
Abort nesten hjemme

REPORTASJE

LISA DAHLBAK JACOBSEN

lisa.dahlbak.jacobsen@tidsskriftet.no

Møtet med en liten enhet i rolige omgivelser kan forklare de gode resultatene etter prøveprosjektet med medikamentell abort hos avtalespesialist.



Anette Berg hos Oslogynekologene på Majorstuen var en av ni gynekologer som deltok i prøveprosjektet der kvinner kunne få medikamentell abort hos avtalespesialister – og ikke bare på sykehus. Alle foto: Christian Tunge

Syv etasjer opp med heis over et av Oslos trafikale knutepunkt, inn en dør uten glass, møter man et lyst og overraskende hyggelig lokale. En stram sort skinnssofa hvisker design, og på glassbordet foran hviler Tara og Interiørmagasinet. Det er uventet langt fra sterilt, helhvitt legekontor. Overlyset fra takvinduene hviler over inngangspartiet, og det er stille etter en antatt hektisk dag med pasienter og konsultasjoner.

Ut fra et av kontorene som vender inn mot venterommet, kommer avtalespesialist og gynekolog Anette Berg i tresko med fargesprakende blomster.

I to år var hun en av ni leger som deltok i prosjektet Medikamentell abort hos avtalespesialist. Det vil si at hun i sine flotte lokaler tok imot kvinner i svangerskapsuke 6–9 som ønsket svangerskapsavbrudd ved medikamentell abort – abortformen der man svelger mifepriston hos legen og deretter reiser hjem for å fullføre resten av aborten i eget hjem.

Høy følelse av trygghet

I Norge har denne behandlingen til nå kun vært initiert på sykehus, men det er sterke krefter i de gynekologiske miljøene for å få innført ordningen der avtalespesialister utenfor sykehus kan skrive ut abortpreparatene og gjennomføre behandlingen. Prøveprosjektet er første ledd i dette.

– Dette er jo ikke noe hokusfokus, forklarer Anette Berg de veldig positive tallene fra undersøkelsen.

96 % av kvinnene som deltok i prøveprosjektet ville valgt medikamentell abort hos avtalespesialist ved en eventuell senere abort, og 97 % ville anbefalt behandlingstilbudet til andre. Følelsen av trygghet rapporteres som veldig høy.

– Kvinner har opplevd løsningen med hjemmeabort som veldig trygg og positiv når de har fått den på sykehus også, sier Berg, men legger samtidig til:

– Jeg har personlig fulgt opp alle kvinnene. Jeg har tatt ansvar for all konsultasjon og kontakt med pasientene selv. Mest sannsynlig oppleves det trygt å forholde seg kun til én person gjennom hele prosessen. Dessuten møter man hos oss og andre avtalespesialister en mindre enhet, man slipper å sitte i en sykehuskorridor. Det er roligere og, vil jeg tro, mindre skremmende å komme hit. Det har nok en del å si.

Berg omgir seg med Kähler-vase på smakfullt glassbord, Vipp-bøtte, eget avkleddingsrom og en gynbenk som minner mest om en omgjort Stressless. Kontrastene synes store til stramt undersøkelsesrom på sykehus.

Ingen typisk sykehusbehandling

– Hvorfor ønsket du å være med på prosjektet?

– Jeg ble spurt direkte av gynekolog og initiativtager Runa Sigrid Aabø og takket ja. Jeg deler oppfatningen om at dette er noe vi kan gjøre her i praksis. Slik denne behandlingen utføres i våre dager, har den ikke så mye på en sykehusavdeling å gjøre. Denne pasientgruppen er jo hjemme og ikke innlagt uansett. Vi kan gjøre akkurat de samme undersøkelsene her som på sykehuset, og hvis vi får tillatelse til det, kan vi også levere ut de samme medikamentene.



Anette Berg tok seg ekstra tid til å følg opp pasientene som begjærte svangerskapsavbrudd. Samtale, informasjon, undersøkelse og etterkontroll var prosessen for hennes pasienter.

Samarbeid med sykehusene er likevel et viktig moment. For hvor ringer man dersom det oppstår problemer underveis i behandlingen og gynekologen har stengt kontoret for dagen?

