

www.sintef.no



**SINTEF Unimed**

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Beslutningsprosess og behov for informasjon / rådgivning
blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd -
en evaluering av intensjonene i abortloven

Hovedrapport

FORFATTER(E)

Finn Egil Skjeldestad

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og Helsedepartementet

RAPPORTNR. SFT78 A022502	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Lisbeth Hårstad	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 82-14-02800-0	PRØSJEKTNR. 782511	ANTALL SIDER OG BILAG 44 sider m/bilag
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Finn Egil Skjeldestad	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) <i>Finn Egil Skjeldestad</i>
ARKIVKODE	DATO 2001-12-10	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Tonje Hamar	<i>Tonje Hamar</i>

SAMMENDRAG

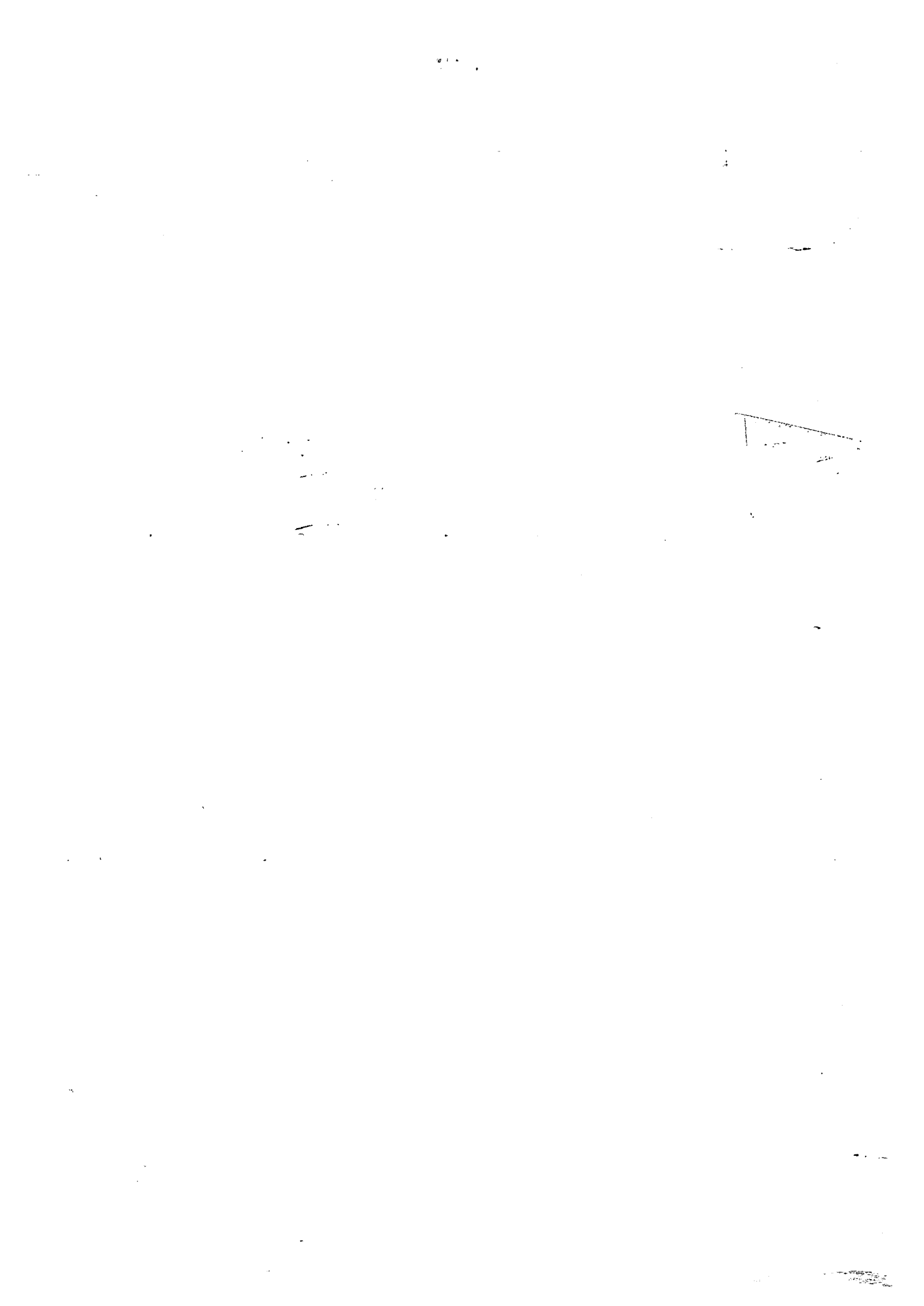
Beslutningsprosess og behov for informasjon/rådgivning er undersøkt blant 432 kvinner som fikk utført svangerskapsavbrudd ved Regionsykehuset i Tromsø, Sentralsykehuset i Rogaland, Buskerud Sentralsykehus, Bærum Sykehus og Regionsykehuset i Trondheim i perioden februar til mai 2000. Utvalget representerer 72% av alle som fikk utført svangerskapsavbrudd ved de deltakende sykehusene og er representativt for abortsøkende kvinner i Norge i år 2000.

Beslutningen om svangerskapsavbrudd taes hovedsakelig før kvinnene kontakter helsevesenet. De fleste begjærer svangerskapsavbrudd gjennom allmennpraktiker (81%) og hvis mulig gjennom fast legen (3:4). Det er få kvinner som ikke forteller noen (1,6%) at de er gravide. De aller fleste har minst to samtaleparter (85%) og over 60% av deltakerne diskuterer utfallet av svangerskapet med to eller flere personer. Beslutningen taes alene hos 42% av respondentene, og blant dem som tar beslutningen sammen med minst en annen part er barnefaren involvert i 94% av tilfellene.

25% av respondentene opplevde så mye tvil i beslutningsprosessen at det var vanskelig å bestemme seg. 19% av respondentene fornemmet eller opplevde direkte press i beslutningsprosessen. Flere kvinner fornemmet eller opplevde direkte press til å avbryte svangerskapet enn å fullføre svangerskapet. Legen i begjæringskonsultasjonen diskuterte utfallet av svangerskapet med 1/4 av dem som opplevde så mye tvil at det var vanskelig å ta en beslutning eller fornemmet/var under direkte press. Studien fann ingen karakteristika som indikerte hvem som var så mye i tvil at beslutningen var vanskelig eller fornemmet/var under press.

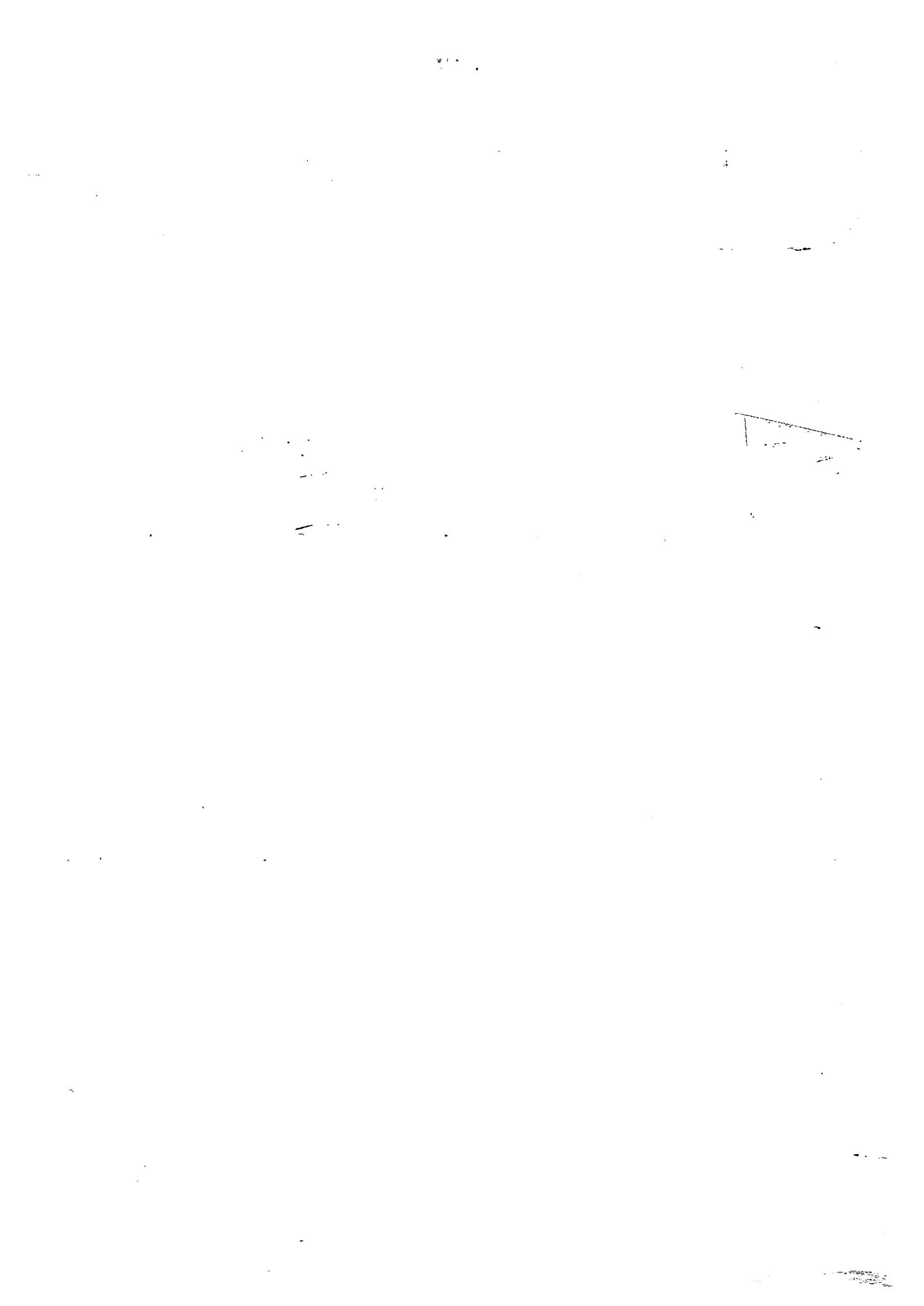
Informasjonen om inngrepets art og virkninger som meddeles kvinnene i begjæringskonsultasjonen har liten relevans for beslutningen om å fullføre/avbryte svangerskapet. Sykehusenes egne informasjonsskriv om prosedyrer leses av over 70% av respondentene, mens de tre brosjyrene som er utgitt av Sosial- og Helsedepartementet/Statens Helsetilsyn leses lite (12%). Det at det offentlige informasjonsmaterialet brukes så lite kan forklares med at disse brosjyrene er lite kjent blant allmennleger, sykehusleger og annet personale som har kontakt med abortsøkende kvinner. Studien har avdekket at mye fungerer godt i henhold til intensjonen i abortloven, men at kvaliteten på informasjonsarbeidet til abortsøkende kvinner kan bli bedre både i allmennpraksis og på sykehus. For at dette skal kunne skje må etterutdanningstilbudet styrkes på et felt som er svært mangelfullt.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Svangerskapsavbrudd	Induced abortion
GRUPPE 2	Rådgivning	Counseling
EGENVALGTE	Behov for informasjon om inngrepet	Need for medical information

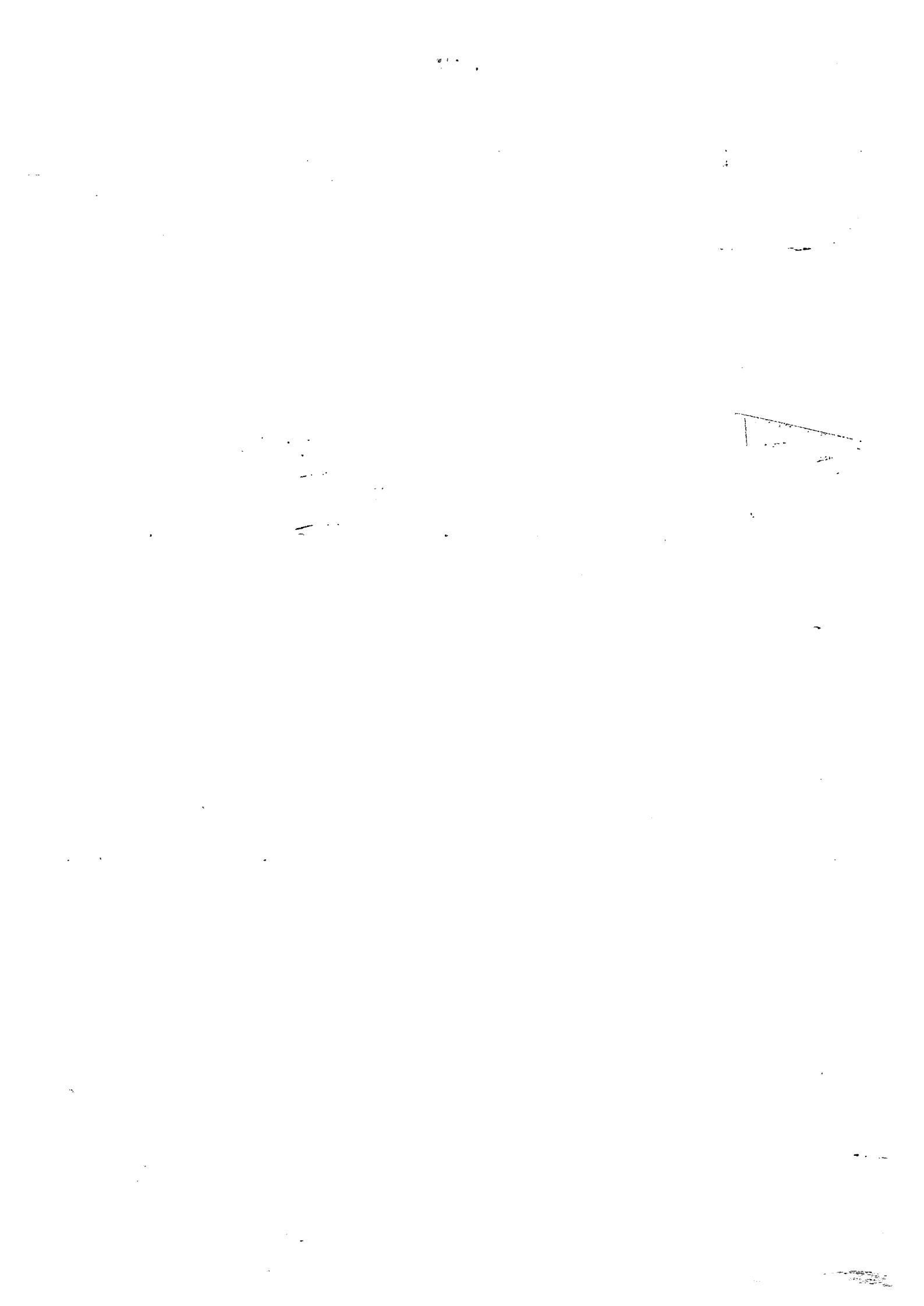


INNHOLDSFORTEGNELSE

1	BAKGRUNN	5
2	OPPLEGG OG GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN	7
2.1	Materiale og metode	7
2.2	Seleksjon av studiepopulasjon	8
3	RESULTATER	9
3.1	Demografiske bakgrunnsdata	9
3.2	Om begjæringen	10
3.3	Tidspunktet for beslutningen om svangerskapsavbrudd	10
3.4	Svangerskapslengde ved fremmøte på sykehuset	11
3.5	Tvil i beslutningsprosessen	12
3.6	Press under beslutningsprosessen	13
3.7	Personer i beslutningsprosessen	14
3.7.1	Primærlegen og beslutningsprosessen	15
3.7.2	Vansker med å ta beslutningen	16
3.7.3	Karakteristika for kvinner som står alene om beslutningen	16
3.8	Informasjonsbrosjyrer	16
3.9	Behov for mer informasjon	18
3.10	Informasjon om komplikasjoner	19
3.11	Behov for informasjon om sosiale rettigheter / stønadsordninger	20
4	DISKUSJON	23
5	OPPSUMMERING	27
5.1	Konklusjoner	28
6	LITTERATUR	29
7	SAMARBEIDSPARTNERE	31
8	INFORMERT SAMTYKKE OG REGISTRERINGSSKJEMA	33
8.1	Informert samtykke	33
8.2	Registreringsskjema	35



**9 VURDERING AV PROSJKETET - REGIONAL KOMITE FOR MEDSINSK
FORSKNINGSETIKK, HELSEREGION IV**



1 BAKGRUNN

Under behandling av *St. meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv.* vedtok Stortinget å be regjeringen foreta en grundig evaluering av informasjon og veiledning til kvinner før og etter svangerskapsavbrudd, både i det offentlige helsevesenet og i private organisasjoner (1). Senter for samfunnsforskning, Universitetet i Bergen (SEFOS) har gjennomført en evaluering som omhandler hvordan sykehusene organiserer informasjons- og veiledningsarbeidet i forbindelse med svangerskapsavbrudd (2). Evalueringen viser at de aller fleste sykehusene gir den informasjonen som de har plikt til å gi om inngrepet, om medisinske virkninger og muligheten for å få videre veiledning. Rapporten avdekket at de fleste sykehusene for dette formålet brukte informasjonsskriv utarbeidet ved det enkelte sykehus. I evalueringen ble det lagt vekt på at standardisert skriftlig materiale kunne være til hjelp for sykehusene i å forbedre informasjonsarbeidet (2).

