

Medikamentell abort hos avtalespesialist

Prøveprosjekt mars 2015 – mars 2017

Publikasjonens tittel: *Medikamentell abort hos avtalespesialist*
Prøveprosjekt mars 2015 – mars 2017

Utgitt: Januar/2018

Publikasjonsnummer: IS-2701

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Sykehustjenester SPST
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

FORORD

Helsedirektoratet fikk i 2011 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å iverksette et toårig prøveprosjekt der avtalespesialister i gynekologi kunne tilby medikamentell abort før utgangen av 9. svangerskapsuke. Dette skulle være et supplement til tilbudet ved sykehusene. Prøveprosjektet ble igangsatt etter initiativ fra Norsk gynekologisk forening. Helsedirektoratet fikk i oppdrag av departementet å planlegge, gjennomføre og evaluere prosjektet i nært samarbeid med fagmiljøet.

Formålet med prøveprosjektet var å øke kvinnens valgfrihet, og å bedre tilgjengeligheten til abort ved å etablere et lavterskeltilbud med medikamentell abort hos avtalespesialister. Det var også ønskelig å frigjøre noe kapasitet ved helseforetakene. Prøveprosjektet har vært en implementeringsstudie, der man i tillegg til å evaluere pasientenes tilfredshet med prøvetilbudet også ønsket å høste erfaringer fra organisering og samhandling mellom avtalespesialistene og sykehusene.

Prøveprosjektet fant sted i perioden mars 2015–mars 2017, og rundt 500 kvinner deltok i prosjektet.

Denne rapporten oppsummerer erfaringer fra prosjektet og inkluderer tilbakemeldinger fra kvinnene som deltok i prosjektet og fra de ni involverte avtalespesialistene i bykommunene Oslo, Bærum, Stavanger og Bergen.

Tilbakemeldingene er meget positive, men prøveprosjektet har også synliggjort hvilke avklaringer og tilrettelegginger som er nødvendige hvis ordningen skal kunne videreføres og bli et tilbud til kvinner i hele landet. Dette blir det nærmere redegjort for i rapportens siste del.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
1 Bakgrunn	5
1.1 Kort om abort	5
1.2 Hvorfor igangsette et prøveprosjekt?	6
1.3 Ønsket om et lavterskeltilbud	6
2 Gjennomføring av prøveprosjektet	8
2.1 Valg av avtalespesialister og etablering av arbeidsgruppe	8
2.2 Informasjons- og samarbeidsmøte	8
2.3 Vurdering i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk	8
2.4 Avtale mellom RHF og avtalespesialist	9
2.5 Informasjon om prøveprosjektet	9
2.6 Prosedyre	9
2.7 Kartleggings- og evalueringskjema	10
Sentrale spørsmål	12
2.8 Hvorfor valgte kvinnene å benytte seg av tilbudet?	12
2.9 Opplevd trygghet	14
2.10 Tilfredshet med tilbudet	15
2.11 Kontakt med annet helsepersonell/sykehus	16
3 Kontakt med kvinnene	18
3.1 Etterkontroll	18
3.2 Prevensjonsveiledning og prevensjon	19
3.3 Tidsbruk	19
3.4 Ekstra kontakt/oppfølging av kvinnene	21
4 Avtalespesialistenes erfaringer	22
4.1 Oppsummerende tilbakemelding fra avtalespesialistene	22

5	Utfordringer og avklaringer på veien	23
5.1	Juridiske avklaringer	23
5.2	Godkjenning fra fylkesmannen	24
5.3	Utleveringsbestemmelser for legemidler til svangerskapsavbrudd	24
5.4	Registrering i Abortregisteret	24
5.5	Dekning av utgifter i forbindelse med medikamentell abort	25
6	Anbefaling – veien videre	26
6.1	Konklusjon	27
	Vedlegg	28
	Evalueringskjema	29
	Pasientinformasjon	34
	Avtale mellom RHF og avtalespesialist	35

1 BAKGRUNN

1.1 Kort om abort

I 2016 ble det utført i overkant av 13 000 provoserte aborter i Norge. 95 % av abortene var selvbestemte, utført før utgangen av 12. svangerskapsuke (11 uker + 6 dager). De fleste abortene ble utført tidlig i svangerskapet: Ca. 80 % ble utført før utgangen av 9. svangerskapsuke.

Det store flertallet av de selvbestemte abortene gjennomføres i dag medikamentelt. Mens i underkant av halvparten av alle selvbestemte aborter ble gjennomført medikamentelt i 2006, var andelen medikamentelle aborter nærmere 90 % i 2016. Ved noen sykehus utføres det knapt kirurgiske aborter lenger.

Friske kvinner over 18 år kan velge å fullføre aborten hjemme dersom svangerskapet har vart mindre enn 9 uker. Kvinnen tar det første abortfremkallende medikamentet på sykehuset og får deretter med seg de øvrige medikamentene, som hun så tar hjemme etter et fast regime. Hun må ha en voksen person hos seg den dagen hun aborterer.

Kvinnen får frihet til å velge omgivelser og tidspunkt for aborten. Hun kan være i sitt eget hjem, og hun kan velge hvor mange pårørende hun ønsker hos seg. Graden av selvbestemmelse antas å påvirke kvinnens tilfredshet med behandlingen, og muligheten til å slutføre aborten hjemme kan bidra til å øke kvinnens følelse av selvbestemmelse. Studier har vist at kvinner har stor grad av tilfredshet med medikamentell abort som slutføres hjemme.^{1 2 3}

Det er en forutsetning at kvinnen får grundig informasjon om fremgangsmåten og abortforløpet, så hun er best mulig forberedt. Hun må også være kjent med hvem hun kan kontakte ved usikkerhet eller komplikasjoner.

¹ Fielding SL, Edmunds E, Schaff EA. Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: a qualitative analysis of women's experiences. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34:34-40.

² Slade P, Heke S, Fletcher J et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 1288-95.

³ Berer M. Medical abortion: issues of choice and acceptability. *Reprod Health Matters* 2005; 13: 25-34.

1.2 Hvorfor igangsette et prøveprosjekt?

Formålet med prøveprosjektet var å øke kvinnens valgfrihet, og å bedre tilgjengeligheten til abort ved å etablere et lavterskeltilbud hos avtalespesialister som et supplement til tilbudet ved sykehusene. Det var også ønskelig å frigjøre noe kapasitet ved helseforetakene.

Behandlingen skulle være den samme som den som tilbys i regi av sykehusene. Målet var at kvinner som begjærte abort hos en avtalespesialist eller ved et sykehus, skulle få et like godt tilbud.

Prøveprosjektet har vært en implementeringsstudie, altså en utprøving av et tilbud og av tilretteleggingen av dette. I tillegg til å evaluere pasientenes tilfredshet med prøvetilbudet, ønsket en også å høste erfaringer fra organisering og samhandling mellom avtalespesialistene og sykehusene.

Ved å etablere et tilbud om medikamentell abort hos avtalespesialister, ønsket man å:

- utføre medisinsk behandling på laveste, effektive omsorgsnivå
- sikre god kontinuitet i behandlingsforløpet og i oppfølgingen av den enkelte pasient (kvinnen forholdt seg til samme person hele tiden)
- øke valgfriheten for kvinnene

I tillegg var intensjonen å:

- ivareta et større diskresjonshensyn
- avlaste sykehusene, slik at de fikk økt kapasitet til andre pasienter
- bedre den geografiske tilgjengeligheten, ved å forkorte reisetiden for noen

1.3 Ønsket om et lavterskeltilbud

I Norge er svangerskapsavbrudd regulert i abortloven (lov om svangerskapsavbrudd)⁴. Der fremkommer det at behandlingen skal utgå fra offentlige sykehus, der legen har det medisinsk-faglige ansvaret både for aborten og medisinutleveringen.

Ønsket om å gjøre medikamentell abort tilgjengelig hos avtalespesialister er i tråd med anbefalingene fra WHO, som sier at abortbehandling bør være lett tilgjengelig. I henhold til

⁴ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>

WHO's anbefalinger bør imidlertid tilbudet være tilgjengelig på primærhelsetjenestenivå, og med etablerte henvisningsrutiner til spesialisthelsetjenesten.⁵

I Norge har man vurdert det slik at det laveste, effektive omsorgsnivået for medikamentell abort er et lavterskeltilbud hos avtalespesialister, som er en integrert del av spesialisthelsetjenesten.

