoppgave AK 29.01.17 .docx \(uio.no\)](https://www.uio.no/inspera/110921428:51336951.pdf)
14. [Gambir, K. Cochrane 2020: Self-administered versus provider-administered medical abortion | Cochrane Library](https://www.cochrane.org/CD011864/abortion-self-administered-versus-provider-administered-medical)
15. [Løkeland M et al: Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation - Løkeland - 2014 - Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica - Wiley Online Library](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acta.12444)
16. Braa MH. Abortomsorg til kvinner ved provosert abort: NTNU; 2022. [no.ntnu:inspera:110921428:51336951.pdf Bacheloroppgave](https://www.ntnu.no/inspera/110921428:51336951.pdf)
17. Sommerseth: [Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/2018/05/kvinners-erfaringer-med-helsetjenestetilbudet-ved-medikamentell-abort/)
18. Kjelsvik M, Tveit Sekse RJ, Moi AL, Aasen EM, Gjengedal E. Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. J Clin Nurs. 2018;27(21–22):4192–202.
19. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Chesla CA, Gjengedal E. Health Care Women Int 2018;39(7):784-807. [Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester \(tandfonline.com\)](https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/09638237.2018.1518888)
20. Jerpstad I. Abortomsorg til kvinner som gjennomgår provosert abort - hva bør sykepleier vektlegge?: NTNU; 2021. [thesis-7.pdf \(ntnu.no\)](https://www.ntnu.no/inspera/110921428:51336951.pdf)
21. Petersen et al 2018. [Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30111111/)

22. Furset E. Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos kvinner i etterkant av en provosert abort? : NTNU; 2022. no.ntnu:inspera:110921428:52377422.pdf
23. P. A. Mauri, Francesca Squillace. [The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study | Semantic Scholar](#)
24. Georgsson S, Krautmeyer S, Sundqvist E, Carlsson T. Eur J Contracept Reprod Health Care 2019;24(5):380-9. [Full article: Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study \(tandfonline.com\)](#)
25. Corbet-Owen C, Kruger L-M, McDaniel SH, Campell TL. The Health System and Emotional Care: Validating the Many Meanings of Spontaneous Pregnancy Loss. Families, Systems, & Health. 2001;19(4):411-27.
26. Hansen M, Hegg HM, Kvaal MH. Kvinners erfaringer og opplevelser i etterkant av en selvbestemt abort: en metasynthese: Høgskulen på Vestlandet; 2019. [Hansen Hegg Kvaal.pdf \(unit.no\)](#)
27. de Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet AF. The impact of provider restrictions on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. Reprod Health 2022;19(1):95. [s12978-022-01405-x \(1\).pdf](#)
28. Bryhn KA. Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta den psykiske helsen hos kvinner som gjennomfører en provosert abort på sykehus? : VID vitenskapelige høgskole. Oslo; 2022. no.ntnu:inspera:110921428:52377422.pdf
29. Andersson I-M. Second trimester medical abortion - Perceptions and experiences. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2022;83(3-B):No Pagination Specified. [Microsoft Word - MANUS Nr 2 thesis med bilder.docx \(ki.se\)](#)
30. Asplin N. Women's experiences and reactions when a fetal malformation is detected by ultrasound examination. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2022;83(3-B):No Pagination Specified. [Women's experiences and reactions when a fetal malformation is detected by ultrasound examination \(ki.se\)](#)
31. Thoresen LKS. Så full av nyanser og mangfold som livet selv. Legepraksis i møte med lovverket. En studie av informasjons- og veiledningsplikten i abortloven 2013. [Masteroppgave2013LivKjerstiSkjeggestadThoresen.pdf \(unit.no\)](#)
32. Toffol E, Pohjoranta E, Suhonen S, Hurskainen R, Partonen T, Mentula M, et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2016;95(10):1171-80. [Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study - Toffol - 2016 - Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica - Wiley Online Library](#)
33. Broen AN, Moum T, Bødtker AS et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. BMC Med 2005; 3: 18.
34. Broen AN, Moum T, Bødtker AS et al. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27: 36 – 43.
35. Opsahl A M D. Psykiske reaksjoner etter provosert abort = Psychological reactions after an induced abortion [Studentoppgave]. Bergen: Høgskolen i Bergen; 2012 [Får angst og depresjon etter abort \(sykepleien.no\)](#)
36. Simonsen TB, Wahl AK, Vangen S, Eberhard-Gran M. Tidsskr Nor Laegeforen 2013;133(6):635-9. [Gir tidligere aborter fødselsangst? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)
37. Storksén HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S et al. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91: 237 – 42. [PubMed] [CrossRef]
38. Georgsson S, van der Spoel L, Ferm J, Carlsson T. J Adv Nurs 2019;75(11):2683-91. [Quality of web pages about second-trimester medical abortion: A cross-sectional study of readability,](#)

