

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Kvinneres erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort

[Eva Sommerseth](#)

Førsteamanuensis

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

[Berit Margrethe Sandvik](#)

Førstelektor

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

[Bente Dahl](#)

Professor

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

[Idun Røseth](#)

Seniorforsker

Avdeling for barn og unges psykiske helse, Sykehuset Telemark

[Anne Lyberg](#)

Dosent

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

[Svangerskap](#)

[Kvinnehelse](#)

[Personsentrert omsorg](#)

[Kvalitativ studie](#)

[Intervju](#)

Sykepleien Forskning 2022;17(89883):e-89883

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.89883](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883)

Sammendrag

Bakgrunn: De fleste svangerskapsavbrudd i Norge gjennomføres som medikamentell abort, enten på sykehus eller i eget hjem. Abort skal gjennomføres med de samme standardene som ved andre helsetjenester, men på bakgrunn av eksisterende kunnskap kan man stille spørsmål ved om dette er tilfelle.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.

Metode: Studien hadde et utforskende og beskrivende design med individuelle intervjuer med 24 kvinner som hadde gjennomført en medikamentell abort hjemme før slutten av tolvte svangerskapsuke. Dataene ble analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultat: I hovedsak trakk kvinnene frem negative erfaringer i møte med både helsepersonell og helsetjenestene. Hovedfunnene er knyttet til kvinnenes opplevelse av å være en ressursbelastning som ikke fortjener omsorg, møter med en rutinepreget tjeneste som ensidig fokuserer på fysiske aspekter fremfor en personsentrert tilnærming, samt opplevelsen av mangel på valgfrihet, medbestemmelse og forberedthet.

Konklusjon: Kvinnene erfarte at tilbudet om å snakke om abortvalg var begrenset. Videre opplevde de mangel på informasjon og tilgjengelighet samt individuell tilnærming ved uro eller uventet forløp. Andre erfaringer var at de ble møtt med distansering og mangel på respekt samt en følelse av ensomhet. Tilgang til personell med fordypet kunnskap om abortforløp, for eksempel jordmortjeneste, kan styrke tjenestetilbudet og sikre faglig forsvarlighet.

Introduksjon

Tilgang til abort er et vesentlig helsetilbud innen seksuell og reproduktiv helse og skal holde de samme standardene som andre helsetjenester. I Norge har kvinner rett til selvbestemt abort inntil tolvte svangerskapsuke. Medikamentell abort, det vil si svangerskapsavbrudd ved hjelp av medikamenter og ikke kirurgi, ble innført i 1998. I 2021 var 10 349 av totalt 10 841 aborter gjennomført med denne metoden (1).

Verdens helseorganisasjon (WHO) (2) har estimert at halvparten av utførte svangerskapsavbrudd på verdensbasis gjennomføres under uforsvarlige omstendigheter. Uforsvarlige svangerskapsavbrudd skjer når graviditeten termineres av personer som ikke har nødvendige ferdigheter, og/eller når de skjer i et miljø som ikke er i samsvar med medisinske minstestandarder.

Vanligvis foregår medikamentell abort ved at kvinnen får tabletter med virkestoffet mifepriston på en gynekologisk poliklinikk etter at graviditet er konstatert. Etter to døgn tar kvinnen legemiddelet misoprostol, som gjør at livmoren trekker seg sammen og fosteret utstøtes (3).

Det norske abortregisteret har ikke statistikk på hvor stor andel som gjennomfører denne siste delen av aborten i eget hjem. Ifølge Helsensorges informasjonssider skal norske kvinner ha mulighet til å velge mellom kirurgisk eller medikamentell abort som metode (3). Dersom hun velger medikamentell abort, skal hun også få velge om hun vil gjennomføre den på sykehus eller hjemme.

Denne studien setter søkelyset på medikamentell abort i hjemmet. Det er lik praksis i Norge når det gjelder gjennomføring av abort i hjemmet. Kvinnen skal være frisk, og noen sykehus setter en nedre aldersgrense på 18 år. Kvinnene anbefales at de skal ha en person hos seg under aborten. Noen sykehus praktiserer at sykepleieren ringer etter noen dager for å høre hvordan det har gått. Etter fire uker anbefales det å ta en graviditetstest for å påvise at aborten er slutført (4).

Medikamentell abort skal utføres på en respektfull og forsvarlig måte med en åpenhet, en forståelse og et likeverd som gjør det mulig å sikre den enkeltes rett til selvbestemmelse (3, 4). Nyere forskning viser at globalt sett mislykkes helsetjenestene i å tilby en personsentrert tilnærming ved svangerskapsavbrudd. Mange kvinner opplever det å ta abort som en ensom og utfordrende prosess med eksistensielle dimensjoner (5–7).

