

Elin Vestly Studshammen

Abortsøkende kvinners møte med helsevesenet

Om et utvalg kvinner sitt møte med helsevesenet og informasjonene som ble gitt i forkant av abort

Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Humaniora, idretts- og utdanningsvitenskap
Institutt for kultur, religion og samfunnsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Elin Vestly Studshammen

Denne avhandlingen representerer 60 studiepoeng

FORORD

Å skrive denne masteravhandlingen har vært en krevende, interessant og emosjonell oppgave. Abort er et sårt, vondt og vanskelig tema med mange vinklinger og mange dilemmaer. Jeg er likevel glad for de informasjonen jeg har fått kjennskap til og den innsikt både forskningen, fagpersoner og kvinnene selv har gitt meg.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til de mange modige kvinner som har svart på spørreundersøkelsen min og slik latt oss få et innblikk i en vanskelig og sårbar situasjon. Jeg har et ønske om at den innsikten dere har gitt oss vil være med på å bedre helsetilbudet i fremtiden. Jeg vil også takke min veileder Ellen Schrupf for tålmodighet og gode råd til oppgaven.

Arendal, Mai 2023.

SAMMENDRAG

Selv om mange tusen kvinner hvert år møter på sykehuset for å vurdere eller gjennomføre en abort, er det gjort lite forskning omkring kvinnenes erfaringer og opplevelser fra disse møtene. Hensikten med studien var derfor å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser kvinner har i møte med helsepersonell, samt hvilke informasjon de fikk i forkant av en planlagt abort.

Studien bygger på 23 besvarelser fra en undersøkelse som ble utført ved bruk av "Nettskjema" i perioden november 2020 - juli 2021. Undersøkelsen inneholdt 19 spørsmål omkring opplevelsen av møtet med helsevesenet i forkant av abort og den informasjon informantene eventuelt hadde mottatt. De kvalitative funnene er gjort ved bruk av innholdsanalyse.

Studien viser at hver abortshistorie skiller seg fra hverandre hvor noen var helt selvvalgte, noen ble valgt på grunn av sykdom og noen ble gjort under press. Opplevelsen av møtet med helsevesenet var også varierende og i stor grad preget av helsepersonell sin håndtering av den abortsøkende. Noen opplevde at de ble godt ivaretatt, men mange opplevde møtet som kaldt med lite rom for samtale og spørsmål. Selv om flere av kvinnene var fornøyd med informasjonen de fikk, enten fordi det ble gitt god informasjon eller fordi de ikke følte behov for informasjon, viser studien i de fleste tilfeller manglende informasjon omkring abortprosessen, risikoen for ettervirkninger og fosterets utviklingsgrad, samt tilbud om informasjon om hvilke hjelp samfunnet kan tilby om de ønsket å fullføre svangerskapet.

Studien gir grunn til å vurdere behovet for et mer individtilnærmet helsetilbud med bedret informasjon, og mer rom for samtale og spørsmål med helsepersonell som har kompetanse i etisk utfordrende samtaler.

INNHold

FORORD.....	2
SAMMENDRAG.....	3
1 INTRODUKSJON.....	6
1.1 Presentasjon av tema.....	6
1.2 Personlig motivasjon.....	7
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Teori og Metode.....	8
1.5 Oppgavens oppbygging.....	8
2 BAKGRUNN.....	10
2.1 Abort som helsetilbud.....	10
2.2 Abortrettighet og informasjonsrettighet som en del av vår frie, liberale, vestlige kultur.....	13
2.2.1 Hvorfor retten til abort?.....	13
2.2.2 Hvorfor retten til informasjon?.....	15
2.2.3 Hvilke informasjoner har man rett til?	16
2.3 Abort som etisk tema.....	19
2.4 Norsk forskning på abort.....	23
3. TEORETISK FORANKRING.....	35
3.1 Hva er diskurs?.....	35
3.2 Foucault og diskurs.....	35
3.3 Kritisk diskursanalyse.....	36
3.4 Analysemodell.....	38
3.5 Det vitenskapsteoretisk grunnlag for kritisk diskursanalyse.....	40
3.6 Teoriens relevans til undersøkelsen.....	42
4 METODE OG UTVALG.....	43

4.1	Forskningsdesign og valg av metode.....	43
4.2	Metode for å skape material.....	43
4.3	Metode for å analysere, systematisere og tolke innhentet data.....	44
4.4	Forskningsetiske betraktninger.....	46
4.5	Metodekritikk.....	47
5.	FUNN.....	51
5.1	Alder, årstall, fylke og type helsetjeneste.....	51
5.2	Motivasjon.....	53
5.3	Forventet informasjon, skriftlig informasjon og informasjon om mulig hjelp fra samfunnet og alternativer til abort.....	55
5.4	Informasjon vedrørende kvinnens kropp, helse og forhold.....	57
5.5	Informasjon som berører menneskesyn og etikk.....	62
5.6	Opplevelsen av helsevesenet.....	67
5.7	Kvinnenes vurdering av egen opplevelse, og i hvilke grad informasjonen de fikk ga mulighet til å gjøre et reflektert valg.....	67
6.0	DISKUSJON.....	73
6.1	Diskurser i abortsituasjonen.....	73
6.1.1	Diskursene legepraksis vs. pasientrolle.....	73
6.1.2	Diskursene Kvinnens selvbestemmelse versus Pro-Life.....	77
6.1.3	Hvor selvbestemt var valget?	81
6.2	Undersøkelsen plassert i forhold til tidligere norsk forskning.....	82
6.	KONKLUSJON.....	85
7.	LITTERATURLISTE.....	87
8.	Vedlegg.....	92
	Vedlegg 1 - Spørreundersøkelse.....	92
	Vedlegg 2 - Godkjenning NSD.....	97

1 INTRODUKSJON

1.1 Presentasjon av tema

Hvert år tar ca 12000 kvinner abort i Norge. Dette er, på tross av det høye antall kvinner som opplever dette, et tema som snakkes lite om. Det er også et tema det er gjort relativt få undersøkelser omkring her i Norge.

Aborttemaet er et komplisert tema med mange ulike innfalsvinkler. Abort er et helsetilbud, abort er et etisk tema med ulike tilhørende menneskesyn, og ikke minst er abort et politisk tema. Abort debatteres derfor ofte på betente og konfliktfulle arenaer hvor det kan vekke et sterkt følelsesmessig engasjement for mange. Midt mellom debatter om for og imot selvbestemmelse, verdien av fosteret og kvinners rettigheter, står de kvinner som har opplevd abort og erfart denne selvbestemmelsen. Dette er kvinner fra ulike livssituasjoner, og med ulike motiver for sitt valg, og også varierende grad av ønske eller sikkerhet omkring valget om abort.

For bedre å kunne forstå hvordan abortprosessen oppleves, hvordan helsetilbudet fungerer, og eventuelt hvilke forbedringer som kan gjøres eller hvilke problematikker som ikke blir adressert tilstrekkelig i abortsituasjonen, er det viktig at temaet fortsatt forskes på.

For mange kan en abort være en vanskelig opplevelse, og noen kan få problemer i ettertid på grunn av valget de gjorde. Dette forsterker behovet for at helsetjenesten fungerer som en omsorgstjeneste, både i forkant og etterkant av aborten. Det forsterker også behovet for at flere undersøkelser blir gjort slik at man kan oppdage hvilke forbedringer som eventuelt kan gjøres.

Kvinnenes behov for, og krav til informasjon i forkant av abort, er også et viktig tema i denne sammenheng. Både for at kvinnene kan være tilstrekkelig forberedt på hva prosessen innebærer og hva de kan forvente, men også for at de skal kunne ta et informert og fritt valg.

1.2 Personlig motivasjon

Begrunnelsen for mitt valg av denne oppgaven bunner i en personlig historie, hvor jeg selv sto ovenfor dilemmaet om å ta abort. Jeg har i ettertid undret meg over manglende informasjon i møte med abortspørsmålet og hvor selvfølgelig en abort ble anbefalt. Kanskje ventet det mer informasjon der fremme, om jeg hadde valgt å gjennomføre aborten. Kanskje jeg da ville fått tilstrekkelig informasjon til å kunne ta verdens vanskeligste avgjørelse. Dette er noe av det jeg har ønsket å undersøke i denne masteravhandlingen.

1.3 Problemstilling

Ph.D Theresa Burke, psykoterapeut og grunnlegger av Rachel´s Vineyard (et samtaletilbud for kvinner og par som trenger oppfølging etter abort), mener at vi som samfunn ikke forstår abort. Vi debatterer det som et moralsk, politisk tema og vedtar lover om det, men vi forstår det ikke som en livsendrende opplevelse. På grunn av dette er sorg etter abort hverken forventet eller tillatt i vårt samfunn, mener hun (Burke & Reardon, 2007, s.30). Abort blir som oftest fremstilt som et valg mellom å få barnet eller ikke få barnet. Burke forklarer at valget i virkeligheten består i å få barnet eller oppleve abort. Begge deler er livsendrende opplevelser (Burke & Reardon, 2007, s.26).

Abort er et stort tema, med mange vinklinger, vurderinger og hensyn. Om det da også er, som Burke forklarer, en livsendrende hendelse for de fleste kvinner, er tid, omsorg, refleksjon og informasjon svært viktig i møtet med helsevesenet i forkant av abort. I frihetens ånd burde målet være å tillegge dette møtet det alvor, respekten, omsorgen og tyngden som temaet fortjener, for at flest mulig kvinner kan føle seg ivaretatt gjennom denne prosessen og ta et fritt valg basert på refleksjon og god informasjon.

Jeg har av denne grunn valgt følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har et utvalg kvinner fra møtet med helsevesenet, og hvilke informasjon har de fått i forkant av en planlagt abort?

1.4 Teori og Metode

Jeg har valgt et kvalitativt forskningsdesign for oppgaven, hvor jeg har innhentet primærdata gjennom en undersøkelse med åpne spørsmål. Ved bruk av "Netteskjema" fikk jeg hentet inn 23 besvarelser fra kvinner som har tatt abort. Undersøkelsen inneholdt spørsmål omkring deres erfaringer fra møtet med helsevesenet, og hvilke informasjon de hadde fått i forkant av aborten.

For å analysere svarene i undersøkelsen gjorde jeg en innholdsanalyse. Ved å bruke meningsfortetting der det var nødvendig, og føre opp svarene i et skjema, kunne jeg se informantenes svar under hverandre, og slik lettere oppsummere og sammenligne svarene.

For å forstå aborttemaet som et kulturelt tema har jeg valgt å presentere Foucault sitt diskursbegrep, og kritisk diskursteori som teoretisk rammeverk for oppgaven, og diskutert funnene ut fra disse teorien. De ulike diskursene som gjør seg gjeldene i abortsituasjonen kan få sitt uttrykk gjennom de svar kvinnene gir på spørsmålene i undersøkelsen. Dette gir mulighet for å oppdage den diskursen kvinnene beveger seg innenfor, og deres bakenforliggende tankesett og verdensbilde.

1.5 Oppgavens oppbygging

Opgaven inneholder seks hovedkapitler; introduksjon, bakgrunn, metode, teori, funn, diskusjon og konklusjon.

I introduksjonen gjør jeg en kort presentasjon av temaet abort. Jeg redegjør også for valget av tema og problemstilling. Videre gir jeg en kort beskrivelse av oppgavens forskningsdesign, altså metode og teori. Deretter presenterer jeg en oversikt over oppgavens oppbygging.

I kapittelet "Bakgrunn" presenterer jeg noen relevante temaer som kan gi utfyllende informasjon og en overordnet forståelse av problematikken rundt aborttemaet, for å plassere problemstillingen inn i en større sammenheng. Her presenteres først hvordan aborttilbudet fungerer som en del av helsetjenesten i Norge i dag. Deretter gir jeg et historisk innsyn i årsaksforklaringen for både abortrettigheter og informasjonsrettigheter. Videre gir jeg en kort

presentasjon av de ulike menneskesyn som gjør seg gjeldende i diskusjonen omkring selvbestemmelse. Til slutt i kapitlet gir jeg en oppsummering av tidligere relevant norsk forskning om temaet, med et større fokus på noen av undersøkelsene som særlig kan være interessante for å gi en bredere forståelse av funnene i undersøkelsen min.

I tredje kapittel gir jeg en teoretisk ramme for tolkningen av funnene i undersøkelsen. Her har jeg valgt å presentere diskursteori for å kunne diskutere de ulike utsagnene til informantene opp mot en bakenforliggende diskurs og verdensbilde. Det er særlig Foucault sitt utvidede makroorienterte diskursbegrep som er særlig interessant i denne sammenheng, samt verktøyene som presenteres gjennom kritisk diskursanalyse for å kunne tolke tekstene.

I fjerde kapittel redegjør jeg for valg av metode. Her gir jeg en metodebeskrivelse og begrunner hvilke valg jeg har gjort i forhold til innhenting og analyse av materialet. Videre diskuterer jeg de forskningsetiske hensynene, og siden kvaliteten av undersøkelsen ved å benytte meg av de fire begrepene reliabilitet, intern validitet, ekstern validitet og objektivitet.

I femte kapittel presenterer jeg funnene i undersøkelsen, og i sjette kapittel diskuterer jeg ulike diskurser som gjør seg gjeldende i abortsituasjonen, med eksempler fra informantenes ytringer.

Til sist gir jeg en oppsummerende konklusjon i det sjuende kapittel. Her kommer jeg også med forslag til hva som eventuelt kunne vært interessant og nyttig å forske videre på innenfor dette temaet.

2 BAKGRUNN

2.1 Abort som helsetilbud

Hva er abort og hvordan er aborttilbudet i Norge?

I Norge er abort gratis og utføres ved sykehusene. Den abortsøkende kan kontakte fastlege eller helsestasjon som igjen kontakter sykehuset, eller kontakte sykehuset direkte selv (Helsenorge, 2020). Før en gjennomføring av abort har derfor noen kvinner kun vært i kontakt med sykehus, mens andre kan ha vært i kontakt med flere helsetjenester.

Det finnes flere ulike metoder for å abortere et foster avhengig av hvilke land prosedyren tilbys, og hvor langt i svangerskapet kvinnen har kommet. Vi kan dele metodene inn i medisinsk abort og kirurgisk abort. Ved medisinsk abort aborteres fosteret ved hjelp av piller, ved kirurgisk abort gjøres det et kirurgisk inngrep for å fjerne fosteret. Det finnes igjen ulike typer medisinske og kirurgiske aborter. Verdens Helseorganisasjon (WHO) anbefaler 3 ulike metoder som de sikreste for kvinnen: "Medisinsk Abort" (MA), "Manual Vacuum aspiration" (MVA), og "Dilation and evacuation" (D&E) (International campaign for women's right to safe abortion, u.å.). I Norge er det hovedsaklig to abortmetoder som benyttes: 1) Medisinsk abort som er en kombinasjon av medikamentene Mifepriston og Misoprostol, og 2) kirurgisk abort som utføres ved bruk av vakuumpumpe.

I Norge blir kirurgisk abort utført ved sykehuset og kan benyttes frem til 12. svangerskapsuke (eMetodebok for seksuell helse, u.å.). Før en kirurgisk abort gjøres en ultralyd for å bekrefte at kvinnen er gravid og for å kartlegge mulige komplikasjoner. De kvinner som ikke tidligere har født barn får en forbehandling med stikkpiller som skal settes opp i skjeden for å mykne opp og utvide livmorhalsen. Selve inngrepet skjer i kortvarig narkose eller ved lokalbedøvelse av området rundt livmorhalsen. Et hult plastikkør blir ført inn i kvinnens livmor og en vakuumpumpe suger ut embryoet fra livmoren (NHI, 2021). Hvis ikke alle delene av fosteret blir fjernet kan dette føre til infeksjon og derfor skrapes livmoren til avslutning. Med denne metoden oppnår man en fullstendig abort i 95-100% av tilfellene (International campaign for women's right to safe abortion, u.å.). Hele inngrepet varer rundt 20 minutter. Etter inngrepet overvåkes pasienten i fire til seks timer før hjemreise samme dag. De fleste vil blø i avtagende grad i knapt en uke (NHI, 2021).

Medisinsk abort har blitt et etterspurt alternativ etter det ble introdusert gjennom medikamentet Mifepriston (RU-486) i 1988. Denne abortmetoden gjorde det mulig å

gjennomføre abort hjemme frem til ellefte uke (International campaign for women's right to safe abortion, u.å.). Dette har gjort den til en foretrukket abortmetode og bruken av den har økt jevnt med årene (Lanfranchi et al., 2018, s.218). Medikamentene er godkjent av FDA (Food and Drug Administration) for bruk opp til 10 uker etter første dag i kvinnens siste menstruasjonsperiode (Abortion Procedures, 2022). I Norge blir alltid abort etter uke 12 foretatt som en medisinsk abort på sykehuset (eMetodebok, u.å.).