For å rydde opp i det mangfoldet av informasjonsskriv som eksisterte ved landets sykehus tok Sosial- og Helsedepartementet (SHD) og Statens Helsetilsyn (SH) initiativ sammen med fagfolk og representanter for interessegrupper til å utarbeide standardisert informasjonsmateriale. Dette arbeidet resulterte i tre brosjyrer; "Abortloven" (3), "Til deg som vurderer abort" (4) og "Rutiner ved svangerskapsavbrudd" (5). Materiellet ble for første gang distribuert til landets sykehus, helsestasjoner og leger primo januar 1999.

Abortloven av 16 juni 1978 gir kvinner rett til selv å begjære svangerskapsavbrudd (6). Begjæringen kan settes fram for lege eller direkte til sykehusavdelinger som utfører inngrepet. Abortloven gir kvinnen rett til informasjon og veiledning samtidig som den gir legen som formidler begjæringen plikt til å informere om inngrepets art og virkninger (6). Om kvinnen uttrykker ønske for det skal legen, hvis han ikke selv kan gi full veiledning, legge forholdene til rette for at annet personell kan gi informasjon og veiledning om hva samfunnet kan tilby om kvinnen ønsker å fullføre svangerskapet (6). Veiledning i sammenheng med svangerskapsavbrudd skal være et tilbud til de som ber om det.

Til tross for over 20 år med selvbestemt abort er det utført få studier som omhandler beslutningsprosessen og behovet for informasjon/veiledning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd (7-9). De fleste som begjærer svangerskapsavbrudd tar beslutningen raskt etter at de har fått bekreftet svangerskap (9-11). Danske (10) og svenske (11) studier viser at inntil 80% av de som begjærer svangerskapsavbrudd tar beslutningen innen en uke etter positiv graviditetsprøve (9).

De fleste abortsøkende kvinnene tar beslutningen om svangerskapsavbrudd alene eller sammen med barnefaren (7-10). I de yngste aldersgruppene har ofte foreldrene vært involvert i beslutningsprosessen, oftere mor enn far (7,9). Det er få abortsøkende kvinner som diskuterer beslutningen om svangerskapsavbrudd med legen (7-13). Dette reflekterer at de fleste abortsøkende kvinnene i de nordiske landene tar beslutningen om svangerskapsavbrudd før de søker helsevesenet.

Blant kvinner som begjærte svangerskapsavbrudd ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim i 1983, var det 40% som hadde fått informasjon om inngrepet av henvisende lege (7). Blant de som ikke fikk informasjon, var det fire av fem som ville ha informasjon da de møtte til inngrepet ved sykehuset (7). Samme undersøkelsen ble gjentatt i 1993 ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim. I 1993 hadde to av tre kvinner (66%) fått

informasjon om inngrepets art av henvisende lege (9). Blant den tredjedelen som ikke hadde fått informasjon ønsket halvparten av disse kvinnene mer informasjon da de møtte til inngrepet ved avdelingen (9). Både i 1983 og 1993 fikk færre kvinner informasjon om mulige skadevirkninger av inngrepet enn informasjon om inngrepet da abortbegjæringen ble framsatt hos lege. Informasjon formidles av helsevesenet først når den abortsøkende kvinnen begjærer svangerskapsavbrudd (9-11). Siden de fleste tar beslutningen om svangerskapsavbrudd før de kommer til legen, kan dette bety at informasjonen har liten eller ingen betydning for beslutningen.

For å kvalitetssikre abortstatistikken og for å kvalitetssikre data om informasjonsformidling til abortsøkende kvinner ved sykehusene innførte SH "standardisert melding og journal ved svangerskapsavbrudd" 1. januar 1995 (14). Denne journalen sikrer at alle som begjærer svangerskapsavbrudd og som møter til sykehuset for journalskriving får tilbud om informasjon i henhold til intensjonene i abortloven. Journalen sikrer ikke kvaliteten på den informasjon som blir gitt, men kun om henvisende lege har gitt informasjon og om kvinnene har behov for ytterligere informasjon og veiledning når de møter ved sykehuset.

Med utgangspunkt i debatten rundt St. meld. 16 (1995-96) (1) ble det etterlyst en landsomfattende evaluering av informasjons- og veiledningsaspektet ved begjæring om svangerskapsavbrudd, ikke bare organisatorisk (2), men også sett fra brukernes side. Dette ble nedfelt som prioritert tiltak i Handlingsplanen for "Førebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003" (15).

For å foreta en evaluering av brukernes oppfatning av tilbudet inviterte SHD utvalgte forsknings- og evalueringsmiljøer i september 1999 om å gi tilbud på gjennomføring av en brukerundersøkelse om informasjons- og veiledningstilbudet ved norske sykehus i sammenheng med svangerskapsavbrudd. Seksjon for epidemiologisk forskning, Unimed, Sintef leverte inn anbud på vegne av kvinneklinikkene ved Regionsykehuset i Tromsø, Regionsykehuset i Trondheim, Sentralsykehuset i Rogaland, Buskerud Sentralsykehus og Bærum Sykehus. Primo november 1999 meddelte SHD SINTEF Unimed at de fikk oppdraget.

2 OPPLÉGG OG GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

I desember 1999 etablerte Unimed en prosjektgruppe bestående av kontaktpersoner fra avdelingene som inngikk i prosjekttilbudet til SHD. Med utgangspunkt i tidligere undersøkelser utført ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim, ble det utarbeidet protokoll (vedlegg 1) og spørreskjema for en intervjuundersøkelse (vedlegg 2).

Kontaktpersonene var alle leger, unntatt ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim, hvor det var to medisinerstudenter som var ansvarlige for opplegget. Før prosjektet ble iverksatt gjennomgikk kontaktpersonene intervjutrening under prosjektmøtene. I tillegg ble intervju-skjemaet prøvet ut blant abortsøkende kvinner før prosjektet startet.

Regional Etisk Komite (REK), Helseregion IV, vurderte prosjektet og anbefalte at prosjektet ble satt i gang. Endelig intervju-skjema, informasjons- og samtykke erklæring (vedlegg 2) ble trykt opp etter at REK hadde behandlet søknaden.

2.1 Materiale og metode

Fra medio februar til medio mai 2000 ble alle abortsøkende kvinner ved kvinneklinikkene ved Regionsykehuset i Tromsø (RiTØ), Regionsykehuset i Trondheim (RiT), Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR), Buskerud Sentralsykehus (BSS) og Bærum Sykehus (BS) forsøkt intervjuet av kontaktpersonen(e) for prosjektet. Intervjuobjektene ble forelagt skriftlig informasjon om studien ved ankomst til poliklinikken ved sykehusene. Den skriftlige informasjonen ble repetert av kontaktpersonen og skriftlig informert samtykke skulle foreligge før intervjuet startet. Intervjuene ble foretatt i forbindelse med journalopptaket og den kliniske undersøkelsen ved poliklinikkene.

Intervju-skjemaet omhandlet opplysninger om henvisende lege, beslutningsprosessen (tidspunktet for beslutningen, åpenhet om graviditeten til nærmeste familie og venner, tvil og press), behov for informasjon om inngrepets art og komplikasjoner, behov for ytterligere veiledning, kjennskap til de nye brosjyrene om abort (3-5) og personlige grunner for å velge svangerskapsavbrudd. Dessuten ble det spurt om demografiske forhold som alder, sivilstand og svangerskaps historie, bruk av prevensjon siste 6 måneder forut for konsepsjonen i tillegg til oppvekst-, utdannings- og arbeidsforhold (vedlegg 2).

Hver deltaker fikk et prosjektnummer som er identisk med abortarkivnummeret ved det sykehuset hvor svangerskapsavbruddet ble utført. Intervju-skjemaene er anonymiserte og inneholder opplysninger om fødselsår, sykehus og abortarkivnummer. Abortarkivnummeret er slettet etter at dataregistreringen var verifisert. Siden den registrerte ikke kan finnes igjen (spores), defineres ikke vår database som et personregister (16).

Det ble ført fortløpende liste over alle utførte abortinngrep i tidsperioden for studien ved de respektive sykehusene. Denne loggboken ble sammenholdt med kopi av "protokoll og journal ved svangerskapsavbrudd" som oppbevares ved avdelingen. På denne måten ble det framskaffet opplysninger for alder, sivilstand og paritet også for de som ikke ble invitert til å delta i studien og de som ble forespurt, men nektet å la seg intervju. Disse opplysningene ble også dataregistrerte. Det ble lest manuell korrektur på alle intervju-skjemaene før de ble skannet av firmaet Scentio. Alle data som skanneren avviste ble manuelt verifisert. Alle analysene er gjort i Statistical Package for Social Sciences; SPSS versjon 5.0 med khikvadrattest, Mann-Whitney test og logistisk regresjon.

2.2 Seleksjon av studiepopulasjon

Studien henvendte seg til abortsøkende kvinner 16 år og eldre. Intervjuet ble foretatt på norsk og mulige studiedeltakere som ikke snakket norsk på en slik måte at intervjuet kunne gjennomføres ble ikke forespurt om å delta. I de endelige analysene er kun kvinner som har fått utført svangerskapsavbrudd tatt med. Kvinner som begjærte svangerskapsbrudd, men som senere trakk søknaden eller fikk søknaden avslått i nemnd eller spontanaborterte i ventetiden for inngrepet er utelatt i de videre analysene. Tabell 1 viser en summarisk oversikt over frafallet blant mulige studiedeltakere etter sykehus.

Tabell 1 Frafall blant mulige studiedeltakere etter sykehus

	RiTØ		RiT		SiR		BSS		BS		Alle	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alle	105	100	232	100	147	100	135	100	111	100	730	100
Ikke forespurt	55	52	55	20	31	21	41	30	33	30	207	28
Forespurt	50	48	187	80	116	79	94	70	78	70	523	72
Forespurt	50	100	187	100	116	101	94	99	78	100	523	100
Nektet	4	8	3	2	29	25	18	19	2	3	56	11
< 16 år			3	2	3	3	2	2			8	1,5
Trukket begjæringen	5	10	8	4			4	4			17	3
Avslag (nemnd)			1	0,5	1	1					2	0,4
Spontan abort	1	2	4	2			2	2	1	1	8	1,5
Inkludert	40	80	166	90	83	72	68	72	75	96	432	83

Totalt sett ble 72% av alle som begjærte svangerskapsavbrudd forespurt om å delta i undersøkelsen. Signifikant færre potensielle studiedeltakere ble forespurt om å delta ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø sammenlignet med de andre avdelingene (48% versus 76%; $p < 0.01$). De som ble forespurt om å delta i undersøkelsen ved RiTØ bestod i større grad av yngre kvinner (<25 år) enn eldre kvinner, og bestod i større grad av enslige og samboende kvinner enn gifte kvinner. Med hensyn til barnetall og tidligere svangerskapsavbrudd var det ingen seleksjon blant de forespurte ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø.

Blant de 523 forespurte kvinnene var åtte (1,5%) kvinner under 16 år og åtte kvinner spontanaborterte før avtale for inngrepet. To (0,4%) kvinner utgår fordi søknaden om andre trimester abort ble avslått i nemnd, mens 17 (3,3%) kvinner ble ekskludert fra videre analyser fordi de trakk søknaden tilbake. Elleve prosent av de forespurte kvinnene nektet å la seg intervjuet. Andelen som nektet varierte betydelig mellom sykehusene, fra 25% i Stavanger til 2% i Trondheim. Sammenlignet med det øvrige materialet var de som nektet i Stavanger signifikant oftere 25 år og eldre, samboende eller gifte, mens de som nektet i Drammen signifikant oftere var 24 år og yngre, enslige med barn og hadde tidligere gjennomført et svangerskapsavbrudd. Inkludert i de videre analysene ble 432 (83%) av de forespurte kvinnene, varierende fra 72% ved Sentralsykehuset i Rogaland og Buskerud Sentralsykehus til 96% ved Bærum Sykehus.

3 RESULTATER

3.1 Demografiske bakgrunnsdata

Tabell 2 viser at over 40% av totalmaterialet er i alderen 16-24 år, mens i underkant av 40% er i alderen 25-34 år og de resterende vel 20% er i alderen 35-46 år. Det er liten forskjell i alder blant deltakerne etter sykehus, men de abortsøkende kvinnene ved Regionsykehuset i Tromsø er noe yngre enn gjennomsnittet for studien og deltakerne ved Bærum sykehus tenderer til å være noe eldre enn gjennomsnittet.

Tabell 2 Demografiske karakteristika ved studiedeltakerne etter sykehus

	RiT _a	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
Alder	%	%	%	%	%	%
16-24	58	39	43	40	32	41
25-34	33	43	31	41	32	38
35-46	10	18	24	19	36	21
Oppl. mangler			1			
Sivil stand						
Ugift	55	45	55	50	51	50
Gift	8	18	16	21	29	19
Samboende	38	30	21	27	20	27
Oppl. mangler		7	8	3		5
Paritet						
0	60	49	48	47	52	50
1	8	25	13	18	15	18
2+	33	26	39	35	33	32
Tidligere svangerskapsavbrudd						
0	73	66	75	65	68	69
1	18	27	22	27	17	23
2+	10	8	4	9	15	8
Utdanning						
• videregå.	67	49	57	63	57	56
1-3 år etter vg.	28	36	33	28	24	31
• 4 år etter vg.	5	16	11	9	19	13

For sivilstatus manglet opplysninger for 5% av materialet. Totalt sett var nær 50% av deltakerne ugifte, ikke-samboende kvinner, mens nær 20% var gifte og vel 25% samboende kvinner. Etter barnetal var 50% uten barn, nær 20% hadde ett barn og nær 33% hadde to eller flere barn på tidspunktet de fremmet søknad om svangerskapsavbrudd.

Opplysninger om tidligere svangerskapsavbrudd varierende fra vel 25% av studiedeltakerne ved Sentralsjukehuset i Rogaland til 35-36% av studiedeltakerne ved Regionsykehuset i Trondheim og Buskerud Sentralsykehus. Barnetall, tidligere svangerskapsavbrudd og fullført utdanning samvarierer med alder. For totalmaterialet var 55% deltakerne i den videregående skolen eller

hadde ingen formell utdanning utover den videregående skole. En tredjedel hadde fra ett- til treårig utdanning etter den videregående skole. De resterende kvinnene (13%) hadde høyskole- eller universitetsutdannelse.