⁵ World Health Organization DoRHaRWHO. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Switzerland: 2012.

2 GJENNOMFØRING AV PRØVEPROSJEKTET

2.1 Valg av avtalespesialister og etablering av arbeidsgruppe

I samarbeid med fagmiljøet i Norsk gynekologisk forening fant Helsedirektoratet frem til ni avtalespesialister i gynekologi og fødselshjelp (heretter omtalt som avtalespesialister) i bykommunene Oslo, Bærum, Stavanger og Bergen. Disse fikk adgang til å tilby medikamentell abort som hjemmebehandling før utgangen av 9. svangerskapsuke. Avtalespesialister er spesialister som får driftstilskudd fra staten og er en integrert del av spesialisthelsetjenesten.

Det ble tidlig i prosjektet nedsatt en arbeidsgruppe med representanter for avtalespesialistene og fra involverte helseforetak/RHF. Det tok imidlertid flere år å få avklart økonomiske og juridiske problemstillinger knyttet til implementeringen av prosjektet. Selve prøveprosjektet ble derfor først igangsatt våren 2015. Det måtte blant annet innhentes godkjenning fra fylkesmennene for å få utført abort utenfor sykehus, det måtte fastsettes kompensasjon for behandlingen, og det tok tid å få avklart hvordan abortinngrepene skulle rapporteres til Medisinsk fødselsregister. Utfordringene knyttet til etablering av prosjektet er nærmere utdypet i kapittel 6.

2.2 Informasjons- og samarbeidsmøte

Prosjektet forutsatte et nært samarbeid mellom utvalgte sykehus og avtalespesialistene. I september 2014 ble det arrangert et informasjons- og samarbeidsmøte på Gardermoen for alle fagpersonene som ville involveres i prøveprosjektet: Involverte avtalespesialister og deres hjelpepersonell, klinikkoverleger ved helseforetakene og sykepleiere fra de gynekologiske poliklinikkene.

2.3 Vurdering i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Helsedirektoratet sendte en fremleggingsvurdering til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) med forespørsel om behov for godkjenning av prøveprosjektet. Søknaden ble behandlet i september 2014.

Komiteen vurderte at prosjektet falt utenfor REK's mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Formålet med dette prosjektet var imidlertid å prøve ut et helsetjenestetilbud innenfor abortbehandling. Det krevdes altså ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

2.4 Avtale mellom RHF og avtalespesialist

Det ble utarbeidet en avtale mellom det aktuelle RHF-et og avtalespesialistene i regionen som var med i prøveprosjektet (se vedlegg). Avtalen omhandlet bl.a. fastsettelse av kompensasjon for behandlingen, fakturering, registrering av aktivitet og rapportering til Abortregisteret. En kopi av underskrevet avtale ble sendt den aktuelle Fylkesmannen, som hadde gitt de nødvendige godkjenninger for avtalespesialistens deltakelse i prosjektet.

2.5 Informasjon om prøveprosjektet

Prøveprosjektet i perioden 1. mars 2015–31. mars 2017 var et tilbud til abortsøkende kvinner før utgangen av 9. svangerskapsuke. Kvinnene som ønsket å benytte seg av tilbudet måtte være friske og ha fylt 18 år, og de måtte ha anledning til å ha en voksen person hos seg mens abortprosessen var i gang. De måtte også forstå norsk.

Informasjon om prøveprosjektet ble sendt til alle fastlegene i de aktuelle fylkene, aktuelle sykehusavdelinger og helsestasjoner. Videre ble det informert om prosjektet på helsenorge.no og på Helsedirektoratets nettside. I prøveprosjektets slutfase ble det orientert om prosjektet i sosiale medier.

2.6 Prosedyre

Ved første konsultasjon fikk kvinnen både muntlig og skriftlig informasjon, og hun underskrev samtykkeerklæringen om deltakelse i prøveprosjektet. Arbeidsgruppen hadde utarbeidet egen skriftlig pasientinformasjon for utdeling til kvinnene (se vedlegg).

Det ble foretatt en gynekologisk undersøkelse, og en vaginal ultralydundersøkelse for å beregne svangerskapets varighet. Kvinnen fikk deretter 200 mg mifepriston som skulle tas mens hun var hos avtalespesialisten. Virkestoffet i tablettene gjør at livmoren ikke lenger reagerer på kroppens graviditetsbevarende hormon progesteron. Dermed blir den videre utviklingen av graviditeten stanset, og abortprosessen begynner.

Kvinnen fikk med seg hjem en konvolutt med 0,8 mg misoprostol (et prostaglandin som virker riestimulerende) og to ulike smertestillende medikamenter (paracetamol og diclofenac). Misoprostol-tablettene skulle settes vaginalt to dager senere, rundt kl. 08.30. Et detaljert informasjonsskriv om medikamentbruk fulgte med.

Kvinnene ble oppringt fra avtalespesialisten 4–5 timer etter at misoprostol var satt, og de kunne ellers ved behov eller ved spørsmål vedrørende behandlingen ta kontakt med avtalespesialisten på dagtid eller med sykehuset om kvelden/natten.

Etter 2–3 uker ble det gjennomført en etterkontroll, der det ble foretatt en klinisk undersøkelse og en vaginal ultralydundersøkelse for å kontrollere om aborten var fullstendig. Det ble også gitt tilbud om prevensjonsveiledning og prevensjon.

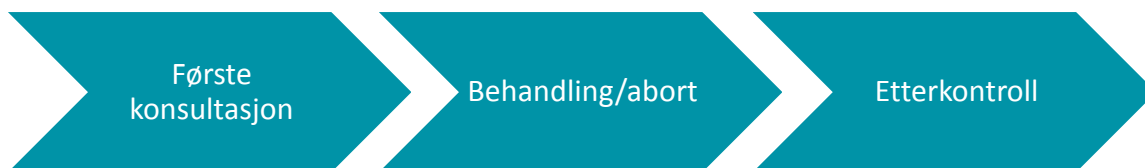
2.7 Kartleggings- og evalueringsskjema

For å evaluere prøveprosjektet (både kvinnenes erfaringer og avtalespesialistenes vurderinger) ble det utarbeidet et kartleggings- og evalueringsskjema som ble utfylt av avtalespesialistene i forbindelse med hver konsultasjon. Totalt 493 evalueringsskjema ble fylt ut. Evalueringsskjemaene inneholdt ingen personidentifiserende opplysninger.

Etter at prosjektet var igangsatt besluttet Helsedirektoratet å utvide skjemaet med flere spørsmål, og det ble utarbeidet et revidert skjema som ble godkjent av arbeidsgruppen. Dette innebærer at en del av rapporteringene ble foretatt på det gamle kartleggings- og evalueringsskjemaet (n = 131; 27,5 %), og at det derfor er en betydelig andel manglende svar på spørsmål som ikke fantes i den første versjonen av skjemaet. Det totale antallet innrapporteringer på det nye skjemaet er imidlertid så stort at analysene bygger på valide data.

I 17 saker ble kvinnen registrert som deltaker i prøveprosjektet, men behandlingen ble ikke igangsatt enten fordi hun ombestemte seg, det viste seg at fosteret var dødt eller hun spontanaborterte. Disse dataene er utelatt fra tallgrunnlaget. Det totale antallet analyserte skjema er derfor 476.

2.7.1 Innhenting av informasjon



Informasjon ble innsamlet ved hjelp av et papirbasert, tredelt kartleggings- og evalueringsskjema (se vedlegg).

Del 1 ble fylt ut ved første konsultasjon, samme dag som det abortfremkallende medikamentet mifepriston blir gitt. Her ble det blant annet registrert informasjon om svangerskapslengde, kvinnens alder, tidligere fødsler og tidligere provoserte aborter.

Del 2 ble fylt ut i forbindelse med at kvinnen ble oppringt to dager senere, ca. 4–5 timer etter at hun hadde satt det rstimulerende medikamentet hjemme. Da ble det blant annet spurt om opplevd trygghet i forbindelse med behandlingen.

Del 3 av skjemaet ble fylt ut ved etterkontrollen, og omhandlet bl.a. blødningsvarighet, eventuell kontakt med sykehus eller andre instanser, og graden av tilfredshet med behandlingen.