– Vi har et tett samarbeid med Ullevål og de andre sykehusene i regionen. De har meget velfungerende abortklinikker. De fikk beskjed om at de gjerne måtte henvise til oss. Og det gjorde de i stor grad. Pasientene fikk informasjon om hvor de skulle henvende seg dersom de trengte hjelp på kvelds- eller nattestid, selvfølgelig. Men jeg tror ingen av mine pasienter måtte inn på sykehus for kraftige blødninger. Jeg hadde et par som måtte inn til revisio – utskrapning – fordi behandlingen ikke var vellykket. Ellers opplevde jeg at det gikk veldig bra.

Behandlingsprosedyren

Hos Anette Berg kom pasientene til time der de fikk informasjon om prosjektet og informasjon om behandlingen. Deretter ble de spurt om de ønsket å være med. Ingen svarte nei.

– Vi undersøkte hvor langt på vei de var kommet, før vi fylte ut alle papirer til abortregisteret – akkurat slik de gjør på sykehuset – og kvinnene signerte på at det var dette de ønsket.

Til prosjektet ble det laget ferdige poser med informasjon og tabletter som trengtes for den videre behandlingen hjemme. Informasjonsheftet var for prosjektperioden kun på norsk, så kvinnene som deltok på prosjektet måtte kunne lese og prate norsk.

– Jeg fortalte dem hvordan dette skulle gjøres, men det husker de ofte ikke når de går ut herfra igjen. Derfor var det svært viktig at de også fikk med seg skriftlig informasjon, sier Berg. Pasientene svelget mifepristontabletten før de reiste hjem.

Etter noen uker gjorde Berg det som kanskje er den største forskjellen fra en «sykehusabort».

– Vi tok dem tilbake til kontroll. Da så jeg at alt var i orden, ordnet med prevensjon og svarte på andre ubesvarte spørsmål de hadde i etterkant av behandlingen. Det har nok kvinnene opplevd som fint. På sykehuset er det lite oppfølging i etterkant, de får vel heller beskjed om å gå til fastlegen. Jeg tror kvinnes opplevelse av trygghet er stor nettopp fordi vi tok dem inn igjen til kontroll. Det ville jeg ha fortsatt med dersom denne ordningen blir innført.

Utfordringer

På spørsmål om det finnes noen utfordringer som må på plass før ordningen kan implementeres, svarer Berg at mange pasienter kommer for tidlig for å få utført en abort. Ofte kan man ikke før i 6. svangerskapsuke vite om graviditeten sikkert befinner seg i eller utenfor livmor.



– De fleste som har bestemt seg for abort, vil få utført den så raskt som mulig. Men dersom de kommer for tidlig, må vi vente og ta dem inn en ekstra gang, og dette er tidskrevende. Vi gir dem time så tidlig som mulig og setter av ekstra tid til litt lengre konsultasjoner.

– Hvordan skal dere få tid til disse pasientene? Du har jo full kalender allerede?

– Disse pasientene må bare prioriteres. Man kan for eksempel sette av to timer på slutten av dagen noen dager i uken. Dersom dette blir flyttet ut i praksis, tror jeg nok alle mine kolleger her på kontoret vil ønske ordningen velkommen.

Tidsbruken må imidlertid gjenspeiles i takstene. Prosjektet var for øvrig betalt, og vi fikk en stykkpris for disse pasientene.

Mindre apparat rundt

Berg skisserer også en annen utfordring: håndtering av de som er usikre på om de vil avbryte eller fullføre svangerskapet.

– På sykehusene har de et større apparat. De kan for eksempel sette opp samtaler med sosionom dersom abortønsket skyldes økonomi. Slike ressurser har jo ikke vi. Vi må derfor få de pasientene som *ikke* har stor grad av tvil. Dersom de er *litt* usikre, kan vi selvfølgelig ta dem tilbake for en samtale, men vi har begrenset apparat.

Berg påpeker at de selvfølgelig kan informere om Amatheia, som er en landsdekkende helsetjeneste som gir informasjon og veiledning ved valg knyttet til graviditet og abort, og at gynekologene også kan henvise pasientene til sykehuset.

– Det må for øvrig ikke være krav om henvisning til avtalespesialist. Abort er en tung beslutning for alle kvinner, selv for dem som er sikre, og de skal slippe å implisere mange.

Prosjektets nestor

Ethvert prosjekt må ha en drivkraft, og en leder. Prosjektet med medikamentell abort trengte virkelig en med pågangsmot. I 2008 ble forslaget om prøveprosjektet initiert av Praktiserende spesialisters landsforening på årsmøtet i Norsk gynekologisk forening. I 2017 ble prosjektet avsluttet.