Det er ulike kombinasjoner av medikamenter som blir brukt til å gjennomføre en medisinsk abort og de ulike medikamentene utgjør ulik risiko. I Norge brukes imidlertid den mest benyttede medikamentkombinasjonen; en kombinasjon av Mifepriston og Misoprostol. Denne kombinasjonen forårsaker en abort som ligner en spontanabort. Kvinnen svelger først en pille med virkestoffet mifepriston (RU-486) på sykehuset. Mifepriston er et medikament som hindrer kroppen i å produsere Progesteron, et steroidhormon som er helt nødvendig i et svangerskap. Ved å forhindre denne produksjonen vil fosteret dø (Lanfranchi et al., 2018, s.219). 24-48 timer senere svelger kvinnen en pille med virkestoffet misoprostol (Cytotec), som forårsaker sammentrekninger og blødninger. Dette støter ut det døde fosteret fra livmoren (Abortion Procedures, 2022). Ulempene med medisinsk abort er at det ofte tar flere dager før aborten er fullført. Det meste av blødningene avtar som oftest etter et par dager, men det kan også i noen tilfeller fortsette i opptil tre uker. Hvis aborten er mislykket må det gjøres et kirurgisk inngrep for å fullføre aborten (NHI, 2020).

Omfanget

Det kan være interessant å se på hvor mange kvinner dette gjelder. Tabellen viser antall begjæringer og utførte svangerskapsavbrudd de fra 2010 til 2021.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Utført												
Totalt	17 632	17 210	17 135	16 660	15 848	15 781	14 590	13 907	13 653	12 940	12 156	11 937
Utført	15 741	15 366	15 229	14 778	14 067	14 033	13 193	12 750	12 391	11 735	11 085	10 841
Ikkje utført	1 891	1 844	1 906	1 882	1 781	1 748	1 397	1 157	1 262	1 205	1 071	1 096

(Folkehelseinstituttet, 2021)

Aborttallene de siste årene har vært historisk lave. Aborttallene følger altså samme trend som fødselstallene - de er synkende. Med andre ord blir færre kvinner gravide. Nedgangen i aborttallene skyldes antagelig derfor en markant nedgang i tallet på uønskede svangerskap (Løkeland-Stai, 2020).

I et faktaark hos FHI fra 2020 kan vi lese at abort er hyppigst i aldersgruppen 20-30 år. Men også her har aborttallene gått sterkt ned blant de yngste, nær en halvering for kvinner i alderen 20-24 år i løpet av en tiårsperiode (Folkehelseinstituttet, 2021). Gruppen med de høyeste aborttallene er i alderen 25-29 år. Ellers kan vi lese at 80 % av abortene blir utført før 9. uke og i 2020 ble 94% utført medisinsk. I 2020 ble 4,6% av svangerskapsavbruddene nemndbehandlet, altså var 95% av abortene selvbestemte (Løkeland-Stai, 2020).

Tilfredshet med tilbudet

Som vi ser utføres de fleste aborter i Norge som medisinsk abort. Studier som er gjort i 2009 (Løkeland et al., 2014), 2018 (Pay et al., 2018) i 2022 (Johnsen, 2022) viser at cirka 95% er fornøyde med medisinsk hjemmeabort, og vil anbefale den til andre. Likevel skriver Nora Kvernmo Rindal i TV2, en artikkel 15.september 2022 at ny abortstudie viser at kvinner føler seg sviktet (Rindal, 2022). Hun viser i artikkelen til den helt ferske studien til Sommerseth et al., 2022, om hvordan kvinner har opplevd å ta medisinsk abort, hvordan de opplevde møtet med helsevesenet og hvilke mulighet til oppfølging i etterkant de ble tilbudt. Funnene i studien viser blant annet at disse kvinnene opplevde tilbudet som rutinemessig, lite personsentrert tilnærming, manglende valgfrihet, medbestemmelse og forberedthet, begrenset tilbud om å snakke om abortvalg, mangel på informasjon, mangel på respekt og en følelse av ensomhet. Studien bestod av intervjuer av 24 kvinner og er derfor ikke stor nok til å kunne generalisere. Likevel viser det hvordan disse kvinnene har opplevd dette, og det gir grunn til å tro at andre kan ha opplevd noe lignende. I TV2 sin artikkel svarer Amatheia (en organisasjon med samtaletilbud for de som vurderer abort eller har tatt abort) at de kjenner igjen historiene fra studien (Rindal, 2022).

I 2019 skrev Eriksen en artikkel i NRK om Inger-Marie Lupton som opplevde en svært krevende medisinsk abort hjemme (Eriksen, 2019). NRKs kartlegging viste også en stor geografisk variasjon mellom sykehusene når det kom til metode. I tillegg fortalte en rekke kvinner, gjennom NRK, om mangelfull eller fullstendig fravær av oppfølging etter spontanabort (Eriksen, 2020). Dette fikk politikere til å reagere og resulterte i at helse- og

omsorgskomiteen kom med ny innstilling til Stortinget (Meld. St. 374 S (2019-2020) som skulle sikre bedre oppfølging av kvinner som opplever abort. Ett år senere skriver Robak at Jordmorforbundet ser liten eller ingen endring.

For kvinner som i dag gjennomgår abort er det fremdeles ikke noe system for oppfølgingssamtaler, dersom kvinnen føler behov for det, sier Hanne Charlotte Schjeldrup, leder i Jordmorforbundet (Robak, 2021).

2.2 Abortrettighet og informasjonsrettighet som en del av vår frie, liberale, vestlige kultur

2.2.1 Hvorfor retten til abort?

Abortkampen er kampen for at provosert abort skal være lovlig og at den gravide kvinnen skal kunne gjøre dette valget selv. Denne kampen er på ingen måte over. Uenighetene er store og noen arbeider for å utvide kvinners rett til selvbestemmelse, til å gjelde i flere land, eller gjelde lengre ut i svangerskapet. Andre igjen tar fosteret i forsvar og kjemper for å begrense eller fjerne abortrettigheter. Også i Norge har denne kampen vært merkbar.

Praksisen rundt abort har endret seg gjennom tidene. Fra andre halvdel av 1600-tallet til siste halvdel av 1800-tallet, medførte abort dødsstraff i de nordiske landene. Dødsstraffen ble etter hvert erstattet av andre former for straff som fengsel eller straffarbeid. I 1889 tillot justisdepartementet, gjennom et rundskriv, svangerskapsavbrudd ved stor fare for kvinnens liv og helse. Tolkningen av dette ble mer og mer liberal og man trengte etter hvert en lov som passet bedre til den praksisen man hadde (Lønnå, 2021).

I 1913 begynte den politiske kampen for kvinners rett til selvbestemt abort da Katti Anker Møller formulerte kravet om å fjerne straff for provosert abort etter en avisomtale om en fosterfordrivelse der kvinnen døde. Hun skrev følgende:

Grundlaget for al frihet maa være raadighet over egen kropp og hvad i den er. Naar derfor en kvinde vælger at sætte sit eget liv paa spil for at fri sig fra en situasjon, som i hendes øine er uholdbar, da maa hun være berettiget til det. [...] Hensynet til det begynnende foster, den plantelignende ansamling av stof og væske i en kvindes indre, uten følelse eller bevissthet, kan ikke veie op mot de krav, der kan gjøre sig gjældende hos et voksent menneske midt i livets kamp. (Katti Anker Møller 1915, sitert i Aanesen 1981, s.26-27).

I 1959 ble den første abortloven vedtatt, men trådte ikke i kraft før 1964. Loven tillot abort i tilfeller der kvinnens liv sto i fare, og i tilfeller der kvinnen kunne få alvorlige fysiske eller psykiske lidelser ved å fullføre svangerskapet. Hver enkelt sak måtte derfor vurderes av en nemnd som besto av to leger. Disse to legene hadde makt til å avgjøre hvem som måtte fullføre svangerskapet og hvem som kunne få en abort. Nemndsystemet førte imidlertid til at kvinner kunne bli behandlet ulikt i de ulike nemndene og de ulike stedene i landet (Lønnå, 2021).

I løpet av de neste årene ble det gjort flere endringer i lovens bestemmelser om abort og mange engasjerte seg. Gjennom 1970-årene fortsatte kampen om abortsaken. Dette ble en hovedsak for Kvinnebevegelsen da de mente at nemndene kunne virke fornedrende på mange kvinner og at de ble behandlet ulikt i de forskjellige nemndene. Flere kvinneorganisasjoner som Kvinnefronten, Nyfeministene, Norsk kvinnesaksforening og Norsk kvinneforbund gikk sammen og dannet "Kvinneaksjonen for selvbestemt abort". Motstanderne organiserte seg i «Folkeaksjonen mot selvbestemt abort» hvor blant annet KFUK (Kristelig forening for unge kvinner), Lærerinnenenes misjonsforbund og Norske kvinners landsforbund til vern om mor og barn var med. Den store paraplyorganisasjonen "Norske kvinners nasjonalråd" reservert seg eller var direkte imot selvbestemt abort. Kirken engasjerte seg sterkt mot abort. Abortmotstanderne klarte å få inn over 600.000 underskrifter. Dette er den største underskriftsaksjonen som har vært etter krigen (Lønnå, 2021).

Hovedargumentet for abortrettigheter har gjerne vært at ulovlige aborter er farlige og skader kvinner, og etter hvert som kvinners personlige historier om nedverdiggende møte med nemnd, eller ulovlige og skadelige aborter kom frem (Elvbakken, 2021), ga dette grobunn for ny lovgivning. I 1975 ble det vedtatt en lov som åpnet for at abortloven også skulle gjelde sosiale hensyn, men fremdeles måtte alle tilfeller gjennom en nemnd. Loven fastslo også at

helsepersonell hadde reservasjonsrett hvor de kunne nekte å utføre aborter av samvittighetsgrunner. I 1978 ble "loven om selvbestemt abort" vedtatt i Stortinget med kun én stemmes overvekt. Den nye loven innebar at den gravide kvinne selv kunne bestemme om en abort skulle utføres, så lenge det ble gjort innen utgangen av 12. svangerskapsuke. Dette er loven vi fremdeles har i dag, men debatten har flere ganger blusset opp igjen i ettertid med nye og betente diskusjoner (Lønnå, 2021).

2.2.2 Hvorfor retten til informasjon?

Med opplysningstidens inntog på midten av 1600-tallet kom samtidig et oppgjør med de religiøse dogmer og institusjoner, og vitenskap, fornuft, frihet og toleranse ble de nye idealene (Krefting, 2021). Innbakt i begrepet frihet ligger naturlig nok friheten til å bestemme over seg selv. Og selv om vi har mange eksempler på at idealet om frihet ikke ble etterfulgt, var likevel grunntanken sådd og hyllet. Retten til informasjon for å kunne ta frie valg faller derfor slik inn under dette synet, fordi valgfrihet avhenger av informasjon.

Det var imidlertid de grusomheter som ble utført av nazistene under 2. verdenskrig som til syvende og sist skulle resultere i retten til informasjon, altså "informert samtykke".

I kjølvannet av Nürnbergprosessen, straffesaken vedrørende de medisinske eksperimenter under Hitler-Tyskland, ble det tydelig hvor stort spenn det kunne bli mellom hensynet til forskningen og hensynet til pasienten. På grunn av dette ble *Nürnbergkoden* utarbeidet for å gi etiske retningslinjer for eksperimenter med mennesker, og i 1964 ble den avløst av *Helsinkideklarasjonen* (revidert i 1975). Dette er en internasjonal overenskomst om forskningsetikk innenfor biomedisin. En av de viktigste bestemmelsene i Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen var bestemmelsen om "informert samtykke." Dette betyr at forsøkspersonen skal befinne seg i en slik situasjon at han eller hun kan velge fritt om man vil bli med i forsøket. Personen skal også få tilstrekkelig med informasjon om forsøkets innhold og rekkevidde til å fatte en fornuftig beslutning (Ødegård, 2011, s.19-20). Informert samtykke har etter dette blitt en standard i de fleste vestlige land, og har i mange tilfeller blitt en del av lovverket, også her i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Informert samtykke gjelder ikke lengre kun medisinske forsøk og eksperimenter, men et hvert medisinsk behandling. Selv om informert samtykke i forbindelse med medisinske forsøk og i

forbindelse med abort er to helt forskjellige situasjoner, er likevel behovet for informasjon om abort viktig og ivaretas av norsk lov (Abortloven, 1975, §5; Abortforskriften, 2001, §2; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1).

Altså har både abortrettighetene og informasjonsrettigheten etablert seg som sterke prinsipper i vår frie, liberale, vestlige kultur.

2.2.3 Hvilke informasjonen har man rett til?

Retten til informasjon sikres juridisk gjennom abortloven (Abortloven, 1975) og gjennom informert samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Til sammen sikrer disse lovene både retten til abort og retten til informasjon om den hjelp samfunnet kan tilby, som dermed muliggjør alternativer til abort. Men loven sier også noe om hvilke informasjonen man har rett til i forkant av et eventuelt inngrep.

Abortloven og forskriften

Retten til informasjon om inngrepets art og medisinske virkning

I loven er det nedfelt en plikt av legen (eller nemnda) til å informere kvinnen om *inngrepets art og medisinske virkninger*. Dette er altså ikke valgfri informasjon, men *skal* gis: "Kvinnen som har begjært svangerskapsavbrudd, eller den som har begjært svangerskapsavbrudd etter § 4 annet ledd, skal av legen (eller nemnda) gis opplysning om inngrepets art og medisinske virkninger." (Abortloven, 1975, §5).

I forskriftene om svangerskapsavbrudd gjentas dette: "Dersom en kvinne fremsetter begjæring om svangerskapsavbrudd skal legen/nemnda sørge for at hun får opplysninger om inngrepets art og medisinske virkninger." (Abortforskriften, 2001, §2).

Retten til veiledning

Samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig. (Abortloven, 1975, §1)

Lovens målsetning beskrives i §1. Her nevnes også en rekke kriterier som samfunnet er forpliktet til å oppfylle for å nå dette målet. Jeg ser at det er beskrevet to mål i lovteksten - å *sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst* og *antallet svangerskapsavbrudd skal bli lavest mulig*. Disse to målsetningene skal oppnås gjennom etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging.

Retten til alternativer til abort

Loven sikrer også retten til informasjon om hvilke hjelp samfunnet kan tilby, altså alternativer til abort *hvis* denne informasjonen er ønskelig. I abortloven §2 står det: "Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne" (min understreking) (Abortloven, 1975, §2). Abortloven sikrer altså ikke at kvinnen uoppfordret skal få informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne, men den sikrer at kvinnen skal få *tilbud* om en slik informasjon, for deretter å få den *dersom* hun ønsker det. Videre står det i §5: "Legen skal også gi informasjon og veiledning om bistand som nevnt i § 2 første ledd, dersom kvinnen ber om det." (Abortloven, 1975, §5). I abortforskriften §2 står også:

Legen/nemnda skal også opplyse kvinnen om at hun kan få informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne. Dersom kvinnen ønsker slik informasjon og veiledning skal legen/nemnda sørge for at hun får det. Veiledningen kan skje i samarbeid med sosionom, helsesykepleier, jordmor eller annen sakkyndig person. Dersom kvinnen ønsker annen rådgivning for selv å kunne treffe det endelige valg, kan legen/nemnda informere henne om andre sakkyndige instanser. (Abortforskriften, 2001, §2)

Her viser altså forskriften at det er legen/nemnda som er ansvarlig for å opplyse kvinnen om at hun kan få denne informasjonen, og legen/nemnda er pliktig til å gi denne hvis hun ønsker det.

Pasient- og brukerrettighetsloven (informert samtykke)

Abort defineres som helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018, Definisjoner, kommentar bokstav c). For all helsehjelp inntreffer Pasient- og brukerrettighetsloven som inneholder rettsregler om de rettigheter pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Retten til informasjon

Ifølge forarbeidene til loven må det gis informasjon om både formål, metoder, ventede fordel og mulige farer (Bahus, 2019b). Lovteksten beskriver det slik: "Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

I tillegg til legens ansvar om å informere pasienten med den nødvendige informasjon, pålegges de også i § 3-5 å tilpasse informasjonen til "[...] mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur-språkbakgrunn." Videre heter det at "Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Legen har altså ansvar for å formidle nødvendig informasjon, tilpasse informasjonen til mottakerens individuelle forutsetninger, og sørge for at informasjonen er forstått. Dette er et stort, men nødvendig ansvar som helsepersonell har fått tildelt i lovverket.

Informert samtykke

I Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 er det bestemt at helsehjelp kan som hovedregel *kun* gis når det foreligger *informert samtykke* fra pasienten. Informert samtykke er et samtykke

pasienten gir etter at han eller hun har fått *tilstrekkelig informasjon* om helsehjelpen som tilbys (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Tilstrekkelig informasjon må minst kunne defineres ut fra den informasjon som *skal* gis etter § 3-2 om informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt mulige risikoer og bivirkninger.

Om samtykkets form står det i § 4-2: "Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-2). Altså kan samtykket gis stilltiende, men likevel *kun* hvis kravene til informasjon om helsetjenesten etter § 3-2 er oppfylt.