Kvinnene kan kjenne på ambivalens, og noen er fortsatt usikre på beslutningen sin når de kommer til gynekologisk poliklinikk (3, 6). En metasyntese av seks kvalitative studier indikerer at helsepersonellet ivaretar kvinners fysiske helse etter abort, men at det er lite eller ingen oppmerksomhet på psykiske og følelsesmessige behov (8). Muligheten til å gjennomføre medikamentell abort i eget hjem kan gi kvinner en følelse av autonomi, avhengig av hvilken informasjon som gis, og hvordan møtet med helsepersonellet oppleves (9–11).

Dypt forankret sosialt stigma, institusjonelle begrensninger, lover og forskrifter kan forhindre personsentrert tilnærming ved svangerskapsavbrudd (12). Stigma fører ofte til at kvinner holder aborten skjult, gjerne mange år i etterkant (13–15). Negative holdninger til abort generelt eksisterer både innenfor og utenfor helsetjenestene og påvirker kvinnenes opplevelse av prosessen rundt svangerskapsavbruddet (9, 13).

God reproduktiv og seksuell helse er et mål for folkehelsearbeidet som skal bidra til å fremme velferd og motvirke sosial ulikhet. Samfunnet har en forpliktelse til å forebygge uønsket svangerskap (5). Kvinner som fremsetter ønske om selvbestemt abort, skal få gjennomført dette så snart de vil, og med den beste metoden ut fra medisinske kriterier og kvinnenes eget ønske (4). Personsentrert tilnærming er en nøkkeldimensjon i helsetjenestenes kvalitet, som innlemmer pasientenes personlige perspektiver, behov og verdier i omsorgsarbeidet.

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.

Metode

Studien hadde et utforskende og beskrivende design (16) og ble gjennomført ved hjelp av individuelle intervjuer (17). Studien er en del av et større forskningsprosjekt som belyser ulike sider av kvinners erfaringer med medikamentell abort, som skyld, skam og emosjonell distansering (5, 9).

Utvalg og datasamling

Utvalget besto av 24 kvinner. Inklusjonskriteriet var at de skulle ha gjennomgått en medikamentell abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Rekrutteringen foregikk via egenannonse på Facebook med lenke til universitetet der vi er ansatt. I løpet av ett døgn hadde 27 kvinner meldt interesse for å delta, og annonsen ble da fjernet.

Etter å ha mottatt skriftlig informert samtykke på e-post fra informantene ble de fordelt mellom seks forskere i gruppen som gjennomførte intervjuene fra oktober 2019 til januar 2020. Tre kvinner avsto å delta da vi kontaktet dem for å avtale intervjutidspunkt.

Vi intervjuet to informanter via Zoom (18) på grunn av avstanden. De øvrige ble intervjuet der informanten ønsket det, i skjermede omgivelser, ofte på nærliggende høyskoler eller universiteter eller i deres eget hjem. Vi benyttet en intervjuguide med følgende åpne spørsmål:

Innledende spørsmål: «Jeg vil gjerne at du forteller meg om aborten du gjennomførte for en tid tilbake.»

Videre: «Hvordan opplevde du å gjennomføre en medisinsk abort hjemme? Hvordan opplevde du møtet med helsevesenet underveis i prosessen? Hvilken oppfølging ble du tilbudt i ettertid av aborten?»

Informantene ble oppfordret til å fortelle om konkrete erfaringer knyttet til helsetjenestetilbudet i forbindelse med at de gjennomførte medikamentell abort. Kvinnene fortalte fritt, og vi etterspurte ytterligere informasjon når det var behov for utdypninger og klargjøringer.

Intervjuene varte fra 19 til 71 minutter, med et gjennomsnitt på 47 minutter. Vi gjorde lydopptak under intervjuene og transkriberte dem ordrett. Datamaterialets totale omfang var på cirka 360 tekstsider.

Analyse

Vi analyserte dataene med systematisk tekstkondensering (STC), en firetrinnsstrategi for tverrgående tematisk analyse av kvalitativt skriftlig datamateriale (19). I første analysetrinn ble alle intervjuene lest for å få et inntrykk av foreløpige temaer som dannet grunnlag for videre analyse.

Deretter fant vi meningsbærende enheter i datamaterialet som omhandlet informantenes erfaringer med helsetjenestene. Disse ble systematisk kodet i grupper som omhandlet samme fenomen, og deretter sortert i undergrupper. Innholdet i hver undergruppe ble fortettet til et kondensat, det vil si et kunstig sitat som gjenforteller og sammenfatter innholdet i undergruppen.

Avslutningsvis brukte vi kondensatene til å utvikle en analytisk tekst bestående av tre temaer. To av forfatterne (AL og BMS) gjennomførte den første analysen. Deretter diskuterte alle forfatterne til vi oppnådde konsensus. Vi har ulik helsefaglig bakgrunn som jordmor, helsesykepleier, psykisk helsearbeider og psykolog.