2.7.2 Bias – fare for underrapportering

Kvinnernes vurdering av prosjektet ble ikke gitt ved egenrapportering, men som svar på spørsmål stilt av avtalespesialisten. Man kan derfor ikke se bort fra at kvinnene kan ha svart annerledes enn de ville ha gjort hvis de hadde besvart spørsmålene ved egenrapportering.

SENTRALE SPØRSMÅL

2.8 Hvorfor valgte kvinnene å benytte seg av tilbudet?

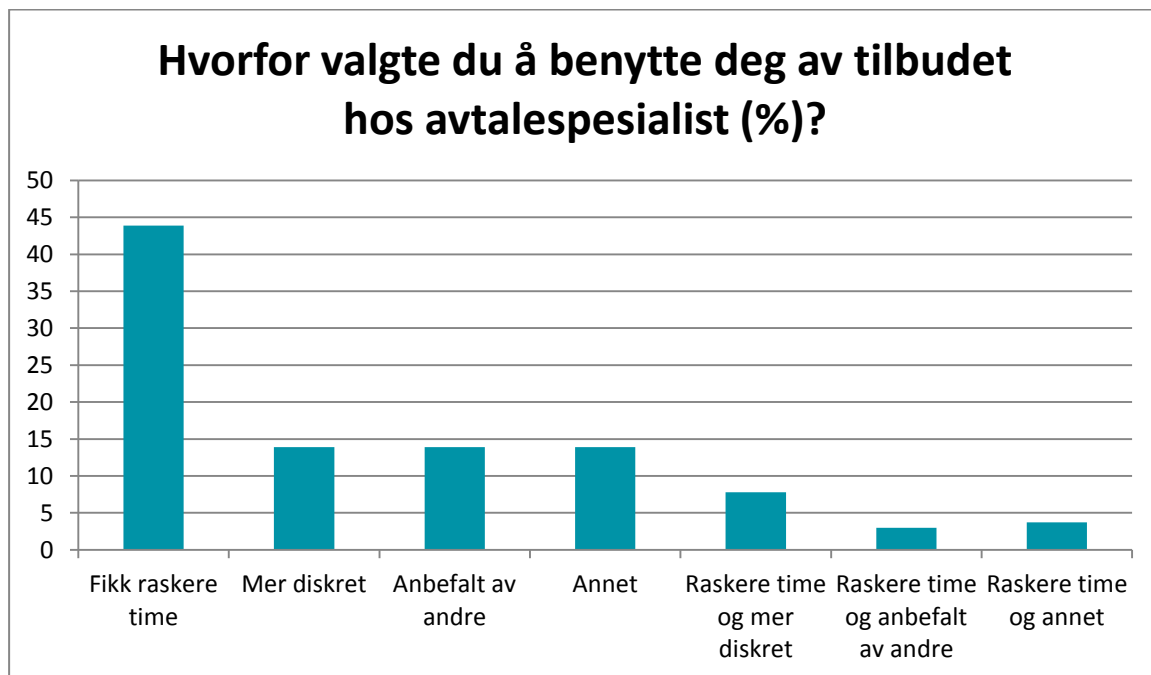
Et av formålene med prosjektet var å øke valgfriheten for abortsøkende kvinner i valg av behandlingsnivå. Et sentralt spørsmål er derfor hvorfor kvinnene valgte å benytte seg av tilbudet om medikamentell abort hos en avtalespesialist i stedet for å få utført aborten på sykehuset.

Det var mulig å krysse av for flere svaralternativer og legge inn fritekst. Blant kvinnene som besvarte spørsmålet (n = 315, mangler: 181), oppga 44 % at eneste grunn til at de valgte å benytte seg av tilbudet hos avtalespesialist, var kortere ventetid for å få time. 15 % sa at dette var én av flere grunner. Tilgjengelighet var med andre ord en viktig motivasjonsfaktor for kvinnene.

I tillegg var ønske om diskresjon en viktig faktor: 22 % av kvinnene oppga diskresjon som eneste grunn, eller som én av flere grunner, til at de valgte å benytte seg av tilbudet hos avtalespesialist. Blant annet oppga én av kvinnene at hun selv jobbet ved sykehuset, og derfor ønsket diskresjon. En annen kvinne fortalte at hun hadde en venninne som var blitt "avslørt" fordi noen fra hennes kultur/miljø hadde lest i journalen hennes og hadde spredd informasjonen videre. Hun fortalte at det var svært viktig med diskresjon i hennes tilfelle.

En del kvinner anførte at tilbudet var blitt anbefalt av andre, blant annet av primærlege/annen lege eller av sykehuset. I tillegg ble følgende forhold nevnt: «Kjente stedet/personalet fra før» (13 kvinner), «Ønsket kvinnelig lege» (2 kvinner), «Følte det var mindre belastende/inngrepene enn å skulle gjøre det på et sykehus» (2 kvinner), «Føltes tryggere» (2 kvinner), «Følte større kontroll og trygghet», «Har sykehus-skrekk», «Dårlig erfaring på sykehuset», «Det er overveldende å være på sykehus», «Gjort det før. Frihet er bra».

Flere av avtalespesialistene opplyser i sin tilbakemelding at kvinnene som deltok i prøveprosjektet ønsket å unngå en «sykehus-setting», og at de var takknemlige for å gjøre dette innen for en mer privat ramme. De ønsket også å forholde seg til én lege.



2.8.1 Hvordan fikk kvinnene kjennskap til prøveprosjektet?

Kvinnene ble spurt om hvordan de fikk vite om muligheten for å ta abort hos en avtalespesialist. Blant de som svarte, oppgir en fjerdedel helsenorge.no som informasjonskilde, 12 % oppgir fastlege, og 8 % venner og bekjente. Mer enn halvparten (56 %) har krysset av for «annet». Her er det i all hovedsak sykehuset eller annen lege som nevnes, men det er også en del som har funnet informasjon ved å søke på nettet.

Svarene må sees i sammenheng med hvordan det ble informert om prosjektet, jfr. punkt 2.5.

2.8.2 Karakteristika hos kvinnene; alder, svangerskapsvarighet og erfaring med fødsel og/eller abort

Median alder hos kvinnene i prosjektet var 30 år (variasjonsbredde 17–47år; 2 kvinner var under 18 år).

Median svangerskapsvarighet bedømt med ultralyd var 43 dager, dvs. 6 uker og 1 dag. Variasjonsbredden var 28–63 dager, noe som tilsvarer 4–9 uker.

41 % (n = 193) av kvinnene i prosjektet var nullipara (hadde ikke tidligere født barn) og 49 % (n = 235) hadde ikke tidligere fått utført provosert abort. Blant dem som tidligere hadde tatt

abort (n = 241), hadde 14 % hatt mer enn én abort. 30 % (n = 143) av kvinnene hadde verken født barn eller tatt abort tidligere.

Det kan være nærliggende å tenke seg at tilbudet om medikamentell abort hos avtale-spesialister var mer attraktivt for kvinner som hadde erfaring med abort eller fødsel fra tidligere, mens kvinner som var førstegangsgravide ville foretrekke å få utført aborten «på vanlig måte» ved sykehuset. Kartleggingen viser da også at om lag to tredjedeler av kvinnene i prosjektet enten hadde født, eller tatt abort tidligere. Men vi fant altså ulike grunner til at kvinnene valgte å benytte seg av tilbudet, og faktorer som diskresjon og kortere ventetid var viktige. Vi har ikke opplysninger om hvordan informasjonen til kvinnene ble gitt, og om det kan ha skjedd en seleksjon med tanke på hvilke kvinner som fikk informasjon om tilbudet.

2.9 Opplevd trygghet

Kvinnene ble spurt om opplevd trygghet to ganger i løpet av abortprosessen:

1. Ca. 4–5 timer etter at det siste abortfremkallende medikamentet ble tatt: «Hvor trygt kjennes det å være hjemme under behandlingen?»
2. I forbindelse med etterkontrollen et par uker etter aborten: «Hvor trygt kjentes det å være hjemme under behandlingen?»

Ved begge anledninger skulle kvinnene oppgi graden av opplevd trygghet på en skala 1–10, der 10 var mest trygt. Kvinner som opplevde det utrygt å være hjemme under behandlingen (skår 1–4 på skalaen), fikk spørsmål om hvorfor hun opplevde det slik.