2.3 Abort som etisk tema

I "Store Norske Leksikon" kan vi lese at abortloven er et *kompromiss* mellom kvinners rett til selvbestemmelse og fosterets rettsvern (Bahus, 2019a). I tillegg viser de ulike abortlovene i de ulike land, samt abortkampen i seg selv, hvor omstridt abort er og at temaet helt klart reiser noen etiske spørsmål. Vitenskapen kan gi svar på at livet starter ved befruktningen, og gi svar på at dette er et liv som tilhører *homo sapiens*, altså menneskearten. Vitenskapen kan imidlertid aldri svare på *om* dette livet har verdi, eller *når* dette livet får verdi, eller størrelsen på verdien.

Antonio Barbosa da Silva er en norsk professor med professortitler innen vitenskapsteori, helseetikk, religionsvitenskap, systematisk teologi, etikk, og psykisk helsearbeid (Hagen, 2021, s.253). Han har vært spesielt opptatt av aborttemaet og temaer innen etikk i helsearbeid. Han har utgitt en mengde artikler publisert i internasjonale tidsskrifter og også forfattet og medforfattet bøker (ResearchGate, u.å.), blant annet innen temaene etikk i helse- og omsorgstjenesten (Jonassen & BdaSilva, 2018), og bidratt med etiske refleksjoner i boka "Memories after abortion". Denne boka omhandler kompleksiteten rundt aborttemaet og forteller om unge, svenske kvinner og menns opplevelse og tanker etter en abort (Wahlberg, 2006). Videre belyser han i sin bok om abort og etikk "Abortsyn i lys av ulike livssyn,

menneskesyn og etiske perspektiver - en moralfilosofisk analyse", hvordan vårt menneskesyn styrer vårt syn på abort.

Barbosa da Silva mener spørsmålene omkring hvilke verdi et menneske har er etiske spørsmål som må besvares ut fra hvilke menneskesyn man har. Argumentasjonen for og imot abort blir derfor ikke primært en argumentasjon om etikk, men en argumentasjon som forsvarer de ulike menneskesyn (BdaSilva, 2020, s.72). I sin bok skiller han mellom 4 ulike menneskesyn: det klassisk-humanistiske menneskesyn, det kristen-humanistiske menneskesyn, det ikke-klassiske humanistiske menneskesyn og det ikke-humanistiske menneskesyn (BdaSilva, 2020).

Det ugraderte menneskesyn

Det klassisk-humanistiske menneskesyn og det kristen-humanistiske menneskesyn ser begge på menneskeverdet som noe objektivt, absolutt, ugradert, uforanderlig, umistelig og ukrenkelig. Det betyr samtidig at alle mennesker har samme objektive verdighet, altså har menneskeverd, uavhengig av rase, kjønn, alder, helsetilstand, funksjonsnivå, posisjon i samfunnet, prestasjon eller meritter, kultur eller religion, etc. (BdaSilva, 2020, s.14).

Forskjellen på disse to menneskesynene er *begrunnelsen* for menneskeverdet. Ifølge klassisk humanisme har mennesket som art følgende fundamentale egenskaper som vesentlig skiller det fra alle andre dyrearter: Mennesket er fornuftig (rasjonelt), mennesket har fri vilje (autonomi) og er ansvarlig for sine handlinger, og mennesket er potensielt godt. Den klassiske humanismen begrunner *menneskeverdet* i disse tre menneskelige egenskapene og begrunner *menneskerettighetene* i menneskeverdet. (BdaSilva, 2020, s.13) Menneskeverdet gir mennesket visse grunnleggende rettigheter som retten til liv, frihet og helse. (BdaSilva, 2020, s.12).

Det kristen-humanistiske menneskesyn begrunner derimot menneskeverdet i Gud. De henter sine argumenter fra Bibelen og viser til at mennesket er *skapt i Guds bilde* (1.Mos.1:26), derfor har vi fått et menneskeverd, en verdi som skiller oss fra alt annet (BdaSilva, 2020, s.18).

Et ugradert menneskeverd betyr at menneskeverdet ikke endres i løpet av et individs utvikling fra mors liv til den naturlige død. Professor i rettsmedisin Torleiv Ole Rognum argumenterer for et slikt menneskesyn på denne måten: "Hele menneskets arvestoff er til stede fra det øyeblikket eggcellen og sædcellen smelter sammen. I det befruktete egget ligger hele plantegningen for det nye individ. Ikke på noe tidspunkt er det et (sic.) Fiskeyngel eller kyllingfoster" (referert i BdaSilva, 2020, s.81). Både det klassisk-humanistiske menneskesyn og det kristen-humanistiske menneskesyn vil derfor kunne gi fosteret et menneskeverd fra befruktningen, og dermed retten til liv.

Det graderte menneskesyn

Både det ikke-klassisk humanistiske menneskesyn og det ikke-humanistiske menneskesyn benekter at menneskeverdet er ugradert. Det vil si at menneskeverdet er relativt, empirisk, foranderlig, kan gå tapt og kan variere fra individ til individ (BdaSilva, 2020, s.33).

Forskjellen på de to er at førstnevnte ser på mennesket som noe mer verdifullt enn dyr, men likevel vil hevde at det er forskjell på individers verdi målt ut fra ulike skalaer. Ingmar Hedinus bruker eksempelvis *individets nytteverdi, moralske verdi og affektive verdi* som målenheter på menneskers individuelle verdi. *Individets nytteverdi* er den verdi som et individ har på grunn av han/hennes ytelse og bidrag til samfunnet og menneskeheten (BdaSilva, 2020, s 35). *Individets moralske verdi* er individets moralske holdning, moralske integritet, oppførsel og handlinger (BdaSilva, 2020, s.36). *Individets affektive verdi* er en betydningsverdi man tildeler seg selv eller andre. Det er den verdi som man tilskriver sine nærmeste, kjære og venner (BdaSilva, 2020, s 36).

Et ikke-humanistisk menneskesyn vil imidlertid gå lengre og hevde at i noen tilfeller har dyr større verdi enn mennesker. Kjente representanter for dette synet er filosofene Peter Singer og Michael Tooley som skiller mellom menneskelige individer som er personer og de som ikke er det. De som er *personer*, har større verdi enn de som ikke er personer og de eneste som har *rett til liv*. For å bli kategorisert som person må man ifølge Tooley ha et begrep om *et jeg/selv preget av en vedvarende eller kontinuerlig følge av erfaringer* og andre mentale tilstander (BdaSilva, 2020, s.48). Tooley ser ingen prinsipiell forskjell mellom menneskers og dyrs moralske status, altså ingen forskjell i verdi, og mener det finnes visse dyr som kan være *personer* og derfor har *større* verdi (moralsk status) enn menneskelige individer som ikke er personer (BdaSilva, 2020, s.47).

Dersom individuelle mennesker har ulik verdi, har de også ulike rettigheter fordi det er alles likeverd som er begrunnelsen for alles like rettigheter (BdaSilva, 2020, s.48). Siden individets verdi avhenger av spesielle trekk, forsvarer det ikke-klassisk humanistiske menneskesyn og det ikke-humanistiske menneskesyn abort ut fra argumenter om utviklingsgrad hos fosteret. Retten til å drepe spedbarn gjelder, ifølge Tooley, før barnet erverver de egenskaper som gjør det til en person, dvs. før de fyller tre måneder. Tooleys argument berører også andre kategorier av mennesker: For eksempel de som lider av demens og de som er lenge i ubevisst tilstand (BdaSilva, 2020, s.56).

Peter Singer forsvarer den etiske teorien utilitarisme, som er en konsekvensetikk. Utilitarismen hevder at en handling er rett kun hvis dennes konsekvens er god, dvs. nyttig for så mange involverte mennesker som mulig. Singers graderte menneskesyn og utilitaristiske etikk vises i følgende uttalelse:

Suppose a woman planning to have two children has one normal child, and then gives birth to a haemophiliac child. The burden of caring for that child may make it impossible for her to copy with a third child; but if they defective child were to die; she would have another. ... When the death of a defective infant will lead to the birth of another infant with better prospects of a happy life, the total amount of happiness will be greater if the defective child is killed. The loss of a happy life for the first infant is outweighed by the gain of a happier life for the second. Therefore ... it would be right to kill him. (Referert i BdaSilva, 2020, s 57)

Selv om menneskerettighetene og det meste av den vestlige kulturs menneskesyn basere seg på et ugradert menneskesyn, er likevel abortspørsmålet for mange unntaket fra dette synet. Fosterets utviklingsgrad, og dermed dens egenskaper, er jo nettopp en begrunnelse for at det ofte er lovlig med abort de første månedene av svangerskapet, men også en begrunnelse for hvorfor det settes grenser for hvor langt ut i svangerskapet abort kan utføres. Vår egen abortlov viser også at fosteret er gitt en gradert verdi, da muligheten for svangerskapsavbrudd etter den selvbestemte tiden, er strengere dess lengre i svangerskapet kvinnen har kommet (Abortloven, 1975, §2). Altså har graden av fosterets utvikling en betydning for begrunnelse for lov, men også for manges etiske vurderinger.

Abortdebatten med sine etiske argumenter for og imot relaterer seg gjerne til den debatt kvinnen skal ha med seg selv før et slikt valg. Tid og mulighet for bevisstgjøring og refleksjon rundt eget menneskesyn, og informasjon om fosteret, burde derfor være viktig og relevant i forkant av en avgjørelse om abort, fordi ens eget menneskesyn vil svare på hvilken verdi fosteret har, og kan være avgjørende for hvordan man lever med dette valget i ettertid.

2.4 Norsk forskning på abort

Det utføres omtrent 12000 aborter årlig i Norge. Man skulle tro at på grunn av antall berørte mennesker ville dette vært et svært aktuelt tema å forske på. Til tross for disse høye tallene har det vært lite forskning på ettervirkninger av abort og abortsøkende kvinners møte med helsevesenet, og deres opplevelse av beslutningsprosessen og abortprosessen. Under gir jeg en presentasjon av relevant norsk forskning, og gir en mer detaljert presentasjon av de undersøkelsene som er særlig interessante med tanke på min egen undersøkelse.

Psykiske ettervirkninger av abort og årsaker til abort

Den første publiserte forskningen i Norge vedrørende ettervirkninger av abort er gjort av Dr. Kolstad i 1957 (Kolstad, 1957, s. 1-72). Og i 1973 publiserte Dr. Berthold Grünfeld sitt doktorgradsarbeid hvor han undersøkte kvinners psykiske helse etter aborten (Grünfeld, 1973). Det bør nevnes at begge disse studiene var gjort før loven om selvbestemmelse ble vedtatt i Norge. Undersøkelsene er derfor gjort på en tid der samfunnet skiller seg en del fra vårt, og hvor kvinnene det gjaldt hadde vært i nemnd. I 1996 kom derimot Aker-studien som undersøkte 142 kvinners psykiske helse fem måneder etter indusert abort, og fant at 14 % hadde en del psykiske vanskeligheter. I tillegg til disse hadde 7 % mer alvorlige problemer (Hansen, 1996). I 1999 publiserte Anne-Mari Bergkåsa et kvalitativt studie av syv kvinner som hadde fått psykiske ettervirkninger av abort hvor kvinnene beskriver sine egne negative reaksjoner (Bergkåsa, 1999).

På slutten av 90-tallet ble det av psykiater Anne Nordal Broen gjennomført en større studie som fulgte kvinnene i flere år etter indusert abort og spontanabort. Studien resulterte i fire artikler som er publisert i internasjonale tidsskrifter (Broen, 2004, s.265-71; Broen, 2005a,

s.36-43; Broen, 2005b; Broen, 2006a, s.317-23) og en doktoravhandling med disputas ved Universitetet i Oslo i 2006 (Broen, 2006b).

I 2004 utga Broen den første artikkelen; "Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion: A Two-Year Follow-up study" (Broen, 2004). I 2005 fulgte hun opp med artikkelen "The Course of Mental Health after Miscarriage and Induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study". I studien deltok 120 kvinner gjennom sykehuset i Buskerud, mellom april 1998 og februar 1999, hvor 80 av disse hadde hatt en induisert abort, og 40 hadde opplevd spontanabort. Kvinnene ble intervjuet 10 dager (T1), seks måneder (T2), to år (T3), og fem år (T4) etter svangerskapsavbruddet. Intervjuene var semistrukturert og inkluderte spørreskjemaene Impact of Event Scale (IES), Quality of Life, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), og et som omhandlet deres følelser rundt svangerskapsavbruddet (Broen, 2005b).

Resultatet av studien viste at kvinner som hadde opplevd en spontanabort hadde mer psykiske plager etter 10 dager, og seks måneder, etter svangerskapsavbruddet, enn de som hadde hatt en induisert abort. Imidlertid viste det seg at kvinnene som hadde opplevd spontanabort viste signifikant raskere forbedringer på IES score for unngåelse, sorg, tap, skyld og anger i løpet av oppfølgingstiden. Kvinnene som hadde hatt en induisert abort hadde signifikant høyere IES score vedrørende unngåelse, skyldfølelse, skam og lettelse enn gruppen med spontanabort, både to og fem år etter svangerskapsavbruddet. Sammenlignet med den generelle populasjonen hadde kvinner som hadde hatt induisert abort signifikant høyere HADS angst score under alle fire intervjuene, mens kvinnene som hadde opplevd spontanabort hadde kun høyere angst-score 10 dager etter svangerskapsavbruddet. Broen konkluderer i sin undersøkelse at den tydelig viste forskjeller på de psykiske reaksjonene hos kvinnene som hadde hatt induisert abort sammenlignet med kvinnene som hadde opplevd spontanabort. Hun antyder at resultatet muligens kan forklares med at de to typene svangerskapsavbrudd har så ulike karakteristikk at de påvirker kvinners psykiske helse ulikt (Broen, 2005b).

På "forskning.no" er funnene i studien oppsummert i en artikkel på følgende vis:

[...] kvinner som har hatt en spontan abort, lider mer av psykiske plager de første seks månedene enn kvinner som har valgt sin abort selv. Men ettersom tiden gikk, var det kvinnene som valgte selv som hadde sterkest plager. Undersøkelsen viser at disse i større grad enn kvinner med spontan abort led av skyld og skam. Mange måtte unngå å

tenke på det de hadde opplevd, og de nektet seg selv å snakke om eller ha følelser i forhold til aborten. (Søderlind, 2005, avsnitt 7)

Nordal Broen påpeker der at det ikke er sikkert at angsten og depresjonen har med aborten å gjøre, og at det kan skyldes andre faktorer som for eksempel at de som valgte abort hadde dårligere psykisk helse i forkant av aborten. Likevel stiller hun seg undrende til at angstnivået holdt seg så høyt som det gjorde (Søderlind, 2005).

Samme året utga Broen også "Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study". Studien tok sikte på å identifisere de ulike årsakene til at kvinner velger abort og om de ulike årsakene kan ha ulik innvirkning på kvinners psykiske helse etter en abort. 80 kvinner deltok i undersøkelsen ved sykehuset i Buskerud, og ble intervjuet 10 dager (T1), 6 måneder (T2) og 2 år (T3) etter aborten. Ved alle intervjuene svarte kvinnene på spørreskjemaet Impact of Event Scale (IES) og et spørreskjema som omhandlet deres følelser rundt aborten.

De årsakene til valg om abort som flest oppga var utdanning, jobb og økonomi. Andre viktige grunner som ble oppgitt var "a child should be wished for", "male partner does not favour having a child at the moment", "tired, worn out", "have enough children" (Broen, 2005a). På ellefte plass over de viktigste årsakene til valg av abort var presset fra kjæreste/partner. 29 av de 80 kvinnene oppga at partnerens negative syn på graviditeten var en viktig grunn for valget om abort, og 20 av 80 kvinner svarte at de ble presset til abort av partner. Ved å sammenligne årsakene med de psykiske plagene kvinnene fikk i ettertid, viste analysen at den sterkeste prediksjonen på negative psykiske ettervirkninger av abort ved tidspunktet T2 og T3, altså seks måneder og to år etter aborten, var press fra sin mannlige partner. Etter to års oppfølging konkluderte derfor Broen med at press fra den mannlige partner har en signifikant, negativ innvirkning på kvinnens psykiske reaksjon på aborten (Broen, 2005a).