Forskningsetiske overveielser

Vi la frem studien for Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 22708). Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte at studien faller utenfor ansvarsområdet for lov om medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (referansenummer 36616).

Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien før intervjuene startet, og signerte en informert samtykkeerklæring. De fikk opplyst at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser, og at alle dataene de hadde bidratt med, ville bli slettet før analysearbeidet startet.

Resultater

Informantene var kvinner i alderen 24–45 år, som var bosatt i sju norske fylker fra nord til sør i landet. Kvinnene hadde gjennomført medikamentell abort mellom 2008 og 2019, de fleste de siste fire årene.

Kvinnene trakk i hovedsak frem negative erfaringer knyttet til møter med både helsepersonell og helsetjenestene generelt. Ut fra dataanalysen kan vi kategorisere kvinnenes erfaringer i følgende temaer: «Ikke fullverdig pasient», «Møte med et rutinepreget tilbud» og «Ført bak lyset av helsetjenestene».

Ikke fullverdig pasient

Informanter med tidligere pasienterfaringer følte seg som en ressursbelastning. I møte med helsetjenestene mottok de ikke den omsorgen nå som de hadde erfart tidligere i andre sammenhenger.

Noen kvinner ble møtt med kommentarer som «vet du ikke hvordan du blir gravid?» eller det en informant betegnet som en «fordømmende stillhet». Andre opplevde at de ble møtt med en dømmende holdning på sykehuset. De skulle gjennom noe som var «fullt lovlig», men som de oppfattet som skambelagt:

«Ingen var ufine, men jeg opplevde heller ikke at noen ga noe ekstra for å få meg til å føle meg bedre. Men det er vanskelig for meg å si hvorvidt det var måten hun møtte meg på, eller om det bare var mine egne tanker om skam, og at jeg selv følte at jeg ikke fortjente omsorg» (informant 23).

Disse kvinnene følte at det var få som brydde seg om hvordan de hadde det. Når de prøvde å prate om det vanskelige valget, opplevde noen å bli avvist med at «dette er ditt valg, og du trenger ikke prate med oss om det», eller at det ikke var mer tid til å overveie abortbeslutningen:

«Da jeg kom for å ta den pilla, så sa de at når du tar den, så slutter alt liv. Da sa jeg: 'Nei, vi tenker litt på det', og hun svarte: 'Ja, men du har ikke noe mer tid å tenke på nå', og jeg sa: 'Ok, ja, nei, da tar jeg den pilla her, da'. For meg var det ganske brutalt. Jeg var ikke sterk nok til å si stopp» (informant 22).

Kvinnene beskrev en situasjon der de opplevde lite empati og omsorg fra helsepersonellet gjennom hele abortprosessen. Da de hadde tatt tabletten som avslutter fosterets liv, ble de overlatt til seg selv. De fikk utdelt medikamentet som driver ut fosteret. Noen fikk smertestillende tabletter. Deretter dro de hjem, og prosessen var i gang. De fleste kvinnene fikk ingen oppfølging etter aborten:

«Når du tar en operasjon, så ringer de deg etter tre dager og spør hvordan det går med deg og sånn. Da føler du deg litt ivaretatt. Skulle ønske det var det samme med det her» (informant 10).

Møte med et rutinepreget tilbud

Kvinnene opplevde at tilbudet om medikamentell abort var rutinepreget og «litt sånn samlebånd» når det gjaldt undersøkelse og informasjon. Oppmerksomheten, slik kvinnene beskrev det, var på kjappe fysiske undersøkelser og praktiske prosedyrer, med lite dialog. For noen var det greit fordi de da, ifølge dem selv, slapp å forholde seg så mye til hva de tenkte og følte. Informantene savnet å føle seg sett og respektert av de ansatte i helsetjenestene:

«Men bare å få en liten sånn bekreftelse på at det er ditt valg, og det er helt okay at du har tatt dette valget. Og det tror jeg er sykt viktig for hvordan man bearbeider det etterpå» (informant 4).

Flere av kvinnene opplevde at de ikke ble spurt om de ville se på ultralydbildene av fosteret. De som sa fra, følte at deres ønsker ikke ble etterkommet. Noen kvinner opplevde at helsepersonellet viste bilder og snakket om hva de så på bildene, selv når kvinnen ikke ønsket denne informasjonen. Flere kvinner ble nektet å se bildene, selv om de ønsket det:

«Jeg spurte, men de sa: 'Nei, du får ikke Jeg var jo egentlig litt i tvil om jeg skulle ta abort, så hvis jeg hadde fått sett bildene, så hadde det kanskje vært annerledes» (informant 6).