3.2 Om begjæringen

Abortloven gir muligheter for å søke svangerskapsavbrudd direkte til avdelingen som utfører inngrepet. For totalmaterialet var det mindre enn 4% av kvinnene som benyttet seg av denne muligheten. Som vist i tabell 3 fremmer de fleste søknad om svangerskapsavbrudd gjennom allmennpraktiker, varierende fra 67% blant kvinner i nedslagsfeltet for Bærum sykehus til 90% for abortsøkende kvinner som henvender seg til Regionsykehuset i Tromsø. Mange unge fremmer sine søknader om svangerskapsavbrudd gjennom helsetjenester som er spesielt rettet mot ungdom som for eks. helsestasjonene for ungdom, som stod for 15% av henvisningene for svangerskapsavbrudd til Bærum Sykehus. Til de andre sykehusene fremmes en noe mindre andel av søknadene gjennom ungdomshelsetenesten.

Tabell 3 Opplysninger om hvor kvinnene setter fram krav om svangerskapsavbrudd

Søknad om svangerskapsavbrudd fremmes gjennom...	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
	%	%	%	%	%	%
Direkte til sykehuset	3	3	1	4	9	4
Allmennpraktiker	90	85	87	74	67	81
Privat prakt. gynekolog	3	4	12	13	9	8
Annen privat prakt. lege		2		2		1.5
Bedriftslege				3		0.5
Institusjonslege		1				
*Ungdomshelsetjeneste	5	4		4	15	5
*Kommunale helsestasjoner for ungdom, Klinik for seksuell opplysninger, Medisinerstudentenes seksual opplysning og andre						

Nær 75% (321:432) av studiedeltakerne oppga å ha fast lege, varierende fra 55% blant dem som satte fram krav om svangerskapsavbrudd ved Bærum sykehus til 86% av dem som begjærte svangerskapsavbrudd ved Regionsykehuset i Trondheim. Blant dem som oppga å ha fastlege fremmet tre av fire kvinner begjæringen om svangerskapsavbrudd gjennom fast legen, unntatt ved Sentralsykehuset i Rogaland der vel 60% av dem som oppga å ha fast lege konsulterte fast legen for svangerskapsavbrudd.

3.3 Tidspunktet for beslutningen om svangerskapsavbrudd

Helsevesenets rolle i forbindelse med informasjon og rådgivning rundt uplanlagt svangerskap og abort må forstås i lys av beslutningsprosessen. Mange kvinner har gjort seg opp en mening om utfallet av et uplanlagt svangerskap før de blir gravid eller før svangerskapet er bekreftet. Tabell 4 viser at over 22% har tatt beslutningen om svangerskapsavbrudd etter utelatt menstruasjon, men før resultatet av en positiv graviditetstest ble kjent. Innen en uke etter positiv graviditetstest har ytterligere 50% bestemt seg for svangerskapsavbrudd. For totalmaterialet har over 80% av de abortsøkende kvinnene tatt beslutningen om svangerskapsavbrudd før de søker primærlegen og

setter fram krav om svangerskapsavbrudd. Under legekonsultasjonen tar 2% beslutningen, mens ytterligere 5% tar beslutningen etter legekonsultasjonen, men før de møter på sykehuset.

Tabell 4 Tidspunktet for beslutningen om svangerskapsavbrudd

Tidspunktet for beslutningen om svangerskapsavbrudd	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
	%	%	%	%	%	%
Uteblitt menstruasjon, men før positiv graviditetstest	18	21	15	24	37	23
Samme dag som positiv graviditetstest	28	26	31	27	15	25
Innen en uke etter positiv graviditetstest	20	18	37	22	17	23
Senere, men før primær legekonsultasjonen	20	9	6	16	13	11
Under legekonsultasjonen	3	2	1		5	2
Senere, men før fremmøtet på sykehuset	5	17	2	6	9	10
Er fortsatt i tvil under sykehus konsultasjonen	5	5	7	6	3	5
Nekter å svare		2				0.5
Opplysninger mangler	3	1				1

Ved fremmøtet på sykehuset er fortsatt 5% i tvil om utfallet. Det er først og fremst de som ikke har tatt beslutningen om svangerskapsavbrudd før de søker helsevesenet som kan ha behov for mer omfattende informasjon og rådgivning.

3.4 Svangerskapslengde ved fremmøte på sykehuset

Som vist i Tabell 3 er det få kvinner som henvender seg direkte til sykehuset for å kreve svangerskapsavbrudd. Innkallingen til sykehusene tilpasses i en viss grad av opplysningene om svangerskapslengde gitt av henvisende lege. Over 80% av kvinnene ble undersøkt før fullgatte 9 uker ved sykehusene. Vi vet ikke hvor lenge henvisningene har ventet på sykehuset eller hvor raskt henvisende lege sendte begjæringen videre. Kvinneklinikken, Bærum Sykehus tar imot abortsøkende kvinner tidligere i svangerskapet enn hva Kvinneklinikken, Sentralsykehuset i Rogaland gjør, henholdsvis 93% før fullgatte 9 uker ved Bærum Sykehus og 76% ved Sentralsykehuset i Rogaland ($p < 0.01$).

Studien omhandler kun 1 kvinne som har fått abortsøknaden innvilget i nemnd på sosiale indikasjoner ved Regionsykehuset i Trondheim (Tabell 5).

Tabell 5 Svangerskapslengde ved fremmøtet på sykehuset

Svangerskapslengde	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
	%	%	%	%	%	%
• 9 uker	90	81	76	81	93	83
10-12	10	18	24	19	7	17
13-14	0	0.6	0	0	0	0.2

3.5 Tvil i beslutningsprosessen

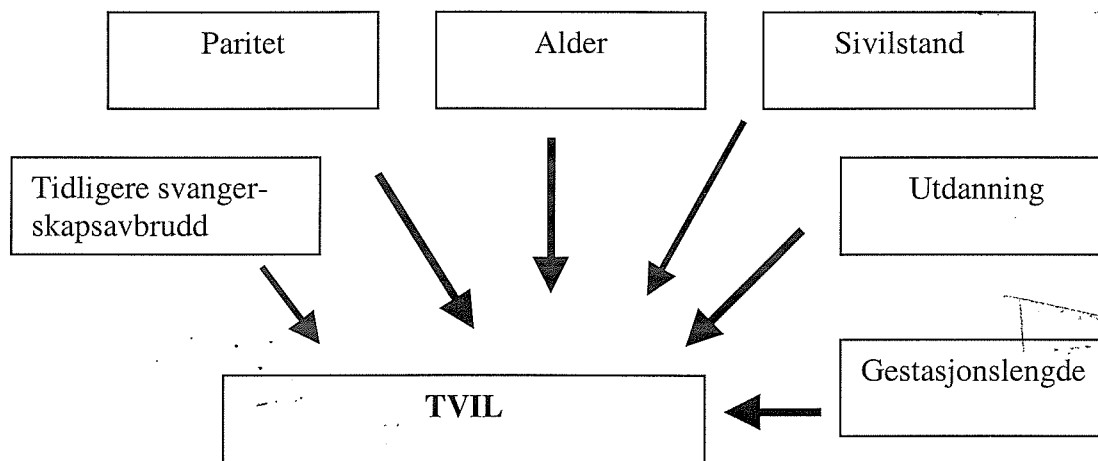
I intervjuet ble det spurt om "tvil i beslutningsprosessen" ved hjelp av fire svaralternativer fra a: "Nei, jeg var ikke i tvil"-b: "noe i tvil, men ikke vanskelig å bestemme seg" c: "så mye i tvil at det var vanskelig å bestemme seg" til d: "fortsatt i tvil, men må bare gjøre inngrepet". Svarfordelingen er vist i Tabell 6. Opplevelse av tvil i beslutningsprosessen ble uttrykt relativt likt uavhengig av hvor i landet de abortsøkende kvinnene bodde. Lite eller ingen tvil (alternativ a+b) i beslutningsprosessen ble uttrykt varierende fra 69% blant studiedeltakerne i Stavanger til 78% blant studiedeltakerne i Drammen, tilsvarende ble "mye tvil" (alternativ c+d) uttrykt henholdsvis blant 21 % av studiedeltakerne i Drammen og 30% blant studiedeltakerne i Stavanger. To respondenter nektet å svare på spørsmålet, mens 3 respondenter ikke ble forespurt.

Tabell 6 Tvil i beslutningsprosessen

Tvil i beslutningsprosessen	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
	%	%	%	%	%	%
a: Nei, jeg var ikke i tvil	45	52	41	44	52	48
b: Noe i tvil, men ikke vanskelig å bestemme seg	33	22	28	34	21	26
c: Så mye i tvil at det var vanskelig å bestemme seg	15	15	15	12	13	14
d: Fortsatt i tvil, men må bare gjøre inngrepet	8	10	15	9	13	11
Nekter å svare				2		0.2
Ikke forespurt		1	2			0.7

Totalt sett uttrykte nær 75% (alternativ a+b) av respondentene liten eller ingen tvil i beslutningsprosessen, mens vel 25% (alternativ c+d) av respondentene uttrykte så mye tvil at de hadde vansker med å ta beslutningen hvis de overhode hadde tatt en sikker beslutning.

I en logistisk regresjonsmodell bestående av demografiske faktorer som alder, sivilstand, paritet, tidligere aborterfaring, utdanningsnivå (Tabell 2) og svangerskapslengde (Tabell 5) var det ingen faktorer som kunne predikere hvem som hadde så mye tvil at beslutningen ble vanskelig. "Mye tvil" var jevnt fordelt over de ulike demografiske forklaringsvariablene og etter gestasjonsalder. Modellen er vist i figur 1.

Figur 1 Modell for prediksjon av "tvil" i beslutningsprosessen


3.6 Press under beslutningsprosessen

Det kan være vanskelig å spørre om press i ulike situasjoner som ligger tilbake i tid. I intervjuet differensierte vi mellom en "fornemmelse av press" som uttrykk for et mer diffust press enn det å

Tabell 7 Press under beslutningsprosessen

Press i beslutningsprosessen	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
	%	%	%	%	%	%
a: Opplevde ikke press i beslutningsprosessen	88	78	76	88	84	81
b: Fornemmet press mot svangerskapsavbrudd	5	6	15	7	12	9
c: Fornemmet press mot fullføre svangersk.	3*	7*	1	3	3	4
d: Var under press til å fullføre svangerskap.	0	3	1**	0	1	1
e: Var under press til å ta svangerskapsavbrudd	5	7	7	2	0	5
Nekter å svare		1				0.5

* en kvinne fornemmet dobbelt press, både mot å føde og mot svangerskapsavbrudd

** en kvinne var under dobbelt press, både til å føde og til å ta svangerskapsavbrudd.

være under direkte (uttalt) press fra en eller flere personer. Over 80% av respondentene ga uttrykk for at de ikke hadde "fornemmet" eller "vært under direkte press" i beslutningsprosessen. Med hensyn til "opplevd press", som omfatter både en fornemmelse av press eller det å være direkte under press, var langt flere under press til svangerskapsavbrudd (14%) enn til å fullføre svangerskapet (6%). Tabell 7 viser hvordan de abortsøkende kvinnene opplevde press i beslutningsprosessen etter sykehustilhørighet. Det var ingen signifikante forskjeller i hvordan

kvinnene opplevde press i beslutningsprosessen etter bosted (sykehus). Totalt sett opplevde 9% av de abortsøkende kvinnene ved Buskerud Sentralsykehus press i beslutningsprosessen, 7% fornemmet og 2% var under direkte press. Tilsvarende oppga 22% av de abortsøkende kvinnene ved Sentralsykehuset i Rogaland å ha opplevd press, 15% fornemmet og 7% var under direkte press til å avslutte eller fullføre svangerskapet.

På tilsvarende måte som vi analyserte (logistisk regresjon) "tvil" i beslutningsprosessen analyserte vi "opplevd press" i beslutningsprosessen. Det å ha "opplevd press" innbefatter både "fornemmelse av press" og "direkte press" til både svangerskapsavbrudd og til fødsel. I tillegg til de demografiske variablene (Tabell 2) inngikk også svangerskapslengde (Tabell 5) og tvil i modellen. Demografiske variabler som alder, sivilstand, barnetall og tidligere aborterfaring sammen med svangerskapslengde hadde ingen prediksjonsverdi for det å "ha opplevd press". Aborterende kvinner som uttrykte så mye tvil at det var vanskelig å ta en avgjørelse, opplevde press 9 ganger så ofte (OR 9,0; 95% KI: 5.2-15.6) som kvinner som opplevde lite eller hadde ingen tvil i beslutningsprosessen. Separate analyser for det å ha opplevd press til svangerskapsavbrudd eller opplevd press til fødsel viser større estimat til svangerskapsavbrudd enn til fødsel, men konfidensintervallene er store og overlappende, og sammenligningen har av denne grunn liten verdi.

3.7 Personer i beslutningsprosessen

Tidligere forskning viser at abortsøkende kvinner har en nyansert bevissthet om kvaliteten på kommunikasjon med ulike samtaleparter i beslutningsprosessen (7, 9). Derfor inneholdt intervjuet eksplisitte spørsmål (n=15) om hvem man hadde meddelt at man var gravid, hvem man hadde diskutert utfallet med og hvem man hadde tatt beslutningen sammen med. I analysene er det implisert at hvis man har diskutert utfallet av svangerskapet med noen annen person, har man også meddelt vedkommende at man er gravid. Tilsvarende er det implisert at hvis man har tatt beslutningen sammen med en annen person, har man også diskutert utfallet med denne personen.

Nærmest alle (98%) studiedeltakerne hadde meddelt minst en person om at de var gravide. Kun 7 respondenter (1.6%) oppga at de stod helt alene i situasjonen. Mens 13% av respondentene hadde meddelt en person, hadde 85% av respondentene snakket med minst to personer om at de var blitt gravide.

Totalt sett hadde 93% av respondentene diskutert utfallet av svangerskapet med minst en person. Kun 28 (7%) respondenter hadde ikke diskutert beslutningen med noen. Mens 34% av deltakerne hadde diskutert utfallet av svangerskapet med en annen person, hadde over 60% av deltakerne diskutert utfallet av svangerskapet med to eller flere personer.

Beslutningen om svangerskapsavbrudd oppga 42% av respondentene å ha tatt alene, mens 54% hadde tatt beslutningen med minst en annen person. Kun 3% av respondentene hadde tatt beslutningen med to eller flere personer. De aller fleste abortsøkende kvinnene (94%, (235:250)) som hadde tatt beslutningen sammen med andre personer, hadde tatt beslutningen sammen med barnefaren. Alle andre kategorier samtaleparter, som for eksempel søsken og venninner eller offentlige personer som lege, sosionom, prest osv., var i svært liten grad invitert til å være med i beslutningen.

Tabell 8 Antallet personer involvert i beslutningsprosessen.

Antallet personer i beslutningsprosessen	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
	%	%	%	%	%	%
Meddelt at man er gravid						
0 (ingen)	3	3	0	2	0	2
1 person	13	19	4	24	4	13
2 personer	25	26	23	20	25	24
3 personer	20	21	27	32	31	26
4 eller flere personer	40	31	47	24	40	35
Diskutert utfallet av svangerskapet med						
0 (ingen)	8	11	2	4	3	7
1 person	30	39	20	32	43	34
2 personer	33	28	33	32	28	30
3 personer	15	13	17	19	16	15
4 eller flere personer	15	10	28	12	12	14
Tatt beslutningen om svangerskapet med						
0 (ingen)	40	50	47	34	29	42
1 person	55	49	52	56	67	54
2 eller flere personer	5	1	1	10	4	3

Andelen kvinner som hadde diskutert beslutningen med barnefaren varierte lite etter sykehus (gjennomsnitt 81%, variasjon 78-85%) og likeledes andelen som hadde tatt beslutningen sammen med barnefaren (gjennomsnitt 54%, variasjon 48-67%).