[comprehensiveness, and transparency - Georgsson - 2019 - Journal of Advanced Nursing - Wiley Online Library](#)

39. Carlsson T, Axelsson O. J Med Internet Res 2017;19(1):e8. [Patient Information Websites About Medically Induced Second-Trimester Abortions: A Descriptive Study of Quality, Suitability, and Issues - PMC \(nih.gov\)](#)
40. Lippestad JW, Halvorsen T. Evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. SINTEF; 2021. 978-82-14-06465-0. [Microsoft Word - Amatheia-sluttrapporten 26.mars 2021 \(helsedirektoratet.no\)](#)
[Evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia - Helsedirektoratet](#)
41. Iversen G A et al. [Er det mulig å få pålitelig kunnskap om psykiske senvirkninger etter provosert abort? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)
42. Johnsen OM. Hjemmeabort ved UNN: UiT Norges arktiske universitet; 2022. [thesis.pdf \(uit.no\)](#)
43. Næss E. Kvinners opplevelse av medikamentell hjemmeabort: University of Stavanger, Norway; 2018. [NAESS EVA.pdf.pdf \(unit.no\)](#)
44. Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C et al. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. Lancet 2014. E-publisert 30.10. [[CrossRef](#)]
45. Pay ASD. Medikamentell abort hos avtalespesialist. Medical abortions performed by specialists in private practice 2018;138(9):823-8. [Medikamentell abort hos avtalespesialist Rapport.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
46. Jacobsen LD. Abort nesten hjemme. Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg) 2018;138(9):853-5. [Abort nesten hjemme | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)
47. Hoem VD, Flemsæterhaug KD. Provosert abort: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk; 2014. [bachelor hoem.pdf \(unit.no\)](#)
48. Halgunset K. Legger sykepleiere godt nok til rette for god psykisk oppfølging når kvinner gjennomfører provosert abort? : NTNU; 2020. [Microsoft Word - Bacheloroppgave Kine.docx \(ntnu.no\)](#)
49. Ruth G. Personsentrert omsorg til kvinner som gjennomfører provosert abort: NTNU; 2022. [NTNU Open: Personsentrert omsorg til kvinner som gjennomfører provosert abort.](#)
50. Vammervold IS. Abortsøkende kvinner føler de må forklare seg, hvordan møte dem som sykepleier? : NTNU; 2020. [no.ntnu:inspera:60382273:31911118.pdf](#)
51. Gisholt MR. Sammen om det vanskelige valget – sykepleie til abortsøkende kvinner: Høgskulen på Vestlandet; 2019. [Gisholt.pdf \(unit.no\)](#)
52. Rygg AE. Ivaretagelse av den abortsøkende kvinnen [Studentoppgave]2019. [Bachelor lever denne.pdf \(unit.no\)](#)
53. Hansen K. Hvilke kommunikasjonsferdigheter bruker sykepleiere i møte med pasienter som opplever psykiske reaksjoner som følge av spontanabort? : NTNU; 2022. [thesis-3.pdf \(ntnu.no\)](#)
54. Orten SMH. Selvbestemt abort - Det vanskelige valget: NTNU; 2021. <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/RqK25/selvbestemt-abort-det-vanskelige-valget>
55. Steinberg JR, Laursen TM, Adler NE, Gasse C, Agerbo E, Munk-Olsen T. The Lancet Psychiatry 2020;7(2):e6. [Examining the association between first abortion and first-time nonfatal suicide attempts: A longitudinal study using Danish-population registries - PMC \(nih.gov\)](#)
56. Strømsnes MH, Pedersen S. Provosert abort – et ensomt valg: Høgskulen på Vestlandet; 2020. [Pedersen Stromsnes.pdf \(unit.no\)](#)
57. Sandli L. Hvordan kan sykepleiere møte sorgreaksjonene til kvinner som gjennomgår spontanabort på sykehus? : VID vitenskapelige høgskole. Diakonova; 2020. [Microsoft Word - Bacheloroppgave spontanabort andreutkast.docx \(unit.no\)](#)
58. Nilsen EK. Hvordan kan sykepleier ivareta kvinners mentale helse i forbindelse med provosert