For flere kvinner var det ikke rom for dialog. Helsepersonellet ga inntrykk av å vite hva som var kvinnenens beste. Noen kvinner følte seg underlegne og klarte ikke å stå opp for sine behov. Flere var fortsatt i tvil da de møtte helsetjenestene, men det var ingen å snakke med. En kvinne sa at hun ikke tok et bevisst valg, det bare ble sånn. En annen tenkte at hvis hun hadde blitt møtt med forståelse og hadde kunnet snakket om valget, hadde det kanskje blitt annerledes: «Og det er litt tungt i ettertid.»

For noen var det greit å slippe å snakke om aborten og legge hendelsen bak seg:

«Jeg er jo på en måte litt sånn ferdig med prosessen, så hvis jeg skal inn igjen og få en oppfølging, så kanskje man føler enda litt mer sånn dårlig samvittighet igjen ... på en måte» (informant 3).

Flere kvinner fortalte at abort ikke er noe de snakker med venner og familie om, for temaet var tabu- og skambelagt for dem som har vært igjennom det:

«Det har nok ikke gått en dag i ettertid, der jeg ikke ... eh ... har tenkt på det Så egentlig burde de hatt tilbud om en sånn oppfølgingssamtale etterpå også ... om hvordan det gikk, da» (informant 6).

Ført bak lyset av helsetjenestene

For noen var det ukomplisert å komme i kontakt med et sykehus. For andre bød det på utfordringer. Noen fikk hjelp av sin lokale jordmor med å bestille time på sykehuset, andre gikk via fastlegen eller kontaktet sykehuset direkte. Noen visste ikke hvor mange uker graviditeten hadde vart. De opplevde at det ikke ble tatt hensyn til når de bestilte time, og følte seg nedprioritert:

«Så da ringte jeg sykehuset på nytt, og da fikk jeg komme dagen etter. Men jeg opplevde litt sånn: 'Ja, men du er sist på prioriteringslista, så du får bare sitte og vente. Det kan hende du må vente hele dagen. På venterommet. Men sånn er det.'» (informant 8).

Kun et fåtall av kvinnene fikk valget om å gjennomføre aborten hjemme eller på sykehus. Imidlertid fikk noen dette valget, og de følte seg hørt i prosessen:

«Tilbudet var der, men jeg syntes jo det var fint å dra hjem, da. Jeg vet ikke om det er vanlig, eller om man bare blir sendt hjem. Jeg ble veldig hørt i prosessen. Jeg tenker det er viktig om man får valget om man vil være hjemme eller på sykehus» (informant 8).

Noen kvinner opplevde at de samtykket til medikamentell abort hjemme på feil grunnlag. Andre følte at de ikke fikk et reelt valg. Informasjonen de fikk om hjemmeaborten, ga inntrykk av at det var en ukomplisert prosess å gjennomføre. Andre oppfattet at forskjellen på å gjennomføre hele aborten på sykehuset eller hjemme var stedet hvor de tok de resterende tablettene. Det var fristende å være hjemme i kjente omgivelser. Det var svært få som følte seg tilstrekkelig forberedt:

«Hun spurte meg: 'Vil du abortere på sykehus, eller vil du abortere hjemme?' Så spurte jeg henne: 'Hva er forskjellen?' Jeg ante ikke hva det skulle være, og hun forklarte meg ikke heller, hun sa bare: 'Nei, du skal få noen tabletter, noen vaginale tabletter, og så kan du bestemme selv om du vil ta dem her eller hjemme.'» (informant 12).

Informasjonen de fikk om det som skulle skje i abortprosessen, sto i sterk kontrast til det de fleste kvinnene opplevde hjemme alene eller sammen med familie, kjæreste eller venninne:

«Det var ingen som forberedte meg på hvor vanvittig smertefullt dette var. Det er det jævlige jeg har vært med på, det er mye verre enn å føde. Jeg husker jeg tenkte at dette her kan ikke være normalt, for hadde det vært normalt, så hadde man jo ikke blitt sendt hjem til det» (informant 23).

Flere informanter satt igjen med en følelse av å ha blitt lurt og ville fraråde andre fra å gå gjennom en medikamentell abort i hjemmet:

«Jeg tenker jo sånn med medikamentell abort, jeg lurer på: 'Hvem er det mest gunstig for? Er det for helsetjenestene, eller er det for pasienten?' Det ble lagt frem som at dette er sånn det foregår, og ikke som noe valg» (informant 18).

Kvinnene syntes informasjonen de fikk i forkant, var vanskelig å forstå. De følte seg alene og usikre, savnet trygge rammer og kontakt med en fagperson. De opplevde at det ikke var noen som brydde seg om hvor sterke smerter de hadde, og om hvor redde de var:

«Jeg kommer ikke på noen andre ting som gir så sterke smerter, som man blir bedt om å håndtere hjemme alene» (informant 6).

