



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Hjemmeabort ved UNN

En forbedringsundersøkelse

Oda Margrethe Johnsen

Masteroppgave i Medisin (MED-3950) Juni 2022

Forord

Denne oppgaven er en masteroppgave i profesjonsstudiet medisin ved Universitetet i Tromsø (UiT) – Norges arktiske universitet. Masteroppgaven gir oss medisinstudenter mulighet til å fordype oss i et emne som vi finner interessant og viktig, samtidig som den muliggjør refleksjon og læring gjennom egne erfaringer.

Jeg har valgt å skrive denne oppgaven fordi kvinnehelse er et viktig og interessant tema. Vi mangler mye forskning og kunnskap innenfor dette store temaet. Jeg håper at denne studien kan bidra til økt trygghet hos kvinner som tar abort, samt økt kunnskap til helsepersonell som er involvert i prosessen. Kvinnehelse er et viktig tema som bør forskes mer på, og der har jeg lyst til å bidra både med denne oppgaven og i framtiden.

I denne oppgaven ønsker jeg å finne ut om rammene rundt hjemmeabort ved UNN Tromsø er tilfredsstillende for de kvinnene som gjennomgår det, eller om prosedyrene bør endres.

Jeg vil først takke min fantastiske hovedveileder Birgit Hverven Hem for gode råd og uvurderlig hjelp gjennom hele arbeidet. I tillegg vil jeg takke biveileder Mona Nystad som har bidratt med faglig kompetanse. Jeg vil også takke sykepleierne på poliklinikken for kirurgi og kvinnehelse med hjelp til å rekruttere informanter. Uten dere hadde det ikke blitt noen studie. Deretter vil jeg takke brukerstøtte ved UiO for god hjelp med utforming av spørreskjema og TSD, samt Eirik Reiерth ved helsebiblioteket UiT for hjelp med søk til annen litteratur, og Tom Wilsgaard som veiledet meg og hjalp til med statistikken. Jeg vil også rette en stor takk til min mor, Gry Anita og Elvine, min gode venninne, for korrekturlesing.

Til slutt vil jeg takke kvinnene som valgte å delta i studien. Takk for at dere stilte opp og svarte på spørreskjemaet med ærlige, viktige og personlige meninger og opplevelser.

Alta, 31.05.2022

Oda M. Johnsen

Oda Margrethe Johnsen

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	1
2	Forkortelser	2
3	Introduksjon	3
3.1	Bakgrunn for valgt tema	3
3.1.1	Trygg og utrygg abort	3
3.1.2	Abortloven.....	4
3.1.3	Medisinsk abort.....	4
3.1.4	Abort før uke 9	5
3.2	Prosedyre	6
3.2.1	Prosedyre ved UNN Tromsø	6
3.2.2	Smertestillende og kvalmestillende regime ved UNN	7
3.2.3	Pasientinformasjon	7
3.3	Formål og problemstilling	7
4	Materiale og metode.....	8
4.1	Datainnsamling	8
4.2	Pasienter inkludert i studien	8
4.3	Forskningsetiske perspektiver	8
4.4	Analyse av spørreskjema	9
4.5	Statistisk metode.....	10
5	Resultater.....	11
5.1	Tidligere abort	11
5.2	Tidligere barn	12
5.3	Mottakelse på poliklinikken	13
5.4	Muntlig og skriftlig informasjon	13
5.5	Smertelindring	14
5.6	Oppfølging.....	15

5.7	Kommentarer	17
5.8	Statistikk	18
5.8.1	Smertelindring	18
5.8.2	Alene på abortdagen	19
5.9	Litteratursøk	20
6	Diskusjon	22
6.1	Rekruttering	22
6.2	Prosedyrer	23
6.3	Smerter	23
6.4	Selvbestemmelse	25
6.5	Oppfølging	26
6.6	Valg av metode	26
6.7	Alene på abortdagen	27
6.8	Abort under Covid-19 pandemien	27
6.9	Styrker ved studien	28
6.10	Svakheter ved studien	28
6.11	Fremtidsperspektiver	29
7	Konklusjon	29
	Referanseliste	30
	Vedlegg	31
	Vedlegg 1	31
	Vedlegg 2	32
	Vedlegg 3 Spørreskjema	35
	Vedlegg 4 Forespørsel om deltakelse i studie	38
	Vedlegg 5 GRADE-skjema	39
	Vedlegg 6 GRADE-skjema	40
	Vedlegg 7	45

1 Sammendrag

Bakgrunn: Medisinsk abort kan gjøres hjemme når svangerskapet er kortere enn 9 uker. Denne studien ser på hvordan dette behandlingstilbudet opplevdes blant kvinner som velger denne behandlingen ved Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) Tromsø.

Formål og problemstilling: Formålet med denne studien er å identifisere forbedringsmuligheter på bakgrunn av kvinners opplevelse av hjemmeabort ved UNN Tromsø. Studien tar for seg i hvilken grad UNNs praksis for hjemmeabort fungerer og om kvinnene som benytter seg av tilbudet er fornøyde.

Materiale og metode: I studieperioden mars 2021 til august 2021 ble 34 abortsøkende kvinner ved UNN med svangerskapslengde under 9 uker inkludert i studien. Data ble innhentet ved hjelp av et anonymt spørreskjema etter endt abort.

Resultater: Av de 34 kvinnene som mottok spørreskjemaet, var det 25 som svarte. Dette utgjorde 74%. 92% av disse kvinnene opplevde både den muntlige og skriftlige informasjonen som forståelig. 96% av kvinnene var fornøyde med oppfølgingen underveis, og 92% av kvinnene ville valgt samme metode igjen dersom abort skulle bli et alternativ senere. Det er utført statistikk for å se på sammenhengen mellom grad av tilfredshet og om kvinnen var godt nok smertestilt, eller om hun var alene på abortdagen. Det er ikke observert noen signifikante sammenhenger mellom smertestillende effekt og grad av tilfredshet ($p=0,99$). Det er heller ingen signifikante sammenhenger mellom kvinner som var alene på abortdagen, og om de hadde gjennomgått en tidligere abort ($p=0,65$), om de hadde barn fra før ($p=0,35$), om de var fornøyde med oppfølgingen underveis eller ville valgt samme metode igjen ($p=0,99$).

Konklusjon: De fleste kvinnene var totalt sett fornøyde med aborttilbudet ved UNN. Studien kan derfor konkludere med at UNNs praksis for hjemmeabort fungerer. På grunn av få deltakere har ikke studien kommet fram til noen signifikante sammenhenger, og dermed har det ikke blitt identifisert om det er områder i dagens praksis som kan forbedres.

Nøkkelord: Medikamentell abort, hjemmeabort,

2 Forkortelser

WHO – Verdens helseorganisasjon

TSD – Tjenester for Sensitive Data

REK – Regional etisk komite

NSD – Norsk senter for forskningsdata

PVO – Personvernombudet

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

3 Introduksjon

3.1 Bakgrunn for valgt tema

3.1.1 Trygg og utrygg abort

En provosert abort er per definisjon et svangerskap som velges avbrutt av kvinnen selv (1).

Tilgangen til lovlig og trygg abort er nødvendig for å ivareta kvinners seksuelle og reproduktive helse. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) ender tre av ti svangerskap i provosert abort, og omtrent halvparten av disse abortene er gjort utrygt i utviklingsland. En abort regnes som trygg når den er utført med en passende metode, av kvalifisert personell og i rene, sanitære omgivelser (2).

I tilfeller der kvinner opplever uønskede svangerskap og ikke har tilgang til trygg abort, vil de ofte ty til utrygg abort. En utrygg abort er enten utført av en person uten tilstrekkelig kvalifikasjon, eller så utføres aborten i et miljø som ikke står til minimumskravet for medisinske standarder, eller begge deler. Utrygge aborter kan involvere at kvinnen setter objekter eller stoffer inn i livmoren som absolutt ikke bør anvendes. Dette kan for eksempel være strikkepinner eller hjemmelagde kjemiske blandinger (2).

Når en kvinne tyr til utrygg abort kan det føre til alvorlige helseskader som kan gi langvarige plager, og i verstefall død. Hvert år er det omtrent 4,7-13,2% maternelle dødsfall som kan knyttes til utrygg abort (3). Komplikasjoner som kan oppstå ved en utrygg abort er ufullstendig abort, alvorlig blødning, infeksjon og skader i kjønnsorganet, blære og tarm (3). Utrygg abort kan også ha negativ påvirkning av den mentale helsen til kvinnen (2).

WHO jobber aktivt for å forebygge utrygge aborter. De mener at utrygge aborter kan forebygges ved å gi tilstrekkelig seksualundervisning, effektiv bruk av prevensjon, inkludert nødprevensjon, og ved å tilby trygg og lovlig abort (3).

I Norge er det tilgang på trygg abort. Det er mulighet for å gjennomføre en selvbestemt abort fram til svangerskapsuke 12, og en nemdbestemt abort fram til svangerskapsuke 22. Alle aborter som utføres i Norge, utføres av kvalifisert personell i trygge og rene omgivelser (4).

Det er diskutert hvorvidt økt tilgang til abort fører til at flere kvinner tar abort, men i land som praktiserer trygg abort, som for eksempel Norge, er ikke dette en trend (5). Det som viser seg er at de som blir utsatt for uønsket svangerskap og ønsker å ta en abort, uansett vil

gjennomføre den, uavhengig om de har tilgang til trygg abort eller ikke. Dette er grunnen til at nesten halvparten av provoserte aborter utføres utrygt (2).

De siste årene har tallene for abort i Norge vært historisk lave. Siden 2008 har det vært en nedgang i aborttallene og nye tall fra 2020 viser at tallene aldri har vært lavere. For kvinner i alderen 15-49 år var abortraten 9,2 per 1000 i 2020, og tallet på avbrutte svangerskap blant aldersgruppen 15-19 år var i 2020 4,4 per 1000 og det laveste siden abortregisteret ble opprettet (5). Dette skyldes gode forebyggende tiltak som økt kunnskap om kropp og seksualitet, samt bedre tilgang på prevensjon og reseptfri nødprevensjon. Det at både jordmødre og helsesykepleiere har fått forskrivningsrett på prevensjon kan også ha betydning for disse tallene. Parallelt med lavere aborttall er det også observert en økning i bruken av langtidsvirkende prevensjon som spiral og p-stav (5).

3.1.2 Abortloven

I Norge er provosert abort regulert i abortloven. Abortloven kom i 1975 og sikrer kvinners rett til å utføre selvbestemt abort fram til 12. svangerskapsuke. Fram til uke 12 trenger ikke kvinnen å begrunne valget sitt om abort. Dersom kvinnen er forbi uke 12 i det hun ønsker å avbryte svangerskapet, kan hun søke om det. Hun må da begrunne ønsket om abort skriftlig før avgjørelsen tas av en nemnd bestående av to leger. Hvis søknaden ikke godkjennes, vil den automatisk vurderes av en klagenemnd. Svangerskapsavbrudd etter uke 12 kan kun gjennomføres ved sykehus som har abortnemnd (6).

Abortloven sikrer rettighetene og pliktene til både kvinnen, legen og sykehuset som er involvert i inngrepet. Den legen kvinnen henvender seg til om abort, har plikt til å gi henne den informasjonen hun trenger. Legen skal opplyse om hvilke ulike metoder som kan anvendes, og om mulige komplikasjoner som kan oppstå både under og etter en abort. Legen har også plikt til å opplyse kvinnen om hvilken hjelp hun kan få av samfunnet dersom hun velger å ikke gjennomføre en abort (6).

3.1.3 Medisinsk abort

Abort kan utføres kirurgisk eller medisinsk. Medisinsk abort medfører mindre komplikasjoner enn kirurgisk, og er i de fleste tilfeller den foretrukne metoden.

Medisinsk abort er et kombinasjonsregime bestående av Mifepristone og Misoprostol, og kom til Norge i 1998 (7). Metoden har siden da vært økende i praksis. I 2020 ble det gjennomført 11.081 aborter i Norge. Et antall som har vært stabilt, men fallende de siste årene. Fra 2008

har de fleste aborter vært utført medikamentelt, og i 2020 var 94% av abortene medisinske. Sammenliknet med tall fra 2006 der antallet medisinske aborter bare var 41,5%, viser tallene fra 2020 en tydelig økning av antall medisinske aborter (5).

Medikamentell abort kan anvendes i både første og andre trimester. Metoden har få kontraindikasjoner og er å foretrekke framfor kirurgisk metode på grunn av mindre komplikasjoner. Sammenliknet med kirurgisk abort er infeksjonsrisikoen halvert, og man behøver ikke generell anestesi. I mange tilfeller kan kvinnen gjennomføre aborten hjemme og trenger ikke innleggelse på sykehuset. Det er fordeler for både kvinnen og sykehuset dersom kvinnen velger å utføre aborten hjemme. Fordelene for kvinnen er privatliv i trygge omgivelser, og at hun føler seg mindre som en pasient enn om hun skulle vært på et sykehus. Fordelene for sykehuset er at man sparer sykepleierressurser og kostnader i forbindelse med innleggelse på sykehus (8). Hjemmeabort kan trygt anvendes inn til 70 dager gestasjonslengde (10. svangerskapsuke), men fram til nå har de fleste institusjoner i Norge erfaring med gestasjonslengde under 63 dager (1).