Mor ble invitert til å delta i beslutningsprosessen av 23% av deltakerne, mens 9% hadde invitert far. Tolv prosent av respondentene hadde diskutert mulige løsninger for utfallet av svangerskapet med søsken. Respondentene tok i liten grad slektninger med på den endelige beslutningen. Mor ble vurdert til å være delaktig i beslutningen hos 12 av 97 respondenter, mens far og søsken i svært liten grad (<1%) deltok. Det var først og fremst yngre kvinner, 25 år og yngre (63:97), som inkluderte mor i selve beslutningen.

3.7.1 Primærlegen og beslutningsprosessen

Over 80% av deltakerne hadde tatt beslutningen før de satte fram krav om svangerskapsavbrudd for primærlegen. Det var derfor få som hadde behov for å diskutere utfallet av svangerskapet med legen. Syttiseks (18%) av deltakerne hadde diskutert, mens bare 3 (1%) hadde tatt beslutningen i løpet av legekonsultasjonen. Ingen hadde kontaktet prest, to respondenter hadde kontaktet annen sjelesørger og en deltaker hadde diskutert svangerskapsutfallet med sosionom. Tjue (5%) respondenter oppga at de hadde søkt rådgivning ved kontorer som drives av "Alternativ til Abort Norge".

Blant de 108 kvinnene som hadde så mye tvil at det var vanskelig å ta en beslutning, var det 30 (28%) som diskuterte beslutningen med legen da begjæringen ble satt fram.

I forhold til kvinner som opplevde press til svangerskapsavbrudd var det 21 av 84 (25%) som diskuterte beslutningen med legen i primærkonsultasjonen. Det var ingen forskjell i andel kvinner

som diskuterte beslutningen med legen i forhold til retning av press, til å fullføre eller avslutte svangerskapet.

Ved journalskrivningen ved sykehuset var det 9% (37:432) av de abortsøkende kvinnene som oppga at de hadde behov for å diskutere beslutningen. Seks av disse 37 kvinnene hadde diskutert utfallet av svangerskapet med legen i primærkonsultasjonen.

3.7.2 Vansker med å ta beslutningen

Kvinner, som tvilte så mye at det var vanskelig å ta en beslutning diskuterte svangerskapsutfallet med signifikant flere personer enn kvinner som tvilte lite eller ingenting. Derimot var det ingen forskjell i beslutningsmønsteret. Barnefaren og andre betydningsfulle personer var like mye involvert i beslutningen for kvinner som hadde vanskelig for å ta en beslutning, som for kvinner som hadde liten eller ingen tvil.

Kvinner som opplevde press diskuterte med flere personer enn kvinner som ikke opplevde press i beslutningsprosessen. Derimot var det ingen forskjell i beslutningsmønsteret mellom kvinner som opplevde /ikke-opplevde press. Disse funnene er konsistente for både kvinner som opplevde press til å fullføre og avslutte svangerskapet.

3.7.3 Karakteristika for kvinner som står alene om beslutningen

Førtito prosent (183:432) av kvinnene tok beslutningen om svangerskapsavbrudd alene. I en logistisk regresjons modell inkluderte vi demografiske forklaringsvariabler (Tabell 2), svangerskapslengde ved fremmøte på sykehuset (Tabell 5), tvil (Tabell 7) og press (Tabell 8) under beslutningsprosessen (se figur 1 side 13). Kvinner, som ikke var samboende, tok beslutningen om å avslutte svangerskapet alene 6 ganger så ofte som gifte kvinner (aOR 6.3; 95% KI: 3.2-12.2). Det var ingen forskjell mellom gifte og samboende kvinner. Kvinner som tok abort for første gang stod i mindre grad alene om beslutningen enn kvinner som hadde tidligere abort erfaring (aOR 0.6; 95% KI:0.3-0.95). Bærum sykehus hadde den høyeste andelen kvinner som tok beslutningen sammen med minst en annen person. Med Bærum Sykehus som referanse for hvordan kvinner involverte andre personer i beslutningen var det ingen forskjell mellom sykehusene, unntatt for Regionsykehuset i Trondheim, der signifikant flere kvinner var alene om beslutningen.

3.8 Informasjonsbrosjyrer

Når sykehusene sender brev om timeavtale ved poliklinikken vedlegges et informasjonsark om rutinene for svangerskapsavbrudd. Kvinner som møter direkte ved sykehuset for svangerskapsavbrudd får dette informasjonsskrivet ved fremmøte. Det var ingen av sykehusene som brukte de nye brosjyrene (3-5) fra SHD / SH rutinemessig. Disse brosjyrene var plassert i et informasjonsstativ ved de fleste poliklinikkene sammen med mye annet informasjonsmaterieil. I mange tilfeller var ikke de nye abortbrosjyrene synlige i mylderet av andre brosjyrer. Tabell 9 gir en oversikt over hvordan de abortsøkende kvinnene benyttet de ulike informasjonskildene om ulike forhold rundt svangerskapsavbrudd.

Avdelingene har rutiner for å formidle egne prosedyrene ved svangerskapsavbrudd. Femten prosent av respondentene oppga at de ikke har sett noe til denne informasjonen. Andelen som mente de ikke hadde mottatt noe informasjonsskriv varierte fra 3% ved Bærum Sykehus til 20% ved Regionsykehuset i Tromsø. Totalt sett hadde 72% av de abortsøkende kvinnene lest i avdelingens informasjonsark. Andelen, som har lest i dette skrivet varierer fra 54% ved

Regionsykehuset i Trondheim til 95% blant dem som får utført svangerskapsavbrudd ved Bærum sykehus (Tabell 9).

Tabell 9 Kjennskap til informasjonsark og brosjyrer

Kjennskap til informasjonsark og brosjyrer	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
	%	%	%	%	%	%
Avdelingens informasjonsark						
Har lest	68	54	78	87	95	72
Har sett, men ikke lest	3	27	4	3	3	12
Har ikke sett det	20	19	18	10	3	15
Ikke forespurt spørsmålet	10	1				1
Brosjyren "Til deg som vurderer abort"						
Har lest	15	6	7	4	5	7
Har sett, men ikke lest	3	2	1	3	3	2
Har ikke sett det	80	92	92	91	92	91
Ikke forespurt spørsmålet	3	1	2			1
Brosjyren "Rutiner ved svangerskapsavbrudd"						
Har lest	15	5	10	4	1	6
Har sett, men ikke lest			1		1	0.5
Har ikke sett det	80	95	87	96	97	92
Ikke forespurt spørsmålet	5		2			1
Brosjyren "Abortloven"						
Har lest	18	4	6	4	3	6
Har sett, men ikke lest	3	1	2	2	4	2
Har ikke sett det	75	95	89	94	93	91
Ikke forespurt spørsmålet	5		2			1
Har lest i minst en av de tre nasjonale brosjyrene						
	33	8	11	4	7	13

Totalt sett var det 88% av de abortsøkende kvinnene som ikke hadde sett eller hørt om de nye brosjyrene om abort. Andelen som ikke hadde sett de nye brosjyrene fra SHD/SH varierte fra 65% ved RiTØ til 93% blant de abortsøkende kvinnene ved BSS. Av de som hadde sett brosjyrene var det noen flere ved RiTØ som hadde lest i minst en av brosjyrene enn blant abortsøkende kvinner ved de øvrige sykehusene (Tabell 9, ikke signifikant funn). Blant dem som hadde sett minst en av brosjyrene (12,5%) var det 4 av 5 (43:54) som hadde lest i minst en av brosjyrene.

De ulike brosjyrene var lest i like lite omfang blant dem som hadde en vanskelig beslutningsprosess i forhold til gruppen som hadde lite eller ingen tvil. Tilsvarende var brosjyrene lest like lite blant dem som opplevde press til å ta svangerskapsavbrudd, det være seg press til å fullføre eller avslutte svangerskapet, enn de som ikke opplevde press. Legene som diskuterte beslutningen om svangerskapsavbrudd med abortsøkende kvinner brukte ikke de nye brosjyrene i større omfang enn leger som ikke diskuterte beslutningen med de abortsøkende

kvinnene. Bruken av brosjyrene virker tilfeldig i forhold til hvem som hadde behov for denne informasjon i forhold til usikkerhet i beslutningsprosessen.

Tjueen deltakere hadde fått brosjyrene hos henvisende lege. Tjue abortsøkende kvinner fikk brosjyrene formidlet fra poliklinikken ved sykehusene; seks kvinner fikk den av legen i abortkonsultasjonen på sykehuset, åtte kvinner fikk kjennskap til brosjyrene fra øvrige avdelingspersonale og seks kvinner fant den i brosjyrestativet. To kvinner oppga "Alternativ til Abort Norge" som formidler av brosjyrene.

3.9 Behov for mer informasjon

I henhold til forskrift om lov om selvbestemt abort (6) har kvinnene rett til informasjon og veiledning når de begjærer svangerskapsavbrudd. På samme måte har legene, som formidler denne tjenesten plikt til å informere og legge til rette for veiledning til de kvinnene som ber om det (6). Under intervjuene ved sykehusene ble deltakerne spurt spesifikt om de hadde behov for opplysninger om hvordan inngrepet blir utført. Som oppfølgings spørsmål ble det spurt om de fikk slik informasjon av henvisende lege da de begjærte svangerskapsavbrudd. I de følgende analysene, som omhandler informasjon i begjæringskonsultasjonen hos henvisende lege, er kvinner (N=17) som henvendte seg direkte til sykehuset utelatt.

Blant de 415 (432-17) kvinnene som hadde konsultert lege før frammøtet ved sykehuset var det 150 (36%) deltakere som uttrykte behov for mer informasjon om inngrepet under sykehuskonsultasjonen. Signifikant flere abortsøkende kvinner ved Regionsykehuset i Trondheim (46%) uttrykte behov for mer informasjon om inngrepet enn kvinner som begjærte svangerskapsavbrudd ved de andre sykehusene (34%; variasjon 23-36%).

Halvparten (209:415) av kvinnene fortalte ved intervjuet på sykehuset at de fikk informasjon om inngrepet av legen som formidlet begjæringen om svangerskapsavbrudd. Signifikant færre kvinner (42%) tilhørende nedslagsfeltet for Regionsykehuset i Trondheim bekreftet at de hadde fått slik informasjon av henvisende lege sammenlignet med kvinner hjemmehørende i nedslagsfeltene for de andre sykehusene (55%). Blant de 209 kvinnene som hadde fått informasjon om inngrepet, var det signifikant flere kvinner tilhørende Regionsykehuset i Trondheim som uttrykte behov for ytterligere informasjon om inngrepet da de møtte til journalskriving (47% versus 28%) enn ved de andre sykehusene. Ved de andre sykehusene var det ingen signifikante forskjeller i behov for ytterligere informasjon til tross for en betydelig variasjon (18-39%) i disse funnene (Tabell 10).

Totalt var det 194 kvinner som ikke hadde fått informasjon av henvisende lege under begjæringskonsultasjonen. Ved frammøtet på sykehuset uttrykte over 40% av disse kvinnene at de hadde behov for mer informasjon. Blant dem som ikke fikk informasjon under konsultasjonen hos henvisende lege, var andelen som hadde behov for mer informasjon ved frammøtet til sykehuset signifikant lavere for abortsøkende kvinner tilhørende Bærum Sykehus sammenlignet med de andre sykehusene. Kvinner tilhørende nedslagsfeltet for Regionsykehuset i Trondheim og Buskerud Sentralsykehus hadde en signifikant større andel med behov for mer informasjon (Tabell 10). Som tabell 10 viser var det betydelige forskjeller i hvordan intensjonene i abortloven om informasjon ble fulgt opp og hvordan kvinnene opplevde ulike behov for informasjon.

Tabell 10 Behov for mer informasjon om inngrepet ved frammøte på sykehuset

Informasjon om inngrepet	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=39	N=161	N=82	N=65	N=68	N=415
	%	%	%	%	%	%
Behov for mer informasjon om inngrepet ved frammøtet på sykehuset						
Ja*	36	46	23	34	31	36
Nei**	56	48	76	66	69	61
Vet ikke/ikke forespurt	8	6	1			3
Fikk informasjon av henvisende lege....	N=23 %	N=68 %	N=50 %	N=33 %	N=35 %	N=209 %
*har behov for mer informasjon om inngrepet	39	47	18	21	37	34
**har ikke behov for mer informasjon om inngrepet	52	50	82	79	63	65
Vet ikke	9	3				2
Fikk ikke informasjon av henvisende lege.....	N=15 %	N=85 %	N=30 %	N=32 %	N=32 %	N=194 %
*har behov for mer informasjon om inngrepet	33	49	33	47	25	41
**har ikke behov for mer informasjon om inngrepet	67	46	67	53	75	57
Vet ikke		5				2

3.10 Informasjon om komplikasjoner

Informasjonsarkene som sykehusene sender ut inneholder opplysninger om komplikasjoner. Abortloven pålegger også legen å gi opplysninger om inngrepets virkninger i tillegg til opplysninger om hvordan inngrepet utføres. Virkninger i denne sammenhengen forstås som komplikasjoner. Kvinnene ble spurt om kunnskap om mulige komplikasjoner som kunne oppstå i forbindelse med et svangerskaps-avbrudd. Dette spørsmålet ble stilt som et åpent spørsmål og med inntil 9 muligheter for svar. Alle respondentene ga svar og resultatene er anført i tabell 11.

I gjennomsnitt var 13% av deltakerne av den oppfatning at et abortinngrep var fritt for komplikasjoner eller at komplikasjoner oppstod så sjelden at risikoen for at noe skulle skje var minimal. I overkant av 14% av respondentene visste om "blødning" som komplikasjon, mens tilsvarende tall for infeksjon og sterilitet var henholdsvis 20% og 29%. Relativt mange var opptatt av sterilitet som mulig komplikasjon. Kun syv respondenter uttrykte angst for fortsatt å være gravid etter inngrepet, mens 66 (15%) deltakere oppga psykiske reaksjoner som mulig komplikasjon til et svangerskapsavbrudd. Ti prosent av respondentene svarte at dette visste de ingenting om.

Tabell 11 Kunnskap om mulige komplikasjoner etter et abort inngrep

Kunnskap om mulige komplikasjoner	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
	N=40	N=166	N=83	N=68	N=75	N=432
	%	%	%	%	%	%
Inngrepet er uten komplikasjoner	5	15	18	15	9	13
Blødning	23	15	8	15	15	14
Infeksjon	25	18	15	14	32	20
Sterilitet	23	36	29	25	19	29
Psykiske reaksjoner	23	17	15	16	8	16
Angst for fortsatt å være gravid	0	2	2	3	0	2
Vet ikke	17	10	4	6	15	10
Vil ikke svare	0	0	0	0	0	0

Svarprosenten overstiger 100 fordi flere respondenter ga flere svar (multiresponse).

Blant de 123 personene som var opptatt av sterilitet som mulig komplikasjon, var det få som hadde en realistisk vurdering av risiko. Sterilitetsrisikoen etter et abort inngrep er minimal og angis per 10 000 kvinner/inngrep. Mindre enn halvparten av respondentene som oppga sterilitet som mulig risiko, hadde ingen oppfatning av hvor stor risikoen var. Blant de som svarte på oppfølgingsspørsmålet om å angi sterilitetsrisiko, var det sterkt overdrevne forestillinger. Mindre enn en tredjedel av de som svarte sterilitet som mulig komplikasjon, anga risikoen til å være 1% eller mindre. Det var ingen forskjell i bevissthet om sterilitetsrisiko om legen i abortkonsultasjonen ble oppgitt som kilde eller ikke.

Kvinner som tvilte så mye at det var vanskelig å ta beslutningen oppga dobbelt så ofte "psykiske reaksjoner" som komplikasjon i forhold til kvinner som opplevde lite eller ingen tvil i beslutningsprosessen. For sterilitet var det ingen forskjell i andel positive svar i forhold til "tvil" i beslutningsprosessen.