En kunne anta at tidligere erfaring med abort eller fødsel ville virke inn på opplevelsen av trygghet, men dette var ikke tilfelle. Det var ingen forskjell i opplevd trygghet mellom kvinner som hadde født og/eller tatt abort tidligere, og de som ikke hadde denne erfaringen. Hele 64 % av kvinnene som svarte på spørsmålet (n = 274 av 426) oppga en trygghetsskår på 10 på oppringingsdagen, ca. 18 % oppga en skår på 9, og 12 % på 8. Dette innebærer at hele 94 % av kvinnene sa at de følte seg trygge eller svært trygge under aborten.

På etterkontrollen oppga totalt 93 % av kvinnene at de hadde følt seg trygge eller svært trygge under aborten: Hele 73 % av dem som besvarte spørsmålet (n = 288 av 394) oppga en trygghetsskår på 10, knapt 11 % oppga en skår på 9, og ca. 9 % på 8.

Med forbehold om mulig underrapportering, oppga altså så å si alle kvinnene at de følte seg trygge mens abortprosessen var i gang, og andelen som følte seg svært trygge økte ytterligere når trygghetsopplevelsen ble vurdert i etterkant (fra 64 % til 73 %).

Bare 5 kvinner svarte at de opplevde det som utrygt både under og etter aborten (trygghetsskår i området 1–4 på trygghetsskalaen). Årsaker som ble oppgitt i kommentarfeltet var: «uansvarlig, helt forferdelig pga. smerte», «redd for å se fosteret», «skummelt å gjøre det alene».

2.10 Tilfredshet med tilbudet

2.10.1 Kvinnenes opplevelse av aborten

Tidligere erfaring med fødsel eller abort kan også virke inn på opplevelsen av smerte og blødningsmengde. Svarene fra kvinnene kan si noe om opplevelsen ved å utføre en abort: Opplevde de at aborten var lettere enn forventet, som forventet, eller tøffere enn forventet?

42 % (n = 173) av de 409 kvinnene som besvarte spørsmålet, opplyste i forbindelse med etterkontrollen at de opplevde aborten som lettere enn forventet, 37 % som forventet, mens 20 % opplevde aborten som tøffere enn forventet.

En gjennomgang av datamaterialet viser ikke uventet at en større andel av kvinnene som ikke tidligere har vært gravide opplevde aborten som tøffere enn forventet, nemlig 29 %, mot 17 % av kvinnene som hadde født eller tatt abort tidligere.

Kartleggingen viser at mange kvinner opplevde å ha moderate til sterke smerter under aborten. Ved medikamentell abort er smerter en hyppig rapportert bivirkning og en konsekvens av behandlingen. Funnene i prøveprosjektet tilsvarer det som rapporteres i andre studier.⁶ Tilbakemeldingen fra kvinnene kan tyde på at de som tidligere hadde født barn oppga lavere grad av smerte, sammenlignet med kvinner som ikke hadde født.

2.10.2 Hvis det ble aktuelt å ta abort på ny, hva ville kvinnen ha valgt da?

Kvinnene ble spurt om hva de tror de ville ha valgt hvis det ble aktuelt å ta abort på ny. Svaralternativene var «hjemmeabort, slik du har gjort det her», «hjemmeabort i regi av et sykehus» og «å være på sykehus under aborten».

96 % (n = 390) av totalt 406 kvinner som besvarte spørsmålet, oppga at de ville valgt medikamentell abort hos en avtalespesialist. De resterende 4 % svarte at de ville valgt å være på sykehus under aborten. Flere av de sistnevnte hadde kontaktet annet

⁶ Løkeland M, Iversen OE, Engeland A, Økland I, Bjørge L. Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014; 93: 647-53.

helsepersonell under abortprosessen, blant annet på grunn av ekstrem svangerskapskvalme, feber eller behov for innleggelse, eller for å få ytterligere smertelindring.

Det er verdt å minne om at kvinnenes svar på hva de ville ha valgt ved en senere anledning ikke baserte seg på egenrapportering, men var et svar på direkte spørsmål fra gynekologen. En kan derfor ikke se bort fra at kvinnene kan ha svart annerledes enn de ville ha gjort hvis de hadde besvart spørsmålene ved egenrapportering. Det er likevel klart at de fleste kvinnene var meget godt fornøyd med tilbudet.

2.10.3 Ville kvinnene anbefalt medikamentell abort hos avtalespesialist til andre i samme situasjon?

Kvinnene ble også spurt om de ville ha anbefalt medikamentell abort hos avtalespesialist til andre i samme situasjon. Hele 97 % (n = 392) av 406 kvinner som besvarte spørsmålet, svarte bekræftende på dette. De som ikke ville anbefale tilbudet (n = 13) oppga følgende begrunnelser: «ville anbefalt kirurgisk abort», «avhenger av person og situasjon», «for smertefullt», «kan oppleves tryggere på sykehus», «mislykket prosedyre og derfor vanskelig å anbefale», «mye kvalme under aborten, og ville derfor foretrukket kirurgisk abort», «mener det ville vært tryggere for en ung kvinne som ikke har født å være på sykehus pga. kraftige blødninger», «uansvarlig», «helt forferdelig pga. smerte» og «redd for å se fosteret».

2.11 Kontakt med annet helsepersonell/sykehus

Kvinnene fikk spørsmål om de hadde ringt til eller oppsøkt legevakt, fastlege eller sykehus under abortprosessen for å få trøst eller svar på spørsmål knyttet til aborten. Omfanget av kontakt med annet helsepersonell/sykehus kan si noe om opplevd trygghet, og om utfordringer og komplikasjoner utenom avtalespesialistenes åpningstid. (Avtalespesialistene i prosjektet praktiserte ulike løsninger med hensyn til tilgjengelighet utenom ordinær åpningstid.)

I overkant av 90 % (n = 363) av 403 kvinner svarte nei på spørsmålet, mens 9 % (n = 36) svarte bekræftende. Blant de sistnevnte var det hovedsakelig utfordringer knyttet til blødning, og i noen grad smerter, som ble oppgitt som årsak til kontakten. Andre årsaker som ble nevnt er spørsmål knyttet til medikamentbruk (blant annet behov for ytterligere misoprostol eller smertestillende), og spørsmål knyttet til sykdom, sykdomsfølelse eller komplikasjoner (feber, kvalme/oppkast, sykmelding eller behov for utskrapning). Noen få

kvinner oppga at de tok kontakt fordi de var urolige/usikre, blant annet svarte en av kvinnene at «ting gikk ikke helt som beskrevet i papirene. Derfor usikker».

Ansatte ved involverte sykehusavdelinger meldte om få henvendelser fra kvinner som deltok i prøveprosjektet. De hadde inntrykk av at prosjektet var vellykket og var et fint supplement til tilbudet ved sykehuset.

3 KONTAKT MED KVINNENE

3.1 Etterkontroll

For å sikre en grundig evaluering av prøveprosjektet var det besluttet at alle kvinnene skulle innkalles til etterkontroll. Kvinnene fikk avtale om en kontrolltime 2–3 uker etter selve aborten. 87 % (n = 415) av de 476 kvinnene i prosjektet møtte til etterkontroll.

Der kvinnene ikke møtte, har gynekologene oppgitt at kvinnen ikke ønsket kontroll, eller ikke møtte til kontroll til tross for (ofte gjentatte) purringer. I enkelte tilfeller ble det oppgitt at kvinnen hadde flyttet, og derfor ikke møtte.

Tilbudet om etterkontroll var et ekstra tilbud sammenlignet med det som var og er vanlig praksis ved sykehusene. Kvinner som tar abort på sykehus, eller fullfører aborten hjemme etter oppstart på sykehuset, får beskjed om å ta en graviditetstest etter 4 uker, og de får beskjed om å kontakte helsetjenesten hvis det er behov for hjelp av noe slag. Det er ingen rutine med etterkontroll ved sykehuset eller hos fastlegen etter provosert abort.

Kvinnene som deltok i prøveprosjektet fikk derimot en ettersamtale med avtalespesialisten, og en ultralydundersøkelse for å kontrollere at aborten var fullstendig. Som forventet ble det rapportert en del funn av «rester» i livmoren – som nok i de fleste tilfellene ville ha tømt seg spontant, uten behov for oppfølging.