- abort? : VID vitenskapelige høyskole. Diakonova; 2020. [Bacheloroppgave - 2020 vår - kand 162 - Nilsen Eli Kristina.pdf \(unit.no\)](#)
59. Fritsch S-KC. Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus? : VID vitenskapelige høyskole. Diakonhjemmet Oslo; 2019. [bacheloroppgave - 2019 vår - Fritsch, Sara-Kristine Christensen.pdf](#)
60. Andersson I-M. Second trimester medical abortion - Perceptions and experiences. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2022;83(3-B):No Pagination Specified. [Microsoft Word - MANUS Nr 2 thesis med bilder.docx \(ki.se\)](#) (Avhandling)
61. Kolkin K. Opplevelsen av å veilede klienter i utfordrende valgsituasjoner: NTNU; 2021. [no.ntnu:inspera:79282521:16470118.pdf](#)
62. Kjelsvik M, Sekse RJ, Aasen EM, Gjengedal E. Nurs Ethics 2022;29(2):511-22. [Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges \(sagepub.com\)](#)
63. Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, Gemzell-Danielsson K. [The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial - Kopp Kallner - 2015 - BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology - Wiley Online Library](#) 2015;122(4):510-7.
64. Sjostrom S, Kopp Kallner H, Simeonova E, Madestam A, Gemzell-Danielsson K. PLoS ONE [Electronic Resource] 2016;11(6):e0158645. [Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis \(plos.org\)](#)
65. Eskild A. Hvem skal kunne tilby svangerskapsavbrudd? Tidsskr Nor Laegeforen 2018;138(9):796. [Hvem skal kunne tilby svangerskapsavbrudd? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)
66. Aarskog NR, Dreyer S, Eskeland M, Gløersen M, Le T, Øverby T. Kirurgisk eller medikamentell abort i første trimester – samvalg mellom lege og kvinnen som ønsker abort. Et kvalitetsforbedringsprosjekt ved gynekologisk avdeling, Drammen sykehus, Vestre Viken HF 2018. [Microsoft Word - KLoK-oppgave gruppe 14.docx \(uio.no\)](#)
67. Makenzius M et al: [Women and men's satisfaction with care related to induced abortion: The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: Vol 17, No 4 \(tandfonline.com\)](#)
68. Johnsen O: Hjemmeabort ved UNN En forbedringsundersøkelse. Masteroppgave i Medisin (MED-3950) Juni 2022 [thesis.pdf \(uit.no\)](#)
69. [Innst. 341 S \(2021-2022\) - stortinget.no](#)

Vedlegg 1

Spørreskjema for oppfølging av abort ved RHF'ene

Hei.

På oppdrag fra det regjeringsoppnevnte abortutvalget skal Helsedirektoratet innhente kunnskap om rådgivningen og veiledningen av kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd, og oppfølgingen av kvinner som tar abort. Helsedirektoratet skal også gi en vurdering av organiseringen.