3.11 Behov for informasjon om sosiale rettigheter / stønadsordninger

Enslige forsørgere er berettiget til ekstra ytelser fra det offentlige om de velger å gå svangerskapet ut. Forutsetningen for å få utdanningsstøtte i tre år etter man har født barn er at man er enslig og ikke er i lønnet arbeid. Videre er enslige forsørgere berettiget til indeksregulert overgangsstønad og dobbel barnetrygd for første barn, og deretter får man barnetrygd for ett barn mer enn man har.

I vår studiepopulasjon var det 215 enslige kvinner som begjærte svangerskapsavbrudd (Tabell 2), hvorav 155 kvinner ikke hadde født barn tidligere. De 60 enslige kvinnene som hadde barn, var alle godt kjent med hvilke rettigheter enslige gravide kvinner hadde fra det offentlige.

Tabell 12 viser andelen kvinner som begjærte svangerskapsavbrudd og som hadde behov for informasjon om sosiale rettigheter/støtteordninger da de møtte ved sykehuset. Totalt sett uttrykte ni av 155 (6%) abortsøkende kvinner behov for informasjon om dette temaet. Blant de ni kvinnene som ga uttrykk for ytterligere informasjon om sosiale rettigheter/ støtteordninger ved fremmøtet på sykehuset hadde 3 kvinner fått slik informasjon av henvisende lege. Henvisende lege ga slik informasjon til 13 kvinner, hvorav tre kvinner ønsket denne informasjon på nytt under

sykehuskonsultasjonen. Fire av disse ni kvinnene hadde en vanskelig beslutningsprosess med "mye tvil", mens tre kvinner var under press til å ta svangerskapsavbrudd.

Det var få kvinner som hadde behov for informasjon om sosiale rettigheter/støtteordninger for gravide. Det kan synes som om disse ordningene har liten betydning for beslutningen, men er viktige opplysninger for de enslige kvinnene som velger å fullføre svangerskapet.

Tabell 12 Andel kvinner med behov for informasjon om sosiale rettigheter/støtteordninger etter sykehus

	RiTØ	RiT	SiR	BSS	BS	Alle
Antallet enslige kvinner	N=17	N=55	N=30	N=24	N=29	N=155
Andel enslige kvinner	%	%	%	%	%	%
Behov for informasjon om sosiale rettigheter / støtteordninger (enslige)	6	4	7	0	14	6

4 DISKUSJON

Utvalget består av kvinner som tok svangerskapsavbrudd ved fem utvalgte sykehus i perioden februar til mai 2000. Totalt sett ble 72% (523:730) av alle abortsøkende kvinner forespurte om å delta i intervjuundersøkelsen. Andelen ikke-inviterede kvinner ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø var signifikant lavere enn ved de andre sykehusene. Andelen kvinner som ble forespurte og som nektet intervju var størst ved Sentralsykehuset i Rogaland og ved Sentralsykehuset i Buskerud. I Tromsø var andelen ikke-forespurte kvinner størst blant gifte kvinner 25 år og eldre. Tilsvarende takket en større andel gifte kvinner 25 år og eldre "nei" til å delta ved Sentralsykehuset i Rogaland, mens den største andelen "nekte" var enslige, samboende kvinner 24 år og yngre ved Sentralsykehuset i Buskerud. Totalt ble 83% (432:523) av de forespurte deltakerne inkludert i studien. Materialet er for alder, sivilstand og barnetall vurdert til å være representativt for abortsøkende kvinner i Norge (17).

Abortloven gir mulighet for å fremme begjæringen om svangerskapsavbrudd direkte til sykehuset (3). Det er få kvinner som benytter seg av denne muligheten (4%). De fleste begjærer svangerskapsavbrudd gjennom allmennpraktiker (81%), som oftest fast legen (3 av 4). Begjæring om svangerskapsavbrudd settes i noe større grad fram gjennom privat praktiserende gynekolog i Stavanger, Drammen og Bærum sammenlignet med Trondheim og Tromsø. Unge kvinner i Bærum konsulterer i større grad Helsestasjon for ungdom for begjæring om svangerskapsavbrudd enn unge kvinner i nedslagsfeltene for de andre sykehusene. Det at flere kvinner søker gynekolog i abortbegjæringsøyemed avspeiler i større grad utbredelsen av privat praktiserende gynekologer i de respektive byene. Tilsvarende er Helsestasjon for ungdom mer tilgjengelig for ungdom i Bærum enn hva helsestasjonstilbudet er i de andre byene som inngikk i studien.

Beslutningen om svangerskapsavbrudd taes hovedsakelig før kvinnene kontakter helsevesenet (9-11). Over 82% har tatt beslutningen om å avbryte svangerskapet før de begjærer svangerskapsavbrudd hos legen (9-11). Under begjæringskonsultasjonen tar ytterligere 2% beslutningen, men 5% tar den endelige beslutningen i tiden mellom primær konsultasjonen og frammøtet på sykehuset. Ved frammøtet på sykehuset er fortsatt 6-7% av de abortsøkende kvinnene i tvil om beslutningen. Abortsøkende kvinner i nedslagsfeltet for Regionsykehuset i Trondheim tar beslutningen noe senere enn hva kvinner som søker de andre sykehusene i studien gjør. Ved frammøtet til sykehuset er det derimot ingen forskjell i andelen som har tatt en beslutning mellom de som får utført svangerskapsavbrudd i Trondheim og de andre sykehusene. Abortloven gir rett til selvbestemt abort (3). De aller fleste kvinnene (98%) tar beslutningen om svangerskapsavbrudd utenfor helsevesenet.

Sykehusene praktiserer noe forskjellige innkallingsrutiner for abortsøkende kvinner. En større andel abortsøkende kvinner møter til poliklinisk konsultasjon tidligere i svangerskapet ved Bærum sykehus og Regionsykehuset i Tromsø sammenlignet med de andre sykehusene. Totalt møter over 83% av de abortsøkende kvinnene før 9 fullgatte svangerskapsuker. Studien gir ikke svar på om det er forsinkelser i begjæringskjeden (administrative rutiner) ved de andre sykehusene eller om kvinner fremmer søknaden til primærlegen tidligere i svangerskapet i nedslagsfeltet for Regionsykehuset i Tromsø og Bærum sykehus.

Resultatene omhandlende personer involvert, tvil og press i beslutningsprosessen viser at det å ta standpunkt til å avbryte et svangerskap har både generelle og kulturelt betingede trekk (9, 14). Hvordan beslutningsprosessen oppleves likt av respondentene uavhengig av bosted uttrykkes i grad av "tvil" og "press" i beslutningsprosessen som vist i tabell 6 og 7. Totalt sett uttrykte nær

75% av respondentene ingen eller liten tvil i beslutningsprosessen (9), varierende fra 70% blant abortsøkende ved Kvinneklubben, Sentralsykehuset i Rogaland til 78% blant dem som fikk utført svangerskapsavbrudd ved Kvinneklubben ved Regionsykehuset i Tromsø. Så mye tvil at det var vanskelig å bestemme seg opplevde 14% av respondentene (varierende fra 12-15%), mens 11% (varierende fra 8-15%) ga uttrykk for at de bare måtte få inngrepet utført selv om de fortsatt var i tvil. Det generelle aspektet av "mye tvil" i beslutningsprosessen understrekes ytterligere av at variabler som alder, sivilstand, barnetal, tidligere svangerskapsavbrudd, utdanningsnivå og gestasjonsalder ikke hadde prediksjonsverdi (logistisk regresjon, side 11, siste avsnitt) til å karakterisere kvinner med "mye tvil" i beslutningsprosessen.

Det kan være vanskelig å spørre om "tvil" og "press" i beslutningsprosessen som ligger en til fem uker tilbake i tid. Spørsmålene har et nyansert innhold hvor det spørres om ulike grader av tvil, fra en fornemmelse av, til å være under direkte press både mot svangerskapsavbrudd og fødsel. Det viktige med spørsmålene er at de fanger opp dem som er i "tvil" og er "under press" ved frammøtet til sykehuset slik at videre rådgivning kan bli utført/formidlet. Svarene for de ulike alternativene både for "tvil" og "press" fordeler seg relativt likt mellom respondentene ved de ulike sykehusene. Nær 80% hverken "fornemmet" eller var under "direkte press" i beslutningsprosessen (9). "Press" i beslutningsprosessen ble opplevd 9 ganger så hyppig blant dem som var så mye i tvil i beslutningsprosessen at beslutningen var vanskelig sammenlignet med dem som ikke opplevde tvil/lite tvil. Ingen andre faktorer som alder, sivilstand, paritet, tidligere aborterfaring, utdanningsnivå og svangerskapslengde predikerte press (logistisk regresjon, side 12, 2 avsnitt). Kvinner som er under press opplever mye sterkere tvil i beslutningsprosessen. Det å være under press til å beslutte noe som strider mot sin egen overbevisning er en psykologisk belastning. Vår intervjuundersøkelse mangler spørsmål vedrørende andre kvaliteter som kunne utdype disse fenomenene av eksistensiell karakter.

Abortsøkende kvinner har et nyansert syn på hvilke personer som deltar i beslutningsprosessen (7, 9). Kvinnene skiller mellom hvem de forteller at de er gravide, hvem de diskuterer med og hvem de tar beslutningen sammen med. Det er få kvinner som ikke forteller til noen at de er gravide (1,6%). De aller fleste (>85%) har minst to samtalepartner. Over 60% av deltakerne hadde diskutert utfallet av svangerskapet med minst to personer. Beslutningen ble tatt alene for 42% av respondentene (9). Blant dem som hadde tatt beslutningen sammen med andre personer hadde 94% (235:250) tatt beslutningen sammen med barnefaren. Alle andre samtalepartner som søsken, venninner, eller offentlige personer som lege, sosionom, prest osv. var i liten grad invitert til å være med i beslutningen (9). Antallet personer som er involvert i beslutningsprosessen varierer lite for de abortsøkende kvinnene ved de ulike sykehusene (Tabell 8).

Det er få som diskuterer svangerskapsutfallet med legen i begjæringskonsultasjonen (18%). Legen diskuterer med mindre enn en fjerdedel av de som har "mye tvil" (28%) eller er "under press" (25%). Blant dem som fortsatt var i "mye i tvil" ved frammøtet til sykehuset (9%; 37:432) var det bare 6 av 37 som hadde diskutert svangerskapsutfallet med primærlegen i begjæringskonsultasjonen. Studien gir ikke svar på om de abortsøkende kvinnene uttrykte behov for å diskutere svangerskapsutfallet med legen i begjæringskonsultasjonen eller om legen tok initiativ til å snakke om beslutningsprosessen. Mange kvinner ønsker en kvalifisert vurdering om deres grunner for svangerskapsavbrudd er legitime. Med lov om selvbestemt abort får ikke kvinnene denne muligheten da legen ikke vil være påtrengende i konsultasjonen fordi beslutningen ligger hos kvinnen. På denne måten kan mange leger innta en "passiv" holdning til å fange opp virkelig dem som trenger ytterligere rådgivning.

Både kvinner som var "mye i tvil" og som opplevde "press" diskuterte med flere personer enn kvinner som hadde "ingen/lite tvil" eller var under "press". Beslutningsmønsteret og barnefarens deltakelse varierte lite mellom de som hadde "mye tvil" i forhold til de som hadde "ingen/lite tvil"

eller var/ikke var "under press". Det at dette mønsteret er relativt likt for deltakerne ved de ulike sykehusene, uttrykker at beslutningen er person avhengig og varierer ikke med bosted.

Kvinner som velger svangerskapsavbrudd og ikke bor sammen med barnefaren tar beslutningen om svangerskapsavbrudd langt oftere alene (9). Likeledes tar kvinner som har fått utført svangerskapsavbrudd tidligere også beslutningen i større grad alene enn kvinner som tar svangerskapsavbrudd for første gang. Abortsøkende kvinner som fikk utført svangerskapsavbrudd ved Bærum sykehus hadde den høyeste andelen som tok beslutningen med minst en annen person, mens kvinner som fikk utført svangerskapsavbrudd ved Regionsykehuset i Trondheim stod signifikant oftere alene om beslutningen. Vi har ingen åpenbare forklaringer på disse funnene.

Sykehusene har egne informasjonsskriv til abortsøkende kvinner. Disse skrivene informerer om hva som skal skje ved sykehuset. I tillegg har Sosial- og Helsedirektoratet (SHD) sammen med Statens Helsetilsyn utarbeidet egne brosjyrer til abortsøkende kvinner (3-5). Totalt sett hadde tre av fire lest avdelingens informasjonsark, varierende fra 54% ved Regionsykehuset i Trondheim til 95% blant dem som får utført svangerskapsavbrudd ved Bærum sykehus. Totalt sett hadde nær 90% ikke sett de nye informasjonsbrosjyrene fra SHD og Statens Helsetilsyn. Blant dem som hadde sett brosjyrene (13%) var det 4 av fem (43:54) som hadde lest i minst en av dem. Det var overraskende å finne at bruken av brosjyrene var like lite uttalt blant dem som var "mye i tvil", var "under press", hadde diskutert beslutningen med legen osv.. Hvem som hadde lest brosjyrene kunne ikke forklares fra sider ved beslutningsprosessen som skulle indikere at man hadde behov for mer informasjon. Det at så få har sett brosjyrene betyr at allmennleger, sykehusleger og annet personale som har kontakt med abortsøkende kvinner i liten grad bruker informasjonsmateriale i formidlingen av denne helsetjenesten. Om dette også gjelder andre helseplager er det oppsiktsvekkende at brosjyrematerialet i så liten grad blir brukt i møtet med pasientene.

I abortkonsultasjonen signerer både den abortsøkende kvinnen på at hun har mottatt informasjon om inngrepets art og virkninger. Legen signerer på at han har gitt slik informasjon. Ved frammøtet til sykehuset var det 36% av de abortsøkende kvinnene som ytret ønske om mer informasjon om inngrepets art. Det at signifikant flere abortsøkende kvinner ved Regionsykehuset i Trondheim ytret ønske om mer informasjon om inngrepets art kan forklares med at langt færre hadde lest avdelingens eget informasjonsskriv i forhold til abortsøkende kvinner ved de andre sykehusene, at det var flere kvinner som opplevde tvil i beslutningsprosessen og derav hadde behov for mer informasjon og at færre kvinner ved Regionsykehuset i Trondheim oppga at de hadde fått slik informasjon av henvisende lege i abortkonsultasjonen. Vi finner et samsvar mellom behov for mer informasjon ved frammøte til sykehuset som kan relateres til lesning av avdelingens eget informasjonsskriv, det at legen i mindre grad ga informasjon under begjæringskonsultasjonen og i noen grad større tvil i beslutningsprosessen. Men også blant dem som fikk informasjon i begjæringskonsultasjonen uttrykte flere abortsøkende kvinner ved Regionsykehuset i Trondheim at de ønsket mer informasjon ved frammøtet på sykehuset enn hva som er tilfelle med abortsøkende kvinner ved de andre sykehusene. 40% av kvinnene som ikke fikk informasjon om inngrepets art (194:415) under begjæringskonsultasjonen, uttrykte behov for mer informasjon ved frammøtet til sykehuset. Også blant disse kvinnene ønsket abortsøkende kvinner ved Regionsykehuset i Trondheim behov for mer informasjon. Det ser ut som om abortsøkende kvinner ved Regionsykehuset i Trondheim ønsker mer informasjon ved frammøtet til sykehuset enn abortsøkende kvinner ved andre sykehus uavhengig av hvilken informasjon som er gitt i begjæringskonsultasjonen.