Enkelte kvinner hadde også behov for oppfølging på sykehuset. Medisinsk sett er det imidlertid ikke behov for rutinemessig etterkontroll, men som en av avtalespesialistene uttrykte det:

«Selv om dette medisinsk sett ikke er strengt nødvendig, så har det følelsesmessig vært en god avrundning på noe som ikke er lett for noen. Alle har hatt spørsmål og tanker de har hatt behov for å dele. Noen pasienter, som ikke har hatt anledning til å komme til vanlig kontroll etter 2-3 uker, har møtt opp mange uker etterpå. Og det er selvfølgelig en svært god anledning til å sikre seg at kvinnene får prevensjon i etterkant.»

3.2 Prevensjonsveiledning og prevensjon

I henhold til abortloven § 14 a skal en kvinne som har fått utført abort gis veiledning om svangerskapsforebyggende tiltak, når hun ber om det.

Av de 19 kvinnene som tidligere hadde hatt gjentatte (3–5) provoserte aborter, var det 2 som ikke møtte til etterkontrollen. Blant de 38 kvinnene som tidligere hadde tatt abort 2 ganger, ble det gitt prevensjonsveiledning til 25.

Av totalt 415 kvinner som møtte til etterkontroll, fikk 120 kvinner (29 %) satt inn spiral, og ytterligere 4 skulle komme tilbake for å få spiral senere, pga. fortsatt mye blødning på tidspunktet for etterkontrollen. 11 kvinner fikk satt inn p-stav.

I kartleggingsskjema ble det bare spurt eksplisitt om langtidsvirkende prevensjon, men i 25 skjema har avtalespesialisten oppgitt i kommentarfeltet at det har blitt skrevet ut resept på p-piller, og i noen få tilfeller har kvinnen fått p-ring eller p-sprøyte. I 9 tilfeller oppgis det at kvinnens partner skal steriliseres, og i ett tilfelle at pasienten ønsker å sterilisere seg.

75 % av kvinnene som møtte til etterkontroll (n = 311 av 415) ble gitt prevensjonsveiledning. 135 kvinner fikk langtidsvirkende prevensjon, mens 32 valgte andre prevensjonsmidler. Dette innebærer at 40 % av kvinnene fikk prevensjon i forbindelse med etterkontrollen.

3.3 Tidsbruk

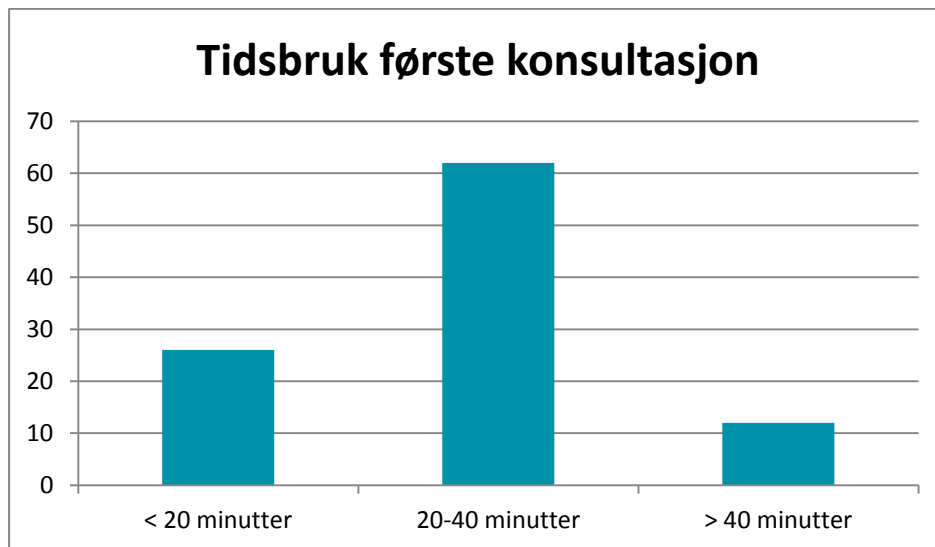
Første konsultasjon

Ved første konsultasjon fikk kvinnen opplysning om inngrepets art og medisinske virkninger og fikk tilbud om informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne. Hun fikk både muntlig og skriftlig informasjon om prøveprosjektet, og underskrev samtykkeerklæringen om deltakelse.

Videre ble det foretatt en gynekologisk undersøkelse, og vaginal ultralydundersøkelse for å beregne svangerskapets varighet. Kvinnen fikk deretter en tablett mifepriston som hun tok mens hun var hos avtalespesialisten, og hun fikk med seg hjem en konvolutt med de øvrige medikamentene (nærmere beskrevet i kapittel 2.6). Kvinnen fikk med seg et utførlig informasjonsskriv, telefonnummer til avtalespesialisten som kunne kontaktes på dagtid, og henvisning og telefonnummer til gynekologisk avdeling ved det lokale sykehuset, dersom det skulle bli behov for å ta kontakt på kvelds- eller nattestid. Det ble også gjort en avtale om

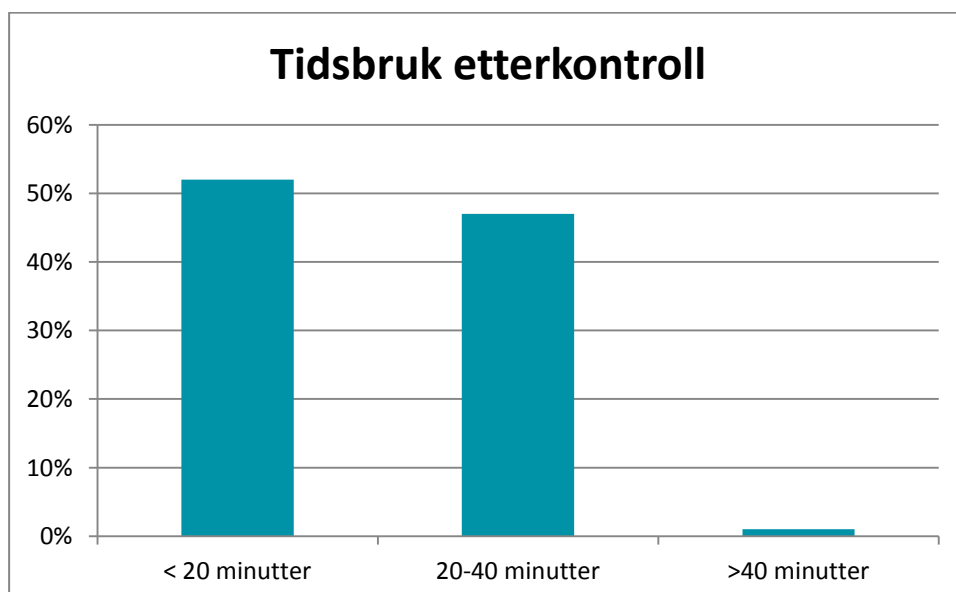
telefonoppringing fra avtalespesialistkontoret den dagen det siste abortfremkallende medikamentet skulle tas, og en avtale om kontroll hos avtalespesialisten etter 2–3 uker.

Som det fremgår av figuren nedenfor varte 62 % av førstegangskonsultasjonene mellom 20 og 40 minutter, mens 26 % tok under 20 minutter, og 12 % mer enn 40 minutter.



Etterkontroll

På etterkontrollen ble det foretatt klinisk undersøkelse og vaginal ultralydundersøkelse. Det ble også gitt tilbud om prevensjonsveiledning og prevensjon. Som det fremgår av søylediagrammet tok etterkontrollen i halvparten av tilfellene under 20 minutter, 47 % tok mellom 20 og 40 minutter og 1 % mer enn 40 minutter.



Avtalespesialistene beskrev kvinnene som deltok i prøveprosjektet som en ganske tidkrevende gruppe. Som en av avtalespesialistene formulerte det:

«Tidsmessig har en del pasienter trengt mer enn to konsultasjoner. Konsultasjonene må dessuten ha rom og tid for trøst og støtte, i tillegg til det rent praktiske. Vanlig konsultasjonstid på 20 minutter er i underkant. Oftest hadde jeg disse pasientene på slutten av dagen, så det ikke var tidspress.»

Avtalespesialistene erfarte også at det var viktig å legge første konsultasjon til mandag, tirsdag eller onsdag, slik at oppringing/oppfølging ble avsluttet før helgen.