3.1.4 Abort før uke 9

En økende andel og flertallet av abortene skjer før svangerskapsuke 9. I 2020 var 82,6% av alle selvbestemte aborter utført før uke 9 (5). Nesten alle aborter før uke 9 utføres som medisinsk abort (7). Ved medisinsk abort før uke 9 kan kvinnen selv bestemme om hun vil gjennomføre aborten hjemme eller ved sykehuset. En økende andel av kvinnene velger å gjennomføre hjemme (9).

Ved medisinsk abort før uke 9 vil det gis 200 mg Mifepristone peroralt som tas på sykehuset. Etter 24-48 timer gis det 800 µg Misoprostol vaginalt eller sublingualt. Om kvinnen har valgt å gjennomføre aborten hjemme, administrer hun selv denne dosen. Dersom kvinnen ikke aborterer innen 4-6 timer tar hun en ekstra dose med 400 µg Misoprostol peroralt eller sublingualt. 95-98% aborterer i løpet av noen timer etter første dose Misoprostol (1). Kvinnen får med seg disse medikamentene, samt smertestillende når hun er til konsultasjon på sykehuset. Kvinnen vil også tilbys kvalmestillende om hun selv ønsker det. Det finnes ingen nasjonale retningslinjer for hjemmeabort, og det er derfor varierende praksis ved ulike sykehus i Norge når det gjelder smertelindring og kvalmestillende behandling (1).

Fra 12. januar 2009 innførte Kvinneklinikken UNN Tromsø medikamentell abort som den primære behandling av kvinner som begjærer selvbestemt svangerskapsavbrudd. Fra samme

tidspunkt innførte avdelingen tilbud om hjemmeabort der kvinnen har en graviditetslengde under 9 uker (vedlegg 1).

3.2 Prosedyre

3.2.1 Prosedyre ved UNN Tromsø

Kvinner som søker abort ved UNN, har først en konsultasjon med sykepleier på poliklinikken for kirurgi og kvinnehelse. Kvinner med svangerskapslengde under 9 uker får tilbud om å gjennomføre aborten hjemme, med mindre det foreligger kontraindikasjoner for dette (tabell 1). Kontraindikasjonene for en medikamentell hjemmeabort er manglende språkforståelse, mistanke om ekstrasuterint svangerskap, allergi mot medikamentene og binyrebarksvikt (1).

Tabell 1: Flytskjema for medikamentell hjemmeabort < 9 uker (< 63 dager) ved UNN Tromsø.

	1. konsultasjon	2 dager senere	28 dager senere
Sykepleier	<p>Svangerskapslengde fastsettes med ultralyd</p> <p>Ta chlamydia prøve hos de som mangler</p> <p>Pasienten skriver under på begjæring</p> <p>Fyll ut svangerskapsavbruddskjema</p> <p>Samtale om metodevalg og det praktiske vedrørende aborten</p> <p><i>Mifepristone</i> 200 mg tbl per os</p> <p><u>Utlevering av merket medikament:</u></p> <p><i>Misoprostol</i> 200 µg x 6, <i>Diclofenac</i> 50 mg tbl x 3</p> <p><i>Paracetamol/Kodein</i> tbl x 6, Ved behov</p> <p><i>Metoklopramid</i> 10 mg tbl</p> <p>Ved positivt chlamydiasvar gis e-resept</p> <p>Dersom chlamydia svar ikke er klart følger spl på poliklinikken opp svar og informerer pasienten</p> <p>Kvinnen skriver under på samtykkeskjema om epikrise og u-hCG</p> <p>Rh-profylakse til Rh- negative kvinner som er gravid 8+0 eller mer</p>	<p>Pasienten administrerer selv medikamentene i henhold til informasjonsskriv</p> <p>Sykepleier ved Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi ringer pasienten for oppfølgingsamtale</p>	<p>Pasienten kjøper selv en graviditetstest og tar denne</p> <p>Det er pasientens eget ansvar å få tatt prøven</p> <p>Ved positiv u-hCG kontakter pasienten poliklinikken, og spl rekvirerer s-hCG i vakthavende gynekologs navn.</p>

Mifepristone kan gis en annen dag enn 1. konsultasjonsdag, men må tas i sykehus.

Dette er kun en papirkopi. Gyldig versjon av dokumentet finnes i det elektroniske kvalitetssystemet.

Side 1 av 1

Det gis 200 mg Mifepristone peroralt på sykehuset, og kvinnen får med seg Misoptostol 200 µg x 6, samt Paracetamol/Kodein x 6 og eventuelt Metoklopramid 10 mg (tabell 1). To dager senere vil pasienten selv administrere medikamentene som hun tok med seg hjem ved hjelp av

et informasjonsskriv hun fikk med seg fra poliklinikken (vedlegg 2). Sykepleieren ved poliklinikken ringer også for en oppfølgingssamtale denne dagen. Det er anbefalt at kvinnen har noen hjemme sammen med seg under aborten (1).

3.2.2 Smertestillende og kvalmestillende regime ved UNN

Det smertestillende regime ved hjemmeabort ved UNN er Paracetamol/Kodein 400mg/30mg tabletter x 6 (tabell 1). Disse tablettene får alle med seg.

Det kvalmestillende regime ved hjemmeabort ved UNN er Metoklopramid 10 mg tablett x 1 som kvinnen kan ta ved behov (tabell 1). Ikke alle velger å ta med seg denne tablett, da endel opplever kvalme på grunn av svangerskapet og ikke av abortprosessen i seg selv.

3.2.3 Pasientinformasjon

Når kvinnen kommer til poliklinikken vil hun først få muntlig informasjon om hva som skal skje, samt en skriftlig informasjon som hun tar med seg hjem. Den skriftlige informasjonen forklarer hva kvinnen har fått med seg av medikamenter og de ulike trinnene hun skal gjennom når aborten utføres hjemme. Det er også oppgitt hvilke komplikasjoner som kan oppstå ved en medikamentell abort, i tillegg til en kontakttelefon som kvinnen kan kontakte dersom disse komplikasjonene oppstår (vedlegg 2).

3.3 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å vurdere hvordan UNN sin praksis for hjemmeabort fungerer og oppleves av kvinnene som gjennomgår det. Hovedmålet er å identifisere forbedringsmuligheter på bakgrunn av kvinners opplevelse av hjemmeabort i perioden mars 2021 til august 2021. Både medisinske aspekter som analgetikaregime og ivaretagelse av pasienten i form av informasjon før og underveis i prosedyren skal vurderes.

Følgende relevante spørsmål i forhold til problemstilling er:

- I hvilken grad fungerer praksisen for hjemmeabort ved UNN?
- Er kvinnene som benytter seg av tilbudet fornøyd?
- Er det områder i dagens praksis som kan forbedres?

4 Materiale og metode

4.1 Datainnsamling

Denne studien baserer seg på et anonymt spørreskjema (vedlegg 3) laget i nettskjema med sikker tilkobling til Tjenester for Sensitive Data (TSD). TSD er en sikker lagring av sensitive data, og gjør det mulig å samle inn data uten at svarene kan kobles til deltakerne (10).

Spørreskjemaet er utformet med hjelp fra veiledere og sykepleiere fra poliklinikken for kirurgi og kvinnehelse.

Spørreskjemaet ble sendt ut via SMS til alle som samtykket til å være med i studien. For de som ikke svarte på første SMS ble det sendt ut en påminnelse etter 1 uke. Et par dager før spørreskjemaet ble stengt for svar, ble det også sendt ut en siste purring til de som enda ikke hadde svart. Det vil si at noen mottok 2 puringer og totalt 3 SMS.

4.2 Pasienter inkludert i studien

Utvalget består av kvinner som tok hjemmeabort før uke 9 ved UNN i perioden 15.03.2021 til 10.08.2021. Kriteriene for å delta i studien var at kvinnen skulle gjennomføre en provosert hjemmeabort før uke 9, og at de samtykket skriftlig til deltakelse ved poliklinikken.

Sykepleierne ved poliklinikken for kirurgi og kvinnehelse rekrutterte deltakere til studien ved time på poliklinikken. Der fikk kvinnene spørsmål om deltakelse og måtte signere samtykkeskjemaet (vedlegg 4).

4.3 Forskningsetiske perspektiver

Oppgavens art falt ikke under Regional etisk komite (REK) eller Norsk senter for forskningsdata (NSD), men er godkjent av Personvernombudet (PVO) ved UNN og meldt inn i deres register, REDCap.

Spørreskjemaet er koblet til TSD som er en tjeneste for sensitiv data. Denne tjenesten oppfyller lovens krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata. Data som ligger i TSD kan gjennomgå samme prosesser og analyser som andre data, men de lagres i et lukket system som oppfyller alle krav til personvern og sikkerhet (10). Spørreskjemaet er dermed helt anonymt, og datamaterialet kan ikke på noe vis identifisere enkeltpersoner.

Alle som deltok i studien har signert et samtykkeskjema ved poliklinikken (vedlegg 4), samt at de måtte samtykke til at svarene deres kunne brukes i studien før de kom videre til spørreskjemaet. Datainnsamlingen ble gjort via SMS.

4.4 Analyse av spørreskjema

Spørreskjemaet hadde totalt 13 obligatoriske spørsmål og et valgfritt kommentarfelt (vedlegg 3). Studien baserer seg på 12 av de obligatoriske spørsmålene, i tillegg til kommentarene. Det ene spørsmålet om hvordan kvinnen tok kontakt med poliklinikken ble ekskludert grunnet liten relevans i forhold til oppgaven.

I det første spørsmålet kartlegges det om kvinnen hadde gjennomgått abort tidligere.

Spørsmålet lød: «*Har du utført abort tidligere?*», og kunne besvares med svaralternativene «*Ingen*», «*1*», «*2*», og «*3 eller flere*». Dersom kvinnen svarte «*1*», «*2*», og «*3 eller flere*» ble hun tatt videre til spørsmål om abortmetode. Spørsmålet «*Hvilken abortmetode ble brukt?*» kunne besvares med «*Medisinsk*», «*Kirurgisk*» og «*Begge deler*».

Det ble så spurt om kvinnen hadde barn. Spørsmålet lød: «*Har du barn?*», og svaralternativene var «*Ingen*», «*1*», «*2*» og «*3 eller flere*».

Ved spørsmål om hvordan kvinnen opplevde å bli mottatt på poliklinikken ble grad av tilfredshet delt inn i svaralternativene «*I stor grad*», «*I noen grad*» og «*I liten grad*».

Spørsmålet lød: «*Opplevde du å bli godt mottatt på poliklinikken?*».

Videre kartlegges det også hvorvidt kvinnene synes den muntlige og skriftlige informasjonen var forståelig. Spørsmålene «*Opplevde du at den muntlige informasjonen var forståelig?*» og «*Opplevde du at den skriftlige informasjonen var forståelig?*» kunne besvares med svaralternativene «*I stor grad*», «*I noen grad*» og «*I liten grad*».

Ved spørsmål om smertelindring fikk kvinnene først et spørsmål om de brukte medikamentene de fikk med seg fra poliklinikken. Spørsmålet lød: «*Brukte du de smertestillende du fikk?*», og svaralternativene var «*Ja*» eller «*Nei*». Dersom kvinnen svarte «*Ja*» på dette spørsmålet ble hun tatt videre til spørsmål om smertestillende effekt.

Spørsmålet «*Opplevde du at de smertestillende du fikk var tilstrekkelige?*» kunne besvares med svaralternativene «*I stor grad*», «*I noen grad*» og «*I liten grad*».

Videre tar studien for seg hvorvidt kvinnen følte at hun selv fikk velge mellom hjemmeabort og abort ved sykehuset. Spørsmålet lød: «*Opplevde du at du selv fikk bestemme mellom hjemmeabort eller abort på sykehuset?*», og kunne besvares med svaralternativene «*I stor grad*», «*I noen grad*» og «*I liten grad*».

Det kartlegges også om kvinnene fulgte rådet om å være sammen med noen under aborten. Spørsmålet «*Da du utførte aborten var du ...*» kunne svares med «*Alene*» eller «*Sammen med noen*».

Det siste spørsmålet fra spørreskjemaet som ble inkludert i studien lød slik: «*Hvis det blir aktuelt med abort senere - vil du velge samme metode igjen?*». Dette spørsmålet kunne besvares med svaralternativene «*Ja*» eller «*Nei*».

Spørreskjemaet ble avsluttet med et kommentarfelt der kvinnene frivillig kunne skrive inn en kommentar.

4.5 Statistisk metode

Forskjeller i andelen mellom grupper er testet med Fisher's eksakt test. P-verdier er regnet ut ved bruk av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 28 for Windows.

Det er brukt søylediagram for grafisk framstilling av resultatene. P-verdier er oppsummert i to ulike tabeller. Den ene tabellen ser på sammenhengen mellom de som var godt nok smertestilt og de som ikke var det, og den andre ser på sammenhengen mellom de som var alene på abortdagen og de som var sammen med noen.

For å regne ut Fisher's eksakt test måtte noen av kategoriene som hadde tre eller flere svaralternativer i spørreskjemaet slås sammen for å få en krysstabell.

