



Høringssvar til Helsedirektoratets rapport Tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fra Sanitetskvinnene

Sanitetskvinnene er Norges største kvinneorganisasjon med 45 200 medlemmer og 550 lokalforeninger over hele landet. Vi eier og drifter et stort antall ideelle virksomheter i spennet fra store sykehus som leverer til spesialisthelsetjenesten til kommunale omsorgsboliger. Vi er også en stor nasjonal beredskapsorganisasjon med mer enn 6000 beredskapsfrivillige. Sanitetskvinnene er en del av kvinnebevegelsens abortutvalg og Norges kvinnelobby og vi er også tilsluttet deres høringssvar.

De siste årene har medisinske framskritt og en ny abortlov åpnet for at vi kan tenke nytt omkring organiseringen av aborttjenestene. WHO kom i 2022 med nye retningslinjer for abort, der de anbefaler å fjerne unødvendige barrierer for kvinners tilgang til abort og utvikle tilbud nær pasienten.

Vi er skuffet over at helsedirektoratet ikke anbefaler å utvikle dette tilbudet, og mener utredningen i alt for liten grad vektlegger brukerperspektivet, men lar administrative barrierer stå i veien for å bygge et mer moderne og tilgjengelig aborttilbud i tråd med retningslinjene fra WHO.

Brukerperspektivet blir for svakt vektlagt og mangler empirisk grunnlag

I utredningen blir svakhetene ved dagens abortomsorg lite drøftet og det trekkes slutninger om brukernes behov på svakt empirisk grunnlag. Helsedirektoratet skriver i utredningen at aborttjenesten er godt organisert i dag, men hvordan kvinner opplever tjenestene er det lite data om.

I notatet «Kunnskapsinnhenting for Abortutvalget» som Helsedirektoratet selv har skrevet og referert til i utredningen står det:

«Det synes å mangle store studier på kvinners opplevelse av abort i Norge. Det som finnes, er stort sett små kvalitative studier/bacheloroppgaver med få informanter. Funnene sier noe om informantenes opplevelse av abortforløpet, men man bør være varsom med å generalisere med tanke på flere av studienes omfang og nivå.»

Allikevel henvises det til denne for å argumentere for at reisevei og valgfrihet ikke er en prioritet for brukerne, og at behovene kvinnene ytrer kan ivaretas innenfor dagens ramme. De fleste som tar abort bor i de store byene. De som opplever lang reisevei som en barrierer er naturlig nok et mindretall og vi kan ikke se at denne gruppa er løftet fram eller belyst i studiene som er referert. Kunnskapsgrunnlaget som utvalget viser til kan ikke si noe om hvordan reisevei påvirker kvinners tilgang til abort i utkant-Norge, eller for kvinner med økonomiske eller helsemessige vansker eller de som lever under negativ sosial kontroll.

En kvalitativ studie av kvinner som har gjennomgått abort i Norge fra 2022 (Sommerseth et al. Sykepleien Forskning, 2022) viser at mange av dem trakk fram nettopp opplevelsen av å



være på sykehus som negativt. Kvinnene hadde en opplevelse av å være en ressursbelastning, de beskrev tjenesten som rutinepreget og forteller om av mangel på valgfrihet, medbestemmelse og forberedthet. Systematiske studier referert i Helsedirektoratets notat underbygger dette:

«Opplevd ivaretagelse på sykehus kan ha en effekt på opplevelsen av og rekonvalesens etter svangerskapsavbrudd. Kvinner opplever at det primært er fokus på de fysiske aspektene og ønsker mer fokus på det psykiske. Den systematiske oversikten konkluderer med at den fysiske helsehjelpen er god og profesjonell, mens det er lite fokus på følelsesmessige og eksistensielle behov.»

Vi mener det er grunn til å tro at kommunehelsetjenesten er bedre rustet enn sykehusene til å ivareta den psykososiale delen av abortomsorgen. Kommunehelsetjenesten gjør allerede oppfølging av gravide og veiledningen av prevensjon og har bred erfaring og faglig grunnlag for å veilede og følge opp kvinner knyttet til reproduktiv helse. Fastlegene henviser mange til abort, følger opp etter spontanaborter og gir prevensjonsveiledning. De kjenner også ofte godt til pasientens historikk og livssituasjon og er godt skodd til å fange opp kvinner man kan anta at har behov for tettere oppfølging i forløpet. Helsestasjon for ungdom er ofte allerede involvert i prosessen før en abort. Også helsestasjon for mor og barn veileder til prevensjon og får henvendelser om svangerskapsavbrudd. Legevakten håndterer spontanaborter og mistenkte ekstrauterine svangerskap.