I den anledning ber vi om at de aktuelle avdelingene ved helseforetaket besvarer spørsmålene under med **frist 15.11.22**. Opplysningene vi mottar vil bli brukt i en overordnet, generell vurdering av tilbudet til abortsøkende kvinner og ingen avdelinger blir omtalt enkeltvis eller sitert. Vi ønsker korte og konkrete svar. Svar gjerne direkte til helene.normann@helsedir.no. Spørsmål kan også rettes til samme epost-adresse.

Spørsmålene gjelder for kvinner som vurderer/gjennomgår et svangerskapsavbrudd både før og etter svangerskapsuke 12, og besvares gjerne todelt.

1. Hvilken type informasjon gis til kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd?

Før 12. uke:

- Skriftlig informasjon papir/Nett
- Tilbud om veiledningssamtale fysisk/digitalt
- Annet (f.eks Amathea, sosionom, psykisk helsehjelp etc)

Utdyp her: _____

Etter 12. uke for kvinner som omfattes av abortlovens §2 a og b
[Lov om svangerskapsavbrudd \[abortloven\] - Lovdata](#)

- Skriftlig informasjon papir/Nett
- Tilbud om veiledningssamtale fysisk/digitalt
- Annet (f.eks Amathea, sosionom, psykisk helsehjelp etc)

Utdyp her: _____

1. Hvordan er gjennomføringen/oppfølgingen av selve aborten organisert?

Herunder ligger konsultasjoner, hvor aborten gjennomføres (hjemme/på sykehus), hvilket helsepersonell har ansvar for hva, eventuell etterkontroll/~~etter~~etter samtale etc. (Kort beskrivelse, gjerne stikkord)

3. Ser avdelingen forbedringsmuligheter i sitt tilbud til kvinner som søker/gjennomgår svangerskapsavbrudd? Eventuelt hvilke.

Takk for deres bidrag!

Vedlegg 2

Skjema for oppfølging av abort hos allmennleger

1. Hvilken type informasjon gir du kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd?

Ved konsultasjon før 12. uke:

- Muntlig informasjon i konsultasjon
- Skriftlig informasjon papir/Nett
- Tilbud om videre veiledningssamtaler fysisk/digitalt
- Annet (f.eks. Amatheia, sosionom, psykisk helsehjelp etc)

Utdyp her: _____

Ved konsultasjon etter 12. uke for kvinner som omfattes av abortlovens §2 a og b
[Lov om svangerskapsavbrudd \[abortloven\] - Lovdata](#)

- Muntlig informasjon i konsultasjon
- Skriftlig informasjon papir/Nett
- Tilbud om veiledningssamtale fysisk/digitalt
- Annet (f.eks. Amatheia, sosionom, psykisk helsehjelp etc)

Utdyp her: _____

2. Hvilke tiltak og undersøkelser gjør du hos kvinner som vurderer abort?

- tar relevante prøver
- gynekologisk undersøkelse
- hjelper kvinnen å fylle ut begjæring om svangerskapsavbrudd
- skriver henvisning til gynekologisk avdeling
- informerer om ulike abortmetoder

3. Tilbys kvinnene oppfølging etter aborten? Eventuelt hvilke.

4. Hvilke forbedringsmuligheter i ditt tilbud til kvinner som søker/gjennomgår svangerskapsavbrudd mener du er viktig?

Address information is filled in at dispatch. See recipients list below.

Deres ref.:
Vår ref.: 23/2332-2
Saksbehandler: Helene Normann
Dato: 13.02.2023

Kunnskapsinnhenting for abortutvalget, revidert utgave

Helsedirektoratet er gjort oppmerksom på en feil i første oversendelse som gjaldt beskrivelse av abortnemndene. Dette er nå rettet opp i vedlagte dokument.

Vennlig hilsen

Torunn Janbu e.f.
avdelingsdirektør

Helene Normann
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET	Kari Sønderland	Postboks 8011 Dep	0030 OSLO