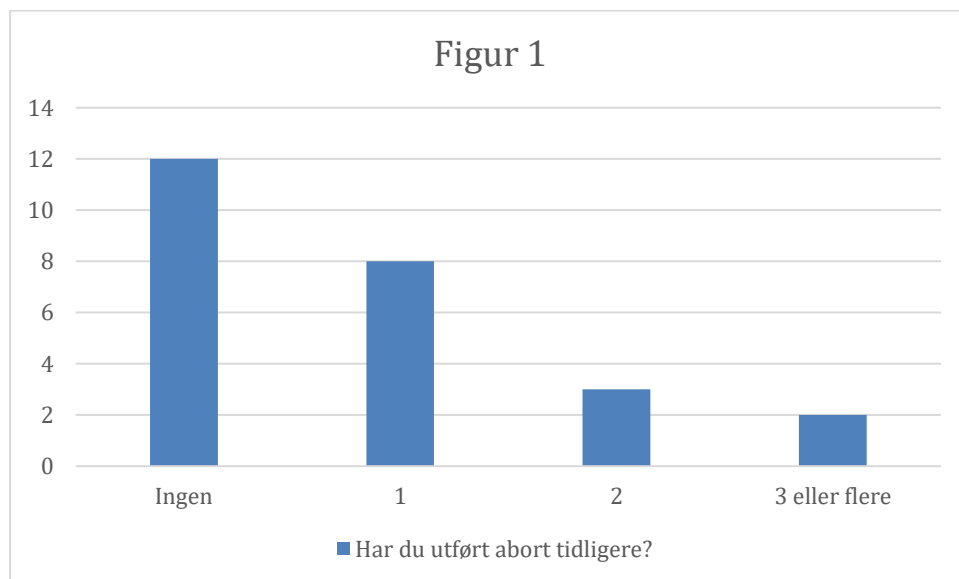
- Ved spørsmål om tidligere abort var svaralternativene «*Ingen*», «*1*», «*2*» og «*3 eller flere*». Her ble svaralternativene «*1*», «*2*» og «*3 eller flere*» satt sammen til en kategori – *tidligere abort*.
- Ved spørsmål om tidligere barn var svaralternativene «*Ingen*», «*1*», «*2*» og «*3 eller flere*». Her ble også svaralternativene «*1*», «*2*» og «*3 eller flere*» satt sammen til en kategori – *barn fra før*.
- Ved spørsmål om kvinnen var tilstrekkelig smertestilt ble svaralternativene delt inn i «*I liten grad*», «*I noen grad*» og «*I stor grad*». De som svarte «*I noen grad*» og «*I stor grad*» ble satt sammen til en kategori – *effekt av smertestillende*.
- Ved spørsmål om hvordan kvinnen opplevde oppfølgingen underveis var svaralternativene «*Meget god*», «*God*» og «*Lite god*». Her ble «*Meget god*» og «*God*» slått sammen til en kategori – *fornøyde med oppfølgingen underveis*.

5 Resultater

Ifølge kvartalsrapporten for svangerskapsavbrudd ved kvinneklinikken UNN Tromsø i 2021 ble det til sammen gjennomført 231 aborter fra 1. – 3. kvartal. 134 kvinner gjennomgikk en abort hjemme, 89 gjennomgikk en medikamentell abort på sykehuset, og 8 gjennomgikk en kirurgisk abort (vedlegg 1). Denne studien startet i slutten av 1. kvartal og ble avsluttet i starten av 3. kvartal. Ifølge muntlig informasjon fra sykepleierne på poliklinikken takket alle kvinnene som ble spurt om deltakelse til studien ja. Det var 34 kvinner som fikk tilgang til spørreskjemaet. Av disse 34 har 25 kvinner svart på spørreskjemaet (n=25). Dette utgjør 74%. Svaret fra disse 25 kvinnene danner derfor grunnlaget for denne studien.

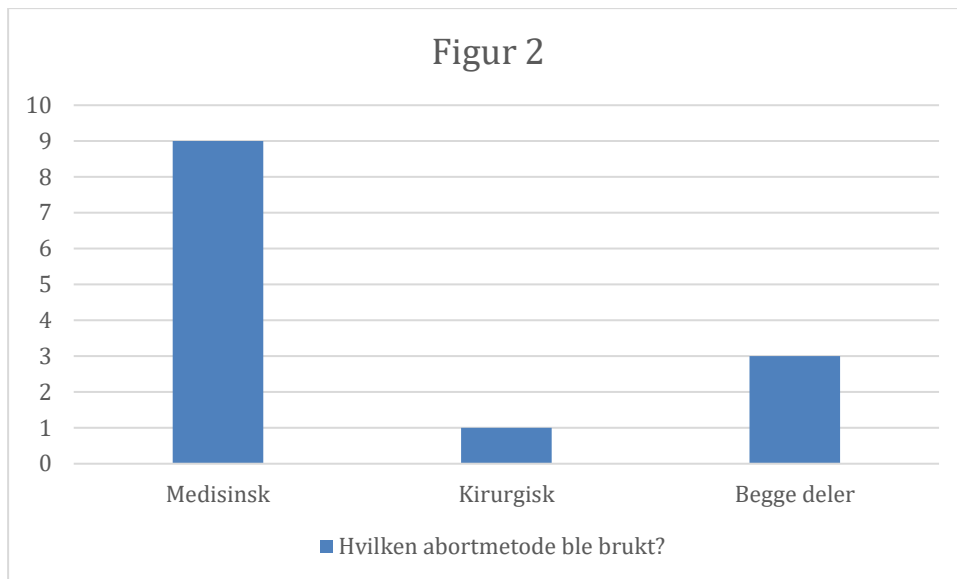
5.1 Tidligere abort

12/25 (48%) kvinner hadde ikke tatt abort tidligere, 8/25 (32%) hadde gjennomgått en tidligere abort, 3/25 (12%) hadde gjennomgått 2 tidligere aborter og 2/25 (8%) av kvinnene hadde gjennomgått 3 eller flere aborter tidligere (figur 1).



Figur 1: Forteller hvor mange av kvinnene som hadde gjennomgått en tidligere abort.

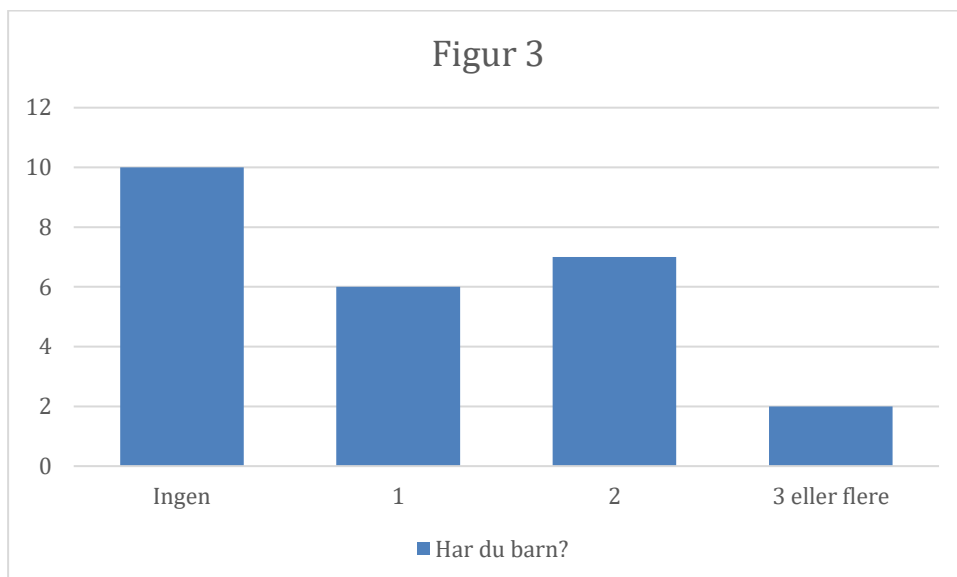
De 13 som tidligere hadde gjennomgått en abort ble tatt videre til spørsmål om tidligere abortmetode. 9/13 (69%) kvinner hadde tidligere gjennomgått medisinsk abort, 1/13 (8%) hadde gjennomgått kirurgisk abort, mens 3/13 (23%) hadde tidligere gjennomgått begge deler (figur 2).



Figur 2: Forteller hvilken abortmetode som var anvendt hos de kvinnene som tidligere hadde gjennomgått en eller flere aborter.

5.2 Tidligere barn

10/25 (40%) kvinner hadde ingen barn, 6/25 (24%) kvinner hadde 1. barn, 7/25 (28%) kvinner hadde 2 barn og 2/25 (8%) kvinner hadde 3 eller flere barn (figur 3).

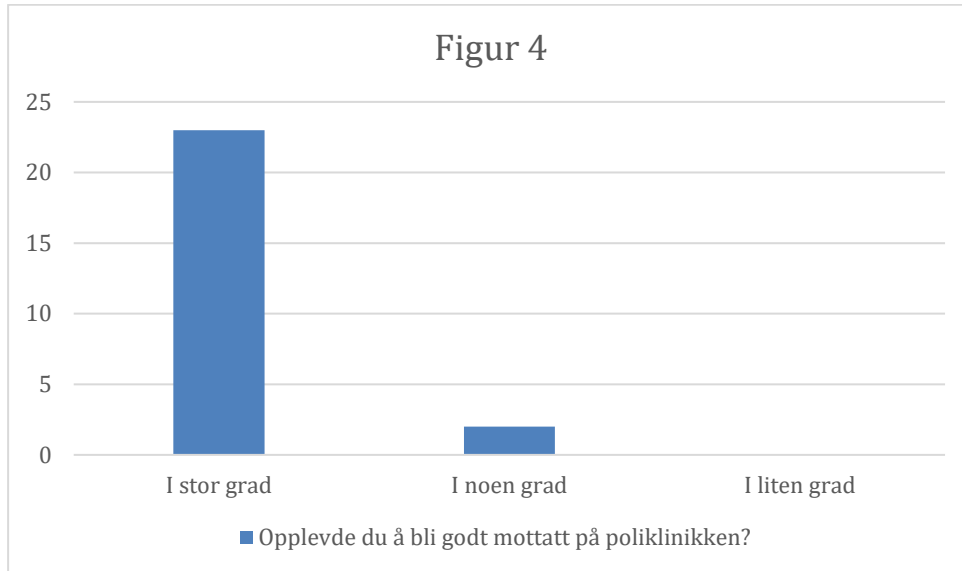


Figur 3: Viser hvor mange av kvinnene som hadde barn.

5.3 Mottakelse på poliklinikken

23/25 (92%) av de som tok abort i studieperioden opplevde i stor grad at de ble godt mottatt på poliklinikken. 2/25 (8%) opplevde at de i noen grad ble godt mottatt på poliklinikken.

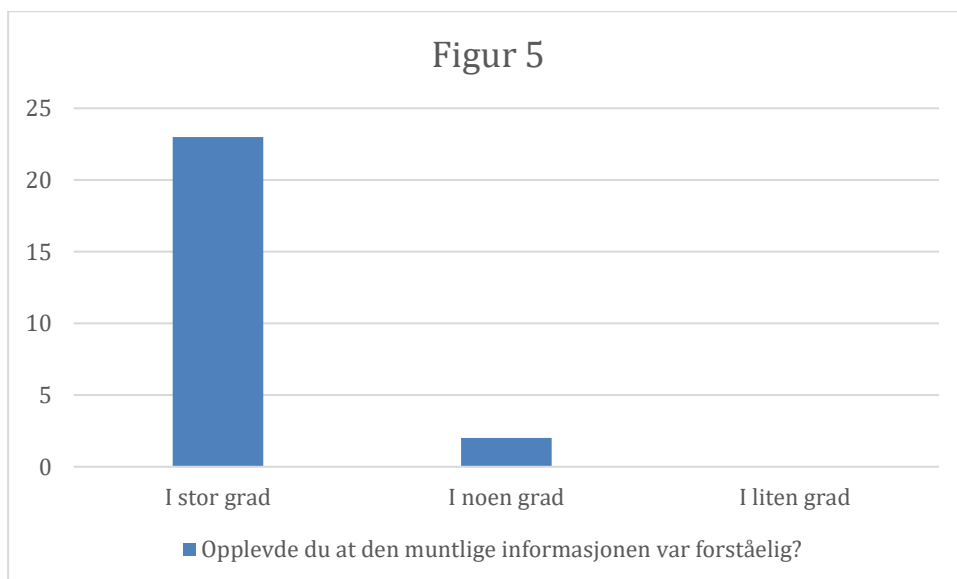
Ingen av kvinnene følte at de i liten grad ble godt mottatt (figur 4).



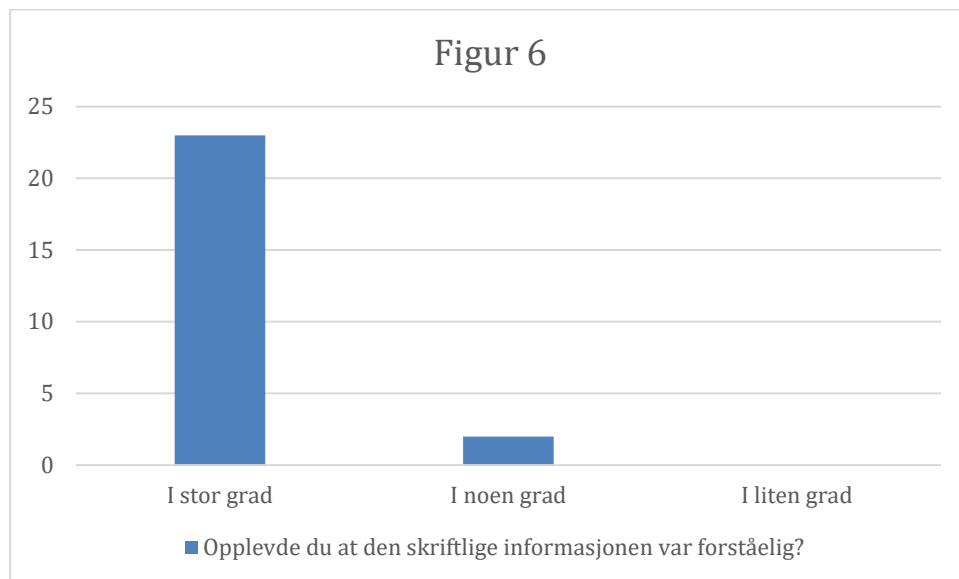
Figur 4: Forteller i hvilken grad kvinnen opplevde mottakelsen på poliklinikken som god.