Året etter, i 2006, utga Broen den siste av sine artikler som baserer seg på undersøkelsene i doktoravhandlingen: "Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal, two-year follow-up study". Studien tok sikte på å sammenligne depresjon- og angstnivåer hos den gruppen kvinner som opplevde spontanabort, og gruppen med kvinner som hadde hatt en indusert abort, med den generelle populasjon. Studien skulle også forsøke å avsløre hvilke ulike prediktorer for forhøyet angst og depresjon ved T2 og T4, altså seks måneder, og fem år etter svangerskapsavbruddet. Ved å sammenligne resultatene til kvinnene

på tidspunkt T2 og T4 fant hun at kvinnene som hadde opplevd spontanabort hadde signifikant høyere angstnivå og depresjon ved T1, altså 10 dager etter svangerskapsavbruddet, sammenlignet med angstnivå og depresjon hos den generelle befolkningen. Kvinnene som hadde hatt induisert abort hadde imidlertid signifikant høyere angstnivå ved alle tidspunktene, T1, T2, T3 og T4, og større depresjon på tidspunktet T1 og T2 sammenlignet med den generelle befolkningen. I begge gruppene fant Broen at viktige prediktorer for angst og depresjon seks måneder og fem år etter svangerskapsavbruddet, var nylige livshendelser og tidligere psykiske problemer. Fødsler som fant sted mellom T1 og T5 så imidlertid ikke ut til å påvirke angst- og depresjonsnivå. For de kvinnene som hadde hatt en induisert abort så det ut til at usikkerhet rundt avgjørelsen om abort hadde negativ innvirkning på depresjonsnivået ved T2, mens en negativ holdning til abort ble assosiert med forhøyet angstnivå ved T2 og T4, altså seks måneder og to år etter aborten (Broen, 2006a, s.317-23).

I 2007 utga Willy Pedersen artikkelen "Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study". Artikkelen baserte seg på studien "Ung i Norge" og fulgte kvinner mellom 15 - 27 år, gjennom 11 år. Undersøkelsen viste at de som hadde hatt en induisert abort hadde et forhøyet rusmiddelmisbruk. De som hadde født et barn reduserte derimot bruken av alkohol og bruk av cannabis. Pedersen fant imidlertid at de av kvinnene som fremdeles bodde sammen med far til det aborterte fosteret, ikke hadde en forhøyet risiko for alkohol- og stoffmisbruk. Han konkluderte med at abort under noen omstendigheter kan føre til økt risiko for nikotinavhengighet, alkoholproblemer og bruk av cannabis og andre ulovlige rusmidler, mens en fødsel kan føre til et redusert bruk av noen rusmidler (Pedersen, 2007, 1971-1978).

Basert på samme undersøkelse utga Pedersen i 2008 artikkelen "Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women". Studien tok sikte på å finne ut om induisert abort utgjorde en risikofaktor for depresjon. Spørsmålene i undersøkelsen omhandlet depresjon, induisert abort og fødsler, samtidig som den tok hensyn til sosiodemografiske variabler, familieforhold og mange individuelle karakteristikk. Undersøkelsen viste at en induisert abort økte risikoen for depresjon med 250%. Da det ble tatt høyde for en tredje variabel ble resultatet noe redusert, men tallet var fremdeles signifikant (190% økt risiko). Det ble imidlertid ikke oppdaget noen sammenheng mellom induisert abort i tenårene og etterfølgende depresjon. Pedersen konkluderte i sin undersøkelse med at unge kvinner som tar en abort kan ha en økt risiko for depresjon i etterkant (Pedersen, 2008, s.424-28).

I 2022 ble det publisert en fagfelleverdert artikkel i "Sykepleien" med hensikt å oppsummere kunnskap om kvinners opplevelse av induisert abort og deres erfaring med mentale ettervirkninger i land hvor abortlovverket har overføringsverdi til Norge. I studien ble det hentet fagfelleverderte artikler fra Nederland, Finland, Sverige og Norge. Litteraturstudiet viser at det er lite som peker på at kvinner får mentale ettervirkninger av induisert abort, og at ofte er det andre årsaker og livshendelser før aborten som påvirker den mentale helsen negativt (Lurås & Jensen, 2022).

Beslutningsprosessen og abortprosessen ved Norske sykehus

Marianne Kjelsvik og Eva Gjengedal publiserte i 2011 artikkelen "First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy--a phenomenological study". Målet med studiet var å tilegne seg ny og utvidet informasjon om kvinners erfaring omkring vurderinger av abort i første trimester. Kjelsvik og Gjengedal gjennomførte dybdeintervjuer med fire deltakere med alder mellom 25 og 32 år. De intervjuet hver av kvinnene to ganger i løpet av et par uker. Kjelsvik har oppsummert flere typer funn i undersøkelsen. Det ene var hvordan kvinnene forholdt seg til sin gravide kropp. De beskrev at en blanding av ulike følelser som glede, fortvilelse, bekymring og sinne mot dem selv, da de fikk bekreftet svangerskapet. Videre forklarte alle at de begynte å ta hensyn til at de var gravide ved å ta vitamintilskudd, og unngå alkohol, sigaretter og smertestillende. Noen uttrykte det som overraskende at de ønsket å beskytte fosteret og sin gravide kropp, samtidig som de vurderte abort (Kjelsvik & Gjengedal, 2011, s. 169-175).

Et annet funn i undersøkelsen var temaet omkring "det rette valget". Kvinnene beskriver ambivalente følelser og stor usikkerhet rundt valget. To av kvinnene valgte abort og mente at det var deres forhold til barnefar som avgjorde valget. De beskrev også at for å ta dette valget måtte de sette følelsene mer til side og gi større rom og tyngde til de rasjonelle tankene. To av kvinnene gikk fra å være nærmest overbevist om at de kom til å velge abort, til å bestemme seg for å fullføre svangerskapet. Alle kvinnene, både de som valgte abort og de som valgte å fullføre svangerskapet, beskrev en følelse av lettelse når valget var tatt (Kjelsvik & Gjengedal, 2011, s. 169-175).

Et tredje funn var de motstridende ønskene om at valget skulle være selvstendig samtidig som kvinnene uttrykte et ønske om deltakelse i prosessen fra viktige mennesker rundt dem. Barnefar sin reaksjon og rolle ble beskrevet som spesielt viktig for kvinnene. Flere av

kvinnene følte seg skuffet over barnefar sin reaksjon (Kjelsvik & Gjengedal, 2011, s. 169-175).

Kvinnene beskrev også møtet med helsepersonell og hvilke betydning deres håndtering og uttalelser hadde i deres situasjon (Kjelsvik & Gjengedal, 2011, s. 169-175).

Kjelsvik konkluderer studiet på følgende vis:

One consequence of a woman's right to choose can be an unwanted loneliness or giving in to other people's choices. There is consequently a need for professionals who are able to exercise skilled judgement and who are aware of their own power in the relationship so as to assure that the pregnant woman does in fact makes her own decision. (Kjelsvik & Gjengedal, 2011, s. 169)

I 2019 fortsatte Marianne Kjelsvik med å fordype seg i dette temaet da hun fullførte sin doktorgrad med prosjektet "Pregnant and ambivalent - Experiences of women and health personnel in the decision-making process". Hun har også i denne forbindelse publisert forskningsartikler med de funn hun har gjort i sine undersøkelser.

I forskningsartikkelen "Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester", undersøker Kjelsvik kvinners erfaringer rundt en ambivalent avgjørelsesprosess. Hun intervjuet 13 kvinner mellom 18 og 36 år, før og etter de hadde tatt en avgjørelse, hvor 3 av kvinnene trakk seg fra 2. gangs intervju. Fem av kvinnene valgte abort, seks valgte å fullføre svangerskapet, én opplevde spontanabort og én er ukjent (Kjelsvik et al., 2018a, s.784-807).

Kjelsvik oppsummerer tre hovedfunn. Det ene er kvinnenes tanker omkring i hvilke grad de følte seg klar for å bli mor. Kvinnene ble ved bekreftelsen av svangerskapet kastet ut i en virkelighet som utfordret deres livsprosjekt. Kvinnenes reaksjon og holdning var avhengig av deres forberedthet. Alder, partnerskap og deres bevissthet omkring tilgang på støtte, ble fremtredende temaer i valgprosessen. Hensynene og erfaringene rundt valget kunne endre seg innenfor den begrensede valgtiden, og kunne påvirkes av kroppslige plager og varierende følelser (Kjelsvik et al., 2018a, s.784-807).

Et annet funn var at kvinnene opplevde ensomhet i møte med det vanskelige valget. For at kvinnene skulle kunne gjøre et selvstendig valg opplevde de en konflikt mellom behovet for å åpne seg og kunne snakke med noen, og behovet for å holde svangerskapet hemmelig for ikke å la seg påvirke av andres meninger. Uenigheter mellom kvinnene og partneren, eller andre, økte kvinnenes følelse av ensomhet i situasjonen. Helsepersonell som ikke engasjerte seg i kvinnenes prosess bidro til deres følelse av isolasjon (Kjelsvik et al., 2018a, s.784-807).

Kjelsvik fant også i sin undersøkelse at kvinnenes verdier ble konfrontert. Kvinnene uttrykte en fundamental respekt for fosteret og kjente på motstand for å fjerne det, og tok samtidig forhåndsregler for å beskytte det, selv om ikke de så på fosteret som et selvstendig liv. Situasjonen fikk dem til å vurdere verdien av det ufødte liv opp imot verdien av det livet de selv levde. Kvinnene var takknemlige for muligheten til selvbestemmelse samtidig som de uttrykte hvor krevende autonomi kan være (Kjelsvik et al., 2018a, s.784-807).

I 2019 utga Kjelsvik forskningsartikkelen "Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers" hvor målet for studiet var å utforske ambivalente abortsøkende kvinners erfaring med møte med helsepersonellet. Artikkelen bygget på de samme intervjuene som ble gjort under Kjelsvik sin doktorgrad. Artikkelen beskriver at kvinnene var opptatt av sin egen autonomi og at valget skulle være deres eget, men at de samtidig ønsket at sine nærmeste og helsepersonellet skulle være involvert i avgjørelsesprosessen. Kjelsvik deler historiene til kvinnene inn i tre typer opplevelser av møtet med helsepersonellet: "The respected women" (helsepersonellet oppfattet kvinnens ambivalens og ga mulighet for samtale og mer betenkningstid), "The identified women" (helsepersonellet oppfattet kvinnens ambivalens og tilbød mer betenkningstid), og "The abandoned women" (helsepersonellet tok ikke hensyn til at kvinnen uttrykte ambivalens og ga henne pillen, og overlot henne til seg selv). I sistnevnte tilfelle uttrykker en av kvinnene at hun følte seg som et produkt i en produksjonslinje (Kjelsvik et al., 2019, s.2135-2146).

Artikkelen "Walking on a tightrope - Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester" tar for seg erfaringene til helsepersonell som møter ambivalente kvinner på gynekologisk poliklinikk. Det ble i studien gjennomført fokusgruppeintervjuer ved fire gynekologiske poliklinikker og avdelinger i Norge. Funnene viste at helsepersonellet følte på et ansvar for å avdekke mulig ambivalens og samtidig involvere seg i situasjonen, uten å påvirke kvinnens valg. Et slik engasjement utfordret imidlertid helsepersonell sin egen sårbarhet og verdier. Helsepersonell forklarte at oppgaven å avdekke mulige usikkerhet rundt

abortvalget kunne være utfordrende. De som er åpen om sin usikkerhet og uttrykker dette verbalt er lett å oppdage. En underliggende usikkerhet derimot, er vanskeligere å avdekke og krever et stort fokus fra helsepersonell hvor de blant annet må kunne oppdage at kvinnenes verbale språk og kroppsspråk ikke korresponderer. En av helsepersonellet beskriver det slik: "Some mislead us that they are certain, but then their body is really uncertain". Videre beskriver helsepersonellet nødvendigheten med å vise sensitivitet og omsorg, og få bekreftelse fra kvinnene når de gir fra seg abortpillen. Erfaringer fra tidligere møter med kvinner som angret og derfor prøver å spy opp pillen igjen, har preget dem. Hvis usikkerhet rundt valget avdekkes hos kvinnene beskriver helsepersonellet det som en vanskelig balansegang å skulle involvere seg i kvinnenes historie, samtidig som de ikke skal påvirke deres bestemmelse, eller at tiden dette krever ikke skal gå utover tidsskjemaet. Helsepersonell uttrykte også at engasjement i ambivalente kvinners historie og hensyn kunne være emosjonelt krevende. De beskrev et behov for å kunne samtale om disse krevende møtene, men ingen av klinikkene hadde tilbud om slike samtaler for helsepersonell. Deres eneste mulighet til å "luften ut" var korte samtaler med kolleger, i det trange tidsskjemaet, mellom arbeidsoppgavene og møtene (Kjelsvik et al., 2018b, s.4192-4202).

Kjelsvik oppsummerer studien slik: "De beskrev konsultasjonene med de ambivalente kvinnene som en krevende balansegang preget av tidspress og manglende kompetanse i etisk utfordrende samtaler." (NTNU, u.å.).

I en artikkel utgitt i 2022 viser Kjelsvik til funn i sin undersøkelse om de etiske utfordringene helsepersonell har i møte med den abortsøkende kvinnen og hvilke forventninger det er til å se ultralydbildet. Det ble her en konflikt mellom forventninger versus forhåndsregler, og valg versus beskyttelse, hvor helsepersonell var mest opptatt av forhåndsregler som de mente beskyttet kvinnene (Kjelsvik et al., 2022, s.511-522).

Noen av kvinnene i undersøkelsen uttrykte at de ikke ville ønsket å se bilde eller høre hjerteslagene til fosteret, for å beskytte seg selv og ikke gjøre det vanskeligere for dem selv å velge abort. Flere av kvinnene forklarte imidlertid at de kunne ønsket å få muligheten til å se ultralyd-bildet. For noen ble dette en viktig del av det å skulle ta den "rette avgjørelsen", andre undret seg over om det ville gjøre situasjonen mer realistisk, eller vekke noen følelser i dem: "Maybe it will cause some emotion in me. Maybe I will feel like there is a baby there and that I can hear the heartbeat". Helsepersonell informerte imidlertid om at de hadde blitt

instruert, og sagt seg enig i, en "regel" om at kvinner som forberedes til abort ikke skal få muligheten til å se ultralyd-bildet (Kjelsvik et al., 2022, s.511-522).

Den manglende muligheten kvinnene hadde til å se ultralyd-bildet resulterte i ulike reaksjoner. Noen av kvinnene følte seg beskyttet mens andre følte de ikke ble respektert. Helsepersonell på sin side var nøye instruert om at de verken skulle vise bildet, skjermen eller gi noe informasjon relatert til ultralyd-bildet. Selv om årsaken til denne "regelen" var et ønske om å beskytte kvinnen, beskrev helsepersonell motstridende følelser rundt det å skulle nekte kvinnene denne muligheten og informasjonen (Kjelsvik et al., 2022, s.511-522).

Kjelsvik oppsummerer det slik:

Consequently, the basis for dialogue was not optimal, and women's autonomy was under pressure. Health care personnel are ethically challenged during preabortion ultrasound examinations. Meeting the individual woman's needs and respecting her autonomy during preparation for abortion requires sensitivity, involvement, and dialogue skills by health personnel. According to the woman's desire to be informed about the possibility of viewing the image during the abortion preparations, a dialogue that is focused in this direction should arise before the examination. (Kjelsvik et al., 2022, s.511)

Kjelsvik konkluderer etter hele doktorgradprosjektet med at "[...] helsepersonell må gis opplæring og veiledning slik at de kan møte abortsøkende kvinners behov for å samtale om valget og ambivalensen" (NTNU, u.å.).

Som nevnt innledningsvis har vi også undersøkelser fra 2009 (Løkeland et al., 2014), 2018 (Pay et al., 2018) og 2022 (Johnsen, 2022) som viser at flesteparten av kvinnene som gjennomgår en medisinsk hjemmeabort er fornøyde og vil anbefale den til andre. Likevel viser en fersk studie at mange kvinner har negative erfaringer med medisinsk hjemmeabort (Sommerseth et al., 2022). Hensikten med denne studien var å belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medisinsk abort. Det ble gjennomført intervju med 24 kvinner som hadde hatt en medisinsk abort hjemme, innen uke 12 av svangerskapet. I intervjuene trakk kvinnene hovedsaklig frem negative erfaringer knyttet til møtet med helsetjenesten. I resultatet deler forfatterne inn tre typer funn; at

kvinnene følte det som at de ikke var en fullverdig pasient, at tilbudet var rutinepreget og at de følte seg ført bak lyset av helsetjenestene (Sommerseth et al., 2022).

Kvinnene beskrev at de opplevde lite empati fra helsepersonell og flere beskrev en fordømmende holdning og ubehagelige kommentarer, eller en skambelagt stillhet. Én skriver imidlertid at hun ikke var sikker på om det var måten hun ble møtt på eller om det var hennes egne tanker om skam, og at hun ikke følte hun fortjente omsorg.

Flere av pasientene hadde pasienterfaring fra andre sammenhenger, og sammenlignet pasientopplevelsen med tidligere erfaringer. De bemerket at de ikke opplevde den omsorgen de tidligere hadde erfart. Blant annet bemerket en av kvinnene at ved operasjon blir man oppringt etter tre dager og spurt om hvordan det går, og at dette gjør at man føler seg mer ivaretatt. De fleste i dette tilfellet fikk ingen oppfølging etter aborten. Etter den første pillen var tatt på sykehuset fikk de bare utdelt medikamentet som driver ut fosteret, og noen fikk smertestillende tabletter, og ble deretter sendt hjem (Sommerseth et al., 2022).