Flere kvinner var redd for å dø under behandlingen. Selv om de fleste hadde fulgt anbefalingen om å ha noen hos seg, opplevde de at situasjonen var utrygg og uforsvarlig. Den som var hjelper (ikke helsepersonell), hadde ikke kjennskap til hva som var normalt abortforløp. Hjelpen og støtten ble da begrenset. Mange av hjelperne opplevde at situasjonen var traumatisk også for dem selv:

«Å sende folk hjem og si at dette skal du bare klare på egen hånd i ditt eget hjem, det skal nok Det går bra på en eller annen måte. De sier jo ikke det engang, de sender deg bare hjem med en pille og sier at 'nå går du hjem og gjør dette her'. Noe jeg synes er uansvarlig, å sende noen hjem. Jeg synes ingen skal være alene i en sånn situasjon, bare med en ukvalifisert person til stede. Det skal være et kvalifisert personale til stede, rett og slett. Det skal være på sykehus. Dette er en praksis som jeg synes er kvinnefiendtlig, egentlig, på mange måter» (informant 20).

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse kvinners erfaringer med helsetjenestene ved gjennomføring av medikamentell abort i hjemmet. Kvinnene som ble intervjuet, følte seg alene om å ta valg og overlatt til seg selv da aborten ble gjennomført. Medikamentell abort i hjemmet er en effektiv og akseptabel metode for svangerskapsavbrudd (20).

Ifølge Kjelsvik og medarbeidere (6) har kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd, en forventning om å bli behandlet med respekt av helsetjenestene. Aiken og medarbeidere (21) beskriver at abortsøkende kvinner opplever manglende forståelse, og at rådgivning og støtte sjelden inngår i tilbudet.

Funn fra vår studie viser at kvinner fikk inntrykk av at de var en ressursbelastning for helsetjenestene. De tolket både verbal og nonverbal kommunikasjon som at helsepersonellet mente at graviditeten skulle vært unngått.

Det kan tenkes at abortsøkende kvinner har en særlig varhet for hvordan de blir møtt i en sårbar situasjon. Det stilles særskilte krav til helsepersonellet om å kunne vise respekt og forståelse for kvinnenens situasjon. Denne studiens resultater gir grunnlag for å stille spørsmål om hvorvidt kvaliteten på tjenestetilbudet er god nok, og om hvorvidt kvinners pasientrettigheter blir godt nok ivaretatt.

I studien til Makenzius og medarbeidere (22) understrekes behovet for en kontinuerlig evaluering av aborttilbudet. Videre konkluderer Mariutti og medarbeidere (23) med at det er behov for å skape et miljø med økt oppmerksomhet på kvinner som har behov for å diskutere sin situasjon og utdype sine ofte motstridende følelser om aborten.

En personsentrert tilnærming mangler

Det er et bærende prinsipp at norske kvinner har selvbestemmelse over egen kropp. Dette synliggjøres gjennom abortloven, lov om svangerskapsavbrudd. Kvinners rett til informasjon, medbestemmelse og selvbestemmelse er formulert i lovteksten (24). Det kan ifølge Kjelsvik og medarbeidere (6) se ut som at helsetjenestene overser hva en beslutning om abort kan medføre av eksistensielle spørsmål.

Kjelsvik og Gjengedal (25) avdekket at 10–20 prosent fortsatt var usikre på om de skulle gjennomføre abort da de kom for å få utført innledende prosedyre. Konsultasjoner der helsepersonell åpner for samtaler, vil kunne bidra til en opplevelse av empati samt gi nye perspektiver til kvinnene uten at det går på bekostning av deres selvbestemmelse. Slike konsultasjoner kan styrke kvinners mulighet til å ta autonome og informerte valg (26, 27).

Informantene i vår studie opplevde at helsepersonell heller hadde søkelyset på fysiske forhold og undersøkelser og fulgte standardiserte prosedyrer enn på en personsentrert tilnærming. Det kan se ut som at en personsentrert tilnærming mangler for kvinner som vurderer å gjennomføre en abort. En personsentrert tilnærming handler om myndiggjøring, likeverd og respekt som ivaretar den enkeltes behov (28).

Jordmor burde inngå i helsetjenestetilbudet

En britisk studie beskriver hvordan ansvaret for et tilbud om medikamentell abort er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (29). Intensjonen er å gi kvinnene nærhet og tilgjengelighet til fagpersonell som kan tilby samtaler og svare på spørsmål under hele abortprosessen. Dette er positivt evaluert av brukerne (29).

Et tilbud om medikamentell abort i kommunehelsetjenesten kan ha større forutsetninger for en personsentrert tilnærming i behandlingsprosessen. Det er i denne sammenhengen betimelig å foreslå at jordmødre burde inngå i et slikt tjenestetilbud. Jordmødre arbeider i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten og har god kunnskap om alle delene av kvinners reproduktive helse, hvor blant annet abortforløp inngår (30). En jordmor vil kunne være en god støtte for kvinner som ønsker kontakt både før, under og etter svangerskapsavbruddet.