5.4 Muntlig og skriftlig informasjon

23/25 (92%) av deltakerne i studien opplevde at den muntlige og skriftlige informasjonen i stor grad var forståelig. 2/25 (8%) syntes den i noen grad var forståelig. Ingen opplevde hverken den muntlige eller skriftlige informasjonen som lite forståelig (figur 5 og 6).



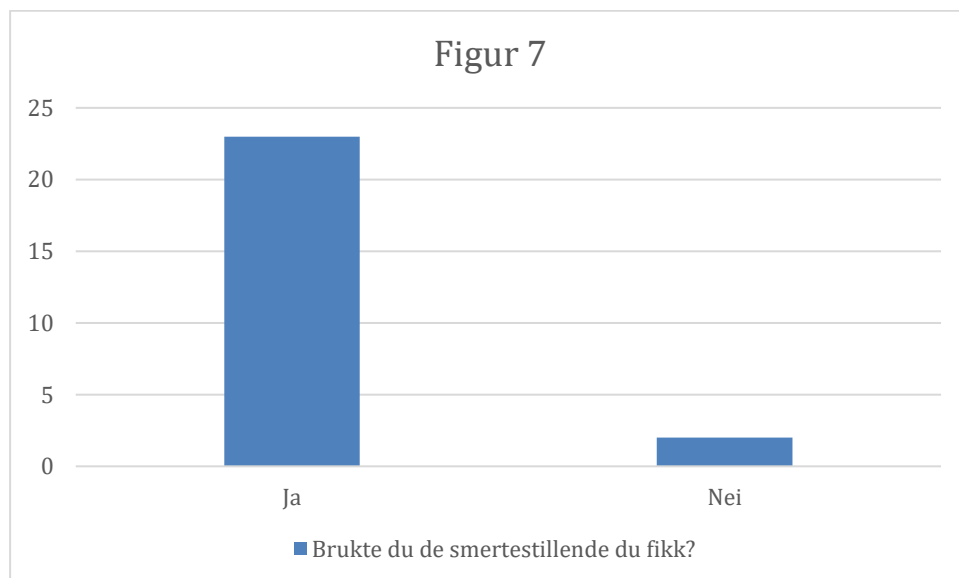
Figur 5: Forteller om kvinnene opplevde at den muntlige informasjonen ved poliklinikken var forståelig.



Figur 6: Forteller om kvinnene opplevde at den skriftlige informasjonen i forbindelse med prosedyren var forståelig.

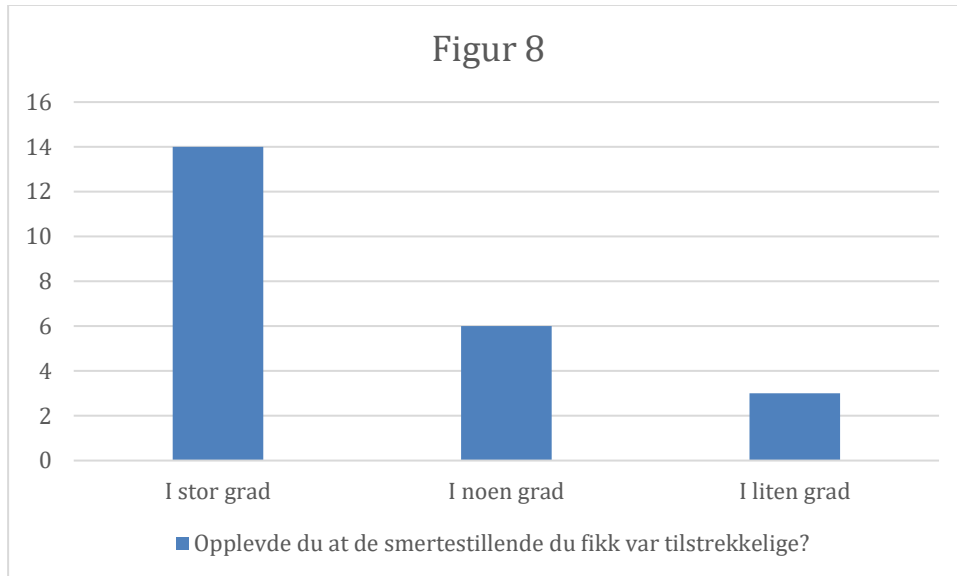
5.5 Smertelindring

23/25 (92%) brukte de smertestillende tablettene de fikk (figur 7).



Figur 7: Forteller hvor stor del av kvinnene som valgte å bruke de smertestillende tablettene de fikk ved poliklinikken.

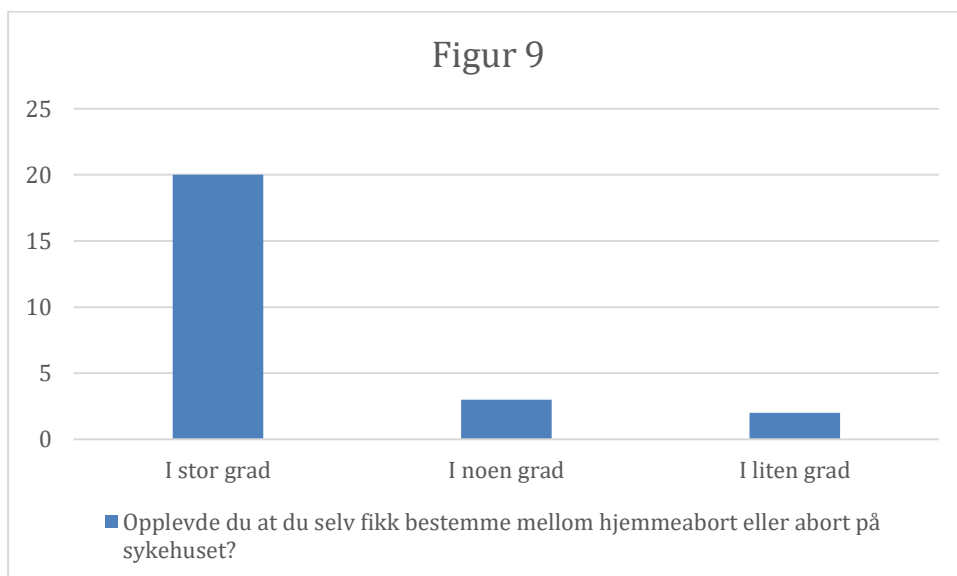
De 23 som svarte at de tok smertestillende, ble tatt videre til spørsmål om effekt av smertestillende. Her svarte 14/23 (61%) at de opplevde stor grad av smertestillende effekt. 6/23 (26%) opplevde noen grad av smertestillende effekt, og 3/23 (13%) opplevde liten grad av smertestillende effekt (figur 8).



Figur 8: Forteller om hvor mange av kvinnene som hadde effekt av smertestillende.

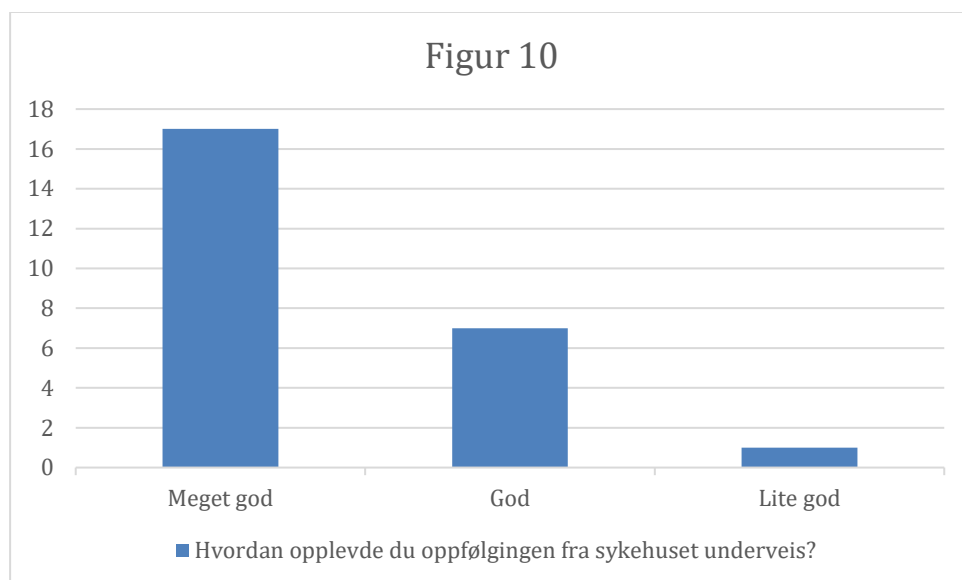
5.6 Oppfølging

20/25 (80%) av kvinnene opplevde i stor grad at de selv fikk ta valget om de ville utføre aborten hjemme eller på sykehuset. 3/25 (12%) opplevde at de i noen grad fikk ta dette valget selv, mens 2/25 (8%) opplevde at de i liten grad fikk velge selv om de skulle ta aborten hjemme eller på sykehuset (figur 9).



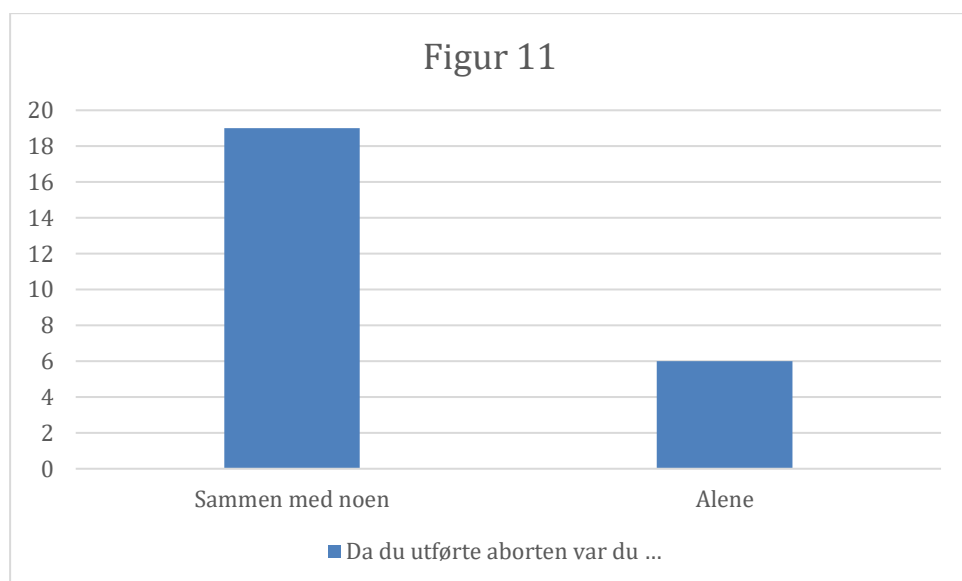
Figur 9: Forteller i hvor stor grad kvinnen opplevde at hun selv fikk velge mellom hjemmeabort og abort på sykehuset.

17/25 (68%) opplevde at de fikk meget god oppfølging fra sykehuset underveis. 7/25 (28%) opplevde god oppfølging, og 1/25 (4%) opplevde lite god oppfølging underveis (figur 10).



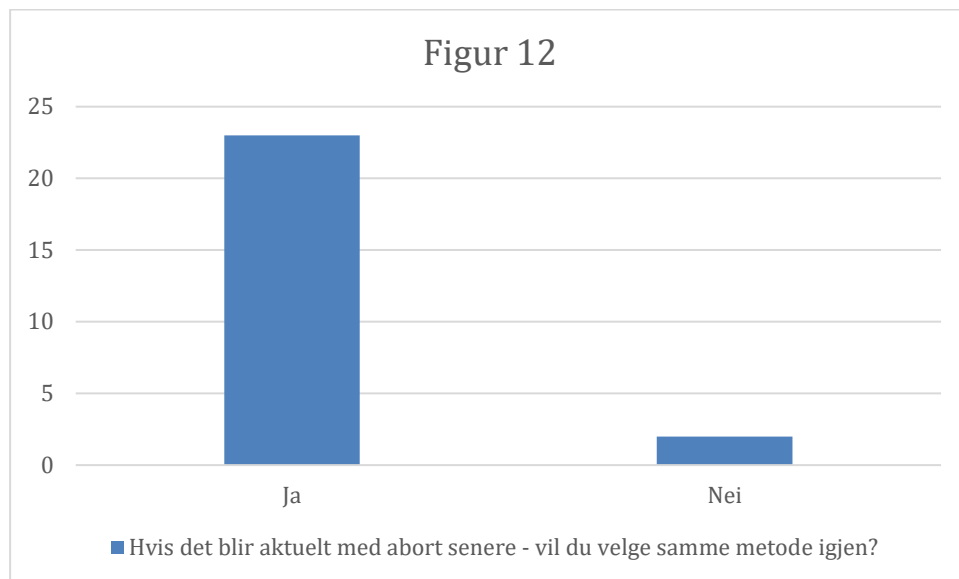
Figur 10: Forteller hvordan kvinnen opplevde oppfølgingen fra sykehuset underveis.