3.4 Ekstra kontakt/oppfølging av kvinnene

Avtalespesialistene skulle oppgi om kvinnen hadde hatt ekstra samtale(r) eller konsultasjon(er) med dem mellom de to konsultasjonene, og eventuelt hvor mange.

Dette var et av spørsmålene som først kom med i det reviderte kartleggings skjemaet, og bare 20 % har besvart spørsmålet (n = 97 av 476). Av disse oppgir imidlertid 33 % at kvinnene har hatt en eller flere henvendelser til dem mellom de to konsultasjonene.

4 AVTALESPEKIALISTENES ERFARINGER

4.1 Oppsummerende tilbakemelding fra avtalespesialistene

Avtalespesialistene i prøveprosjektet har samlet gitt følgende tilbakemelding:

«Avtalespesialistene som har deltatt i pilotprosjektet er alle av den oppfatning at det har vært givende å jobbe med denne pasientgruppen, og at det ligger godt til rette for å kunne tilby denne behandlingen i avtalepraksis. Kvinnene har vært takknemlige for tilbudet om behandling utenfor sykehus. De har følt seg godt ivaretatt, og gitt uttrykk for stor tilfredshet og trygghet i forhold til behandling og oppfølging. Samarbeidet med sykehusene har vært godt, både med hensyn til informasjon om pilotprosjektet, videreformidling av pasienter til prosjektet, samt håndtering av de få kvinnene som har hatt behov for sykehusressurser i løpet av behandlingen.

Utfordringen i avtalepraksis er den store pågangen av pasienter. Vår erfaring med prosjektet er at kvinner med denne problemstillingen krever noe mer tid enn gjennomsnittet. Om helsemyndighetene ønsker at vi skal ta deler av denne pasientgruppen, forutsetter det en prioritering av oppgaver og adekvat kompensasjon gjennom Normaltariffen. Det vil også være behov for nye avtalehjemler. Problemstillingen er videre av en slik karakter, at det må være opp til hver enkelt avtalespesialist om man ønsker å søke om godkjenning fra myndighetsinstans for å kunne utføre behandlingen. Det vil være et krav om elektronisk rapportering til Abortregisteret, og den kostnaden kan ikke belastes den enkelte lege.»

5 UTFORDRINGER OG AVKLARINGER PÅ VEIEN

5.1 Juridiske avklaringer

Det ble i juni 2014 avholdt et møte med Helse- og omsorgsdepartementet og aktuelle fylkesmenn for å avklare juridiske fortolkninger av abortloven § 3 i forbindelse med pilotprosjektet.

Det fremgår av abortloven § 3 at: *«Inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan bare utføres i sykehus. Inngrep som utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kan også utføres i annen institusjon som fylkesmannen har godkjent.»*

Møtet konkluderte med følgende:

Det følger av Ot.prp. nr 38 (1974-1975) at det ut fra medisinske hensyn ikke er noe som taler mot at svangerskapsavbrudd i de første ukene (før utgangen av 12. svangerskapsuke) utføres i annen institusjon enn sykehus, forutsatt at man har sikkerhet for at helsehjelpen gjennomføres av en kyndig lege under betryggende omstendigheter, og at det er avtalt adgang for vedkommende lege til å overføre kvinnen til sykehus dersom det skulle inntre komplikasjoner.

Begrepet "annen institusjon" i abortloven § 3 er ikke et entydig begrep. Etter departementets syn er det ikke noe prinsipielt i veien for å bruke begrepet institusjon om en slik "særskilt organisert virksomhet", som prøveprosjektet legger opp til. Det vises til at prøveprosjektet vil inneholde følgende elementer:

- spesialist i gynekologi
- faglige og organisatoriske retningslinjer fra Helsedirektoratet
- kvinnen kan henvende seg direkte til sykehuset i den tiden svangerskapsavbruddet pågår og i en viss tidsperiode i etterkant
- samarbeidsavtale mellom helseforetak og avtalespesialist
- kvinnene sikres god oppfølging etter inngrepet

5.2 Godkjenning fra Fylkesmannen

Det måtte innhentes godkjenning for den enkelte avtalespesialist hos fylkesmannen i det fylket avtalepraksisen befant seg. I forkant av godkjenningen måtte fylkesmannen bringe på det rene at avtalespesialisten hadde den nødvendige kompetanse, adgang til nødvendig utstyr og at det var avtalt adgang for vedkommende lege til å overføre kvinnen til sykehus dersom det skulle oppstå komplikasjoner.

Det ble søkt samlet godkjenning for de avtalespesialistene som skulle delta i pilotprosjektet i hvert av de tre fylkene. Fylkesmannen i Rogaland og Hordaland godkjente uten videre avtalespesialistene i sine fylker. Fylkesmannen i Oslo og Akershus godkjente avtalespesialistene der etter et ekstra møte med Helsedirektoratet og HOD, og etter ytterligere gjennomgang av tiltakene i prosjektet og de juridiske forarbeidene til forskriftsendringer.

5.3 Utleveringsbestemmelser for legemidler til svangerskapsavbrudd

For at avtalespesialistene skulle få utlevert abortmedikamenter, var det nødvendig å endre medikamentutleveringsbestemmelsene for aktuelle abortmedikamenter i prosjektperioden.

Statens legemiddelverk foretok i 2012 en vurdering av om det var mulig å endre gjeldende utleveringsbestemmelsen for mifepriston og misoprostol til svangerskapsavbrudd, og skrev i sitt brev datert 22. oktober 2012:

Legemiddelverket har fattet vedtak om at utleveringsbestemmelsen endres til følgende ordlyd for Mifegyne og Mifepristone Linepharma, samt innføres for Sunmedabon: «Til sykehus eller annen institusjon som har fylkesmannens godkjenning for å utføre svangerskapsavbrudd».

5.4 Registering i Abortregisteret

Det var en langvarig prosess å få avklart hvordan meldeplikten om svangerskapsavbrudd skulle oppfylles. Denne krever melding til Abortregisteret i Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet (FHI). Konklusjonen ble at FHI som databehandlingsansvarlig for registeret måtte ta i mot og behandle papirmeldinger fra avtalespesialistene i prosjektperioden. Registrering av meldeskjemaene i papirversjon medførte en ekstrakostnad på kr 51 750, som Helsedirektoratet dekket.

Det lot seg ikke gjøre å få på plass elektronisk innmelding fra avtalespesialistene til Abortregisteret i løpet av prosjektperioden. Helse- og omsorgsdepartementet fant det heller ikke mulig å gi avtalespesialistene unntak fra meldeplikten til Abortregisteret for de medikamentelle abortene som ble utført i prøveprosjektperioden. Folkehelseinstituttet har derfor mottatt og behandlet meldeskjemaene i papirversjon gjennom hele prosjektperioden.

Abortregisteret gikk i juni 2017 over til en ny dataløsning for registrering av svangerskapsavbrudd. I det nye systemet er det ikke mulig å motta papirmeldinger. Ved et eventuelt fremtidig tilbud om medikamentell abort hos avtalespesialister vil det derfor være nødvendig å få på plass en løsning for elektronisk innmelding fra avtalespesialistene til Abortregisteret.

5.5 Dekning av utgifter i forbindelse med medikamentell abort

Det ble fastsatt en kompensasjon på kr 2700, som skulle dekke det ordinære medisinske tilbudet ved medikamentell abort hos avtalespesialist. Inkludert i summen var kompensasjon for etterkontrollen etter gjennomført abort, som ble refundert med kr 700. Avtalespesialistene sendte faktura til eget RHF innen tre måneder. Fakturaen måtte inneholde oversikt over antall behandlinger som skulle refunderes.

Ved behov for ytterligere kontroller/konsultasjoner ble disse refundert fra HELFO på vanlig måte.

6 ANBEFALING – VEIEN VIDERE

Prøveprosjektet om medikamentell abort hos avtalespesialister har gitt erfaringer med utprøving av et nytt helsetjenestetilbud i Norge. Tilfredsheten med tilbudet var høy hos de aller fleste kvinnene som deltok i prosjektet. 96 % oppga at de tror de ville ha valgt samme tilbud hvis de senere i livet måtte ta abort, og 97 % ville anbefalt tilbudet til en venninne. Funnene samsvarte med resultatene fra andre studier, der man har vurdert pasienttilfredshet ved medikamentell abort i sykehus som slutføres hjemme.