Kvinnene opplevde at det var få som brydde seg om hvordan de hadde det, og når de prøvde å snakke om valget ble de avvist med at valget var opp til dem selv (Sommerseth et al., 2022). Noen opplevde også at de ikke fikk mulighet til å bruke mer betenkningstid:

Da jeg kom for å ta den pilla, så sa de at når du tar den, så slutter alt liv. Da sa jeg: 'Nei, vi tenker litt på det', og hun svarte: 'Ja, men du har ikke noe mer tid å tenke på nå', og jeg sa: 'Ok, ja, nei, da tar jeg den pilla her, da'. For meg var det ganske brutalt. Jeg var ikke sterk nok til å si stopp (informant 22). (Sommerseth et al., 2022).

Informantene beskrev møtene som hovedsaklig raske, fysiske undersøkelser med lite dialog. Resultatet ble et rutinepreget tilbud sammenlignet med samleband. Noen av kvinnene syntes imidlertid det var greit at de ikke fikk oppfølging:

Jeg er jo på en måte litt sånn ferdig med prosessen, så hvis jeg skal inn igjen og få en oppfølging, så kanskje man føler enda litt mer sånn dårlig samvittighet igjen ... på en måte (informant 3) (Sommerseth et al., 2022).

Andre savnet rom for dialog. En av kvinnene tenkte at hvis hun hadde blitt møtt med forståelse og hadde kunnet snakket om valget, hadde det kanskje blitt annerledes: "Og det er litt tungt i ettertid." Kvinnene beskriver også at i enkelte tilfeller ga helsepersonell inntrykk av å vite hva som var kvinnens beste. Noen følte seg underlegne og klarte ikke stå opp for sine behov (Sommerseth et al., 2022).

Flere av kvinnene opplevde å ikke bli spurt om å se ultralydbildet. Noen ytret ønske om dette, men fikk ikke lov:

Jeg spurte, men de sa: 'Nei, du får ikke' Jeg var jo egentlig litt i tvil om jeg skulle ta abort, så hvis jeg hadde fått sett bildene, så hadde det kanskje vært annerledes (informant 6). (Sommerseth et al., 2022).

Andre forteller at helsepersonell viste bildet og forklarte hva de så uten at kvinnene ønsket denne informasjonen.

Kvinnene beskriver også at de følte seg ført bak lyset av helsetjenesten. Alle kvinnene i undersøkelsen fullførte aborten hjemme, få av kvinnene fikk tilbud om å velge mellom dette eller å fullføre på sykehuset. Noen av de som fikk tilbudet om å velge mente de hadde sagt ja til hjemmeabort på feil grunnlag. Ellers beskriver de at informasjonen de fikk i forkant om abortprosessen var enten svært begrenset, vanskelig å forstå eller i sterk kontrast med det de fleste opplevde under hjemmeaborten:

Det var ingen som forberedte meg på hvor vanvittig smertefullt dette var. Det er det jævligste jeg har vært med på, det er mye verre enn å føde. Jeg husker jeg tenkte at dette her kan ikke være normalt, for hadde det vært normalt, så hadde man jo ikke blitt sendt hjem til det» (informant 23) (Sommerseth et al., 2022).

Selv om de fleste hadde fulgt anbefalingen om å ha noen hos seg under hjemmeaborten, opplevde de at situasjonen var utrygg og uforsvarlig. Flere var redd for å dø under behandlingen. Flere informanter satt igjen med en følelse av å ha blitt lurt og ville fraråde andre fra å gå gjennom en medisinsk abort i hjemmet:

Jeg tenker jo sånn med medikamentell abort, jeg lurer på: ‘Hvem er det mest gunstig for? Er det for helsetjenestene, eller er det for pasienten?’ Det ble lagt frem som at dette er sånn det foregår, og ikke som noe valg» (informant 18) (Sommerseth et al., 2022).

Forfatterne konkluderer med at helsetjenesten beskrives som standardisert med fokus på de fysiske aspektene, mangel på medbestemmelse, manglende informasjon, manglende individuell tilnærming, svært begrenset tilbud om å samtale rundt abortvalget og lite tilgjengelighet ved psykiske reaksjoner og/eller uventet forløp. Mange erfarte distansering, ensomhet og mangel på respekt i dette helsetilbudet. Forfatterne foreslår tilgang til personell med fordypet kunnskap om abortforløp, for eksempel med jordmøtjeneste, for å styrke et forsvarlig svangerskapsavbrudd (Sommerseth et al., 2022).

3. TEORETISK FORANKRING

3.1 Hva er diskurs?

Diskurs betyr egentlig på latin "å løpe frem og tilbake" (Sørensen et al., 2008, s.67). En diskurs er måter å representere på og kan knyttes til perspektiver ulike grupper av sosiale aktører har. For at man kan snakke om at en diskurs eksisterer krever det en repetisjon av innholdet, som må deles av en viss mengde mennesker. Diskursene overskrider lokale variasjoner, er overindividuelle og noenlunde stabile over tid (Skrede, 2017, s.35).

Diskursanalyse er i utgangspunktet et formelt analyseverktøy til bruk for å kunne tolke tekster. Metoden blir brukt innenfor flere ulike fagfelt og flere teoretikere har utviklet diskursanalyse i ulike retninger.

3.2 Foucault og diskurs

Jan Grue er postdoktor ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo og har en PhD i språkvitenskap, med retorikk, diskursanalyse og funksjonshemningsforskning som spesialfelt. I "Store Norske Leksikon" gir han en oppsummerende innføring i diskursanalyse og de historiske linjene for diskursbegrepet og tradisjonene, med Foucault som en viktig bidragsyter.

Foucault bruker et utvidet diskurs-begrep. Han bruker ikke begrepet primært om enkelttekster, men heller om store og mer løselig definerte fenomener. Diskurs er for Foucault de historiske, sosiale og kulturelle betingelsene som gjør det mulig at en ytring eller en handling blir oppfattet som naturlig eller akseptabel (Grue, 2023). Vi kan på en annen måte forklare diskurs som et etablert tankesett og tilhørende handlinger, eller en *enhet* av tale og handling, teori og praksis (Sørensen et al., 2008, s.67). Ved å benytte seg av Foucault sitt diskurs-begrep som kan omhandle handlinger og institusjonelle rutiner, plasseres begrepet i en kulturell og samfunnsvitenskapelig sammenheng som viser hvilke språk, handlinger og ytringer som er akseptable innen gitte felt (Grue, 2023). Begrepet kan også i denne sammenheng få en glidende overgang til det vi kaller ideologier og mentaliteter. Foucault beveger seg altså på et makronivå når han omtaler diskurser.

Foucault er opptatt av bruk og misbruk av makt. Foucault sitt maktbegrep skiller seg imidlertid fra andre filosofers definisjon av begrepet. Han ser ikke på makt kun som noe begrensende, men også som noe skapende (Gjerde, 2019). Han snakker ikke om makt som tvang, men om makt som disiplinerende eller formende. Innenfor en diskurs finnes det akseptable og utakseptable handlinger og ytringer. Makten kommer ikke fra ett sted eller fra én gruppe mennesker, men diskursen i seg selv utgjør en makt ved hjelp av overvåking og negative sanksjoner der uakseptable handlinger og ytringer blir gjort. Diskurser påvirker meningene våre og vurderingene våre og vil forme og disiplinere oss til å innordne seg i sitt system og dermed bekrefte og forsterke sin egen eksistens, virkelighet og makt. Foucault opererer også med begrepet kunnskapsmakt. Kunnskap uttrykkes gjennom vitenskapens språk og blir styrende og ekskluderende. Styrende fordi dette utgjør "sannheten" og farger og former vårt syn på verden. Ekskluderende fordi det kun er de få som mestrer dette språket som blir meningsberettigede. Eksempelvis vil en leges ytringer bli lyttet til, mens en pasients ytring, som ikke behersker det medisinske språk, vil bli tillagt liten vekt (Engelstad, 2022). En slik maktposisjon som eksempelvis legen har bygger på og forsterkes av den kunnskap de får om sine pasienter. De har rett til å vite noe om sine pasienter, men ikke omvendt. Dette vil medvirke til at pasientene innordner seg under sosiale autoriteter (Engelstad, 2022).

3.3 Kritisk diskursanalyse

Joar Skrede, sosiolog og forsker ved Norsk institutt for kulturminneforskning, har skrevet boken "Kritisk diskursanalyse". I denne boken gir han en innføring i hvordan kritisk diskursanalyse som metode, analyserer hvordan språk bidrar til å opprettholde maktrelasjoner i samfunnet, og forklarer det vitenskapsteoretiske grunnlaget som metoden hviler på.

Kritisk diskursanalyse har utviklet seg fra kritisk lingvistikk. Selv om kritisk lingvistikk var opptatt av de sosiale implikasjonene av språkbruk, har en hovedinnvending vært at kritisk lingvistikk ikke har diskutert relasjonen mellom språk, makt og ideologi i tilstrekkelig grad (Skrede, 2017, s.20-21). Kritisk diskursanalyse ble derfor på begynnelsen av 2000-tallet et nytt akademisk felt som tok sikte på å forene den idéhistoriske makrotilnærmingen til diskursanalyse, med den språkvitenskaplige mikrotilnærmingen (Grue, 2023). Dette ble gjort ved å utvikle teorier og metoder som kunne svare på *hvorfor* og *hvordan* en tekst var

produsert, og skilte seg på denne måten fra de mer deskriptive lingvistiske studier som primært beskrev strukturene i språket (Skrede, 2017, s.21). Grunntanken var at språk aldri kan være nøytralt og at ytringen da blir et uttrykk for et perspektiv på verden som ytreren har.

Fairclough definerer ideologi som representasjoner av verden som bidrar til å etablere og opprettholde maktrelasjoner, dominasjon og utnyttelse. Han hevder videre at diskurser er ideologiske i den grad de bidrar til å opprettholde eller utfordre slike maktrelasjoner (henvist i Skrede, 2017, s.21). Felles for kritiske diskursanalytikere er derfor å analysere hvordan ideologiske forhold reproduseres gjennom språk.

Det finnes ulike grener innen kritisk diskursanalyse hvor Fairclough sin dialektiske, makroorienterte tilnærming er mer opptatt av de store samfunnsmessige strukturene og benytter seg av teoretikere som blant annet Foucault (Skrede, 2017, s.22). Fairclough utarbeidet i denne forbindelse et manifest hvis mål var å vise at språk er en viktig del av transformasjon i samfunnet og siden samfunnsendringer påvirker mange aspekter i våre sosiale liv, blir språket vårt også påvirket, hvor et endret språkbruk igjen påvirker samfunnet (Skrede, 2017, s.39). Joar Skrede skriver i sin bok at til tross for at kritisk diskursanalyse favner flere ulike tradisjoner, er det utvilsomt Faircloughs tilnærming som har betydd mest for utviklingen av feltet (Skrede, 2017, s.24).

Forskjellen mellom diskursanalyse og kritisk diskursanalyse er at kritisk diskursanalyse har en kritisk oppgave. Den er problemorientert og spesielt opptatt av maktbruk og maktmisbruk. Makt er ikke alltid negativt, et samfunn er avhengig av maktrelasjoner for å fungere. Men det er når makt utøves på en måte som har uheldige følger for visse sosiale grupper, at den blir gjort til gjenstand for kritisk analyse (referert i Skrede, 2017, s.28).

Ifølge Foucault tolereres ofte makt fordi den er skjult, på en måte som ikke hadde blitt tolerert om den var fullstendig synlig (referert i Skrede, 2017, s.28). På samme måte mener Fairclough at makt primært ligger i det usagte og implisitte. Han viser til en tredimensjonal maktforståelse som den beste beskrivelsen av makt:

A kan utøve makt over B ved å få ham til å gjøre ting han ellers ikke vill ha gjort, men A kan også utøve makt gjennom å påvirke, forme og bestemme Bs ønsker. (Referert i Skrede, 2017, s.29)

Den mest effektive formen for makt er å få andre til å ønske det samme som deg selv - og det kan gjøres gjennom å kontrollere deres tanker og begjær. (Referert i Skrede, 2017, s.29)

Det er spesielt denne formen for makt kritisk diskursanalyse er opptatt av å analysere, hvordan noen ideologier naturaliseres og fremstår som de beste. Kritisk diskursanalyse er også i denne sammenheng opptatt av hvordan noen ting holdes borte fra den politiske dagsordenen ved å bruke visse semiotiske ressurser i stedet for andre (Skrede, 2017, s.29).

Fairclough mener at diskurser er delaktig i å dreie samfunnet i visse retninger. Relasjoner mellom diskurser er derfor et (semiotisk) element av relasjonen mellom mennesker. Diskursene kan komplimentere hverandre, konkurrere med hverandre eller dominere hverandre (referert i Skrede, 2017, s.35).

3.4 Analysemodell

I kritisk diskursanalyse fokuseres det spesielt på at ulike grammatiske strukturer og enkelte ordvalg er ladede, og vinkler derfor teksten eller ytringen på en bestemt måte (Grue, 2023). Forskere innen kritisk diskursanalyse er også spesielt opptatt av makt, men da primært avsløringen av makt i ytringens form, som ordvalg og grammatiske strukturer som opprettholder, styrker eller svekker maktbærende relasjoner (Grue, 2023).

Det er utarbeidet flere analysemodeller til bruk i kritisk diskursanalyse. Michael Hallidays systemisk-funksjonelle lingvistikk er imidlertid den mest brukte innen dette akademiske feltet. Modellen deler språket inn i tre funksjoner: en ideasjonell funksjon som handler om det innholdet som formidles, hvordan man deler erfaringer og ideer, en interpersonlig funksjon som sier noe om ytreren selv og relasjonen til andre mennesker, og en tekstuell funksjon som sier noe om budskapet som formidles (Skrede, 2017, s.30). Fairclough har også utviklet sin egen analysemodell som bygger på Hallidays modell, hvor analysen deles inn i tre nivåer; tekst, diskursiv praksis og sosial praksis, som han senere endret til begrepene *sosiale begivenheter*, *sosial praksis* og *sosial struktur* (Skrede,2017, s.33). Fairclough presenterer også noen tekstlige virkemidler som kan være nyttige verktøy til bruk i en tekstlig analyse,

for å avsløre diskurser, ideologier, vinklinger, makt og interesser. Det er likevel ikke slik at det er nødvendig å benytte seg av alle de analytiske begrepene i en konkret analyse. Hva en velger å bruke avhenger av formålet med analysen (Skrede, 2017, s.58).

I diskursanalyse søker man etter visse virkemidler i teksten som er brukt til å vinkle fremstillingen, representasjonen eller ytringen. Verktøyene som da benyttes kan være passivering, nominalisering, modalitet, intertekstualitet, interdiskursivitet, rekontekstualisering og antagelser (Skrede, 2017, s.48-57).

Passivering kan nedtone aktøren i teksten ved å gjøre subjektet i setningen passiv fremfor aktiv. Eksempelvis kan vi nevne setningen "De amerikanske bombepilotene drepte de sivile under angrepet" som kan omskrives til "De sivile ble drept under et bombeangrep utført av amerikanske piloter". Om man ønsker å skjule aktørene ytterligere kan man benytte seg av nominalisering. *Nomalisering* er en type grammatisk metafor som fremstiller prosesser i samfunnet som ting eller enheter, ved typisk å benytte seg av substantiv i stedet for verb. Setningen bli da seende slik ut: "Dreping av sivile under bombetokt".

I kritisk diskursanalyse blir bruken av passiv og nominalisering tolket som at det kan være ideologier involvert og derfor ønsker om å dreie fremstillingen i en retning (Skrede, 2017, s.49).

Modalitet kan sees på som talerens måte å uttrykke fakta og holdninger på. Den viser også grader av visshet eller tvil, muligheter og nødvendigheter, tillatelser og forpliktelser (referert i Skrede, 2017, s.50) ved å skille mellom fire hovedtyper av talefunksjoner: påstander og spørsmål (utveksling av kunnskap), og beordring og tilbud (utveksling av aktiviteter). Modalitet kan gi innsikt i hvilke verdenssyn som fremmes, hvilken kunnskap som postuleres som sann og gyldig, og hvordan vi bør handle i lys av den virkelighet som beskrives (Skrede, 2017, s.51).

Intertekstualitet er studiet av relasjonen mellom en tekst og andre tekster. Tekster kan assimileres i teksten, motsi teksten, fremme ironi etc. Vi skiller mellom manifest intertekstualitet og latent intertekstualitet hvor førstnevnte kan være referanser som viser at man trekker på andre tekster, eller parafraaser av andre tekster der opphavet er kjent. Sistnevnte er når man bruker andre tekster, uten at det er tydelig referanse til kilden eller kjente opphav. Det er ikke sikkert forfatteren selv vet at han gjøre en latent intertekstualitet da det meste av tekst som produseres er inspirert av andre tekster. *Interdiskursivitet* er et

beslektet begrep som helst skiller seg fra intertekstualitet ved at tekstprodusenten bevisst benytter seg av flere andre genrer og diskurser uten at disse nødvendigvis har et identifiserbart opphav (Skrede,2017, s.53).