19/25 (76%) av kvinnene var sammen med noen da de utførte aborten, 6/25 (24%) var alene (figur 11).



Figur 11: Forteller om kvinnen var alene eller sammen med noen på abortdagen.

23/25 (92%) sier at de ville valgt samme metode igjen, mens 2/25 (8%) ville ikke valgt den samme metoden hvis de måtte gjennomgå en ny abort (figur 12).



Figur 12: Forteller om kvinnene ville valgt samme abortmetode dersom abort skulle bli et alternativ igjen.

5.7 Kommentarer

På slutten av spørreskjemaet fikk de som deltok i studien mulighet til å skrive inn eventuelle kommentarer. Kommentarfeltet var valgfritt, og 4/25 (16%) valgte å skrive en kommentar.

Dette er følgende kommentarer fra kvinnene:

«Stor forskjell fra første gang (vanlig abort) og andre gang (spontanabort) med tanke på smertene. Mye vondere andre gangen.»

«Veldig stor forskjell på de to abortene jeg har tatt, spesielt med tanke på smerter. Var mye dårligere første gang, men da var jeg ca 2 uker lenger ut i svangerskapet.»

«Jeg opplevde samtalen fra sykehuset på selve abortdagen som litt kort. Hyggelig dame og greit å få den telefonen likevel.»

«Fryktelige smerter. Bør tilby andre smertestillende som også er sterkere. Jeg kastet opp mye av de jeg fikk.»

5.8 Statistikk

Det er gjort statistiske utregninger for å se på sammenhengen mellom smertestillende effekt og grad av tilfredshet. Det er også undersøkt om det at kvinnen var alene på abortdagen hadde en sammenheng med grad av tilfredshet.

5.8.1 Smertelindring

Studien ønsker å undersøke om det er en statistisk sammenheng mellom smertestillende effekt og andre faktorer som kvinnene hadde før, under eller etter aborten. Det er gjort statistikk for å se på disse sammenhengene (tabell 2):

- *Smertestillende effekt og tidligere abort:* P-verdi 0,99 → Det er ingen signifikant sammenheng mellom kvinner som hadde gjennomgått en tidligere abort og smertestillende effekt.
- *Smertestillende effekt og alene eller sammen med noen:* P-verdi 0,99 → Det er ingen signifikant sammenheng mellom kvinner som var alene eller sammen med noen under aborten og smertestillende effekt.
- *Smertestillende effekt og fornøyde med oppfølging:* P-verdi 0,99 → Det er ingen signifikant sammenheng mellom kvinner som var fornøyde med oppfølgingen underveis og smertestillende effekt.
- *Smertestillende effekt og om kvinnen ville valgt samme metode igjen:* P-verdi 0,99 → Det er ingen signifikant sammenheng mellom kvinner som ville valgt samme metode igjen og smertestillende effekt.

Det var tre ($n=3$) kvinner som ikke opplevde effekt av smertestillende, dette utgjør 13%.

Uansett hvilke variabler som settes sammen med de som ikke hadde effekt av smertestillende, blir p-verdien 0,99. Dette resulterer i at nullhypotesen (H_0) må beholdes. Det vil si at det ikke er noen sammenheng mellom de som ikke hadde effekt av smertestillende, og om de hadde gjennomgått tidligere aborter, om de var alene eller sammen med noen på abortdagen, om de var fornøyde med oppfølgingen underveis, eller om de ville valgt samme metode igjen (tabell 2).

Tabell 2: Viser sammenhengen mellom kvinnene som hadde effekt av smertestillende og kvinner som hadde liten effekt av smertestillende, og om de hadde gjennomført en abort tidligere, om de var sammen med noen under aborten, om de var fornøyde med oppfølgingen underveis, og om de ville valgt samme metode igjen.

	Effekt av smertestillende (n=20)	Liten effekt av smertestillende (n=3)	P-verdi*
Tidligere abort (n=12)	10 (83%)	2 (17%)	0,99
Sammen med noen (n= 17)	15 (88%)	2 (12%)	0,99
Fornøyde med oppfølgingen underveis (n=22)	19 (86%)	3 (14%)	0,99
Ville valgt samme metode senere (n= 22)	19 (86%)	3 (14%)	0,99

* P-verdi beregnet med Fisher's eksakt test. Signifikansnivå <0,05

5.8.2 Alene på abortdagen

Studien ønsker å kartlegge om det er statistiske sammenhenger mellom de som valgte å være alene på abortdagen, og andre faktorer før, under eller etter aborten. Det var seks (n=6) kvinner som var alene på abortdagen, dette utgjør 24%. Det er gjort statistikk som ser på disse sammenhengene (tabell 3):

- *Alene eller sammen med noen og tidligere abort:* P-verdi 0,65 → Det er ingen signifikant sammenheng mellom de som var alene eller sammen med noen under aborten og om de hadde tatt abort tidligere.
- *Alene eller sammen med noen og barn fra før:* P-verdi 0,35 → Det er ingen signifikant sammenheng mellom de som var alene eller sammen med noen under aborten og om de hadde barn fra før.
- *Alene eller sammen med noen og fornøyde med oppfølgingen underveis:* P-verdi 0,99 → Det er ingen signifikant forskjell mellom de som var alene eller sammen med noen under aborten og om de var fornøyde med oppfølgingen underveis.
- *Alene eller sammen med noen og ville valgt samme metode igjen:* P-verdi 0,99 → Det er ingen signifikant forskjell mellom om de som var alene eller sammen med noen under aborten og om de ville valgt samme metode igjen.

67% (4/6) av kvinnene som var alene på abortdagen hadde gjennomgått en abort tidligere. Her kan ikke nullhypotesen om at det ikke er en sammenheng forkastes, og resultatet er ikke signifikant ($p=0,65$) (tabell 3).

83% (5/6) av kvinnene som var alene på abortdagen hadde barn fra før. Det ble ikke et signifikant utfall ($p=0,35$), og dermed må nullhypotesen om at det ikke er en sammenheng beholdes. Det vil si at det ikke er noen signifikant sammenheng med at kvinnen var alene under aborten, og om hun hadde barn fra før (tabell 3).

Det er heller ingen signifikante utfall når det undersøkes om det er sammenheng mellom at kvinnen var alene på abortdagen, og om hun var fornøyd med oppfølgingen underveis eller om hun ville valgt samme metode igjen ($p=0,99$). H_0 om at det ikke er en sammenheng kan ikke forkastes i noen av tilfellene (tabell 3).

Tabell 3: Viser sammenhengen mellom de som var alene eller sammen med noen under aborten, og om de tidligere hadde gjennomgått en abort, om de hadde barn, om de var fornøyde med oppfølgingen underveis og om de ville valgt samme metode igjen.

	Alene (n=6)	Sammen med noen (n=19)	P-verdi*
Tidligere abort (n=13)	4 (31%)	9 (69%)	0,65
Barn fra før (n=15)	5 (33%)	10 (67%)	0,35
Fornøyde med oppfølgingen underveis (n=24)	6 (25%)	18 (75%)	0,99
Ville valgt samme metode senere (n=23)	6 (26%)	17 (74%)	0,99

* P-verdi beregnet med Fisher's eksakt test. Signifikansnivå $<0,05$

5.9 Litteratursøk

For å finne annen litteratur ble det gjort et litteratursøk i Ovid. Formålet med søket var å se om det var gjort liknende studier i Skandinavia. Det første søket baserte seg på ordene «home

abortion» der det ble søkt etter ordene i både tittel, abstrakt og som nøkkelord. Søket så slik ut: «*home abortion.ti,ab,kw.*» Dette søket ga 13 artikler (figur 13).

Det andre søket baserte seg på de samme ordene, men det ble lagt til at det kunne være opp til 3 ord mellom «*home*» og «*abortion*», derfor så søket slik ut: «(*home adj3 abortion**).*ti,ab,kw.*». Dette søket ga 100 artikler.

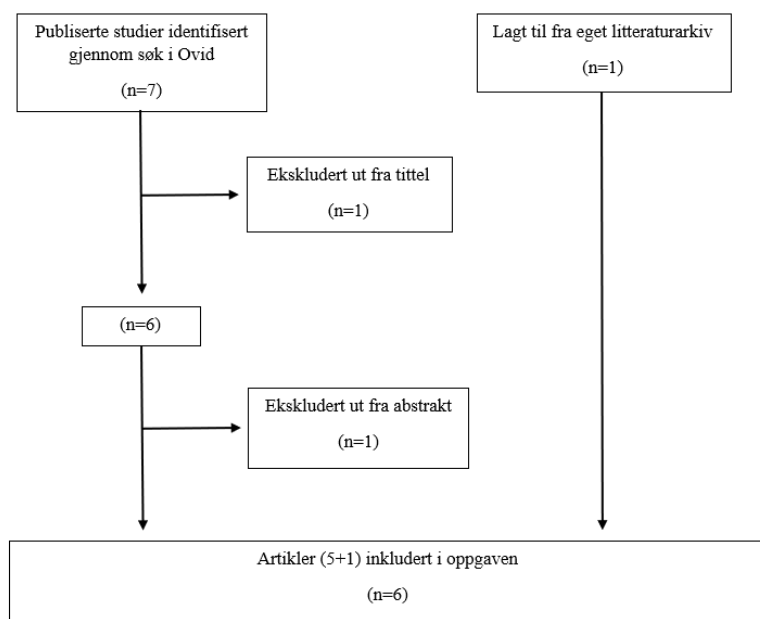
I det tredje søket ble søk nr. 1 eller 2 satt sammen, «*1 or 2*», her ble også resultatet 100 artikler.

I søk nummer 4 ble det søkt etter studier gjort i Skandinavia, søket så slik ut: «*exp "Scandinavian and Nordic Countries"/*». Det kom da opp 211.782 artikler.

I det femte, og siste søket ble søk nummer 3 og 4 satt sammen, «*3 and 4*». Dette søket resulterte i 7 artikler som inneholdt ordet «*home abortion*», eller «*home*» og «*abortion*» med mindre enn 3 ord mellom, samt at alle artiklene var publisert i Skandinavia.

Av disse 7 artiklene ble 5 inkludert i studien. Inklusjonskriteriene var at artikkelen skulle være skrevet innenfor en relevant tidsepoke og måtte ha relevant innhold i forhold til studien. Artikkelen måtte derfor enten ta for seg tilfredshet og kvinnens opplevelse av hjemmeabort, eller se på hvorfor hjemmeabort er et godt tilbud for kvinnen.

Det ble også gjort et enkelt søk i Tidsskriftet for å se om det var publisert noen relevante artikler. Da kom det opp en norsk studie gjort ved Ullevål sykehus i 2007. Denne studien undersøkte tilfredsheten hos kvinner som tok hjemmeabort ved hjelp av spørreskjemaer, og ble derfor også inkludert i tillegg til de 5 andre fra søket i Ovid.



Figur 13: *Bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier av artikler funnet i Ovid.*

Den ene artikkelen ble ekskludert fordi den var skrevet i 1978. Den andre artikkelen handlet om å forhindre uønskede svangerskap. Da den ikke hadde direkte forskning på hjemmeabort, ble den også ekskludert.

Alle seks artiklene som er inkludert i studien er vurdert etter samme kriterier, og to av artiklene er skriftlig gradet (vedlegg 5 og 6).

6 Diskusjon

Dette har vært en studie for å se i hvilken grad kvinner er fornøyde med hjemmeabortprosedyrene ved UNN Tromsø. Det er gjort en rekke studier i Skandinavia om hjemmeabort. Det er blant annet sett på om det er trygt å gjennomføre en abort hjemme, hvor fornøyde kvinnene som gjennomfører aborten er, og om det er trygt å utvide gestasjonslengden for hjemmeabort. Mange av disse skandinaviske studiene kan kobles til funn fra denne studien (8, 11-15).

6.1 Rekruttering

Det ble dessverre færre deltakere i studien enn planlagt. Sykepleierne ved poliklinikken for kirurgi og kvinnehelse stod for rekrutteringen av deltakere til studien. Utfra muntlig informasjon fra sykepleierne, ble alle kvinnene som tok hjemmeabort i studieperioden tilbudt deltakelse i studien, og alle takket ja. Dette er de 34 kvinnene som fikk invitasjon til

spørreskjemaet. Ifølge kvartalsrapporten for svangerskapsavbrudd ved kvinneklinikken UNN Tromsø i 2021, ble det til sammen gjennomført 134 hjemmeaborter fra 1. – 3. kvartal (vedlegg 1). Det er en diskrepans mellom de 34 kvinnene som ble tilbudt deltakelse i studien og de 134 hjemmeabortene som er oppgitt i kvartalsrapporten i samme periode. Dette kan forklares ved at studien startet sent i 1. kvartal, og ble avsluttet tidlig i 3. kvartal. Det kan derfor være at flere av abortene i 1. og 3. kvartal skjedde utenfor forskningsperioden. Det kan også diskuteres om det har skjedd sviktende rekruttering av ukjent årsak.