Kunnskap om komplikasjoner til et abortinngrepet var noe overdrevet blant respondentene.. Totalt sett var 13% av den oppfatning at inngrepet var relativt komplikasjons fritt; mens 10% av respondenten var uvitende om komplikasjoner. Til svaralternativene "blødning" og "infeksjon" hadde vi ingen oppfølgingsspørsmål som utdypet mer detaljert kunnskap om hvordan respondentene oppfattet alvorlighetsgraden av svaret. Til svaralternativet "infertilitet" hadde vi oppfølgingsspørsmål. Nær 30% av respondentene (123:432) trodde at man kunne bli steril etter et abortinngrep. Til tross for dette fikk valgte de å avbryte svangerskapet. Forestillingene om sterilitet som mulig komplikasjon var sterkt overdrevet. Mindre enn 1/3 av de respondentene som oppga sterilitet som mulig komplikasjon vurderte risikoen som liten (mindre enn 1%). Kunnskapen om sterilitet var uavhengig av om det var legen i begjæringskonsultasjonen som var kilde for opplysningen eller ikke. Kvinner som hadde vansker med å ta en beslutning om inngrepet oppga "psykiske reaksjoner" oftere enn kvinner som ikke hadde vansker med å ta beslutningen. De få oppfølgingsstudiene som er gjort viser at kvinner som har sterk ambivalens i beslutningen (mye tvil/vasker med å bestemme seg) oftere opplever psykiske plager etter et inngrep (18).

Tatt i betraktning at over 70% av respondentene bekreftet at de hadde lest sykehuset informasjonsark om inngrepet før de ble intervjuet kunne man ha forventet mer kunnskap om mulige komplikasjoner til et inngrep. En amerikansk studie har vist at til mer fakta kunnskap de abortsøkende hadde om inngrepet før de fikk det utført, ga mer trygghet i ventetiden og reduserte usikkerhet rundt komplikasjoner til inngrepet (19).

Denne studien bekrefter tidligere forskning (7, 9) at opplysninger om inngrepets art og virkninger er lite relevant for beslutningen om å avbryte et svangerskap. Informasjon om inngrepets art og virkninger er noe man først og fremst trenger da man møter ved sykehuset. Vi skal heller ikke glemme at over 25% av de abortsøkende kvinnene ikke trenger informasjon da de er i besittelse av nok informasjon eller rett og slett ikke ønsker informasjon om hvordan inngrepet utføres.

Behov for informasjon om sosiale rettigheter/stønsordninger som omfatter enslige er lite aktuelt for kvinner som har begjært svangerskapsavbrudd. De kvinnene som drar nytte av denne informasjonen er de kvinnene som velger å fullføre svangerskapet. Disse kvinnene vil aldri delta i en undersøkelse omhandlende abortsøkende kvinner som møter til sykehuset for inngrep.

Kun 9 av 155 enslige abortsøkende kvinner hadde hatt eller hadde behov for slik informasjon ved frammøtet til sykehuset. De 60 enslige kvinnene som hadde barn og hadde begjært svangerskapsavbrudd, var alle godt kjent med hvilke rettigheter enslige kvinner hadde. Tre av de 9 kvinnene som hadde behov for ytterligere informasjon om sosiale rettigheter ved frammøtet til sykehuset hadde fått slik informasjon av henvisende lege. Totalt hadde legen i begjæringskonsultasjonen gitt slik informasjon til 13 kvinner. Disse resultatene gir grunnlag for å hevde at det er få kvinner som vurderer abort som et valg og der sosiale rettigheter/stønsordninger blir avgjørende for om utfallet av svangerskapet blir abort eller fødsel.

5 OPPSUMMERING

Studien viser at abortsøkende kvinner i hovedsak (98%) tar beslutningen om svangerskapsavbrudd utenfor helsevesenet. Ved de deltagende sykehusene fremmet over 80% av kvinnene begjæringen om svangerskapsavbrudd gjennom allmennpraktiker, mens 8% fremmer søknaden gjennom privatpraktiserende gynekolog. Kun 4% av kvinnene henvendte seg direkte til sykehuset for å få utført svangerskapsavbrudd. Tre av fire kvinner som fremmet søknaden gjennom allmennpraktiker gjorde det gjennom fast legen.

Over 80% av kvinnene har tatt beslutningen om svangerskapsavbrudd før de begjærer svangerskapet avsluttet. Kun 2% av kvinnene tar beslutningen under primær legekonsultasjonen. Før kvinnene kommer til sykehuset for å få utført svangerskapsavbrudd har inntil 95% av kvinnene tatt en klar beslutning.

75% av kvinnene opplever så lite tvil i beslutningsprosessen at beslutningen ikke er vanskelig, mens 25% av kvinnene opplever så mye tvil at de hadde vanskelig for å bestemme seg. Over 80% av deltakerne hverken fornemmet eller opplevde press i beslutningsprosessen. Nær tre ganger så mange fornemmet eller opplevde direkte press mot svangerskapsavbrudd (14%) sammenlignet med dem som fornemmet eller opplevde press mot å fullføre svangerskapet (5%). Kvinner som uttrykte så mye tvil at de hadde vanskelig for å bestemme seg, fornemmet eller opplevde press langt hyppigere enn kvinner som ikke hadde vanskelig for å bestemme seg. Studien påviser ingen risiko faktorer som identifiserer hvem som var under press eller hadde så mye tvil at det var vanskelig å bestemme seg. Vel en fjerdedel av kvinnene som hadde så mye tvil at de hadde vanskelig for å bestemme seg eller fornemmet/var under press, diskuterte utfallet av svangerskapet legen i primær konsultasjonen.

Nærmest alle kvinnene som fikk utført svangerskapsavbrudd (98%) hadde meddelt minst en person at de var gravide, mens over 85% av deltakerne hadde meddelt minst to personer. Totalt sett hadde 93% av kvinnene diskutert utfallet av svangerskapet med minst en person, hvor av over 60% med minst to personer. 42% av kvinnene tok beslutningen alene. Blant dem som tok beslutningen sammen med en annen person, tok 94% beslutningen sammen med barnefaren. Andre personer enn barnefaren er i liten grad dratt med i den endelige beslutningen. Blant yngre abortsøkende kvinner var mor langt oftere involvert som samtalepart enn far. Men også i den yngste aldersgruppen var foreldrene i liten grad med i selve beslutningen.

Med hensyn til kjennskap til ulike informasjonsskriv utsendt fra sykehusene eller brosjyrer tilrettelagt av Sosial- og Helsedepartementet/Statens Helsetilsyn avdekket studien at over 70% av deltakerne hadde lest informasjonsskrivet fra sykehuset, mens bare 12% hadde lest i minst en av tre brosjyrer utgitt av helsemyndighetene. Sykehusenes informasjonsskriv eller brosjyrene fra det offentlige ble ikke brukt mer av dem som hadde en vanskelig beslutningspress eller fornemmet/opplevde press sammenlignet med dem som hadde en lettere beslutningsprosess eller ikke fornemmet/opplevde press. Fordi de fleste abortsøkende kvinnene har tatt beslutningen før de kontakter helsevesenet, når informasjonen om inngrepets art og virkninger fra helsevesenet først fram til klientene etter at beslutningen er tatt. Informasjonen om inngrepet og virkningene av inngrepet har liten betydning for valget. Hvor lite informasjonen fra helsevesenet betyr for valget om svangerskapsavbrudd belyses best blant dem som har rett til informasjon om sosiale rettigheter/stønadsordninger som omfatter gravide. Blant 155 abortsøkende kvinner var det kun 9 som ved konsultasjonen ved sykehuset ga uttrykk for at de hadde behov for denne informasjonen. Totalt var det 13 abortsøkende kvinner som hadde fått slik informasjon av legen i begjærings-

konsultasjonen. Blant de enslige abortsøkende kvinnene som hadde barn fra før var kjennskapen til stønadsordningene så god at ingen ba om ytterligere informasjon ved sykehuskonsultasjonen.

Informasjonen om inngrepets art og virkninger som gies i begjæringskonsultasjonen må suppleres i sykehuskonsultasjonen. Ingen informasjonsskriv kan erstatte den muntlige informasjonen som utveksles i konsultasjonene. Samtidig må også helsepersonell kjenne til innholdet i de ulike brosjyrene for å kunne bruke brosjyrene hensiktsmessig hos klienter som har behov for mer informasjon. I denne sammenhengen må helsepersonellet bli bedre kjent med brosjyrene. Gjennom prosjektet fikk de samarbeidende legene en mer systematisk innføring i innholdet og sykehuslegens rolle i abortkonsultasjonen. Det å kvalitetssikre informasjonskjeden og sikre at behov for ytterligere rådgivning ikke er tilstede hos klientene er de viktigste oppgavene i sykehuskonsultasjonen.

Studien avslørte lite kunnskap om mulige komplikasjoner til et abortinngrep blant klientene. De som hadde kunnskap om mulige komplikasjoner hadde overdreven forestillinger om risikoen for komplikasjon. Til tross for overdrevne forestillinger valgte de å få utført et svangerskapsavbrudd.

I administrative prosesser, klientenes beslutningsprosess og i behovet for ytterligere informasjon var det liten variasjon mellom deltakerne ved de ulike sykehusene. Dette viser det generelle i beslutningsprosessen rundt svangerskapsavbrudd. Kvinner som begjærte svangerskapsavbrudd ved Regionsykehuset i Trondheim uttrykte i større grad behov for ytterligere informasjon om inngrepets art og virkninger enn abortsøkende kvinner ved de andre sykehusene. Dette funnet var uavhengig om de abortsøkende kvinnene hadde fått eller ikke fått informasjon i begjæringskonsultasjonen hos allmennpraktiker.

5.1 Konklusjoner

Skal informasjonsflyten bli bedre må de offentlige brosjyrene bli tatt langt mer i bruk under primær konsultasjonen hos allmennpraktiker. Dette fordrer at legen i begjæringskonsultasjonen har interesse for ulike sider av beslutningsprosessen og bruker informasjonsplikten på en mer aktiv måte. Helsepersonell ved sykehusene må kvalitetssikre at informasjonsbehovet for inngrepets art og virkninger er dekket. Til dette er ikke informasjonsarket som sykehusene bruker tilstrekkelig. Leger / sykepleiere må mer aktivt i sykehusmøtet med abortsøkende kvinner sikre at tilstrekkelig informasjon er gitt.

Det offentlige må ta et større ansvar for at det gies et etterutdanningstilbud til leger/sykepleiere som arbeider med å oppfylle intensjonen i abortloven. I dagens etterutdanningstilbud er dette området svært mangelfullt. Studien har avdekket at mye fungerer godt i henhold til intensjonen i abortloven, men at kvaliteten på informasjonsarbeidet til abortsøkende kvinner kan bli bedre både i allmennpraksis og på sykehus.

6 LITTERATUR

1. St. meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv.
2. Ones T, Elvbakken KT. Sekshusenens informasjon og tilbud om veiledning i forbindelse med svangerskapsavbrudd. Bergen, Senter for samfunnsforskning, Notat 152, 1998.
3. Abortloven. I-0935 B.
Oslo: Sosial- og Helsedepartementet, 1998
4. Til deg som vurderer abort. I-0936 B.
Oslo: Sosial- og Helsedepartementet, 1998.
5. Rutiner ved svangerskapsavbrudd. I-00937 B.
Oslo: Sosial- og Helsedepartementet, 1998
6. Lov om Svangerskapsavbrudd med Endringer, Forskrift og Veiledning.
I-2062, Oslo: Statens trykksakekspedisjon, 1978.
7. Skjeldestad FE. Induced abortion: decision and need for medical information. Scand J Prim Health Care 1986; 4: 225-30.
8. Graff-Iversen S, Kristoffersen M. Mannlig partners rolle ved prevensjonssvikt og abortvalg. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1497-500.
9. Skjeldestad FE. Avgjerdsprosessen og behov for informasjon blant abortsøkande kvinner. Tidsskr Nor Lægefor 1994; 114: 2276-9.
10. Rasmussen NK. Abort - et valg? København, Institutt for social medicin, Publikasjon 15, 1983.
11. Holmgren K. Time of decision to undergo a legal abortion. Gynecol Obstet Invest 1988; 26: 289-95.
12. Journal ved svangerskapsavbrudd. IK 1143 12/95.
Oslo: Statens helsetilsyn, 1995
13. Frank P. Problems of induced abortion. J Roy Coll Pract 1995;35:189-95.
14. Agostine Bengtsson M. Abortion from cultural, social and individual aspects. Gøteborg. The Nordic School of Public Health; 1992 (thesis).
15. Handlingsplan. Førebygging av uønskt svangerskap og abort 1999-2003. I-0952. Oslo: Sosial- og Helsedepartementet, 1999.
16. Datatilsynet og personvern. Oslo: Datatilsynet, 1996.
17. <http://www.ssb.no/emner/03/01/20/abort/main.html>

18. Trost A-C. Abort och psykiska besvär. Västerås: International Library, 1982.
19. Sachdev P. Counseling single abortion patients: a reeseach overview and practice implications. I: Sachdev P, red. Perspectives on abortion. London: The Scarecrow Press. 1985:236-65

7 SAMARBEIDSPARTNERE

Som prosjektleder er jeg svært takknemlig for den interesse og arbeidsinnsats som følgende personer har utøvet.

Kvinneklinikken, Sentralsjukehuset i Rogaland, Stavanger

Overlege Lasse Paulsen
Assistentlege Karen Time

Kvinneklinikken, Sentralsykehuset i Buskerud, Drammen

Overlege Margit Rosenberg
Assistentlege Ella Poppe

Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø, Tromsø

Assistentlege Ingard Nilsen

Kvinneklinikken, Bærum sykehus, Bærum

Overlege Kristin Ramn

Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim, Trondheim

Stud. med. Alexander Geelmuyden
Stud. med. Siren Berland

8 INFORMERT SAMTYKKE OG REGISTRERINGSSKJEMA

8.1 Informert samtykke

Invitasjon til å delta i en vitenskapelig undersøkelse

Pasient informasjon og samtykke erklæring

En studie om beslutningsprosess og behov for informasjon blant kvinner som søker helsevesenet for svangerskapsavbrudd

Som abortsøkende kvinne har du flere rettigheter i henhold til abortloven. Abortloven forutsetter at alle som begjærer svangerskapsavbrudd får informasjon om hvordan inngrepet utføres og mulige komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med inngrepet. Denne informasjonen skal gis av legen som har underskrevet abortbegjæringen sammen med deg. Informasjon om svangerskapsavbrudd foreligger også i ulike brosjyrer som Sosial- og Helsedepartementet og Statens Helsetilsyn har utgitt.

Du inviteres med dette til å delta i en intervjuundersøkelse hvor vi vil snakke med deg om når og hvordan du besluttet deg for svangerskapsavbrudd, hvem som vet om at du er gravid, hvem du har rådført deg med og hvem du har tatt beslutningen sammen med. Vi vil videre spørre om hvordan legen møtte ditt behov for informasjon da du fremmet søknad om svangerskapsavbrudd. Undersøkelsen vil også kartlegge hvilke grunner du har for å velge svangerskapsavbrudd, og hva din holdning til dagens abortlov er.

Resultatene fra studien vil gjøre helsevesenet bedre i stand til å møte abortsøkende kvinner i fremtiden. Undersøkelsen utføres ved Regionsykehuset i Tromsø, Regionsykehuset i Trondheim, Sentralsjukehuset i Rogaland, Buskerud Sentralsykehus og Bærum sykehus.

Alle opplysningene fra intervjuet blir nedtegnet i et anonymt skjema og overføres senere til en database. I denne databasen er det ingen opplysninger som kan spores tilbake til deg som person.

Skulle du gjennom dette intervjuet finne ut at du fortsatt trenger tid til å tenke over beslutningen om svangerskapsavbrudd, vil vi legge forholdene til rette for at du får den tid og informasjon du måtte trenge for å ta et riktig valg.

Det er helt frivillig om du vil delta i studien. Du kan la være å svare på spørsmål du finner ubehagelige. Du kan trekke deg fra intervjuet på hvilket som helst tidspunkt uten at dette får noen følger for behandlingen du søkte sykehuset for.