I kritisk diskursanalyse er det ikke et mål å finne intertekstualitet eller interdiskursivitet i seg selv, men for å stille spørsmål om hvilke ulike effekter slike intertekstuelle koblinger kan ha og hvilke ideologiske interesser de representerer (Skrede,2017, s.52).

Rekontekstualisering er et begrep som ikke bare viser at teksten trekker på andre tekster, slik som ved intertekstualitet og interdiskursivitet, men en form for ny og endret praksis som begynner å dominere over den tidligere praksisen, og som da kan belyse hvilke maktforhold, ideologier og strømninger som er rådende i samfunnet, eller avsløre et paradigmeskifte innen en diskurs (Skrede, 2017, s.55).

Et siste analytisk begrep Fairclough benytter seg av er begrepet *antagelser*. I et samfunn er vi helt avhengige av delte antagelser - delte oppfatninger og meninger - som gir en form for felles grunnforståelse. Fairclough påpeker at antagelser er interessant for de som driver med kritisk diskursanalyse fordi at de som er i stand til å påvirke og forme innholdet i den felles grunnforståelsen er i stand til å utøve makt og opparbeide hegemoniske oppfatninger (referert i Skrede, 2017, s.55-56). Han skiller mellom eksistensielle antagelser og verdiantagelser. Førstnevnte er de antagelser vi har om at noe, et fenomen, eksisterer, for eksempel globaliseringen. En verdiantagelse er den felles forståelsen de fleste har av at noe er av det gode, for eksempel økonomisk vekst. Antagelsene som fremmes i en tekst kan ofte være assosiert til visse ideologier, og derfor interessant for en som driver med kritisk diskursanalyse (Skrede, 2017, s.56).

3.5 Det vitenskapsteoretisk grunnlag for kritisk diskursanalyse

Foucault befinner seg innenfor poststrukturalismen, som regnes som en del av sosialkonstruktivismen (Skrede, 2017, s.75-76). Mens sosialkonstruktivismen er en bred og mangefasettert vitenskapsteoretisk retning, konsentrerer poststrukturalismen seg i større grad om språk som område for forskning. Disse retningene viser til en felles forståelse om et fravær av en ultimal sannhet. Virkeligheten blir derfor redusert til en klassisk relativisme der

påstander om verden kun kan bedømmes i relasjon til hverandre, ikke ved å sammenligne påstandene med en ultimal sannhetsstandard (referert i Skrede, 2017, s.77). Med andre ord så finnes det ingen virkelighet utenfor vår forståelse, eller utenfor språket/diskursen. Dette kan også forklare hvorfor diskurser var en så viktig del av Foucault sitt arbeid. En styrke med denne teorien er at den kan rokke ved vanlige oppfatninger og vise at ingenting er hugget i stein (Skrede, 2017, s.77). Kritikken av sosialkonstruktivismen sitt syn på at ingenting er mer sant enn noe annet, refererer Hans Skjervheim til som "selvrefererende inkonsistens". Hvis sosialkonstruktivismens oppgave er å dekonstruere diskurser og forestillinger som opprettholder maktforhold i samfunnet, vil dette ikke være mulig uten at den forholder seg til en diskurs, eller en faktisk virkelighet/sannhet, som diskursene prøver å skjule.

Kritisk realisme har slik blitt et mer moderat ståsted som forsøker å romme både en objektiv virkelighet, men som også bekrefter språkets og diskursens påvirkning og makt over vår oppfattelse og opplevelse av virkeligheten. Ifølge den engelske filosofen Ram Roy Bhaskar, kjent som initiativtaker til kritisk realisme, bør den kritiske realismen hvile på en hellig treenighet; ontologisk realisme, epistemologisk relativisme og vurderingsmessig rasjonalisme (referert i Skrede, 2017, s.84).

Fairclough beveger seg innenfor denne vitenskapsteoretiske retningen og har skrevet mye om dette. (Skrede, 2017, s.79). Teorien hevder at selv om alle diskurser er sosialt konstruert og relative, betyr ikke dette at vi skal akseptere vurderingsmessig relativisme der alle diskurser regnes som like gode eller fornuftige.

Kritisk diskursanalyse bygger på den kritiske realismen som vitenskapsteori. I kritisk diskursanalyse regnes derfor noen oppfatninger som bedre og mer aktverdige enn andre (Skrede, 2017, s.84). Dette utløser igjen diskusjonen omkring hvordan ting er og hvordan de bør være, og i hvilke grad vitenskapsteori skal mene noe om dette. Da naturvitenskapene oppnådde hegemoni har man sett på verdier som noe som truer forskningens objektivitet og kan introdusere farlig bias i våre undersøkelser (Skrede, 2017, s.89). Likevel er målet til kritisk samfunnsforskning å øke forståelsen av hvordan samfunn produserer både fordelaktige og ufordelaktige resultater, og foreslå hvordan en kan forbedre samfunnsutviklingen. Dersom en kritikk ikke gir informasjon om hvordan et samfunnsproblem kan løses, er kritikken svekket (Skrede, 2017, s.85-89).

Om vi skal kunne vurdere om mennesker lever under gode eller dårlige sosiale vilkår - samt kunne foreslå hvordan eventuelle problemer kan håndteres - må vi "gi opp myten om verdifri vitenskap" (Toulmin referert i Skrede, 2017, s.89)

3.6 Teoriens relevans til undersøkelsen

I analysen av undersøkelsens funn kan det være nyttig å benytte seg av diskursteori for å bedre kunne forstå hvilke tankeverdener som gjør seg gjeldene i en abortsituasjon, og i møtet mellom pasient og helsepersonell. I abortsituasjonen kan eksempelvis diskursene kvinnens selvbestemmelse versus Pro-Life, og legepraksis versus pasientrollen være interessante å diskutere.

Muligheten til selvbestemt abort bygger på et bakenforliggende tankesett som vi gjerne kan referere til som en diskurs. Samtidig som selvbestemmelsen benyttes av informantene i undersøkelsen, og de derfor beveger seg innenfor denne nevnte diskurs, vil vi senere i undersøkelsen se at flere av kvinnene har tvilstanker, og at fosterets utviklingsgrad spiller inn på fleres oppfattelse av fosteret. Tankesett fra Pro-Life diskursen, om verdien til et foster, gjør seg derfor gjeldende som et kritisk innspill eller en tvilstanke hos flere. De to diskursene presenterer gjerne fosteret på to ulike måter, og disse to måtene å betrakte fosteret på kan derfor bli en del av kvinnenes hensyn i jakten på det rette valget.

Andre diskurser som særlig gjør seg gjeldende i abortsituasjonen er forholdet mellom lege og pasient. Legepraksis-diskursen er en tydelig diskurs med egne rutiner og et medisinsk språk. Dette kan føre til en skjev maktbalansen mellom legens sikre framferd og en usikker pasient.

De ytringer og utsagn som kvinnene gir som svar på spørsmålene i undersøkelsen, kan gi et dypere innsyn om hvilke bakenforliggende virkelighet de presenterer og hvilke perspektiver kvinnene har.

4 METODE OG UTVALG

4.1 Forskningsdesign og valg av metode

Jeg har valgt et kvalitativt forskningsdesign med spørreundersøkelse med åpne spørsmål som metode for innhenting av data. Videre har jeg valgt å gjøre en innholdsanalyse ved hjelp av meningsfortetting for å analysere, systematisere og tolke det innhentede datamaterialet. Jeg har også valgt å benytte meg av Foucault sin diskursteori og kritisk diskursteori for å plassere funnene i en kulturhistorisk ramme.

4.2 Metode for å skape material

For å svare på forskningsspørsmålet valgte jeg å innhente primærdata ved hjelp av spørreundersøkelse, blant kvinner som har vært i kontakt med helsevesenet for å vurdere eller gjennomføre en abort. Jeg valgte å bruke åpne spørsmål i undersøkelsen for å få kvalitative svar og slik fange opp viktige nyanser om de opplevelser de hadde og informasjonen de fikk i møte med helsevesenet.

Jeg gjennomførte en nettundersøkelse ved bruk av "Nettskjema", der jeg stilte 19 spørsmål om hvordan kvinnene opplevde møtet med helsevesenet og hvilke informasjon de fikk om abortinngrepet, risikoer, fosterets utvikling, alternativer til abort, hvilke mulighet det var for samtale om etikk og valg, og deres egen vurdering av møtet og informasjonen de fikk. Undersøkelsen åpnet også opp for at kvinnene selv kunne beskrive hvilke egne tanker de har gjort seg i ettertid rundt temaet abort. Jeg postet dette på min Facebook-side og ba alle mine venner dele undersøkelsen videre. Jeg la også undersøkelsen ut i flere grupper, deriblant en Pro-Life gruppe. Det var lite respons på denne metoden og jeg fikk kun inn fem besvarelser. Ved en rask kikk på besvarelsene oppdaget jeg også at det var forholdsvis tynne beskrivelser. Jeg så derfor behovet for å få en god del flere besvarelser for at jeg skulle ha nok materiale å jobbe med. Jeg opprettet derfor en egen side på Facebook som jeg kalte "Abortinformasjon." Jeg kunne gjennom denne siden annonsere undersøkelsen. Jeg valgte følgende markedsføringskriterier: kvinner over 18 år i hele Norge. Annonsen lå ute til sammen ca. fire uker. Jeg hadde på forhånd vurdert at jeg trengte mellom 8 og 30 besvarelser med tanke på

kvalitet og arbeidsmengde. Jeg fikk inn tilsammen 33 besvarelser. I tillegg hadde to av kvinnene beskrevet to aborter i sin besvarelse. Til sammen fikk jeg derfor inn 35 historier om kvinners møte med norsk helsetjeneste i forbindelse med abortspørsmålet. Jeg valgte å fjerne noen av besvarelsene av ulike grunner: Én av besvarelsene ble gjort av en lege og flere av spørsmålene var derfor ikke relevante. Én av kvinnene svarte meget utydelig på flere av spørsmålene, og jeg valgte derfor å utelukke denne da jeg ikke ville komme i fare for å mistolke hennes svar. Fire av besvarelsene gjaldt spontanabort og falt derfor ikke inn under "planlagt" abort som forskningsspørsmålet inneholder. Fire valgte å fullføre svangerskapet og man kan vanskelig sammenligne den informasjonen og oppfølging disse har fått med de som gjennomførte en abort. Jeg valgte derfor å konsentrere meg om de resterende 23 besvarelsene (25 historiene) som gjaldt kvinnene som tok abort. Disse har vært gjennom hele prosessen og det er interessant å se på hvordan deres opplevelse har vært og hvilke informasjon de fikk.

4.3 Metode for å analysere, systematisere og tolke innhentet data

For å analysere svarene i spørreundersøkelsen gjorde jeg en innholdsanalyse. Jeg benyttet meg av metoden meningsfortetting for å kategorisere og forkorte intervjupersonenes uttalelser til kortere formuleringer der det var nødvendig (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 230-234), og få en god oversikt over innholdet i besvarelsene.

Analysen av et intervju består av fem trinn. 1) Først leser man gjennom intervjuteksten, eller besvarelsene, for å få en følelse av helheten. 2) Deretter bestemmer man "meningsenhetene" i teksten. Man deler med andre ord teksten inn i flere mindre avsnitt, hvor hver av avsnittene beskriver én del av helheten. 3) Som tredje trinn forsøker man å forkorte ned budskapet i de ulike avsnittene, eller meningsenhetene, til så korte, oppsummerende og presise setninger som mulig, slik at man får fanget opp det sentrale tema i hvert avsnitt. 4) I fjerde trinn undersøker man meningsenhetene opp imot undersøkelsens spesifikke formål. 5) Som et femte trinn presenteres en beskrivelse av emnene som er funnet i undersøkelsen. Etter en slik analyse kan funnene igjen brukes i mer omfattende fortolkninger eller teoretiske analyser (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 230-234).

I min undersøkelse har jeg fulgt denne oppskriften på analyse ved først å lese gjennom besvarelsene for å få en følelse av helhet. Deretter lagde jeg et skjema hvor jeg fortettet meningen i svarene der det var nødvendig, og førte opp de som tilhørte samme kategori under hverandre. Slik oppfylte jeg andre og tredje trinn i analysen. Dette gjorde det også enklere å sammenligne innholdet i svarene med hverandre. De fleste kategoriene, eller meningsenhetene, var gitt på forhånd i form av spesifikke spørsmål i undersøkelsen, men noen nye kategorier dukket også opp i besvarelsene og ble lagt til i skjemaet. En slik kategorisering hjalp meg å forenkle detaljerte og rike data, og jeg kunne på denne måten forholde meg til et fåtall av kategorier i stedet for den totale datamassen. Ved å benytte meg av denne metoden kunne jeg, som et fjerde trinn, undersøke svarene opp mot undersøkelsens spesifikke formål, som var å finne ut hvilke erfaringer, opplevelser og hvilke informasjon kvinnene hadde fått i møte med helsevesenet. Resultatet av dette presenteres som de ulike kategoriene av funn som er gjort i undersøkelsen.

Jeg har delt funnene inn i følgende kategorier:

- Alder
- Årstall
- Fylke
- Type helsetjeneste
- De som var sikre på at de ønsket en abort
- De som var usikre på om de ønsket en abort
- De som tok abort pga. sykdom hos foster
- Forventet informasjon
- Skriftlig informasjon
- Informasjon om alternativer til abort og informasjon om hvordan samfunnet kan bistå
- Informasjon om inngrepets art
- Informasjon om risikoen for fysiske ettervirkninger
- Informasjon om risikoen for psykiske ettervirkninger
- Informasjon om innvirkning på barnefar og forhold
- Informasjon om fosteret og dens utviklingsgrad, samt ultralydbilde
- Muligheten for samtale rundt etikk, menneskeliv, samvittighet og menneskeverd
- Kvinnenes egen vurdering av møtet: Positivt møte, fornøyd med informasjon
- Kvinnenes egen vurdering av møtet: Positivt møte, lite informasjon

- Kvinnenes egen vurdering av møtet: Negativt møte, lite informasjon
- Kvinnenes egen vurdering av møtet: Uønsket informasjon

Som et femte trinn i analyseprosessen min har jeg presentert funnene i en deskriptiv sammenhengende tekst under de ulike funn-kategoriene.

Jeg har deretter i diskusjonen gjort funnene og temaene til gjenstand for en større teoretisk analyse ved å plassere dem i en diskursforståelse, ved bruk av Foucault og kritisk diskursteori.

4.4 Forskningsetiske betraktninger

For å sikre personvernet til deltakerne i undersøkelsen har jeg valgt å legge til grunn fire etiske retningslinjer som Kvale opererer med: Informert samtykke, konfidensialitet (taushetsplikt), konsekvenser og forskerens rolle (Johannesen et al., 2016, s 1029).

Godkjenninger og informert samtykke

Siden undersøkelsen er en nettundersøkelse har alle respondentene deltatt frivillig. Spørreundersøkelsen ble nøye utarbeidet i samråd med veileder og flere rådgivere, samt forhåndsgodkjent av NSD (se vedlegg 2). Det var noe usikkert om undersøkelsen trengte informert samtykke da den ikke inneholdt noen spørsmål som ville kunne avsløre hvem deltakerne var. Etter samtaler med NSD valgte jeg likevel å benytte meg av informert samtykke fordi undersøkelsen inneholdt åpne spørsmål, og deltakerne da kunne stå i fare for å avsløre sin identitet, selv om ikke undersøkelsen la opp til denne type informasjon. Undersøkelsen inneholdt derfor informert samtykke som måtte besvares for å kunne delta. Jeg ga også en nøye beskrivelse av undersøkelsens hovedhensikt, databehandling og lagring av data. Jeg har i informasjonsskrivet garantert deltakerne full konfidensialitet og anonymitet. Videre har jeg oppgitt både de positive og negative konsekvensene ved å delta, og informert om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen uten at det ville få negative konsekvenser for dem.

Min egen forforståelse og etisk integritet

Aborttemaet er svært betent da det rører ved noen etiske grenser i våre liv. Jeg har som mange andre et standpunkt om abort og det er derfor helt nødvendig at jeg redegjør for eget ståsted slik at leseren kan kjenne til mine perspektiver. Jeg har et kristent-humanistisk menneskesyn som vil si at jeg tror mennesket har en unik, ugradert og umistelig verdi som vi ikke bør undergrave eller rukke ved. Et liv bør derfor ikke avsluttes og abort blir ut fra dette synet etisk galt. På grunn av mitt ståsted er det derfor svært viktig at jeg som forsker er helt åpen, ved nøye å beskrive de metoder og kilder jeg har valgt å bruke, slik at leseren kan følge de vurderinger og tanker jeg har gjort, og selv vurdere om disse er logiske og troverdige.