6.2 Prosedyrer

De aller fleste kvinnene var alt i alt fornøyde med prosedyrene for hjemmeabort ved UNN. 92% av kvinnene opplevde i stor grad at mottakelsen ved poliklinikken var god (figur 4), og at både den muntlige og skriftlige informasjonen i stor grad var forståelig (figur 5 og 6). Ingen opplevde den muntlige eller skriftlige informasjonen som lite forståelig. 80% var i stor grad fornøyd med oppfølgingen underveis (figur 10). 92% sier også at de ville valgt samme metode igjen dersom abort skulle bli et alternativ på nytt (figur 12). Dette samsvarer med flere liknende studier gjort i Skandinavia (11, 13, 15). Blant annet en større norsk studie gjort i 2007 ved Ullevål Universitetssykehus som undersøkte grad av tilfredshet hos kvinner som valgte hjemmeabort, der resultatet var at mer enn 85% av kvinnene var tilfredse med behandlingen (11). Det er også gjort en norsk studie ved Haukeland Universitetssykehus i 2010 som undersøkte om medikamentell abort kan anvendes opp til dag 90 av svangerskapet, der de også konkluderte med at majoriteten av kvinnene som deltok i studien var fornøyde (13). Det har ikke blitt utført statistikk på disse resultatene, da en for liten andel av kvinnene er misfornøyde. Det ville derfor ikke gitt signifikante utfall.

6.3 Smerter

I denne studien var det 87% som opplevde effekt av smertestillende. 61% opplevde i stor grad smertelindring, og 26% i noen grad (figur 8). Det er derfor en stor variasjon i smertestillende effekt. Disse resultatene samsvarer med den norske studien gjort ved Ullevål Universitetssykehus i 2007, der de også fant en stor variasjon i rapportert smerte (11).

Av de 23 kvinnene som tok smertestillende, var det tre (13%) som opplevde liten effekt (figur 8). Alle tre hadde til felles at de syntes oppfølgingen underveis var meget god, og at de ville valgt samme metode igjen dersom abort skulle bli et alternativ ved en senere anledning. De hadde ulik bakgrunn og ulike forutsetninger før og under aborten. De dekker også hele spekteret når de vurderer grad av selvbestemmelse, og når det kommer til opplevelsen av

prosedyrene. Ut fra disse resultatene er det ingen sammenheng med de ulike spørsmålene i spørreskjemaet, og om kvinnen hadde liten effekt av smertestillende. Det ble heller ingen påvisbar statistisk sammenheng når smertestillende effekt ble satt opp mot ulike faktorer som målte grad av tilfredshet. Blant annet var det ingen sammenheng mellom smertestillende effekt og om kvinnen ville valgt samme metode senere ($p=0,99$) (tabell 2). Det er for få som ikke opplevde effekt av smertestillende i denne studien ($3/23 = 13\%$) til å få en signifikant p -verdi. Her er det nærliggende å tenke at det kunne blitt signifikante utfall ved større tall, slik som i studien ved Ullevål der de fant en signifikant sammenheng mellom rapportert smerter under aborten og kvinnenes tilfredshet (11). Smertestillende regime er ikke under nasjonale retningslinjer, og det er derfor varierende praksis ved ulike sykehus når det gjelder smertelindring. Dette kan problematisere det å sammenlikne resultatene med andre studier.

To kvinner tok ikke smertestillende under aborten (figur 7). Begge disse var sammen med noen på abortdagen, var fornøyde med prosedyrene, og oppfølgingen underveis. En av disse ville ikke valgt samme metode igjen dersom abort skulle bli et alternativ på nytt. Denne kvinnen har også lagt ved en kommentar der hun skriver:

«Fryktelige smerter. Bør tilby andre smertestillende, som også er sterkere. Kastet mye opp av de jeg fikk.»

Denne kommentaren gir inntrykk av at hun har brukt de smertestillende hun fikk, men i svaret på om hun brukte smertestillende har hun sagt nei. Dette problematiserer tolkning av svaret.

To av kommentarene som kom inn omhandler også forskjell i smerter hos de som har gjennomgått mer enn en abort:

«Stor forskjell fra første gang (vanlig abort) og andre gang (spontanabort) med tanke på smertene. Mye vondere andre gangen.»

«Veldig stor forskjell på de to abortene jeg har tatt, spesielt med tanke på smerter. Var mye dårligere første gang, men da var jeg ca 2 uker lenger ut i svangerskapet.»

Begge kvinnene hadde tidligere gjennomgått en medisinsk abort, var veldig fornøyde med prosedyrene, og var i stor grad tilstrekkelig smertestilt. Begge to ville også valgt samme metode igjen. Disse to kvinnene har opplevd to forskjellige aborter som veldig ulike med tanke på smerter. Den ene kvinnen nevner at en spontanabort hun hadde, etter en tidligere medisinsk abort, var mye vondere. Den andre kvinnen nevner at hun var to uker lenger ut i

svangerskapet ved den mer smertefulle aborten. Dette viser at abort er en individuell opplevelse, også for samme person. Ifølge disse kommentarene er ingen aborter like, og grad av smerter under aborten er individuelt. Gestasjonslengde kan ha noe å si for smerter under aborten, som den ene kvinnen skriver. Dette støttes av en dansk artikkel fra 2014 som viser at tilfredsheten hos kvinner som tar en hjemmeabort er høyere ved lavere gestasjonslengde (8). Den norske studien ved Ullevål Universitetssykehus i 2007 støtter også at ubehag og smerter under aborten har en betydning for kvinnens tilfredshet, men sier ingenting om gestasjonslengde (11). På den andre siden er det også gjort flere studier på om gestasjonslengden for både medikamentell hjemmeabort og medikamentell abort ved sykehus kan utvides. Disse studiene har konkludert med at det ikke er en signifikant forskjell i smerter og tilfredshet hos kvinner som er kommet lengre ut i svangerskapet (vedlegg 5) (12, 13).

6.4 Selvbestemmelse

80% av kvinnene opplevde at de i stor grad fikk velge selv om de skulle være hjemme eller ved sykehuset på abortdagen. 12% syntes de i noen grad fikk velge selv, og 8% (2/25) opplevde at de i liten grad fikk velge selv (figur 9). De to kvinnene som i liten grad følte de fikk bestemme metode selv, hadde begge gjennomgått en medisinsk abort tidligere. Det er derfor nærliggende å tenke at deres tidligere erfaringer med abort kan ha gitt et ønske om å være på sykehuset. En av kvinnene hadde ingen barn fra før, mens den andre hadde 3 eller flere barn. Begge kvinnene tok smertestillende under prosedyren, der en av de opplevde noe effekt, og en opplevde liten effekt. En av disse syntes oppfølgingen underveis var lite god og hun ville heller ikke valgt samme metode igjen, sammenliknet med den andre kvinnen som syntes oppfølgingen underveis var meget god, og ville valgt samme metode igjen. Disse resultatene kan kobles til en studie publisert i Sverige i 2013, der det også var en del av kvinnene som følte at valget ikke var opp til dem selv (vedlegg 6) (15).

Det skal være opp til kvinnen selv å bestemme hvor hun ønsker å gjennomføre den medikamentelle aborten. Dette valget tas på konsultasjonen ved poliklinikken. Poliklinikken ved UNN har ett rom med fire senger, disponibelt to dager per uke. Når en kvinne velger å legges inn på sykehuset for å gjennomføre en abort krever det flere ressurser i form av sykepleierressurser og en seng på sykehuset. Det vil derfor være en økonomisk og arbeidsmessig fordel om kvinnen velger å gjennomføre aborten hjemme. Det er gjort mange studier som undersøker om det er forsvarlig å gjennomføre en abort hjemme (12-14). Blant annet en nordnorsk studie fra 2017 som sammenliknet sikkerheten av abort ved

distriktssykehus i Nord-Norge og hjemmeabort. De konkluderte med at det er like trygt å gjennomføre en medisinsk abort hjemme som på sykehuset (14). Mange kvinner synes også det er bedre å gjennomføre aborten hjemme. Dette ble rapportert i den svenske studien fra 2013, der flere av kvinnene syntes at det var fint å være hjemme i trygge og vante omgivelser (15). Til tross for dette, skal det være et tilbud for kvinnen å være på sykehuset hvis hun ønsker det. Hvordan helsepersonell ordlegger seg når dette valget skal tas ser ut til å ha en betydning for hva kvinnen velger (15). Det er også verdt å nevne at denne studien kun inkluderer kvinner som har gjennomgått hjemmeabort, og dermed ble de som valgte å være på sykehuset ekskludert. Deres oppfattelse av dette valget er derfor ikke inkludert i denne studien.

6.5 Oppfølging

Det var kun en av kvinnene som opplevde oppfølgingen underveis som lite god (figur 10). Denne kvinnen opplevde også at hun i liten grad fikk velge selv hvor hun skulle gjennomføre aborten, og hun ville heller ikke valgt samme behandlingsmetode igjen. Tidligere har denne kvinnen gjennomgått to aborter, hvorav en medisinsk og en kirurgisk. Ut fra disse svarene ser det ut til at denne kvinnen har en dårlig totalopplevelse av prosedyren. Det kan spekuleres i om denne kvinnen tidligere har hatt en ubehagelig opplevelse med hjemmeabort, og da hun opplevde at hun ikke fikk bestemme selv at hun ville være på sykehuset, ble opplevelsen av en ny hjemmeabort totalt sett negativ.

De resterende 96% er fornøyde med oppfølgingen underveis. Dette støtter at oppfølgingen fungerer slik den er i dag. Det at kvinnene er fornøyde med oppfølgingen er en viktig del av UNNs praksis. Annen litteratur har også vist at compliance øker dersom oppfølgingen skjer tett på behandlingsregimet, noe som er positivt med UNNs praksis for oppfølging på abortdagen (8). Den svenske studien fra 2013 foreslår i sin studie at rutinemessig oppfølging bør skje kontinuerlig for å sikre tilfredshet og sikkerhet hos kvinnen som gjennomfører en abort hjemme (15).

6.6 Valg av metode

Det var to kvinner som ikke ville valgt samme metode igjen dersom abort skulle bli et alternativ på nytt (figur 12). Disse kvinnene hadde forskjellige forutsetninger før aborten, der en av kvinnene ikke hadde noen tidligere erfaring med abort eller graviditet. Den ene kvinnen var i stor grad fornøyd med det praktiske rundt prosedyrene, mens den andre kvinnen ikke var det. En av disse kvinnene valgte også å ikke ta smertestillende under prosedyren. Ut fra deres

svar på spørreskjemaet er dette to ulike opplevelser av abortprosedyrene, og likevel ville ingen valgt samme metode igjen. De resterende 23 (92%) ville valgt samme metode igjen. Dette samsvarer med den norske studien fra 2007, der de undersøkte om kvinnen ville anbefale samme metode til andre abortsøkende, og flesteparten svarte ja til dette (11).

6.7 Alene på abortdagen

Seks av kvinnene var alene på abortdagen. Det ikke observert noen signifikant statistisk sammenheng mellom de som var alene på abortdagen og andre faktorer. Dette skyldes primært at det var så få av kvinnene som var alene på abortdagen (n=6) (tabell 3).

67% av de som var alene på abortdagen hadde tidligere gjennomgått en abort. Dette resultatet ble ikke signifikant ($p=0,65$), og dermed er det ikke en påvisbar sammenheng mellom disse to faktorene. Ved større tall kunne det kanskje blitt observert en sammenheng. 83% av kvinnene som var alene på abortdagen hadde barn fra før, men her ble det heller ikke en påvisbar sammenheng ($p=0,35$) på grunn av lave tall. 83% er en stor andel, og det er nærliggende å tenke at det kunne blitt et signifikant utfall ved større studier. Alle som var alene under aborten ville valgt samme metode igjen, og alle var fornøyde med oppfølgingen underveis. Denne studien finner derfor ingen sammenheng mellom disse faktorene. Her er det også utført statistikk som heller ikke viste en statistisk sammenheng ($p=0,99$) (tabell 3).

Det er ikke et krav at man skal være sammen med noen på abortdagen, men en anbefaling fra sykehuset. Dette er primært en anbefaling i tilfelle det oppstår komplikasjoner under aborten. Det er ingen av de andre studiene i Skandinavia som har sett på denne faktoren i forhold til tilfredshet, og det er derfor ingen litteratur å sammenlikne resultatene med.

6.8 Abort under Covid-19 pandemien

Det har vært en nedgang i antall aborter under Covid-19 pandemien i Norge, og nedgangen kan observeres allerede fra mai 2020 (5). Tall fra det nasjonale abortregisteret viser at fra mai til august 2020 var det omtrent 200 færre aborter per måned sammenliknet med tall fra 2016-2019 (16). Ifølge kvartalsrapporten for svangerskapsavbrudd ved UNN Tromsø i 2021 ble det totalt utført 297 medikamentelle aborter (vedlegg 1). Sammenliknet med tall fra 2019, der det totalt ble gjennomført 352 medisinske aborter, har tallene også gått ned ved UNN (vedlegg 7). Dette speiles også i resultatene fra denne studien, der kun 34 kvinner fikk tilgang til spørreskjemaet.

En nærliggende forklaring til denne nedgangen er smittevernreglene som har avgrenset tilfeldig seksuell kontakt, og dermed færre uønskede svangerskap (17). En annen forklaring kan være at flere har valgt å fullføre et uplanlagt svangerskap. Dette støttes av fødselstallene fra 2021 som økte med nesten 3000 flere fødsler sammenliknet med 2020 (18).

6.9 Styrker ved studien

Ifølge muntlige kilder fra sykepleierne på poliklinikken for kirurgi og kvinnehelse ble alle kvinnene som tok hjemmeabort i studieperioden spurt om deltakelse, og alle takket ja. Dette utgjorde 34 kvinner, og av disse var det 74% (25/34) som svarte på spørreskjemaet. Ut fra dette har studien god dekning innenfor det aktuelle temaet, da den kun inkluderer kvinner som gjennomførte en hjemmeabort ved UNN i forskningsperioden.