Med vennlig hilsen

Finn Egil Skjeldestad, Dr. Med.
(forsøkets leder)
Forskningssjef
Unimed Sintef
N-7465 Trondheim
(tlf 73 59 87 84)

Deltaker erklæring

Jeg har lest hva studien innebærer. Jeg erklærer at studien og samtykkeformularet er forklart og at mine spørsmål så langt er tilfredsstillende besvart.

Jeg har ingen flere spørsmål om studien eller om mine rettigheter som deltaker

Jeg har frivillig gitt samtykke til å delta i studien.

Dato / /
(dag, mnd, år)

Navn deltaker (blokk bokstaver)

Signatur deltaker

Signatur lege

8.2 Registreringsskjema

<input type="checkbox"/>	Sykehus	1) Ritø 2) RiT 3) SiR 4) BSS 5) BS
<input type="text"/>	Registrerings nr	Samme som abortarkiv nr
<input type="text"/>	Fødsels år	
<input type="checkbox"/>	Sivil status	1) gift 2) ugift, fast partner 3) ugift, ikke-fast p. 4) ugift, samboende 5) før gift, enslig 6) før gift, sambo. 7) annet: _____ (8) flyttet ut
<input type="text"/>	Fødsels år barnefare	
<input type="text"/>	Måneder i samliv med barnefare	0 - bor ikke sammen/flyt. ut
<input type="checkbox"/>	Høgste avslutta utdanning	1) • 9-åring ungdomsskole 2) • 3-årig videregående skole 3) 1 år etter videregående skole 4) 2 år etter videregående skole 5) 3 år etter videregående skole 6) • 4 år etter videregående skole
<input type="text"/>	Yrke:	_____
<input type="checkbox"/>	Yrkes akt. hvis i arbeid 4 av de 6 siste mnd.	1) arbeid i heimen 2) arbeid utenfor heimen • 18 t 3) arbeid utenfor heimen < 18 t 4) arbeidsledig 5) arbeidsmarkedstiltak (kurs, skole, arbeistr.) 6) sykmeldt / under atfføring 7) uføretrygda 8) morsstønad 9) vil ikkje svare
<input type="checkbox"/>	Hovedforsørger	1) eigen 2) far 3) mor 4) 2+3 5) sambuer 6) ektemann 7) 1+5/6 8) 1+4
<input type="checkbox"/>	Oppvekst i barndommen	1) Østlandet (ikke Oslo) 2) Oslo 3) Sørlandet (Telemark, Agder-f.) 4) Vestl. 5) Midt-Norge 6) N-N 9) utl.
Prevensjonsbruk	<input type="checkbox"/> Ved aktuelle samleie eller i tidsperioden for konsepsjonen	0) ingen 1) sikre per. 2) avbr. saml. 3) pessar 4) p-sprøyte 5) kondom 6) p-p 7) m-p 8) kopper sp. 9) horm. sp. 10) kv. ster 11) mann. ster. 12) trodde var ... 13) annet 99) vil ikke svare

mnd	år	Brukt aktuelle prevensjon siden måned og år	Hvis ikke brukt prevensjon, har vært uten prev. siden mnd og år (0=aldri br.)
-----	----	---	---

Begjæringen

<input type="checkbox"/>	Begjæringen framsatt gjennom	0) direkte til avdelingen 1) allmennpr. / kommunelege 2) privatpraktiserende gynekolog 3) privatpraktiserende, alt annet enn gynekolog 4) bedriftslege 5) institusjonslege 6) SLK /KSO/SMS 7) AAN 8) Familierådgivningskontor 9) vil ikke svare
--------------------------	------------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Har fastlege	1) ja 2) nei 3) vet ikke 9) vil ikke svare
--------------------------	--------------	---

<input type="checkbox"/>	Har fast lege, benyttet fastlegen i abortbegj.-konsultasj.	1) ja 2) nei 3) vet ikke 4) ikke aktuelt å svare 9) vil ikke sv.
--------------------------	--	---

Beslutningsprosessen

			Personer som vet om at jeg er gravid
			Personer som jeg har diskutert svangerskapsutfallet med
			Personer som jeg har tatt beslutningen om svangerskapsutfallet med
			(1) ingen
			(2) barnefaren
			(3) mor
			(4) far
			(5) søsken
			(6) venninne
			(7) legen i abortkonsultasjonen (Ikke dagens konsultasjon)
			(8) sosionom
			(9) prest
			(10) annen sjelesørger
			(11) diakon
			(12) lærer
			(13) helsesøster
			(14) AAN
			(15) familierådgivningskontor
			(16) andre: _____
			(99) vil ikke svare

<input type="checkbox"/>	Tidspunkt for beslutningen	0) uteblitt menstruasjon, men før (+) gravitest 1) same dagen som (+) gravitest 2) innen en uke etter (+) gravitest 3) senere enn en uke etter (+) gravitest, men før konsultasjonen hos lege for begjæring om ab. 4) under legekonsultasjonen 5) etter legekonsultasjonen, men før sykehus konsultasjonen 6) er fortsatt i tvil 7) andre svar alternativ: _____ 9) vil ikke svare
--------------------------	----------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Da du tok beslutningen - hadde du	1) Nei, jeg var ikke i tvil 2) noe i tvil, men ikke vanskelig å bestemme seg 3) så mye i tvil at det var vanskelig å bestem. seg 4) fortsatt i tvil, men må bare gjøre inngrepet 5) ikke bestemt seg 9) vil ikke svare
--------------------------	-----------------------------------	--

TVIL

<input type="checkbox"/>	Da du tok beslutningen - var du under	1) Nei, jeg var ikke under press 2) fornemmet press til å ta svangerskapsavbrudd 3) fornemmet press til å gå svangerskapet ut 4) var under press til å gå svangerskapet ut 5) var under press til å ta svangerskapsavbrudd 6) 4+5 7) 2+3 9) vil ikke svare
--------------------------	---------------------------------------	---

PRESS

<input type="checkbox"/>	Har du behov for å diskutere beslutningen noe mer	1) ja 2) nei 3) vet ikke 8) spørsmålet ikke aktuelt 9) vil ikke svare
--------------------------	---	---

Brosjyrer frå Statens Helsetilsyn/Sosial- og Helsedepartementet og lokale informasjonsskriv

<input type="checkbox"/>	Kjenner du til brosjyren "til deg som vurderer abort"	1) ja, har sett den, men ikke lest i den 2) ja, har lest i den 3) nei, har ikke sett denne brosjyren 8) er ikke forespurt 9) vil ikke svare
--------------------------	---	---

<input type="checkbox"/>	Kjenner du til brosjyren "rutiner ved svangerskapsavbrudd"	Svar alternativ som forrige spørsmål
<input type="checkbox"/>	Kjenner du til brosjyren om "abortloven"	

<input type="checkbox"/>	Hvor fikk du kjennskap til disse brosjyrene	1) hos henvisende lege 2) låg på venteværelset på sykehuset 3) av personalet ved polikl. sykehuset 4) SLK/KSO/SMS/HS 5) AAN 8) er ikke forespurt 9) vil ikke svare
--------------------------	---	--

<input type="checkbox"/>	Kjenner du til avdelingens eget informasjonsskriv om svangerskapsavbrudd?	1) ja, har sett den, men ikke lest i den 2) ja, har lest i den 3) nei, har ikke sett denne informasjon. 8) er ikke forespurt 9) vil ikke svare
--------------------------	---	--

Holdning til dagens abortlov

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | I Norge er det i dag
selybestemt abort før
utgangen av 12. uke - hva er
din holdning til abortloven | 1) for
2) mot
8) har ikke noe standpunkt
9) vil ikke svare |
|--------------------------|--|---|

Behov for informasjon og rådgivning i forbindelse med svangerskapsavbruddet
Svar

	Har du i dag behov for opplysninger om hvordan inngrepet blir utført? 1) ja 2) nei 3) vet ikke 8) sp. skal ikke besv. 9) vil ikke sv.
	Fikk du slik informasjon av henvisende lege under begjæringen om abort? 1) ja 2) nei 3) vet ikke 8) sp. skal ikke besv. 9) vil ikke sv.

Hvilke komplikasjoner tror du kan oppstå i forbindelse med et abortinngrepet? (stilles som åpent spørsmål)

	(1) Ingen
	(2) Blødning
	(3) Infeksjon
	(3) Sterilitet
	(4) Andre som: NARKOSE, SMERTER,.....
	(6) Angst for fortsatt å være gravid
	(7) Psykiske reaksjoner
	(8) Vet ikke
	(9) Vil ikke svare

	Hvor mange % tror du kan bli varig sterile etter et abort-inngrep? 0) 0 1) • 1% 2) • 5% 3) • 10% 4) • 20% 5) > 20% 8) vet ikke 9) vil ikke sv.
	Fikk du denne informasjonen om "sterilitet etter abort" av henvisende lege? 1) ja 2) nei 3) vet ikke 8) sp. ikke aktuelt 9) vil ikke svare

Til enslige, ikke-samboende kvinner:

	Har du behov for informasjon om sosiale rettigheter/stønadordninger som finnes for enslige forsøgere? 1) ja 2) nei 3) vet ikke 8) sp. ikke aktuelt 9) vil ikke sv.
	Fikk du slik informasjon av henvisende lege? 1) ja 2) nei 3) vet ikke 8) sp. ikke aktuelt 9) vil ikke sv.

Viktigste grunner for å ta abort (inntil fire, i prioritert rekkefølge om mulig)

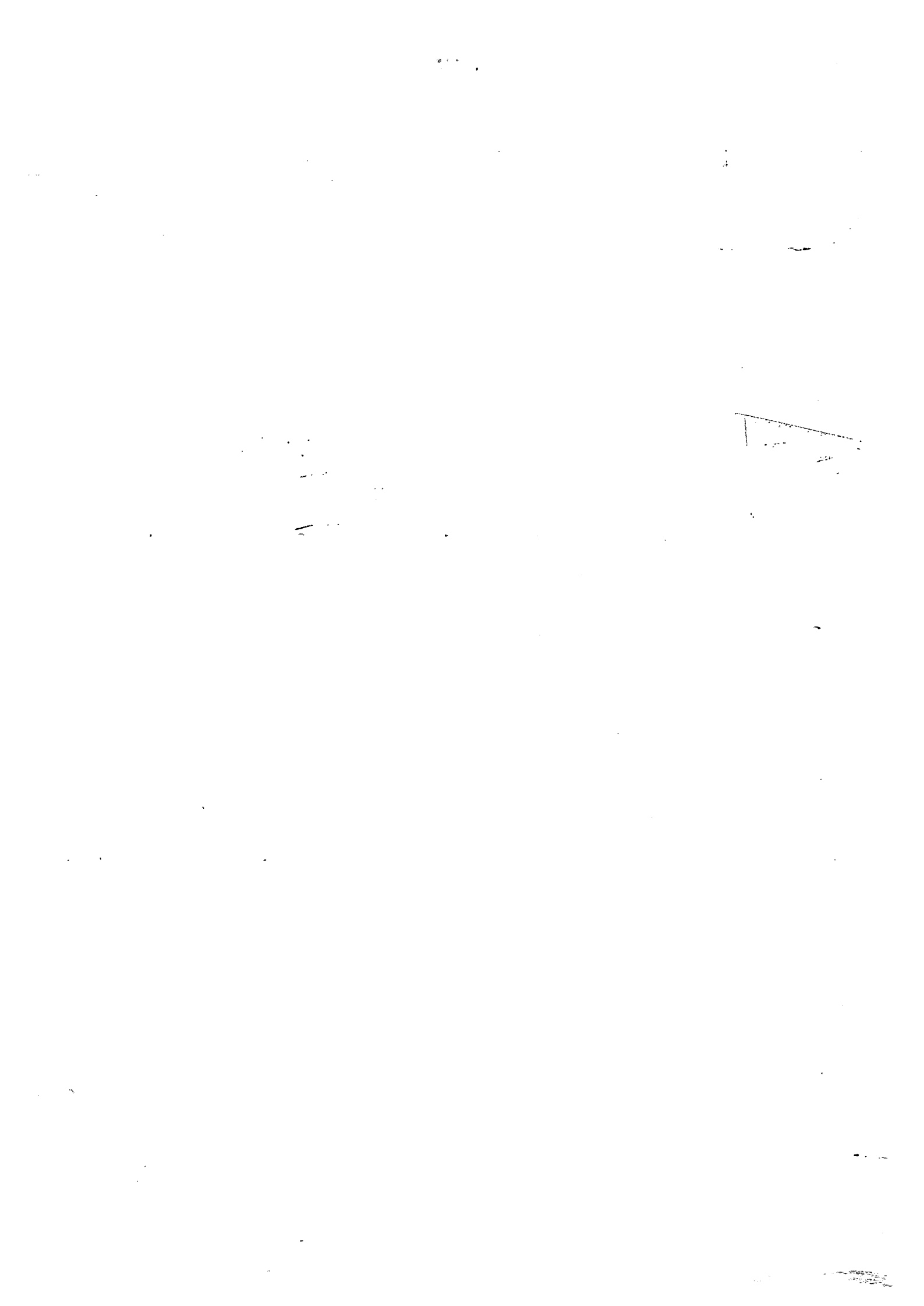
svar

	Alder:	1) for ung og umoden 2) for gammel	Parforhold	10) tilfeldig partner 11) usikkert forhold til barnefaren 12) usikker samlivsforhold 13) ny familiesituasjon etter skilsm. 14) barnefar ikke ektefelle/sambu. 15) er åleine forsørger 16) vil ikke bli åleine forsørger 17) forholdet over etter erkjent ss. 18) mishandlingsforhold
	Barn:	20) ikke motivert for flere barn 21) barnefaren ikke motivert for flere b. 22) for kort tid til siste fødsel 23) for lenge siden siste fødsel 24) vil ikke ha barn overhodet 25) usikker om jeg vil ha barn 26) for mange barn i denne verden 27) hun vil ikke ha b 28) han vil ikke ha b 29) priori. andre barn	Personlige resurser / helse	30) fysiske helseplager/kr. sykdom 31) psykiske helseplager 32) harde fødsler - orker ikke flere 33) siste ss mislykket - orker ikke fl. 34) barnefar alvorlig syk 35) alvorlig sykdom i nærmeste familie 36) gr. med spiral - tar ikke sjansen 37) incestproblematikk 38) redd for misdannelser, bruk medisiner i ss. _____ 39) barnefar psykiske problemer
	Økonomi / bolig	40) for dårlig økonomi 41) for dårlig bolig standard (pers./rom) 42) for dårlig økonomi til barnepass etc.	Arbeid / utdanning	50) prioriterer arbeid/karriere 51) prioriterer utdanning 52) vil avslutte utdanning før barn 53) barnefaren er pendler 54) barnefaren er arbeidsledig 55) barnefaren er under utdanning 56) barnefaren er i militæret 57) prioritere seg selv
	Andre kategorier	19) forhold over før ss erkjent 60) vil gifte seg før barn 61) usik. hvem barnefar	62) barenfar er gift 63) voldtekt/overgrep 64) Sykdom under siste svangerskap (bekkenl.) 65) tvinges mor/familie 80) vil ikke ha halvsøsken	

Svangerskapsanamnese - kronologisk rekkefølge

Mnd	Ar	Utfall	Utfall av svangerskap
			0) for utfall - ikke tidligere gravid (dette ss er gravida-I)
			1) Normalt svangerskap og fødsel
			2) Patologisk ss og/eller fødsel
			3) Dødfødsel
			4) EXU
			5) Spontan abort
			6) Provosert abort

Gestasjonsalder	Skriv talet hele uker
Kirurgisk inngrep	1) kir. inngrep 2) medikament. 3) 2+1



9 VURDERING AV PROSJEKTET - REGIONAL KOMITE FOR MEDSINSK FORKSNINGSETIKK, HELSEREGION IV

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Det medisinske fakultet
Regional komite for medisinsk forskningsetikk
Helseregion IV