Sykepleierne må kunne kommunisere godt

Informantene i studien opplevde at muntlig informasjon og informasjonsskriv om forventet forløp sto i sterk kontrast til deres egen opplevelse av abort i eget hjem. Aamlid og medarbeidere (9) beskriver i sin studie at informasjonen erfares som mangelfull, slik at mange opplever redsel og er uforberedt på sterke smerter og store blødninger underveis i forløpet. En studie fra Sverige viser også at mange får mangelfull informasjon og har større blødninger og mer smerte enn forventet (13).

Dette samsvarer med våre funn. Mange fremhevet store, langvarige blødninger og smerter. Flere informanter hevdet at de aldri hadde utsatt seg for en medikamentell abort hjemme hvis de hadde forstått hva det innebar. Kvinner skal stå fritt til å velge kirurgisk eller medikamentell abort så lenge det er medisinsk forsvarlig. De skal gis valget om hvorvidt de vil gjennomføre aborten hjemme eller på sykehus (3).

Få av denne studiens informanter hadde fått et valg om hvor den medikamentelle aborten skulle gjennomføres, og ingen hadde fått valg om abortmetode. Dette åpner ikke i tilstrekkelig grad for informerte valg slik loven forutsetter (24).

De samlede resultatene fra vår studie gir grunn til å påstå at helsepersonell, i hovedsak sykepleiere, som arbeider med abort, bør ha gode kommunikasjonsevner. Det kan være en krevende balanse for de kvinnene som er ambivalent til svangerskapsavbrudd, samtidig som de skal ha respekt for kvinners autonomi (6). God kommunikasjon er likevel avgjørende for å ivareta kvinners rettigheter og opplevelse av å bli sett, hørt og tatt på alvor.

Styrker og svakheter ved studien

Individuelle intervjuer var godt egnet til å utforske informantenes erfaringer med medikamentell abort. Åpne intervju spørsmål bidro til at informantene kunne fortelle fritt om sine erfaringer, som ga et rikt datamateriale.

Som ved kvalitative studiedesign generelt kan ikke våre resultater generaliseres til hele populasjonen da et relativt lite utvalg ikke kan anses å være representativt. Ved å annonsere på den sosiale mediekanalen Facebook kan man nå ut til mange på kort tid, og det er tilfeldig hvem som oppdager innholdet i en annonse innenfor tiden den ligger ute.

En slik tilfeldig utvelgingsprosess kan minske risikoen for skjevhet (*bias*) og slik styrke resultatenes validitet. Vi kan likevel ikke utelukke muligheten for skjevhet i utvalget. Potensielt kan en overvekt av kvinnene som ønsket å delta, ha hatt negative erfaringer med hjemmeabort eller vært kritisk til helsetjenestenes oppfølging. Noen erfaringer er helt tilbake fra 2008, som man skal være kritisk til. Det er en risiko for at det er de negative erfaringene kvinnene husker best, jamfør Bierbrauer og medarbeidere (31).

Våre resultater vil likevel kunne overføres til andre kvinner som gjennomfører medikamentell hjemmeabort i en liknende sosiokulturell kontekst. Det er også en styrke at informantene bor geografisk spredt i Norge og har mottatt helsehjelp ved fire ulike helseforetak.

Konklusjon

Kvinnene i studien vår opplevde at helsetjenestene tilbyr en standardisert abortprosedyre der fysiske aspekter ved å gjennomføre abort er vektlagt. Få informanter hadde fått muligheten til å velge abortmetode eller bestemme hvor den skulle gjennomføres.

Studien viser at det finnes svært begrensede tilbud om å samtale rundt abortvalg, og at tilbudet som eksisterer, har mangel på informasjon, individuell tilnærming og tilgjengelighet ved psykiske reaksjoner og/eller et uventet forløp.

Kvinner som søkte abort, opplevde at kontakten med helsetjenestene var et hinder for å søke hjelp. Mange erfarte distansering, ensomhet og mangel på respekt i dette helsetilbudet. Et forsvarlig svangerskapsavbrudd kan styrkes med tilgang til personell med fordypet kunnskap om abortforløp, for eksempel med jordmøtjeneste.