– Vi som er avtalespesialisert er en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Ettersom sykehusene hadde gjort seg gode erfaringer med hjemmeabort, mente vi det burde ligge vel til rette for samme behandling hos oss, forteller Runa Sigrid Aabø som den gang satt i styret på vegne av Praktiserende spesialisters landsforening.

Det var stor interesse for prosjektet på årsmøtet, og dermed gikk styret videre med saken.

Prosjektet ble oppført i statsbudsjettet for 2011, og Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra departementet å igangsette arbeidet i samarbeid med Norsk gynekologisk forening. Sammen med Ole Erik Iversen, Mette Løkeland og representanter fra Helsedirektoratet brettet Aabø opp ermene.

– Det var mange ting som måtte på plass. I abortloven står det at avbrudd av svangerskap inntil 12. uke skal gjøres i «sykehus eller annen institusjon» som fylkesmannen har godkjent. Vi fikk etter hvert avklart at avtalespesialister kunne betraktes som «annen institusjon».

– Men dette tok tid?

– Ja, dette tok veldig lang tid. Både det og forskriftsendring i legemiddeloven om forskriving av abortlegemidler samt forskriftsendring om rapportering til abortregisteret hvor vi fikk unntak fra å rapportere elektronisk – og dermed kunne sende papirrapporter, forklarer Aabø.

Finansieringen måtte hentes fra det allerede eksisterende helsebudsjettet.

– Da måtte helseforetakene kobles inn, og de hadde i utgangspunktet ikke vært involvert i eller etterspurt dette prosjektet. Vi fikk etter hvert med oss Helse Sør-Øst og Helse Vest og startet opp i 2015. Ni gynekologer deltok, tre i Oslo, to i Akershus, to i Bergen og to i Stavanger, forteller hun.

Blant dem var Aabø selv og hennes kontorkollega i Sandvika, Oskar Johan Skår, som under intervjuet titter innom pauserommet og roser: – Du vet at det er Runa som er grunnen til at dette prosjektet har blitt gjennomført, sant? Hun har virkelig vært primus motor, og det har krevdes hardt arbeid. Det må jeg poengtere.

Kvinnehelseperspektivet

I prosjektet er prosedyren fra poliklinikken fulgt.

– Noen har kritisert undersøkelsen for ikke godt nok å kartlegge om det var behandling i seg selv pasientene var fornøyd med eller om det var at den ble utført hos avtalespesialister. Hva tenker du om det?

– Vi ønsket gjennom dette prosjektet primært å finne ut om hele settingen kunne fungere tilfredsstillende. Vi synes det var veldig viktig å kartlegge om pasientene følte seg trygge og godt ivaretatt. Det viser jo undersøkelsen at de gjorde.

– Hvorfor mener du dette er viktig sett i et kvinnehelseperspektiv?

– Dette er en behandling som kan utføres på laveste, effektive nivå – til beste for kvinnen. For oss i avtalepraksis er det viktig å vise at vi ønsker å være med i utviklingen med å tilby god behandling til abortsøkende kvinner. Valgfriheten til den enkelte er viktig. En del ønsker større diskresjon, og noen har behov for å forholde seg til en behandler. Da dette prosjektet ble initiert i 2008, var det fortsatt sykehus som primært foretok kirurgisk abortbehandling. Det var cirka halvparten medikamentelle og kirurgiske behandlinger i Norge sett under ett. Vi ønsket å bidra i omleggingen til medikamentell behandling.

Fremtidsutsiktene

Om fremtidsutsiktene mener Aabø at alt skal ligge til rette for en implementering av ordningen.

– Det er opp til helsemyndighetene å tilrettelegge. Den enkelte gynekolog må selv få stå fritt til å velge om det er en behandling han eller hun ønsker å tilby. Denne pasientgruppen krever også noe mer tid og oppfølging enn den jevne

pasient hos oss. Det må gjenspeiles i Normaltariffen. I tillegg må det tilrettelegges for elektronisk oppkobling til abortregisteret, dersom dette skal bli en varig ordning.

Helsedirektoratet skal i løpet av året utarbeide en rapport som skal oversendes til departementet. Ballen hviler snart i politiske hender.

Rett før avreise fra Sandvika kommer en siste oppfordrende kommentar fra prosjektdeltagende kollega Skår: – Dette vil kvinnene vinne på!

Publisert: 28. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0387

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 16. februar 2026.