I utredningen trekker helsedirektoratet fram en rekke administrative barrierer. Vi er skuffet over at disse blir vektlagt mer enn behovet for å sikre bedre helsetjenester til befolkningen. Abort er en helsetjeneste som alle andre, å fjerne forvanskende ledd og unødvendig byråkrati, samt å sikre helsepersonell og kompetanse er en forutsetning for å utvikle bedre helsetjenester.

Det er behov for nasjonale retningslinjer for abortomsorg uansett

Utredningen trekker fram behovet for nasjonale retningslinjer for abortomsorg som en utgift som bare er nødvendig dersom abort skal utføres i primærhelsetjenesten. Vi mener derimot at dette er nødvendig uansett. Det er i dag store variasjoner i rutinene hos de ulike helseforetakene. I noen fylker har alle sykehusene aborttilbud, i andre bare de store. De enkelte sykehusene har ulike seleksjonskriterier for hjemmeabort. Ved flere sykehus bruker de lang reisevei som kontraindikasjon for hjemmeabort, andre steder ikke. Noen sykehus opererer de med aldersgrense på 18 år for hjemmeabort, mens andre ikke har det. Noen opererer med ti uker som grense for hjemmeabort, noen med ni. I tillegg er det store variasjoner på hvor mye og hvilke smertestillende medikamenter kvinnen får med seg hjem.

I tillegg gjennomføres det i dag rutinemessig ultralyd før abort, noe som både er unødvendig hos mer enn halvparten, og forsinker prosessen ved at en pålitelig graviditetslengde først kan fastsettes gjennom ultralyd etter uke 6. De fleste kvinner ønsker abort tidligst mulig. Sex og Samfunn har i sin pilot bygget gode erfaringer med å tilby abort før uke 6.



Variasjon i tilbudet og avvik fra beste faglige praksis innebærer at mange kvinner får et dårligere tilbud, lengre ventetid og mindre autonomi enn de kunne ha hatt. Nasjonale retningslinjer for abortomsorg er nødvendig, også innenfor dagens praksis for å sikre et mer likeverdig tilbud til kvinner i hele landet.

Abortomsorgen må utvikles og moderniseres

Sanitetskvinnene er skuffet over at helsedirektoratet ikke anbefaler å gå videre med å utvikle et aborttilbud i primærhelsetjenesten. Kvinner i Norge har ikke likeverdig tilgang på abort i Norge i dag, og det er ingen helsefaglige grunner til at denne prosedyren må gjennomføres i sykehus. Vi støtter utviklingen av telemedisin og abort i distriktsmedisinske sentra.

Medisinske utvikling og det nye lovverket åpner for en nytenkning og utvikling av et bedre, mer tilgjengelig aborttilbud. Å bryte ned administrative barrierer, fjerne unødvendige ledd og utvikle piloter som utvikler tjenestene er en forutsetning for modernisering av abortomsorgen.

Vi vil også uttrykke vår skuffelse over at piloten hos Sex og samfunn er avsluttet. Piloten er viktig både for pasientene i Oslo, og for å få et bredt erfaringsgrunnlag for et bedre aborttilbud i hele landet.

Utredningen legger vekt på de ekstra kostnadene en omlegging vil ha for primærhelsetjenesten, men vi opplever at besparelsen for spesialisthelsetjenesten ikke er vurdert tilstrekkelig. Selv om vi anerkjenner at det vil være noen oppstartskostnader ved å tilby abort andre steder enn på sykehusene, mener vi det på sikt vil være ressursbesparende for helsevesenet og kunne avlaste spesialisthelsetjenesten. Vår klare anbefaling er at helsedirektoratet går videre med mål om å tilby abort i primærhelsetjenesten, gjennom telemedisin og i distriktsmedisinske sentra.

Vennlig hilsen

Kari Helene Partapuoli
Generalsekretær