6.10 Svakheter ved studien

Studien har ingen kontrollgruppe. På grunn av dette kan ikke studien si noe om hjemmeabort er et bedre tilbud enn abort ved sykehus, men den kan derimot se at de fleste som velger å utføre aborten hjemme er fornøyde med tilbudet.

Hukommelsesbias (recall bias) er en systematisk feilkilde som følge av en persons manglende evne til å huske korrekt. Feiltakelser kan skje på grunn av manglende hukommelse, vurdering av hendelser i etterkant og endret oppfatning. En del av deltakerne i studien svarte på spørreskjemaet en stund etter aborten var gjennomført. Det å få hendelsen på avstand kan ha påvirket svarene. Det kan også være vanskelig å huske tilbake på en slik hendelse.

Studien omfatter relativt få pasienter. Når man har et så lite datasett kan man ikke med sikkerhet si at det er likhet selv om H_0 forkastes. Datasettet i denne studien er for lite til å støtte nullhypotesen, den støtter kun at nullhypotesen ikke kan forkastes. Å beholde nullhypotesen er ikke et bevis på at nullhypotesen er sann, og dersom studien hadde hatt større tall er det ikke sikkert at H_0 hadde måttet beholdes i alle tilfeller. Studien har derfor ikke stort nok datasett til å påvise en sammenheng, men det kan fortsatt ikke utelukkes at det er en sammenheng. Det var svært få av pasientene som var misfornøyd med tilbudet, noe som også påvirket resultatene. Dette har ført til type II feil, der de lave tallene blant misfornøyde pasienter kan gjøre at nullhypotesen feilaktig beholdes når det egentlig er en sammenheng (19).

6.11 Fremtidsperspektiver

Andre studier i framtiden bør samle inn data over en lengre periode og få større tall slik at man kan oppnå signifikante utfall. Det kan være interessant å se på om det er en sammenheng mellom gestasjonslengde og smerter under aborten. Ved større studier kan man også se om det er en sammenheng mellom utdanningsnivå og den totale opplevelsen av aborten, samt i hvilken grad den muntlige og skriftlige informasjonen oppleves som forståelig. Studien bør også inkludere kvinnens alder i forhold til dette.

De utfallene denne studien var nærmest å se en sammenheng var at kvinner som tidligere hadde gjennomgått en abort eller som hadde barn fra før, var alene på abortdagen. Antall kvinner som var alene på abortdagen i dette tilfellet er for lavt til å påvise en signifikant sammenheng. Ved større studier kunne det vært interessant å se om det var en påvisbar sammenheng mellom disse faktorene.

Ved bruk av spørreskjema rådes det å ha en skala for grad av tilfredshet med muligheten for å sette en cut-of. Da er det enklere å regne ut kjikvadrat. Denne studien viser at det egnet seg dårlig med tre svaralternativer i forhold til dette.

7 Konklusjon

Studien har undersøkt i hvor stor grad kvinner som gjennomfører en hjemmeabort ved UNN er fornøyde med tilbudet. Den muntlige og skriftlige informasjonen kan studien konkludere med at er god nok da 92% opplevde den som i stor grad forståelig. 87% av kvinnene dokumenterte smertestillende effekt i varierende grad, og studien kan derfor også konkludere med at den smertestillende effekten er tilstrekkelig hos de fleste. 92% av kvinnene var i stor grad fornøyd med mottakelsen på poliklinikken, 96% av kvinnene var fornøyde med oppfølgingen underveis, og 92% av kvinnene ville valgt samme metode igjen. På bakgrunn av dette kan studien konkludere med at UNNs praksis for hjemmeabort fungerer slik som den er i dag, og at flestparten av kvinnene som benytter seg av dette tilbudet er fornøyde.

Studien har ikke kommet fram til noen signifikante statistiske sammenhenger, i hovedsak på grunn av type II feil i resultatene. Det var derfor ingen signifikant sammenheng mellom kvinnens opplevelse av aborten, og om hun hadde gjennomgått abort tidligere, hadde barn fra før, var fornøyd med oppfølgingen underveis, om hun hadde effekt av smertestillende eller var alene på abortdagen. På bakgrunn av dette er det vanskelig å konkludere om det er områder i dagens praksis som bør forbedres.

Referanseliste

1. Haukeland LB, Hermanrud MS, Løkeland M, Oppegaard KS. Provosert abort: Veileder i gynekologi; 2021 [cited 2021 11.09]. Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/provosert-abort/>.
2. WHO. Abortion 2020 [cited 2021 11.09]. Available from: https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1.
3. WHO. Preventing unsafe abortion 2020 [cited 2021 11.09]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
4. Lovdata. Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven] 2021 [cited 2021 12.09]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>.
5. Løkeland-Stai M, Bakke KA. Fakta om abort (med 2020-tal) 2017 [updated 11.03.2020; cited 2021 11.09]. Available from: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/#endringshistorikk>.
6. NEL. Abortloven 2020 [cited 2021 25.08]. Available from: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/pasientinformasjon/abort/abortloven>.
7. Løkeland M, Bjørge T, Iversen O-E, Akerkar R, Bjørge L. Implementing medical abortion with mifepristone and misoprostol in Norway 1998-2013. *Int J Epidemiol*. 2017;46(2):643-51.
8. Bertelsen CB, Bor P. Fordele ved medicinsk abort i eget hjem ved tidlige graviditeter. *Ugeskr Læger* 2014;176:V09120546. 2014.
9. Barlinthaug SF. NEL; 2020 [cited 2021 25.08]. Available from: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/abort/abort-provosert#reference-5>.
10. UiO. Om Tjenester for sensitive data 2014 [cited 2021 17.09]. Available from: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>.
11. Jørgensen H, Qvigstad E, Jerve F, Melseth E, Eskild A, Nielsen CS. Provosert abort som hjemmebehandling. 2007.
12. Larsson A, Ronnberg AKM. Expanding a woman's options to include home use of misoprostol for medical abortion up until 76 days: an observational study of efficacy and safety. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(6):747-52.
13. Løkeland M, Iversen OE, Dahle GS, Nappen MH, Ertzeid L, Bjørge L. Medical Abortion at 63 to 90 Days of Gestation. *Obstet Gynecol*. 2010;115(5):962-8.
14. Mahlck C-G, Backstrom T. Follow-up after early medical abortion: Comparing clinical assessment with self-assessment in a rural hospital in northern Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;213:1-3.
15. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Autonomy and dependence - experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(3):569-79.
16. FHI. Færre abortar under covid-19-pandemien 2020 [cited 2021 12.09]. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2020/farre-abortar-under-covid-19-pandemien/>.
17. FHI. Abortregisteret 2020: Tala fell ytterlegare – trend forsterka av pandemien 2021 [cited 2021 12.09]. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2021/aborttala-fell-ytterlegare--forsterka-trend-forsterka-av-pandemien/>.
18. FHI. Fødsel-nedgangen snudde under pandemien 2022 [cited 2022 28.05]. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/fodselsnedgangen-snudde-under-pandemien/>.
19. Kristensen Ø, Wikan A. Sannsynlighetsregning og statistikk : for høyere utdanning. 2. utgave. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.

Vedlegg

Vedlegg 1

Svangerskapsavbrudd ved KK – UNN – Tromsø 2021 - kvartalsrapport

	1. Kvartal	2. Kvartal	3. Kvartal	4. Kvartal
Totalt utførte aborter	69	85	77	80
Under 12 uker	65	71	70	75
Over 12 uker	3	10	4	4
Under 9 uker				
Kirurgisk abort	1	4	3	1
Med. abort totalt:	68	81	74	79
Hjemmeabort	39	49	46	47
I sykehus	29	32	28	32
Primærnemnd:				
Fremmet	3	12	4	5
Innvilget	3	11	4	5
Utført	3	10	4	4
Uten vedtak	0	0	0	0
Avslått	0	1	0	0
Klagenemnd:				
Fremmet	0	0	0	0
Innvilget				
Utført				
Avslått				
Innvilget etter § 2.3:				
a	2	8	2	2
b	0	2	1	0
c	1	8	2	4
d	0	0	0	0
e	0	0	0	0

- Fra 12. januar 2009 innførte Kvinneklinikken UNN medikamentell abort, uansett svangerskapslengde, som den primære behandling av kvinner som begjærer selvbestemt svangerskapsavbrudd. Fra samme tidspunkt innførte avdelingen tilbud om hjemmeabort der kvinnen har en graviditetslengde under 9 uker.

Vedlegg 2



Pasientinformasjon - medikamentell abort under 9 uker - hjemme eller i sykehus

Dokumentansvarlig: Gry-Hege Thorheim

Dokumentnummer: PI0225

Godkjent av: Ingard Nilsen

Versjon: 11.12

Gyldig for: Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi Tromsø UNN

Det er avtalt med deg at det skal utføres medikamentell abort, hjemme eller i sykehus. Dette er et tilbud til kvinner som har begjært svangerskapsavbrudd med en graviditetsvarighet under ni uker.

Hvis du ikke ønsker hjemmeabort, vil dette skje i sykehuset.

Ønsker du hjemmeabort skal du om to dager (36-48 timer) selv fullføre behandlingen hjemme ved hjelp av medikamentene vi har sendt med deg.

Aborten fremkalles ved hjelp av medikamentene Mifepristone som stopper graviditeten, og Cytotec som gjør at kroppen støter den ut.

Du får Mifepristone i dag. Du kan utsette dagen for Mifepristone til en senere dag enn undersøkelsesdagen, men Mifepristone må tas når sykepleier er til stede.

Du får med deg følgende medikamenter:

- Til å sette i skjeden: 4 tabletter Cytotec 0,2 mg. 2 ekstra tabletter for å svelge ved behov.
- Til å svelge: 3 tabletter Diclofenac 50 mg og 6 tabletter Paralgin Forte. Disse er smertestillende medikamenter
- Du kan ved behov få kvalmestillende medikament, Afipran 10 mg tablett, til å svelge

Trinn 1

- Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi (Fløy A-Plan 6) dato ___/___/___ kl _____
- Du tar Mifepristone som gis av sykepleier
- Skulle du kaste opp innen en time etter inntak av Mifepristone må du ta kontakt med poliklinikken
- Tabletten Mifepristone vil starte abortprosessen. Du kan få kvalme, blødning og menstruasjonslignende magesmerter i løpet av de neste dagene. Noen få kan abortere helt bare ved bruk av Mifepristone. Lev som normalt. Bruk bind, ikke tamponger. Som smertestillende anbefaler vi medikamenter som inneholder Paracetamol. Disse er ikke reseptbelagte
- Dersom du ikke har tatt Chlamydiaprøve hos fastlegen blir det tatt på poliklinikken. Dersom denne skulle være positiv vil du få beskjed om det, og tilsendt resept på antibiotika.

Trinn 2

- Hjemme eller i sykehus to dager (36-48 timer) senere, dato ___/___/___, kl _____
- Du bør ha pårørende (venn/kjæreste/familie) hos deg dersom du velger hjemmeabort
- Ta 1 tablett Diclofenac og 2 tabletter Paralgin Forte (skal svelges). Vent i 30 minutter for å la smertestillende virke
- Sett 4 tabletter med Cytotec i skjeden kl 07:30. Fukt tablettene i litt vann og sett deretter inn en etter en tablett dypt i skjeden. For å få best virkning skal du ligge i senga i ca en time, slik at tablettene holder seg på plass der de skal virke. Bruk bind, ikke tamponger

- Dersom du ikke har abortert etter fire timer tar du de to siste Cytotec tablettene. Disse skal svelges.
- Du kan spise frokost og leve mest mulig som normalt
- Det vanlige er at det tar 4-6 timer fra du har satt Cytotec i skjeden til du har abortert
- Du kan få sterke menstruasjonssmerter spesielt når kroppen er i ferd med å tømme livmoren
- Det er normalt at du kan blø kraftigere enn ved en menstruasjon når du aborterer
- Vanligvis har du nok smertelindring fra de tablettene du allerede har tatt, men du må regne med å kjenne menstruasjons-/rieglignende smerter. Etter 2-3 timer kan du ta en ny tablett med Diclofenac og 2 tabletter Paragin Forte som smertestillende medikamenter
- Ved kvalme kan du bruke Metoklopramid 10 mg tablett. Dette kan du bruke opptil 3 ganger i døgnet
- Det kan ofte lindre smertene å være oppe å gå litt rundt. Ei varmeflaske på magen kan også hjelpe mot smertene
- Ikke kjør bil denne dagen på grunn av de sterke smertestillende medikamentene du har tatt
- En sykepleiere fra poliklinikken vil ringe til deg etter kl 14:00 den dagen du har tatt Cytotec for å spørre hvordan det går med deg
- Medikamentell abort i sykehus vil ha samme forløp som ovenfor

Etter aborten

- Du kan blø mer enn din vanlige menstruasjon i 10-12 dager. Sparsom brun eller mørk rødlig utflod er normalt de første 2-3 ukene. Bruk bind, ikke tamponger
- Samleie og karbad bør unngås de to første ukene, eller så lenge du blør
- Smerter som ved menstruasjon kan normalt forekomme
- Menstruasjonen kommer vanligvis tilbake 4-6 uker etter aborten. Den første menstruasjonen er ofte kraftigere og mer langvarig enn normalt
- Skal du starte med p-piller, kan det gjøres samme dag eller dagen etter aborten
- Du bruker fortrinnsvis egenmelding ved fravær fra jobb
- En graviditetstest er normalt positiv i opptil 3-4 uker
- Du kan trene og være i normal aktivitet

Trinn 3

Etterkontroll – graviditetstest

- Du må selv kjøpe en graviditetstest som du tar 28 dager etter aborten
- Dersom testen er negativ forteller det at behandlingen har vært vellykket
- Dersom testen er positiv tar du kontakt med sykepleier på poliklinikken som vil bestille en blodprøve av deg
- **Det er ditt ansvar at prøven blir tatt**

Kontakttelefon

Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi (mandag-fredag kl 8-15:30): 77 62 70 55/77 66 97 11

Vakthavende gynekolog (kveld/natt/helg): 77 62 60 00

Ta kontakt dersom du:

- Blør mer enn at du fyller 6 nattbind på to timer
- Har kraftig blødning med klumper i mer enn 14 dager
- Har blødning som varer mer enn 28 dager
- Har smerter som varer i mer enn 14 dager
- Har feber (temperatur over 38°C)

NB!