Prøveprosjektet viste at kvinnene opplevde en stor grad av trygghet og var godt fornøyde med tilbudet, uavhengig av hvordan de vurderte blødningsmengden og graden av smerte, og uavhengig av tidligere erfaring med fødsler og abort. Den grundige skriftlige informasjonen ble vurdert som helt avgjørende, uansett hvor godt kvinnene ble muntlig informert.

I prøveprosjektet valgte kvinnene selv å benytte tilbudet om medikamentelt svangerskapsavbrudd hos avtalespesialist. Graden av selvbestemmelse antas å påvirke pasienters tilfredshet med behandlingen, og det er rimelig å anta at valg av behandlingssted også kan være av betydning for kvinnens opplevelse av trygghet og tilfredshet med tilbudet.

Tilbudet om abort hos avtalespesialist muliggjorde diskresjon og en annen «setting» enn ved sykehuset. Det var enklere å få time til abort tidligere i svangerskapet. Prøveprosjektet dokumenterte at medikamentell abort hos avtalespesialister var et godt supplement til tilbudet ved sykehuset, og at det kan anbefales til abortsøkende kvinner med svangerskapsvarighet under 9 uker.

Skal prøveprosjektet legges til grunn for et permanent tilbud, er det imidlertid flere forhold som må på plass:

- **Hjemmelsgrunnlag:** Dersom ordningen skal gjøres permanent, anbefales det at hjemmelsgrunnlaget for ordningen blir gjort tydeligere, eventuelt med en lovendring.
- **Samarbeidsavtaler med sykehuset:** Ikke uventet fikk noen kvinner behov for å kontakte sykehus/annet helsepersonell utenom avtalespesialistenes åpningstid. Det er derfor viktig at det foreligger en klar samarbeidsavtale mellom avtalespesialisten og sykehuset. Avtalen må innebære at kvinnen kan henvende seg til sykehuset ved spørsmål eller akutt behov for hjelp om natten og i helgene. Dette var ikke spesifisert i avtalen mellom RHF-et og avtalespesialistene i prøveprosjektet.

- **Elektronisk meldeskjema:** Ved et eventuelt fremtidig tilbud er det nødvendig å ha på plass en løsning for elektronisk innmelding fra avtalespesialistene til Abortregisteret.
- **Tilgjengelighet:** Ved et fremtidig tilbud vil det måtte være opp til hver enkelt avtalespesialist om man ønsker å søke om godkjenning fra fylkesmannen for å kunne utføre behandlingen. Antall hjemler kan måtte vurderes.

6.1 Konklusjon

Prøveprosjektet har bekreftet at det store flertallet av kvinnene er fornøyde med å motta abortbehandling hos avtalespesialist. Medikamentell abort hos avtalespesialist vurderes ut fra resultatene i dette prosjektet å være et godt supplement til allerede eksisterende tilbud ved sykehusene.

VEDLEGG

EVALUERINGSSKJEMA

Medikamentell hjemmeabort

1. trimester (<63 dager)

Utfylles av avtalespesialist

Der det er flere svaralternativer, sett ring rundt riktig svar.

Fylles ut ved første konsultasjon

Journal

Årstall:					
Legenummer:					
Kvinnens alder:		Gravida:		Para:	
Provoserte aborter (totalt):		Tidligere medikamentell hjemmeabort?		JA	NEI
		Tidligere medikamentell abort på sykehus?		JA	NEI
Siste mens:		Graviditetslengde (u+d):			
CRL v/ul (mm):		Graviditetslengde v/ul:			

Prosedyre

Mifepristone (Mifegyne®) 200 mg tabletter gitt:	JA	NEI
Graviditetslengde er da (u+d):		
Misoprostol (Cytotec®) 0,8 mg vagitorier gitt:	JA	NEI
Er følgende medikamenter utlevert mifepristone-dagen?		
Tablett Cytotec® 0,2 mg (4 tabletter + 2 tabletter ekstra)	JA	NEI
Tablett Paracet® 500 mg, 6 tabletter	JA	NEI
Tablett Diclofenac® 50 mg, 4 tabletter	JA	NEI
Tablett Afipran® 10 mg, 3 tabletter	JA	NEI

Fylles ut to dager etter første konsultasjon

Oppringning Cytotec®-dagen

Oppringning foretatt av:	Gynekolog	Annet personale		
Klokken, telefon:	Klokken tatt Cytotec®:			
Hvor mye smerter har du?				
Ingen	Lett	Moderat	Sterke	
Hvor mye blør du?				
Blør ikke	Lite	Moderat	Mye	Svært mye (6 nattbind på 2 timer)
Hvor trygt kjennes det å være hjemme under behandlingen? På en skala 1-10, der 10 er mest trygt:				
Hvis du opplever det utrygt å være hjemme under behandlingen (1-4), hvorfor opplever du det slik?				
Er det noe (annet) du lurer på?				

Fylles ut ved andre konsultasjon

Kontroll etter 2-4 uker

Møtt til kontroll dato:		Ikke møtt til kontroll. Purret dato:	
Ultralrydfunn:			
Vitalt foster	Avdødt foster	Intrauterint innhold (mm):	
Blør du enda?			JA NEI
Hvor mange dager blødde du?			
Hvor mye blødde du?			
Ingenting	Lett	Moderat	Mye Svært mye
Tok du ekstra Cytotec?			JA NEI
Ringte du til eller oppsøkte du legevakt, fastlege eller sykehus under abortprosessen for å få trøst eller svar på spørsmål knyttet til aborten?			JA NEI
Hvis ja – antall kontakter?			
Hvis ja – hva var årsaken til kontaktene?			
Blødning	Smerte	Ønsket trøst/støtte	Ønsket mer informasjon
Annet, spesifiser:			
Hvor trygt kjentes det å være hjemme under behandlingen? skala 1-10, der 10 er mest trygt:			På en
Hvordan opplevde du aborten?			
Lettere enn forventet	Som forventet	Tøffere enn forventet	
Hvis det var aktuelt å gjøre det på nytt, hva ville du velge?			
Hjemmeabort slik du har gjort det her	Hjemmeabort i regi av et sykehus	Være på sykehus under aborten	
Ville du anbefalt hjemmeabort hos en privat gynekolog til andre i samme situasjon?			JA NEI

Hvis ikke, hvorfor ville du ikke det?			
Hvorfor valgte du å benytte deg av tilbudet om medikamentell hjemmeabort hos en privat gynekolog i stedet for å få aborten utført i regi av et sykehus?			
Det var raskere å få time	Ønsket diskresjon	Fikk anbefalt det av andre	
Annet, spesifiser:			
Hvordan fikk du vite om muligheten for å ta abort hos en privat gynekolog?			
Fastlege	Helsestasjon for ungdom	Helsenorge.no	Venner
Annet, spesifiser:			
Er spiral satt inn v/kontroll:		JA	NEI
Er implantat (p-stav) satt inn v/kontroll:		JA	NEI
Er prevensjonsveiledning blitt gitt i etterkant av behandlingen?		JA	NEI

Fylles ut i etterkant av andre konsultasjon

Tidsbruk avtalespesialist

Hver behandling er antatt å inkludere to konsultasjoner. I begge konsultasjonene gjennomføres samtale og ultralydundersøkelse, hver på 20 minutter, altså 40 minutter totalt per konsultasjon.

Tidsbruk første konsultasjon:

<20 min

20-40 min

>40 min

Tidsbruk 2-ukerskontroll:

<20 min

20-40 min

>40 min

Har kvinnen hatt ekstra samtale(r)/konsultasjon(er) med deg mellom de to konsultasjonene, eventuelt hvor mange?

JA

NEI

Antall:

Har kvinnen hatt behov for sykemelding, eventuelt hvor mange dager?

JA

NEI

Antall:

Kommentarer til prosjektet:

PASIENTINFORMASJON

Til deg som skal ta medikamentell hjemmeabort

Medikamentell abort blir gjort ved hjelp av tablettene Mifegyne og Cytotec. Mifegyne stopper svangerskapet, og denne tablettene tar du på legekantoret. Aborten fullføres ved at du tar Cytotec tabletter hjemme. Cytotec gjør at innholdet i livmoren støtes ut.