FAKTA

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- De fleste svangerskapsavbrudd – abort – i Norge skjer ved hjelp av medikamenter og kan foregå på sykehus eller i eget hjem etter kvinnens eget valg. Kunnskap antydnet at det kunne være personlig utfordrende for kvinner å gjennomføre medikamentell abort. Men vi visste mindre om hvordan prosessen erfares i møte med helsetjenestene.
- Vi intervjuet kvinner som hadde gjennomført medikamentell abort.
- Studiens resultater gir et innblikk i hvordan kvinner opplevde prosessen med medikamentell abort, fra beslutningen ble tatt til aborten ble gjennomført. Å se prosessen fra kvinners perspektiv kan bidra til at sykepleiere og jordmødre blir mer bevisste i møte med kvinner i en potensielt sårbar situasjon.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

1. Akerkar RR, Askeland OM, Faugstad LA, Halvorsen GS, Heiberg-Andersen R, Hornæs MT, et al. Abortregisteret. Rapport om svangerskapsavbrot 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022. Rapport 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/029843d081ce4ae3bddd3a65b17915ae/rapport-om-svangerskapsavbrot-2021-1.pdf> (nedlastet 15.08.2022).
2. Verdens helseorganisasjon (WHO). Preventing unsafe abortion: evidence brief. Genève: WHO; 2019.
3. Helsenorge. Abortmetoder. Helsenorge; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sok/?q=abort> (nedlastet 15.06.2022).
4. Helsedirektoratet. Handlingsplan – Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – Statusrapport 2012. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/abort> (nedlastet 15.06.2022).
5. Røseth I, Sommerseth E, Lyberg A, Sandvik BM, Dahl B. No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. Health Care for Women International. 07.07.2022. DOI: [10.1080/07399332.2022.2090565](https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2090565)
6. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Chesla CA, Gjengedal E. Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. Health Care Women Int. 2018;39(7):784–807. DOI: [10.1080/07399332.2018.1465945](https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945)
7. Georgsson S, Krautmeyer S, Sundqvist E, Carlsson T. Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish web-based exploratory and retrospective qualitative study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019;24(5):380–9. DOI: [10.1080/13625187.2019.1647334](https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334)
8. Petersen MN, Jessen-Winge C, Møbjerg ACM. Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. JBI Evidence Synthesis. 2018;16(7):1537–63. DOI: [10.11124/JBISRIR-2017-003344](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344)
9. Aamlid IB, Dahl B, Sommerseth E. Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – a qualitative study. Sexual & Reproductive Healthcare. 2021;27:100582. DOI: [10.1016/j.srhc.2020.100582](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582)
10. Kero A, Wulff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009;14(5):324–33. DOI: [10.3109/13625180903128609](https://doi.org/10.3109/13625180903128609)
11. Makenzius M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Sweden has the highest abortion rate among the Nordic countries. Unwanted pregnancies should be seen in a holistic perspective—individuals, health care, community. Läkartidningen. 2013;110(38):1658–61. PMID: 24199440