Det er viktig å være klar over at metodesvikt (fortsatt graviditet) forekommer både ved medikamentell og kirurgisk abort (1-2 tilfeller per 1000 avbrudd).

Vedlegg 3 Spørreskjema

Hjemmeabort ved UNN Tromsø - pasienterfaringer

Side 1

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Du har blitt spurt om å delta på denne studien fordi du har gjennomgått en hjemmeabort ved UNN i perioden mars - august 2021. *

Formålet med denne studien er å gå gjennom UNNs praksis for hjemmeabort, for å se om det er forbedringsmuligheter på bakgrunn av kvinners opplevelse av hjemmeabort. Studien baserer seg på dette spørreskjemaet.

Spørreskjemaet vil være anonymt. Det tar omtrent 2-3 minutter å svare på undersøkelsen.

Jeg har lest informasjonen og samtykker til at mine svar kan brukes i denne studien:

Ja

 Sideskift

Side 2

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Har du utført abort tidligere? *


Ingen

1

2

3 eller flere

Hvilken abortmetode ble brukt? *

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «1», «2» eller «3 eller flere» er valgt i spørsmålet «Har du utført abort tidligere?»

Medisinsk

Kirurgisk

Begge deler

Har du barn? *

Ingen

1

2

3 eller flere

Hvordan fikk du time ved poliklinikken? *

Henvist fra fastlege

Tok kontakt med avdelingen selv

Opplevde du å bli godt mottatt på poliklinikken? *

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Opplevde du at den muntlige informasjonen var forståelig? *

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Opplevde du at den skriftlige informasjonen var forståelig? *

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Opplevde du at du selv fikk bestemme mellom hjemmeabort eller abort på sykehuset? *

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Brukte du de smertestillende du fikk? *

Ja

Nei

Opplevde du at de smertestillende du fikk var tilstrekkelige? *


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Brukte du de smertestillende du fikk?»

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Opplevde du at de smertestillende du fikk var tilstrekkelige? *

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Brukte du de smertestillende du fikk?»

I stor grad

I noen grad

I liten grad

Hvordan opplevde du oppfølgingen fra sykehuset underveis? *

Meget god

God

Lite god

Da du utførte aborten hjemme, var du... *

Alene

Sammen med noen

Hvis det blir aktuelt med abort senere - vil du velge samme metode igjen? *

Ja

Nei

Eventuelle kommentarer?

Vedlegg 4 Forespørsel om deltakelse i studie



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCIESSU



Forespørsel om deltagelse i studie

Det pågår en brukerundersøkelse av kvinners opplevelse av hjemmeabort i Tromsø i perioden mars – august 2021. Undersøkelsen er en masteroppgave på medisinstudiet ved UiT, som utføres i samarbeid med abortpoliklinikken ved UNN. Studien baserer seg på et spørreskjema.

Formålet med denne studien er å gå gjennom UNNs praksis for hjemmeabort, for å se om det er forbedringsmuligheter på bakgrunn av kvinners opplevelse av hjemmeabort.

Spørreskjemaet er anonymt.

Dersom du ønsker å delta på denne studien vil du få tilsendt en lenke til spørreskjemaet på SMS. Vi trenger derfor ditt telefonnummer.

Det tar omtrent 2-3 minutter å svare på undersøkelsen.

Jeg deltar gjerne i studien, og samtykker til at det kan sendes en SMS med lenke til spørreskjemaet:

Underskrift, sted og dato:

Telefonnummer:

Vedlegg 5 GRADE-skjema

Referanse: Larsson A., Ronnberg AM. Expanding a woman's options to include home use of misoprostol for medical abortion up until 76 days: an observational study of efficacy and safety. https://doi.org/10.1111/aogs.13537			Studiedesign: Retrospektiv kohortstudie
Grade – kvalitet			
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Dagens retningslinjer sier maks 63 dager for å gjennomføre en medikamentell hjemmeabort. Formålet med denne studien er å se om det er trygt å bruke medikamentell hjemmeabort 64-76 dager inn i svangerskapet.</p>	<p>Dette er en retrospektiv kohortstudie designet for å sammenlikne bruk av misoprostol ved hjemmeabort ved 64-76 dager av svangerskapet, sammenliknet med 57-63 dager av svangerskapet.</p>	<p>Totalt 397 kvinner med svangerskapslengde ≥ 57 dager gjennomgikk en medikamentell hjemmeabort i studieperioden. 127 av disse var i svangerskapsuke 64-76, og 270 i 57-63.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet med studien klart formulert? JA • Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? JA • Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? JA • Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon? JA • Var studien prospektiv? NEI • Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene? JA • Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? NEI • Er det utført frafallsanalyser? NEI • Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise og/eller negative utfall? JA • Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring? JA • Er den som vurdere resultatene blindet gruppetilhørighet? VET IKKE
<p>Konklusjon</p> <p>Det kan være like trygt å bruke medikamentell hjemmeabort ved 64-76 dager av svangerskapet som ved 57-63 dager av svangerskapet. Det bør gjøres ytterligere studier med større grupper for å se på erfaringer blant kvinner som utfører abort ved lengere svangerskapslengde før det implementeres i klinisk praksis.</p>	<p>Studieperioden gikk fra 1. januar 2011 til 31 desember 2017. Alle kvinner med svangerskapslengde 57-76 som valgte medikamentell hjemmeabort ble inkludert. Multiple svangerskap ble ekskludert.</p> <p>Ved første time på sykehuset ble svangerskapslengden avklart med ultralydundersøkelse. Kvinnene tok 200 mg mifepristone po ved sykehuset. 36-48 timer senere satte kvinnen 0,8 mg av misoprostol vaginalt hjemme. Dersom blødning ikke oppsto innen 3 timer skulle hun ta 0,3 mg misoprostol oralt. Ved svangerskapslengde >63 dager kunne hun repetere dette opptil 4 ganger hjemme dersom blødning ikke oppsto.</p> <p>Smertestillende regime var Diclofenac 50 mg og kodein/paracetamol 500mg/30 mg.</p> <p>Alle kvinnene fikk et telefonnummer de kunne kontakte under aborten. Kvinner med svangerskapslengde >63 dager ble ringt opp av sykehuspersonell dagen etter misoprostol ble tatt. Det ble også gjort en oppfølging ved sykehuset innen 2 uker etter aborten.</p> <p>Statistiske analyser ble gjort i SPSS. Kji-kvadrattest og t-tester med 95% CI ble brukt til å sammenlikne forskjellen mellom gruppene. Tosidet signifikanstest ble brukt og en P-verdi $<0,05$ ble regnet som statistisk signifikant. Populasjonen som ble brukt til sammenliknet var kvinner med svangerskapslengde 57-63 dager.</p>	<p>Det var ingen signifikant forskjell i basale demografiske variabler mellom kvinner med lav (≤ 63 dager), eller høy (>63 dager) svangerskapslengde.</p> <p>Suksessraten var 95,6% ved 57-63 dager og 93,7% ved 64-76 dager. Forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p = 0,432$).</p> <p>Uavhengig av svangerskapslengde var det totalt 18 kvinner som måtte legges inn på sykehuset på grunn av problemer relatert til aborten. Det var ingen signifikant forskjell i forhold til svangerskapslengde ($p = 0,407$).</p> <p>Frekvensen av ikke-planlagte besøk etter utført abort var høy totalt sett, men ikke signifikant forskjellig når man så på det opp mot svangerskapslengde ved abort. > 63 dager hadde 20,5%, vs <64 dager hadde 16,3%, noe som ga en p-verdi på 0,308.</p>	
<p>Land</p> <p>Sverige</p>			
<p>År data innsamling</p> <p>2019</p>			

Vedlegg 6 GRADE-skjema

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p>X</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p>X</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p>X</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p> <p>Kommentar: I perioden 1.04.09 til 30.08.10 har de samlet inn data. Kriteriene for å delta i studien var at kvinnen og hennes partner måtte snakke svensk, være minst 18 år gamle og de måtte ha gjennomgått en hjemmeabort på grunn av uønsket svangerskap. De endte opp med 24 kvinner og 13 menn. Noen ble intervjuet av en sykepleier, mens andre ble intervjuet av jordmor. Den kvalitative analysen var gjennomført i henhold til retningslinjer. Intervjuene ble lest gjennom mange ganger for å få essensen av det hele. De har brukt ulike koder for å sammenlikne ulikheter og likheter, og gitt de ulike kategorier. Til slutt endte de opp med to kategorier: <i>autonomi</i> og <i>avhengighet</i>.</p>
---	---------------------------	-------------------------------	--

<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvordan kvinnene ble opplyst om studien. To kvinner takket nei til studien i ettertid på grunn av tidsbegrensninger. Karakteristika ved utvalget er beskrevet.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger. Er metoden som problemstillingen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? ble valgt god for å belyse 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Metoden som er valgt er god for å belyse det temaet som skulle belyses. De har samlet inn kvalitativ data ved hjelp av intervjuer. Valg av setting for datainnsamlingen er begrunnet.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det kvalitative innholdet ble analysert i henhold til Graneheim og Lundman sin metode for kvalitativ innholdsanalyse. Intervjuene ble lest gjennom flere ganger. De satt igjen med to kategorier: <i>autonomi</i> og <i>avhengighet</i>. Disse kategoriene kom fram gjennom refleksjon og diskusjon mellom de som utførte intervjuene og den siste forfatteren. Det er en sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det er gjort rede for forskernes teoretiske ståsted og det er gjort drøftninger rundt det. Datainnsamlingen foregikk over telefon, og det er videre drøftet under diskusjon hvorvidt forskjellen på kvinner og menn er i forhold til om intervjuene ble gjort over telefonen eller i persjon.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Funnene i denne studien bygges opp ved at de sammenlikner med data og funn fra andre studier.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

9. Er etiske forhold vurdert? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	Ja	Uklart	Nei
	X	O	O

Kommentar: Studien er godkjent av Regional Medisinsk Etisk komite i Uppsala, Sverige. Både kvinnene og deres partner fikk et informasjonsskriv med samtykke.

HVA ER RESULTATENE?

10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	Ja	Uklart	Nei
	X	O	O

Kommentar: Deltakernes opplevelse og behov ved hjemmeabort ble karakterisert ved kategoriene autonomi og avhengighet. Viktige aspekter ved autonomi var at deltakerne følte at avgjørelsen om å gjennomføre aborten, og abortmetode var opp til dem. Miljøet hjemme ga de privatliv og kontroll under aborten. Deltakerne av studien følte et større ansvar for prevensjon i framtiden. Man kunne også se at økt kunnskap om prevensjon er viktig for å forhindre uønsket graviditet. Man kan se at autonomi og avhengighet var relatert til hverandre. Dette så man ved behovet deltakerne hadde til å bli behandlet med empati og resepekt. Det bør vurderes rutinemessige oppfølgninger for å sikre tilfredshet, sikkerhet og videre bruk av prevensjon etter gjennomgått abort.

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? <i>TIPS:</i> Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.	Kommentar: Resultatene fra denne studien kan hjelpe meg i å bedre forstå sammenhengen jeg arbeider i. Funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse ved at de bruker tid på å snakke med enkeltindivider som gjennomfører en abort hjemme, samt at de inkluderer deres partnere. Denne studien kan brukes som en styrke i flere studier innenfor hjemmeabort.		
	<ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 		

Vedlegg 7

Svangerskapsavbrudd ved KK – UNN – Tromsø 2019 - kvartalsrapport

	1. Kvartal	2. Kvartal	3. Kvartal	4. Kvartal
Totalt utførte aborter	100	89	101	81
Under 12 uker	94	84	96	76
Over 12 uker	6	5	5	5
Under 9 uker				
Kirurgisk abort	5	4	6	4
Med. abort totalt:	95	85	95	77
Hjemmeabort	35	50	54	43
I sykehus	60	35	41	34
Primærnemnd:				
Fremmet	7	5	6	6
Innvilget	6	5	5	5
Utført	6	5	5	5
Uten vedtak	0	0	0	0
Avslått	1	0	1	1
Klagenemnd:				
Fremmet	0	0	0	0
Innvilget				
Utført				
Avslått				
Innvilget etter § 2.3:				
a	3		2	2
b	1	3	3	1
c	2	2	1	2
d				
e				

- Fra 12. januar 2009 innførte Kvinneklinikken UNN medikamentell abort, uansett svangerskapslengde, som den primære behandling av kvinner som begjærer selvbestemt svangerskapsavbrudd. Fra samme tidspunkt innførte avdelingen tilbud om hjemmeabort der kvinnen har en graviditetslengde under 9 uker.