Ved valg av metode sørget jeg for at respondentene hadde god kontroll på den informasjonen de valgte å dele, slik at de ikke ga fra seg informasjon de ikke ønsket. Jeg har gjennom hele prosjektet etterstrebet en etisk forsvarlig integritet ved å være ærlig og oppriktig underveis i prosjektet og forsøke å gjengi resultatene fullstendig og i riktig sammenheng. Jeg har derfor vært åpen om mine egne forforståelser og gjort det jeg kan for å vise studiet så transparent som mulig slik at andre kan se de vurderinger jeg har gjort underveis.

4.5 Metodekritikk

Dag Ingvar Jacobsen oppsummerer forskningens kvalitet på denne måten:

Den samlede kvaliteten til et forskningsprosjekt, uansett om det er et kvalitativt eller et kvantitativt opplegg, bestemmes av om den som leser forskningen, faktisk tror at det som skrives er sant. Vi må tro at det som rapporteres gjenspeiler både de som har blitt undersøkt, og en underliggende virkelighet" (Jacobsen, 2018, s. 246).

Den viktigste forutsetningen for en god kvalitativ undersøkelse er derfor åpenhet. Forskeren må tydelig redegjøre for sin forforståelse, hvilke metoder som er benyttet og reflektere over hvordan dette kan ha påvirket resultatene. Slik kan andre få innsyn i hva som er gjort og

dermed ha mulighet til selv å vurdere om de stoler på metodene som er brukt og resultatene av undersøkelsen (Jacobsen, 2018, s. 246-247).

For å sikre god kvalitativ forskning vil jeg derfor diskutere oppgavens kvalitet ved å benytte meg av begrepene reliabilitet (pålitelighet), intern validitet, ekstern validitet (overførbarhet), og objektivitet (Johannesen et al., 2016).

Reliabilitet (pålitelighet)

Reliabilitet handler om i hvilke grad man kan stole på dataene som er samlet inn, altså resultatenes troverdighet.

Jeg valgte å benytte meg av en nettbasert spørreundersøkelse med åpne spørsmål for å skape den nødvendige distansen jeg trengte for å være så nøytral og objektiv som mulig. Abort er et ømfintlig tema og jeg tror at det kan være lettere for respondentene å være ærlig om sin opplevelse når de formidler dette skriftlig til en ukjent mottaker, fremfor å fortelle slike personlige detaljer til en fremmed, ansikt til ansikt i et intervju. Jeg kunne også på dette viset unngå eventuelle ledende oppfølgingsspørsmål som kunne vært farget av mitt syn på abort eller mine egne forventninger til svarene jeg ville få. Spørreundersøkelsen ble nøye utarbeidet i samråd med veileder og flere rådgivere, samt forhåndsgodkjent av NSD. Med dette har jeg forhåpentligvis gjort undersøkelseeffekten så liten som mulig - altså oppnådd at det respondenten skriver er sant eller autentisk, og at det ikke har vært noe i selve undersøkelsen som har påvirket svarene deres i særlig grad.

Åpenhet omkring studiets databehandling er en forutsetning for studiets pålitelighet (Jacobsen, 2018, s. 241-242). Jeg har derfor redegjort for min forforståelse og nøye beskrevet metode for innsamling, analyse og tolking av data slik at konteksten blir gjennomsiktig og leser får full innsikt i databehandlingen, og kan forstå studiets resultat ut ifra hvilke sammenheng det ble forsket.

Intern validitet

Intern validitet handler om resultatene av studien gjenspeiler virkeligheten og om de svarer på problemstillingen (Jacobsen, 2018, s. 228-233).

Ved å gjennomføre en skriftlig spørreundersøkelse med åpne spørsmål fikk jeg hentet inn kvalitative data fordi informantene selv fikk forme svarene og beskrive sin virkelighet. Dette

gir undersøkelsen god validitet, altså relevans og gyldighet. Et spørreskjema vil derimot ikke kunne gi like rike beskrivelser som et intervju, og muligheten for oppfølgings spørsmål faller bort. Jeg oppdaget også i undersøkelsen at selv om spørsmålsformuleringene ga rom for detaljerte utlegginger var det et fåtall som besvarte med særlig utfyllende informasjon. Flere har heller ikke svart helt på det jeg spurte om, men på et nærliggende spørsmål. Eksempelvis kan jeg nevne at flere av spørsmålsformuleringene begynte med "Hvilke informasjoner fikk du om...", hvor flere av deltakerne har respondert med at de fikk god eller dårlig informasjon, altså en vurdering av informasjonen fremfor en beskrivelse av hva informasjonen besto i. Her har jeg savnet å kunne korrigere underveis for å innhente mer presise svar på spørsmålene. En annen fordel intervjuet har framfor spørreundersøkelse, er at man ved sistnevnte metode kan gå glipp av viktige informasjoner i den umiddelbare responsen som kan fås i et intervju. Både kroppsspråk, mimikk og stemmebruk kan være viktige informasjoner som bør tolkes. I en spørreundersøkelse kan jeg derimot kun tolke de skriftlige svarene som mottas.

Jeg vil også understreke at det kan være forskjell på informasjon som blir gitt og informasjon som blir mottatt. Kvinner som vurderer abort er ofte i en sårbar situasjon og vi kan derfor stille spørsmål omkring hvilke informasjoner de vil kunne oppfatte på gjeldende tidspunkt. Imidlertid har helsepersonell lang erfaring med å gi informasjon inn i sårbare situasjoner og er lovpålagt å sørge for, så langt det er mulig, at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Svarene på undersøkelsen viser også kun det respondentene husker ble fortalt dem. Vi må kunne regne med at noe av informasjonen kan være glemt, avhengig av hvor lenge siden det er, og også helt individavhengig.

Jeg tror likevel at metoden har gitt deltakerne god mulighet til ærlighet og kontroll på de svar de gir fra seg, og derfor at funnene i stor grad beskriver den virkelighet som deltakerne har opplevd.

Ekstern validitet (Overførbarhet)

Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene er overførbare (Jacobsen, 2018, s. 237-238). Kvantitative undersøkelser har mange deltakere og det er da mulig å generalisere ut fra funnene i undersøkelsen. Dette er ikke mulig i samme grad ved kvalitative studier. Kvalitative og kvantitative studier er ikke nødvendigvis enten eller. Man kan se på dette som en skala. Undersøkelsen jeg har gjennomført inneholder 25 aborthistorier, og befinner seg da litt midt

imellom. Antallet deltakere er for lite til å kunne generalisere ut fra populasjonen, men det er stort nok til at tydelige tendenser blir lagt merke til.

Det er også viktig å gjøre noen refleksjoner rundt *hvem* som har svart på undersøkelsen. Abort er et inngrep som kanskje for noen er problematisk, men for andre uproblematisk. Dette kan selvsagt påvirke hvem respondentene er. Det er kanskje naturlig å tenke at de som har sterke meninger, enten om abort i seg selv, eller om opplevelsen med helsevesenet, kanskje tenderer mer til å svare på en slik undersøkelse, enn de som er mer nøytrale. Det er derfor mulig at det er flere negative erfaringer beskrevet her enn det som representerer virkeligheten. Samtidig kan det hende at de som har opplevd abort som vanskelig ikke ønsker å huske tilbake på opplevelsen og dermed ikke vil svare på undersøkelsen. Slik kan de negative opplevelsene på den annen side bli underrepresentert. Dette er vanskelig å si for mye om, men det er viktig å notere seg usikkerheten rundt respondent-gruppen, og i hvilke grad de representerer den gjengse opplevelse. Det ser imidlertid ut til at besvarelsene beskriver et stort sprang i erfaringer, både positive og negative, og at undersøkelsen viser nyanserte beskrivelser og troverdige vurderinger av kvinnene selv.

Studiefunnene vil uansett, som med andre kvalitative undersøkelser, gi grunn til å tro at funnene også gjelder for andre i samme situasjon. En viktig forutsetning for ekstern validitet i kvalitative studier er åpenhet slik at andre skal kunne vurdere om resultatene er overførbare. Jeg har etterstrebet en slik åpenhet og mener jeg på bakgrunn av dette har klart å ivareta en ekstern validitet.

Objektivitet

Objektivitet handler om at forskningen ikke er et resultat av forskerens subjektivitet (Johannesen et al., 2016, s.234). Det er en illusjon å tro at en forsker skal kunne forholde seg helt objektivt til temaet han studerer. Det er derfor helt avgjørende at forskeren redegjør for eget ståsted og nærhet til tema. Jeg har derfor vært nøye med å presentere min motivasjon for valg av tema, og mine holdninger, dvs. min forforståelse. Jeg har også som nevnt, valgt metode for å unngå at min subjektivitet skulle få en større innvirkning på studiet. Jeg har forsøkt å tydelig beskrive metode og mine observasjoner og resonnementer underveis, både i hele avhandlingen, og i presentasjonen av funnene i undersøkelsen, slik at leser kan følge og vurdere disse.

5. FUNN

Ved presentasjon av funnene er det viktig å påpeke at undersøkelsen ikke viser hvordan helsevesenet faktisk opptrer og informerer, men hvordan disse kvinnene har *opplevd* helsevesenet og hvordan de i ettertid *husker og forteller* om den opplevelsen og informasjonen de fikk. Kvinnes opplevelser av helsevesenet og av informasjonen de fikk kan avhenge av mange faktorer som sikkerhet/usikkerhet før inngrepet, psykisk helse, følelser, hukommelse etc. Likevel er deres opplevelse at situasjonen interessant og viktig for eventuelt å vurdere tiltak for å gjøre denne opplevelsen bedre for kvinner.

5.1 Alder, årstall, fylke og type helsetjeneste

Alder

Alderen kvinnene hadde på det tidspunktet de tok abort varierer fra 15 til 39 år med en snittalder på 23,2 år. Jeg har gjort en sammenligning av gruppen respondenter med gruppen kvinner som tok abort i 2020. Jeg ser at det er flere yngre kvinner i undersøkelsen min enn det som er representativt for den norske befolkning og aldersfordeling. Dette kan muligens ha noe innvirkning på respondentenes svar i undersøkelsen. Kanskje kan en yngre alder preges av større usikkerhet og mindre tydelighet. Kanskje kan dette føre til at flere har negativ erfaring med helsevesenet sammenlignet med befolkningen ellers. Dette er imidlertid ikke lett å si for mye om.

Jeg ser heller ingen umiddelbar forskjell i beskrivelsen av informasjonsbildet, mellom de yngre og de eldre respondentene. Svarene de gir ligner mye på hverandres.

Alder ved aborttidspunkt blant informantene

Under 20 år: 8 stk - 33,33%

20 - 24 år: 7 stk - 29,17%

25 - 29 år: 5 stk - 20,83%

30 - 34 år: 3 stk - 12,5%

Aldersfordeling aborter i 2020

Under 20 år: 685 stk - 5,94%

20 - 24 år: 2233 stk - 20,15%

25 - 29 år: 2745 stk - 24,77%

30 - 34 år: 2675stk - 24,14%

35 - 39 år: 1 stk - 4,16%

40 år +: 0 stk - 0%

35 - 39 år: 1929stk - 17,41%

40 år +: 814 stk - 7,35%

Årstall

Årstall for abortene beskrevet i besvarelsene er meget varierte og spenner seg fra 1981 til 2020.

Abortårstall blant kvinnene i undersøkelsen

Før år 2000: 7 stk

år 2000-2010: 10 stk

år 2011-2020: 8 stk

Årstall for aborttidspunktet kan være interessant å legge merke til fordi informasjonene vi har om abortens mulige ettervirkninger, samt fosterets utvikling, har økt betraktelig i løpet av årenes gang. Vi kan derfor forvente at mer informasjon er gitt til de som tok abort etter 2000-årsskifte. Denne undersøkelsen har imidlertid for få informanter til å kunne generalisere, men det er likevel interessant å se etter disse funnene når de først er samlet inn. Ut fra svarene kan det se ut til at de som har fått utført en abort i nyere tid har fått noe mer informasjon om inngrepets art, altså hvordan aborten ville foregå. Dette kan imidlertid også ha å gjøre med hva kvinnene husker. I tabellen kan jeg ellers ikke se at informasjonen som er gitt omkring risikoen for ettervirkninger, fosterets utviklingsgrad etc., etter år 2000, skiller seg vesentlig fra informasjonen som ble gitt til kvinnene i forrige århundre. Oppsummert kan vi derfor si at informasjonsbildet ser rimelig likt ut nå som før, til tross for den store økning av forskning og informasjon man har ervervet i senere tid.

Fylke

Fylkene våre har fått nye navn og her er det brukt både nye og gamle navn i besvarelsen. Hensikten med å kartlegge sted for abort var for å se om deltakerne er hentet fra hele Norge i stedet for kun én del av landet, og å se om det er noen umiddelbare ujevnheter i informasjonsbildet de har fått fra ett sted til et annet. Stedene som her oppgis er varierte med

en liten overvekt på Oslo og Agder-fylkene. Jeg kan ikke se noen tydelige forskjeller på informasjonsbilde fra en landsdel til en annen. Det er positivt at besvarelsene har kommet fra så forskjellig deler av landet, da de kan representere stikkprøver om hvordan helsetjenesten fungerer og hvilke informasjon som gis under møtet i forkant av abort. Man kan da ikke forklare eventuelle tendenser man ser i resultatet som noe stedsbegrunnet.

Type helsetjeneste

Alle deltakerne i undersøkelsen har selvsagt møtt helsepersonell på gynekologisk poliklinikk ved sykehusene, der abortene gjennomføres. Men flere har også vært i kontakt med annet helsepersonell som fastlege etc. Om informasjonen de har fått har vært mangelfull er det en svikt ved gynekologisk poliklinikk. Men i de tilfeller hvor de har vært i kontakt med flere helsetjenester er i så fall svikten i flere ledd. Jeg teller at 22 av de 25 aborthistoriene innebar kontakt med mer enn én helsetjeneste, altså flesteparten. Dette gir en enda høyere forventning om at kvinnene har fått rikelig med nødvendig informasjon og mulighet for samtale om ønskelig.

5.2 Motivasjon

Historiene

Et av de tydeligste funnene i undersøkelsen er hvordan historiene til kvinnene skiller seg sterkt fra hverandre. Mens én kan fortelle om et "one-night-stand", forteller en annen om et ønsket barn, men som har fått påvist sykdom hos fosteret. Én forteller om incest og en annen om anbefaling om abort på grunn av livmorhalskreft. Én forteller om en medisinske abort hvor hun ble sittende med fosterhodet i hendene. Én beskriver hvordan fosteret ble oppbevart i kjøleskapet på sykehuset. Noen av kvinnene forteller om et tydelig valg og positive erfaringer med helsetjenesten. Andre forteller om ambivalens og negative erfaringer med helsetjenesten. Det blir tydelig i undersøkelsen at aborthistoriene grunnet alder og situasjonen kvinnene var i, gjør hver historie unik og krever ulike hensyn, tilnærming og oppfølging.

De sikre

Av de 25 aborthistoriene i undersøkelsen er det 12 som ikke uttrykker noen form for tvil angående valget om abort. Tre av disse uttrykker at de er glad de ikke fikk noe informasjon om alternativene til abort, og én uttrykker at hun ikke ønsket det. Fem av kvinnene uttrykker også tydelig at de var glad det ikke ble samtalen om etikk etc., og én skriver at hun ikke hadde behov for en slik samtale.

De usikre, de som ble anbefalt abort og de som ble presset

Tre av kvinnene har under spørsmålet om hvilke formål de hadde for å kontakte helsevesenet angående temaet abort, selv krysset av på "For å vurdere en abort". I resten av besvarelsen deres finner jeg ikke noe særlig informasjon som forteller noe mer om deres tvil og tanker rundt dette. Jeg tenker likevel at det er en grunn til at de har krysset av på "For å vurdere en abort" fremfor "For å gjennomføre en abort." Kanskje handler dette om at de var usikre på hva de skulle velge.

Seks andre kvinner har uttrykt usikkerhet rundt valget om abort, i sine historier. Tre av disse beskriver barnefar som en viktig rolle i avgjørelsen om abort. Én av disse beskriver et sterkt press fra barnefar: "Far var med hele veien, men det var for å forsikre seg om at jeg gjennomførte det hele. Han ble, så vidt jeg kunne bedømme, berømt for at han "støttet" meg på en god måte." En annen av disse uttrykker usikkerhet, men blir overbevist og enig med sin samboer om abort etter det hun beskriver som pragmatiske argumenter fra hans side. Den siste av disse tre skriver korte svar og lite informasjon om sine tanker rundt valget av abort. Likevel kommer det frem et sitat under spørsmålet om barnefars holdning: "Var han som ville mest." To av kvinnene valgte abort etter å ha blitt anbefalt eller følt seg presset av de rundt seg og fordi de heller ikke så noen annen mulighet, og én skriver at hun opplevde seg presset til abort på grunn av påvist livmorhalskreft. Hun forteller også at hun angret etter første pillen og gråt seg gjennom hele prosessen.