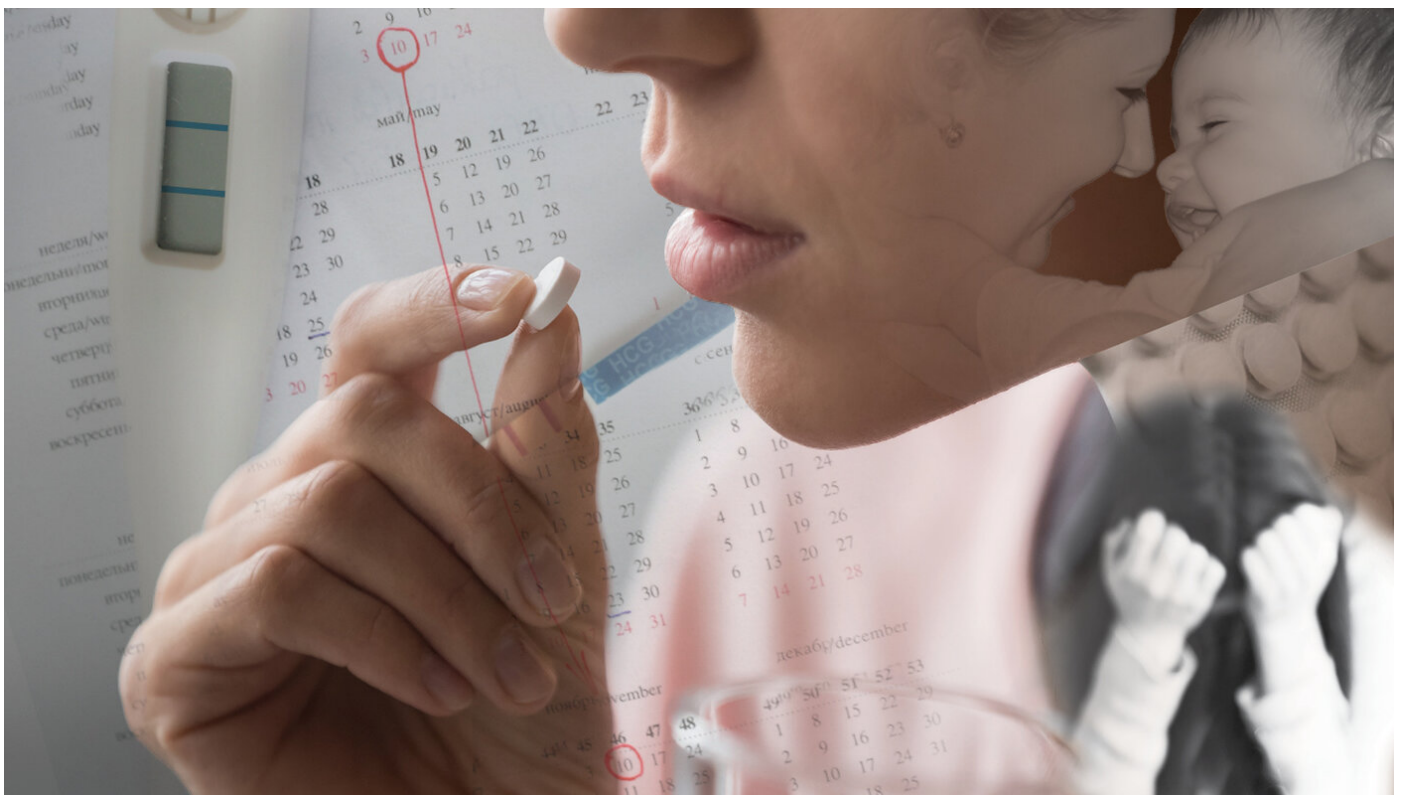
12. Altshuler AL, Whaley NS. The patient perspective: perceptions of the quality of the abortion experience. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):407–13. DOI: [10.1097/GCO.0000000000000492](https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000492)
13. Hedqvist M, Brolin L, Tyden T, Larsson M. Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sex Reprod Healthc*. 2016;9:48–54. DOI: [10.1016/j.srhc.2016.07.003](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003)
14. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Kersting A. Abortion stigma: a systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2016;48(4):169–77. DOI: [10.1363/48e8516](https://doi.org/10.1363/48e8516)
15. Maxwell KJ, Hoggart L, Bloomer F, Rowlands S, Purcell C. Normalising abortion: what role can health professionals play? *BMJ Sex*. 2021;47(1):32–6. DOI: [10.1136/bmjsex-2019-200480](https://doi.org/10.1136/bmjsex-2019-200480)
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
17. Brinkmann S, Kvale S. *Doing interviews*. 2. utg. London: SAGE Publications; 2017.
18. Zoom Video Communications. Tilgjengelig fra: <https://zoom.us> (nedlastet 11.08.2022).
19. Malterud K. *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
20. Løkeland M. Medikamentell abort i 9.–12. svangerskapsveke. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 17.06.2010. DOI: [10.4045/tidsskr.10.0561](https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0561)
21. Aiken A, Gomperts R, Trussell J. Experiences and characteristics of women seeking and completing at-home medical termination of pregnancy through online telemedicine in Ireland and Northern Ireland: a population-based analysis. *Bjog*. 2017;124(8):1208–15. DOI: [10.1111/1471-0528.14401](https://doi.org/10.1111/1471-0528.14401)
22. Makenzius M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2012;17(4):260–9. DOI: [10.3109/13625187.2012.688149](https://doi.org/10.3109/13625187.2012.688149)
23. Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*. 2007;15(1):20–6. DOI: [10.1590/s0104-11692007000100004](https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000100004)
24. Lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50/§11> (nedlastet 15.06.2022).

25. Kjelsvik M, Gjengedal E. First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy – a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011;25(1):169–75. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2010.00807.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00807.x)
26. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(3):569–79. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x)
27. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Nortvedt P, Gjengedal E. Beyond autonomy and care: experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing Ethics*. 2019;26(7–8):2135–46. DOI: [10.1177/0969733018819128](https://doi.org/10.1177/0969733018819128)
28. McCormack B, van Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T. Person-centredness in healthcare policy, practice and research. *Person-Centred Healthcare Research*. Wiley Online Library. 2017:3–17. DOI: [10.1002/9781119099635](https://doi.org/10.1002/9781119099635)
29. Cameron ST, Glasier A, Dewart H, Johnstone A, Burnside A. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception*. 2012;86(1):67–73. DOI: [10.1016/j.contraception.2011.11.010](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.11.010)
30. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet; 2005. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf (nedlastet 15.06.2022).
31. Bierbrauer A, Fellner MC, Heinen R, Wolf OT, Axmacher N. The memory trace of a stressful episode. *Current Biology*. 2021;31(23):5204–13. DOI: [10.1016/j.cub.2021.09.044](https://doi.org/10.1016/j.cub.2021.09.044)
-



LES OGSÅ

– Avskaff abortnemndene, og la kvinnene få økt selvbestemmelse



KVINNENE SAVNET DIALOG: Helsepersonell må opptre på en respektfull og...

LES MER ▾