Professor Finn Egil Skjeldestad
Sintef Unimed
MTFS



Saksbehandler
Arild Hals
Telefon 73 59 88 99
E-post arild.hals@medisin.ntnu.no

Vår dato:
1.2.2000

Vår ref.:
Sak 11-2000

Deres dato:

Deres ref.:

Vurdering av prosjekt – sak 11-2000

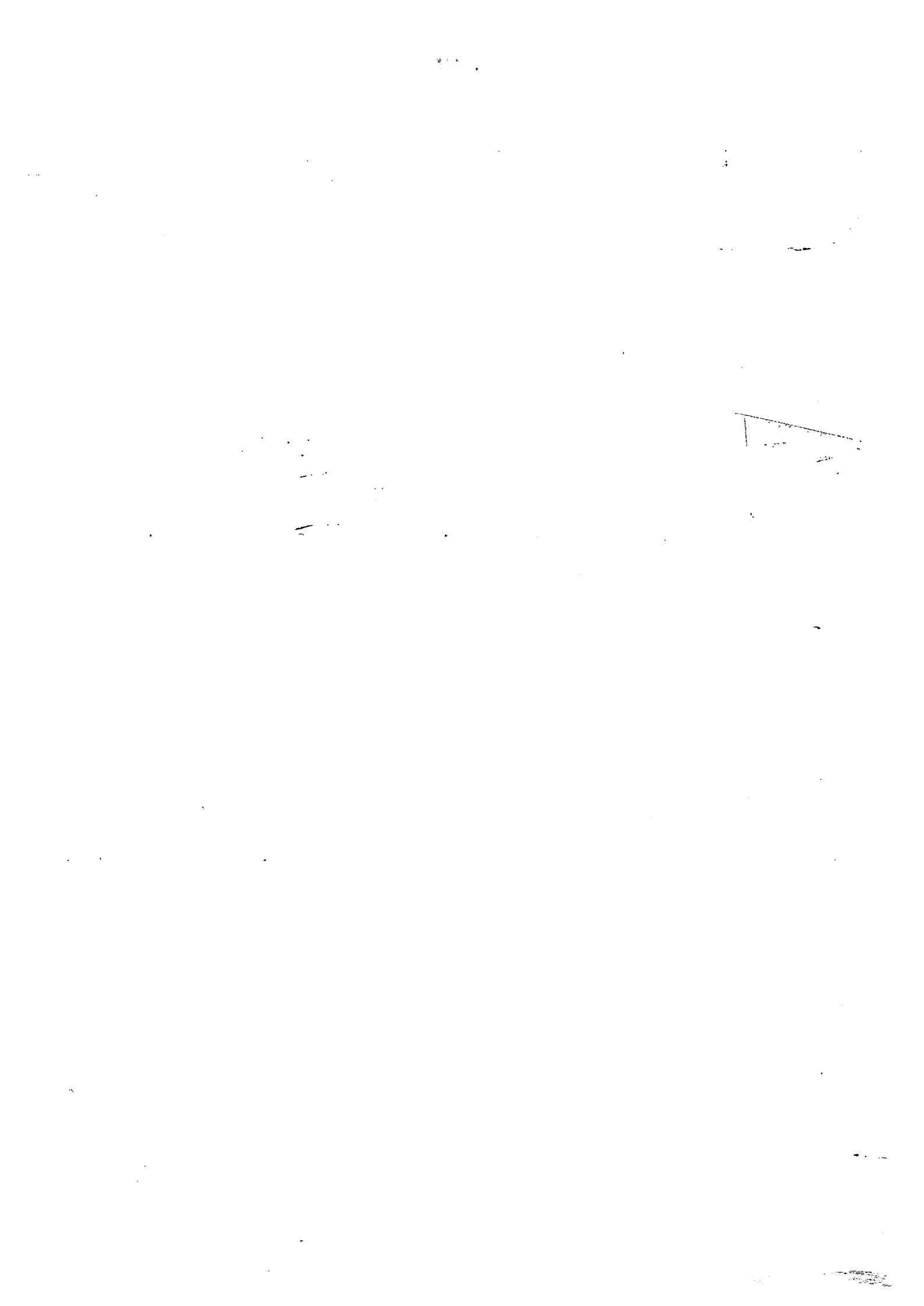
Ein studie om avgjerdsprosess og behov for informasjon blant kvinner som søker helsevesenet for svangerskapsavbrot

Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Helseregion IV vurderte prosjektet i møte 14. januar 2000, med følgende merknadar og vedtak:

Prosjektet har som føremål å kartlegge kven den abortsøkande kvinna involverer i avgjerdsprosessen, *når* avgjerda blir teken i høve til tidspunktet for kontakt med helsevesenet og om intensjonane i abortlova, om informasjon om inngrepets art og informasjon om mogelege verknader blir følgt opp av tilvisande lege.

Prosjektet har tidlegare vore til vurdering i komiteen. Komiteen viser til denne vurderinga og ber om at det ikkje vert vist til at departementet står bak undersøkinga, dette fordi det ikkje skal gjevast noko inntrykk av at dette er eit "offentleg tiltak". Komiteen ser elles dette som eit godt utforma prosjekt, men ber om at det ikkje vert inkludert nokon under den seksuelle lavalder som er 16 år. Komiteen minner om at pkt. 3 i skjema skal fyllast ut, det er ikkje godt nok å visa til protokollen.

Komiteen viser til informasjonsskrivet og samtykkeformularet og ber om at første setning i samtykkeformularet vert teke ut, og at første setning i andre avsnitt i dette formularet vert endra ved at "er forstått" vert teke ut.



Vedtak:

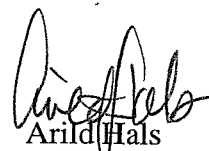
"Komiteen tilrår at prosjektet vert sett igang med dei merknader som er gitt".

Vi visar til dette og ynskjer lykke til med prosjektet.

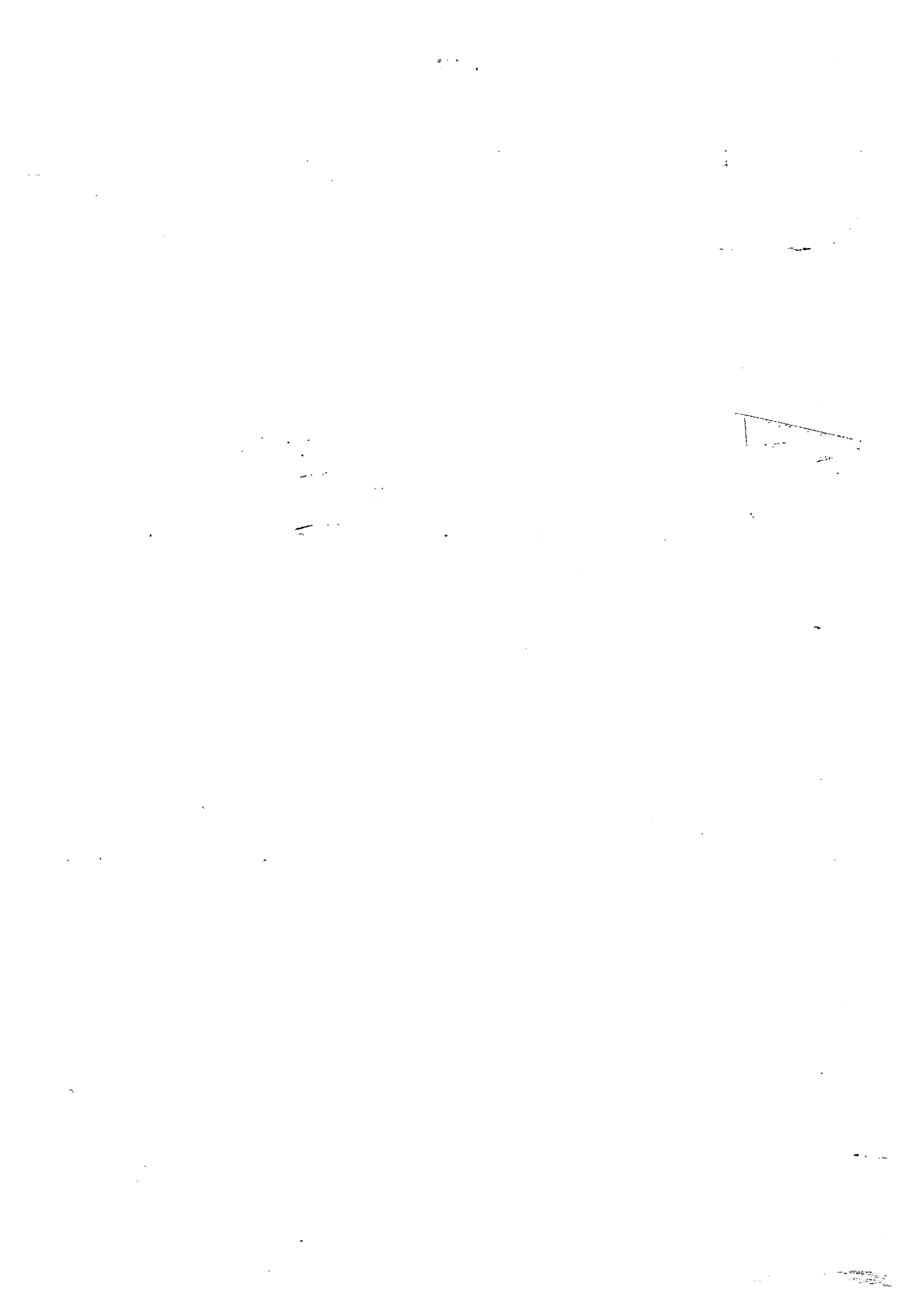
Med vennlig hilsen



Geir Jacobsen
nestleiar
professor



Arild Hals
sekretær
seksjonssjef



SINTEF Unimed

Postadresse:
7034 Trondheim
Besøksadresse:
Medisinsk Teknisk Senter
Olav Kyrres gt. 3
Telefon:
73 59 25 90
Telefaks:
73 59 63 61

Foretaksregisteret:
NO 948 007 029 MVA

Helseregion IV
Regional komite for medisinsk forskningsetikk
NTNU
Det medisinske fakultet
MTS

7005 Trondheim

Deres ref.:
Sak 11-2000

Vår ref.:

Direkte innvalg:

Trondheim,
2000-01-26

**En studie om avgjerdsprosess og behov for informasjon
blant kvinner som søker helsevesenet for svangerskapsavbrot**

Takkar komiteen for rask saksbehandling.

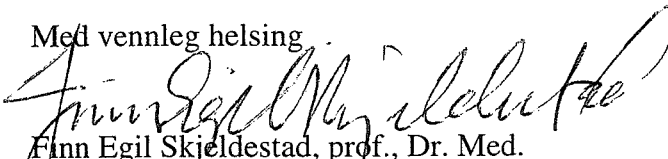
Merknadene frå komiteen er følgt opp på følgjande måte:

- 1) Studien inkluderer berre abortsøkande kvinner 16 år og eldre.
- 2) Samtykkjeformularet er endra i samsvar med forslaga frå komiteen. Sjå vedlegg.

Studien startar måndag 14. februar ved dei deltakande sjukehusa.

Dette til orientering.

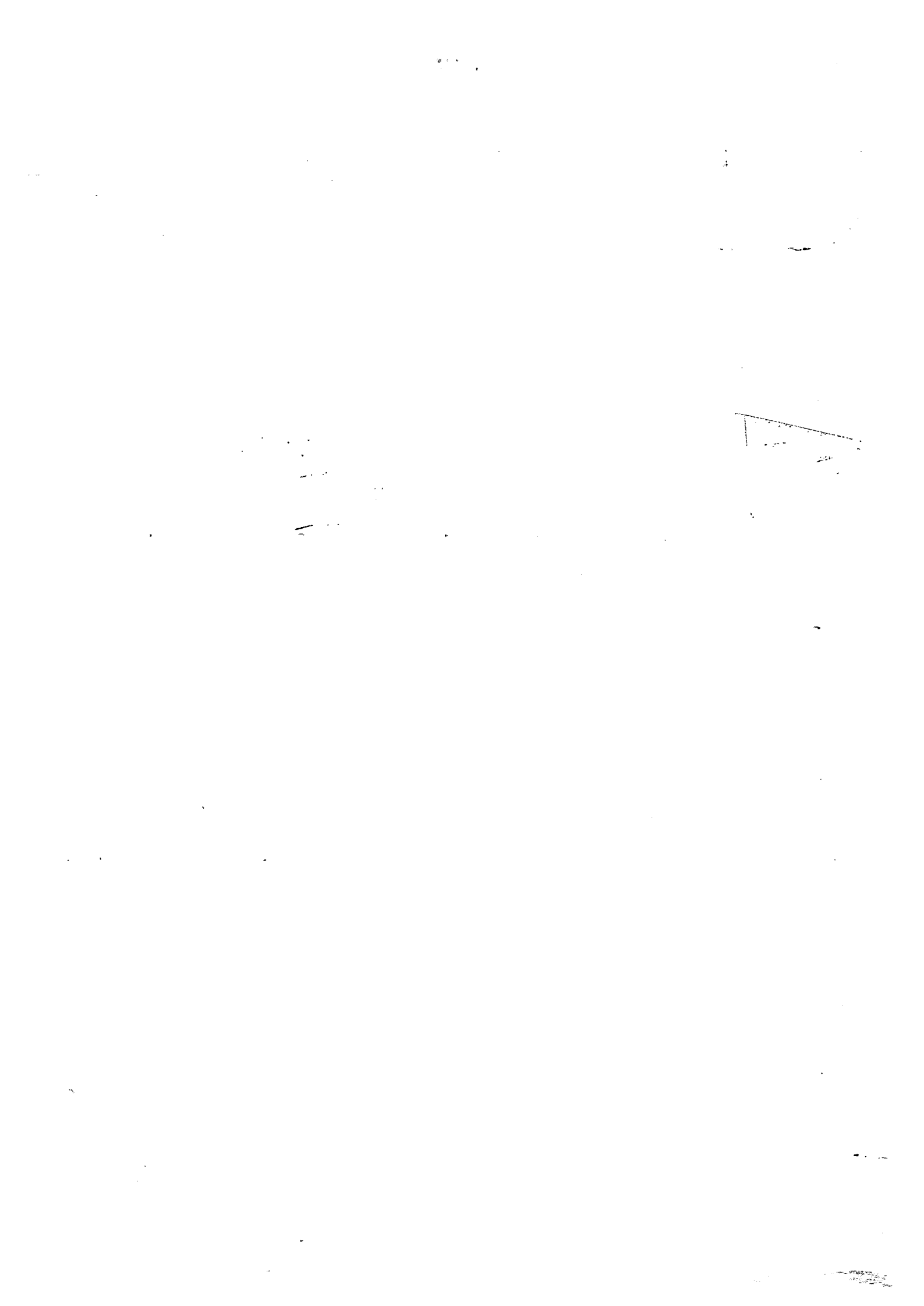
Med vennleg helsing

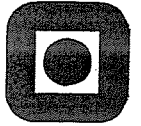

Finn Egil Skjeldestad, prof., Dr. Med.

Forskingssjef

Seksjon for epidemiologisk forskning

Unimed, Sintef





Professor Finn Egil Skjeldestad
Sintef Unimed
MTFS

Saksbehandlar
Arild Hals
Telefon 73 59 88 99
E-post arild.hals@medisin.ntnu.no

Vår dato:
18.2.2000

Vår ref.:
Sak 11-2000

Deres dato:
28.1.2000


Deres ref.:

Ein studie om avgjerdsprosess og behov for informasjon blant kvinner som søker helsevesenet for svangerskapsavbrot

Ein visar til Dykkar brev datert 26. januar, med svar til komiteen sine merknader i vurderinga av prosjektet.

Komiteen tar orienteringa til etterretning utan ytterligere kommentarar.

Med vennleg helsing


Geir Jacobsen
nestleiar
professor


Arild Hals
sekretær
seksjonssjef