SAMMENDRAG

<i>Dato</i>	<i>Hvor og når</i>	<i>Hva</i>
	Første dag (legekantoret)	Du tar Mifegyne på legekantoret.
	To dager senere (hjemme)	Du setter Cytotec i skjeden kl. 08:30, og vil da abortere i løpet av 4-6 timer.
		Du blir oppringt fra legekantoret ca. kl. 13:00 for å høre hvordan det går.
	To uker senere (legekantoret)	Etterkontroll.

SLIK FOREGÅR PROSESSEN

Første dag

Abortprosessen er i gang når du har tatt den første tablettene (Mifegyne) på legekantoret. Du kan få litt blødinger og magesmerter de neste dagene, men ikke alle får det. Noen kan oppleve å abortere som følge av Mifegyne. Dersom det skjer, skal du ta kontakt med legekantoret.

To dager senere/abortdagen

Fra legekantoret har du fått med deg disse medikamentene:

- Til å sette i skjeden: Cytotec 0,2 mg, 4 tabletter + 2 ekstra
- Til å svelge:
 - Paracet 500 mg, 6 tabletter (smertestillende)
 - Diclofenac 50 mg, 4 tabletter (smertestillende)
 - Afipran 10 mg, 3 tabletter (kvalmestillende)

Dagen du skal fullføre aborten hjemme skal du ikke være alene, men ha en voksen person hos deg.

1. Start med å late vannet slik at blæren er tom.
2. Sett fire tabletter Cytotec i skjeden kl. 08:30.
3. Svelg to tabletter Paracet og to tabletter Diclofenac mot smerte, og en tablett Afipran mot kvalme.
4. Du blir ringt opp av helsepersonell fra legekantoret ca. kl. 13.00 på selve abortdagen fordi vi vil høre hvordan det går med deg.

Det er vanlig at det tar 4-6 timer fra du setter Cytotec i skjeden, til du har abortert. Om du ikke har abortert etter 4-6 timer legger du 2 tabletter Cytotec under tungen.

Du kan spise og drikke som du vil, og leve så normalt som mulig. Det er en fordel å holde seg i aktivitet, da det kan få fortgang i prosessen og hjelper mot smerter.

Smerter og blødning på abortdagen

Du kan få sterkere smerter enn menstruasjonssmerter, spesielt når kroppen er i ferd med å støte ut innholdet i livmoren. Det er også normalt at du får blødning med blodklumper (koagler), og du må være forberedt på at du blør kraftigere enn ved en vanlig menstruasjon. Vanligvis har du nok smertestillende med de tablettene du allerede har tatt. Etter 3-4 timer kan du ta nye smertestillende dersom du har behov for det. Da tar du to tabletter Paracet og 1 tablett Diclofenac. En varmeflaske på magen kan også hjelpe mot smerter.

To uker senere

Du har fått avtale om kontrolltime om 2 - 4 uker.

Dato: _____

Klokkeslett: _____

Etter aborten bør du være oppmerksom på følgende:

- Menstruasjonen kommer vanligvis tilbake 4-6 uker etter aborten. Den første menstruasjonen er ofte kraftigere og mer langvarig enn den vanligvis er
- Menstruasjonsliknende mørk blødning og utflod kan forekomme helt frem til neste menstruasjon
- Samleie og karbad bør du unngå så lenge du blør
- Smerter som ved menstruasjon kan forekomme
- Dersom du skal starte med p-piller, kan du starte om kvelden du fullfører aborten eller morgenen etter
- Normalt blir du sykmeldt i 3 dager, inkludert den dagen du aborterer
- En graviditetstest kan gi positivt resultat i opptil 3-4 uker etter aborten
- Du kan trene og være i normal aktivitet
- Du kan få innsatt spiral/p-stav ved kontrollen

Ta kontakt med lege dersom du:

- Ikke har abortert innen 24 timer fra du har tatt Cytotec
- Blør mer enn at du kan fylle 6 nattbind/store bind på 2 timer
- Får feber (temperatur over 38 grader)
- Har kraftig blødning med klumper i mer enn 14 dager
- Har smerter som varer mer enn 14 dager

Du kan ta kontakt med:

Legekantoret på dagtid på telefon _____

Sykehuset hele døgnet på telefon _____

AVTALE MELLOM RHF OG AVTALESPEKIALIST

Avtale om utføring av medikamentell abort hos avtalespesialist

1. Avtaleparter

Avtaleparter er:

Helse Vest RHF

Organisasjonsnr.: 983 658 725

Adr.: Postboks 303 Forus postnr.: 4066 sted: Stavanger

og

Navn: N.N.

Praksisadresse : _____

Postnr.: _____ Sted: _____

Mobiltelefon: _____

Organisasjonsnr.: _____

2. Bakgrunn for avtalen og prosjektet

I Statsbudsjettet for 2011, samt i oppdrag til Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det gitt følgende oppdrag:

«Det skal iverksettes et to års prøveprosjekt som gir privatpraktiserende gynekologer med avtale (avtalespesialister) med de regionale helseforetak (RHF) adgang til å tilby medikamentelt utført svangerskapsavbrudd (abortpille) som hjemmebehandling før utgangen av 9. svangerskapsuke».

3. Beskrivelse av prosjektet

Målet for prosjektet er at kvinner som begjærer abort hos avtalespesialistene skal få et like godt tilbud som det eksisterende ved sykehusene.

Ved å etablere tilbud om medikamentell abort hos avtalespesialister ønsker man:

- å utføre medisinsk behandling på laveste, effektive nivå
- god kontinuitet i behandlingsforløpet
- økt valgfrihet for kvinnene

Ved begjæring om abort kan kvinnene ta direkte kontakt med avtalespesialisten eller henvises via sin fastlege. Det er imidlertid ikke nødvendig med henvisning fra fastlegen. Dette tilsvarer dagens ordning med tilbud om abort utført på sykehus. Se punkt 4 for nærmere beskrivelse av tjenesten som ytes.

4. Innholdet i tjenesten

Hver behandling inkluderer to konsultasjoner á 20 minutter hvor det i første konsultasjon gjøres undersøkelse med ultralyd. I den påfølgende konsultasjonen gis det grundig informasjon til kvinnen samt administrasjon av medikasjon.

Medikasjon inngår også som ledd i behandlingen. Likeledes gjør oppringing til kvinnen fra legekantoret den dagen Cytotec tas.

Den oppfølgende kontrollen etter gjennomført abort, hvor kvinnen møter fysisk opp på legekantoret, er også en del av behandlingen.

5. Avtaleperiode

Avtalen gjelder fra 15.12.2014 til 30.06.2017. Avtalen opphører uten forutgående oppsigelse fra noen av partene ved utløpet av avtaleperioden.

6. Dokumentasjon på godkjenning fra Fylkesmannen

Det fremgår av abortloven § 3 at: *«Inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan bare utføres i sykehus. Inngrep som utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kan også utføres i annen institusjon som fylkesmannen har godkjent.»*

Inngåelse av denne avtalen forutsetter at avtalespesialisten har lagt frem dokumentasjon på godkjenning fra Fylkesmannen.

7. Dekning av utgifter i forbindelse med medikamentell abort

Det fastsettes en kompensasjon på kr 2700,- per behandling. Inkludert i dette er kompensasjon for den oppfølgende kontrollen etter gjennomført abort.

Avtalespesialisten sender faktura til RHFet innen tre måned.

Fakturaen må inneholde oversikt over antall behandlinger som skal refunderes.

8. Registrering av aktivitet

Aktiviteten i tilknytning til dette tilbudet skal registreres tilsvarende vanlig aktivitet, i henhold til mal fra Norsk Pasientregister. Aktiviteten skal blant annet inneholde prosedyrekode og diagnose.

9. Rapportering til Abortregisteret

Det fremkommer av abortregisterforskriften at: *«Sykehus eller institusjoner hvor svangerskapsavbrudd foretas, skal sørge for å melde inn opplysninger etter § 1-7 andre ledd til Abortregisteret.»*

Avtalespesialisten må innrette sin praksis slik at rapportering til Abortregisteret blir utført i henhold til regelverket.

10. Varighet og oppsigelse av individuell avtale

RHF og legen kan si opp avtalen med gjensidig oppsigelsesfrist på 3 måneder. Oppsigelse fra RHF's side må være saklig begrunnet.

Denne avtale er underskrevet i to originale eksemplarer, hvorav hver av partene beholder ett hver.

Dato: _____ Dato: _____

Legen: _____

fagdirektør



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no