I undersøkelsen finner jeg også en spesiell hendelse med ei ung jente på bare 15 år som gjennomgår en senabort i uke 21 etter anbefaling, siden barnet er et resultat av incest. Valget her kan virke selvfølgelig, men har likevel påvirket hennes psykiske helse, og ifølge henne selv, ligger som en del av grunnlaget for en ptsd-diagnose hun har i dag.

De som tok abort på grunn av sykdom hos foster

Av de resterende er det to av kvinnene som forteller om at abort ble valgt på grunn av påvist sykdom hos fosteret og én annen ble anbefalt abort på grunn av medisinbruk. Én av de som ble anbefalt abort pga påvist sykdom hos fosteret uttrykker et meget stort press fra helsevesenet: "[...] sykt hvor mye press og null toleranse det er for å velge livet for barn med kromosomfeil."

5.3 Forventet informasjon, skriftlig informasjon og informasjon om mulig hjelp fra samfunnet og alternativer til abort

Forventet informasjon

Åtte av 23 kvinner har svart at de ikke hadde noen forventninger til informasjonen, lite forventninger eller ikke husker. Av de resterende kvinnene har noen svart ved å ta en vurdering av informasjonen de faktisk fikk: "Forventa litt mer mulighet til å prate om det emosjonelle, og mer informasjon om hvor vondt det var." Andre har svart direkte på hvilke forventninger de møtte opp med. Til sammen nevnes følgende informasjoner de forventet å få av helsevesenet: Nøye informasjon om abortmetoden, alternative abortmetoder, informasjon om graden av smerte, rettigheter og skriftlig informasjon. Ellers blir det nevnt at i møte med helsevesenet var det ønskelig med: Ærlighet og medmenneskelighet, støtte og forståelse, og mulighet til å prate om det emosjonelle. I tillegg er det en som etterlyser forståelse for at hun slet med avgjørelsen; "Jeg forventet å bli forstått på at jeg slet med avgjørelsen, som aldeles ikke var min. Det ble jeg ikke." Én av kvinnene nevner også en frykt for at hennes avgjørelse ikke skulle bli godtatt: "Jeg var redd for å møte folk i helsevesenet som ikke godtok mitt valg og som ville prøve å snakke meg ut av det."

Skriftlig informasjon

Dette var ikke et eget spørsmål i undersøkelsen, men ble kun foreslått som én av mange temaer de kunne kommentere og fortelle om i sin historie. Det er få som har kommentert dette

direkte. Tre svarer at de ikke mottok noen skriftlig informasjon, og én av disse supplerer med at hun ble tipset om noen nettsider hun kunne lese på. Kun én kommenterer at hun fikk et skriv om hva hun kunne forvente under og etter aborten. De resterende 21 historiene inneholder ingen direkte svar på om de mottok eller ikke mottok skriftlig informasjon. Det kan hende at noen har mottatt slik informasjon, men ikke skrevet det i besvarelsen, men jeg tolker dette som at flesteparten ikke har fått skriftlig informasjon, og at det derfor ikke er nevnt.

Alternativer til abort/hjelp fra samfunnet

På spørsmål om de fikk *tilbud* om informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby, annen rådgivning eller alternativer til abort, svarer 17 av de 23 kvinnene at de ikke fikk dette. Tre av disse uttrykker at de er glad for at de ikke fikk denne informasjonen: "Nei, men jeg ønsket det ikke heller. Jeg ville ha den aborten.", "Nei, heldigvis ikke. Valget var tatt så jeg var glad for å slippe unødvendig belastning.", og "Nei, jeg er veldig glad jeg ikke fikk alternativ til abort da dette var uaktuelt for meg, og en slik samtale ville ha fått meg til å føle et press til å bringe frem et uønsket barn." Det er tydelig at disse kvinnene fryktet påkjenningen en slik informasjon ville gitt dem, men det kan imidlertid se ut til at de reagerer på tanken om *informasjonen* om dette og ikke *tilbudet* om slik informasjon.

Tre kvinner svarer ja på spørsmålet om de fikk tilbud om denne informasjonen. Av de resterende fikk én tilbud om å kontakte Amatheia, én fikk tilbud om å snakke med sosionom og fikk også god informasjon fra barnelege om prognoser for hennes syke foster, og én skriver at hun fikk økonomisk informasjon, men "heldigvis" ikke informasjon om alternativ til abort.

Oppsummert har altså 17 av 23 kvinner svart at de ikke har fått tilbud om denne informasjonen, og seks har svart at de har fått tilbud om noe slik informasjon.

Det som selvsagt blir spesielt interessant å se på er hvor mange av de kvinnene som var usikre i sitt valg fikk tilbud om informasjon om alternativer til abort, mulig hjelp fra samfunnet og sine rettigheter. Av de seks som uttrykker usikkerhet rundt valget om abort er det fem av disse som svarer "Nei" på spørsmålet om de fikk tilbud om slik informasjon. Det var også tre kvinner som krysset av på "for å vurdere en abort" som beskrivelse av deres formål med møtet med helsevesenet. Av disse svarer to av kvinnene "Nei" og "Ingenting" under

spørsmålet om de ble tilbudt denne informasjonen. Av de tre som tok abort grunnet sykdom hos foster er det to som ikke fikk tilbud om denne informasjonen. Én av disse uttrykker gjennom hele sin historie og flere av spørsmålsbesvarelsene, et ønske om å beholde barnet og et håp om alternativer til abort. I stedet opplever hun et sterkt press fra helsepersonell om at eneste alternativet er abort: "Jeg ble fortalt at det eneste rette for mitt barn var abort, at jeg rett og slett var ond om jeg valgte noe annet fordi han kom til å dø uansett. Bare ved en abort så kunne han dø fredelig og smertefritt." Én annen kvinne som skriver hun ble anbefalt abort, svarer også "Nei" på spørsmålet om hun fikk informasjon om alternativer, rettigheter og hjelp fra samfunnet.

Altså av 13 kvinner som ikke har vist seg helt sikre i sitt valg er det 10 som aldri fikk tilbud om informasjon om alternativer til abort, hvilke rettigheter de hadde og hvilke hjelpe de kunne få av samfunnet.

5.4 Informasjon vedrørende kvinnens kropp, helse og forhold

Inngrepets art

På spørsmålet om hva de fikk vite om abortmetoden og inngrepets art svarer noen *at* de fikk informasjon om inngrepet, mens andre skriver mer nøyaktig *hva* de fikk informasjon om. Av de som oppgir abortmetoden er det 10 kvinner som har tatt medisinsk abort og 7 kvinner som har tatt kirurgisk abort. Flesteparten har fått informasjon om hvordan aborten gjennomføres. Det er få av kvinnene som forklarer detaljert om den informasjonen de har fått. Flesteparten svarer for eksempel "Nødvendig informasjon om forberedelser til selve inngrepet", "Jeg fikk informasjon om tablettene som skulle tas og hvilke funksjon de hadde" eller "Fikk detaljert beskrivelse av inngrepet før dette fant sted." Ved kirurgisk abort beskriver flere at de skulle ha en "utskraping" under narkose. Én av kvinnene skriver at hun fikk vite at det ville bli et kirurgisk inngrep der de ville fjerne "celleklumpen". En av de som tok medisinsk abort beskriver det som at første pillen "stopper veksten til fosteret" og de to neste stikkpillene "støter ut fosteret." En annen skriver at hun fikk vite at hun måtte ta den første pillen samme dag og at det ikke var noen vei tilbake etter dette. Deretter måtte hun legges inn, etter to dager, for å "føde fosteret." Kvinnen som hadde et foster med påvist trisomi 13, og som endte med en abort i uke 24, fikk beskjed om at første pillen fikk "[...] barnet til å sovne stille inn

også var det fødsel ved igangsettelse etterpå ... Men de var veldig sparsomme i beskrivelse av noe som helst."

Flere nevner også informasjon omkring prosedyren som at de bør bli kjørt hjem, ikke være alene, ikke løfte noe tungt en god stund i ettertid, forventet smerte og hvilke typer smertestillende de kunne ta.

Det ser ut til at den generelle tendensen er en klinisk beskrivelse av prosedyren i forhold til hva kvinnen kan oppleve og forvente i forhold til sin kropp. Ved beskrivelser av kirurgisk abort benyttes ord som "utskraping" og "celleklump." Ved beskrivelse av medisinsk abort ser det ut til at "fosteret" blir nevnt i større grad og at abortprosessen resulterer i at fosteret "sovner stille inn."

Fysiske ettervirkninger,

På spørsmål om hvilke risikoer for fysiske ettervirkninger de fikk informasjon om, har ti av kvinnene svart "Ingenting", "Ingen" eller "Dette snakket vi ikke om". To av kvinnene svarer at de ikke husker noe om denne informasjonen og to svarer "Ingen risiko" på dette spørsmålet. Jeg tolker det sistnevnte som at de da fikk beskjed om at inngrepet ikke innebar noen risiko. Blant de resterende kvinnene nevner fem at de fikk beskjed om blødninger og blodtap, fire nevner at de fikk informasjon om mulig infeksjonsfare, én nevner smerter og to skriver at de fikk beskjed om at en abort kunne hemme muligheten for å bli gravid senere. I tabellen under viser jeg de innhentede svarene. Noen står som direkte sitater, andre svar har jeg komprimert.

Fortell hva du fikk vite om abortens mulige risikoer for din fysiske helse

Informant nr. 1	Informant nr. 2	Informant nr. 3	Informant nr. 4	Informant nr. 5
"Ingenting"	Blodtap og infeksjoner.	"Det husker jeg ikke at jeg fikk."	"Ingenting"	"Ingenting" Husket ikke hvor og når hun fikk vite at abort kan føre til sterilitet.

Informant nr. 6	Informant nr. 7	Informant nr. 8	Informant nr. 9	Informant nr. 10
"Ingenting"		Blødninger dersom man var for raskt i fysisk aktivitet eller løftet tungt.	"Ingenting"	"Ingen risiko." "Enkelt og fort gjort."

Informant nr. 11	Informant nr. 12	Informant nr. 13	Informant nr. 14	Informant nr. 15
"Ingen risiko"	"Ingenting. (I så fall, husker jeg ikke)"	"Ingenting"	"Relevant informasjon om infeksjonsfare etc."	"Ingenting"

Informant nr. 16	Informant nr. 17	Informant nr. 18	Informant nr. 19	Informant nr. 20
"Husker ikke om jeg fikk vite noe om det."		"Kunne få smerter, blødninger som kunne vare en stund."	"Blødning i etterkant." "At det var fare for at jeg ikke kunne bli gravid igjen. De prøvde å skremme meg."	Fikk informasjon om hvor lenge hun kunne forvente å blø, og risiko for etterlatte rester i livmoren. Ble oppfordret til å søke sykehus hvis problemer skulle skje. Opplyst om risiko for at abor kan hindre graviditet senere, men liten sannsynlighet for dette.

Informant nr. 21	Informant nr. 22	Informant nr. 23
"At jeg kunne føle meg dårlig, kunne reagere på medisiner eller utvikle infeksjon hvis ikke alt ble fjerna. Ble bare bedt om å ta kontakt hvis jeg fikk feber."	"Ingen, men vet selv det kan innebære risiko."	"Det snakket vi ikke om."

Psykiske ettervirkninger,

Av 23 kvinner er det 10 kvinner som svarer "Ingenting" eller "Ingen" på spørsmål om hvilke informasjon de fikk om eventuelle psykiske ettervirkninger av abort. To svarer "Lite" og to svarer at de ikke husker noen slik informasjon. Av de resterende kvinnene svarer én at hun fikk "Relevant informasjon om mulige psykiske ettervirkninger," men nevner ikke noe om *hvilken* relevant informasjon hun har mottatt. To kvinner nevner at det ble informert om mulig depresjon i etterkant, én fikk beskjed om at hun kunne bli lei seg, men at dette ville gå over, og en annen skriver: "Fikk beskjed om at noen slet med negative tanker etter abort." Tre av kvinnene skriver at de fikk beskjed om at de kunne få hjelp hvis de skulle få problemer i ettertid. Én av kvinnene skriver at hun selv spurte om abortens mulige risikoer for hennes psykiske helse: "Jeg spurte selv, men det var utenfor deres ansvarsområde, så det ville han ikke uttale seg om." Hun ba også om å få oppfølging i etterkant av abort fordi hun, ifølge seg selv, instinktivt skjønnte at dette ville bli vanskelig, men følte seg avvist på dette.

Oppsummert ser vi at av 23 kvinner ble fem informert om risiko for depresjon/negative tanker/"lei seg" i etterkant av abort, og kun tre oppgir at de ble informert om muligheten til samtale i ettertid.

I tabellen under viser jeg de innhentede svarene. Noen står som direkte sitater, andre svar har jeg komprimert.

Fortell hva du fikk vite om abortens mulige risikoer for din psykiske helse

Informant nr. 1	Informant nr. 2	Informant nr. 3	Informant nr. 4	Informant nr. 5
"Ingenting"	Kunne eventuelt gi depresjoner i ettertid.	"Ingenting." Hun spurte selv om dette, men fikk beskjed om at det var utenfor deres ansvarsområde. Ba om å få oppfølging etter aborten, men følte seg avvist på dette.	Fikk tilbud om samtaler med psykiatrisk sykepleier i hjemkommunen.	"Ingenting"

Informant nr. 6	Informant nr. 7	Informant nr. 8	Informant nr. 9	Informant nr. 10
"Ingenting"	At hun kunne få hjelp om hun skulle få problemer i etterkant.	"Ingenting."	"Ingen."	Fikk beskjed om at hun kunne bli litt lei seg, men at dette ville gå over.

Informant nr. 11	Informant nr. 12	Informant nr. 13	Informant nr. 14	Informant nr. 15
"Ingenting."	"Lite. Jeg spurte lite om dette da jeg hadde lest en del på internett."	"Ingenting"	"Relevant informasjon om mulige psykiske ettervirkninger."	"Ingenting"

Informant nr. 16	Informant nr. 17	Informant nr. 18	Informant nr. 19	Informant nr. 20
"Kan ikke huske de sa noe om det."	"Lite fokus på dette."	"Ikke noe jeg kan huske."	"Depresjon."	"Fikk ingen informasjon om dette, men det kan også være fordi jeg var så sikker og ikke hadde noe behov. Jeg spurte derfor heller ikke noe om dette."

Informant nr. 21	Informant nr. 22	Informant nr. 23
Hun ble bare spurt om hun hadde støtte fra familien, hvilket hun hadde.	"Alt for lite. Kun at man kunne bli trist i ettertid og at man kunne kontakte Amatea dersom man hadde behov for å snakke med noen. Alt for dårlig at det ikke finnes bedre lokale tilbud.	"Fikk beskjed om at noen slet med negative tanker etter abort."

Innvirkning på barnefar og forholdet

Av de 23 kvinnene har fem svart at de ikke fikk noen informasjon om hvilke innvirkninger abort kan ha på barnefar eller parforholdet. De resterende har ikke svart på dette spørsmålet, men flere har heller kommentert barnefars rolle og holdninger.

5.5 Informasjon som berører menneskesyn og etikk

I tillegg til å lese svarene under spørsmålene omkring fosterets utviklingsstadium, ultralydbilde og spørsmålet om det ble lagt opp til samtale omkring etikk, menneskeliv, samvittighet og menneskeverd, finnes det også interessante svar som berører disse temaene under spørsmålet om det er "andre aspekter ved abort som de har fundert på." Jeg trekker derfor frem noen av disse svarene i denne sammenhengen og ser på dette samlet.

Informasjon om fosterets utviklingsstadier og ultralydbilde

Flesteparten av kvinnene skriver at de fikk beskjed om hvilke svangerskapsuke de var i og hvordan de lå an i forhold til grensen for selvbestemt abort. Én av kvinnene skriver imidlertid at hun ble vist og forklart hvor utviklet fosteret var på daværende utviklingsstadium. Én av kvinnene oppgir ikke at hun fikk noe informasjon om fosterets utviklingsstadium, men

skriver: "Skjønte litt da jeg satt på do hjemme etter aborten med hodeskallen i hendene." Én av kvinnene skriver også at legene løy for henne. Det ble påvist trisomi 13 hos fosteret og hun ble fortalt at hun var i uke 20. Det viste seg etter aborten at hun var i uke 24. Hun skriver selv: "Følte meg lurt."

På spørsmål om de fikk tilbud eller ba om å se ultralydbildet svarer 15 av 23 kvinner nei og tre ja. To skriver de fikk tilbudet, men takket nei og én fikk tilbudet hos privat gynekolog. Én kvinne skriver at hun ikke ønsket, men likevel fikk se ultralyden: "Jeg fikk skjermen vendt mot meg. Det kom som et sjokk." Og en annen kvinne skriver at hun spurte om å få se, men ble anbefalt å ikke gjøre det siden hun skulle ta abort.

Én kvinne skriver:

Jeg visste lite om fosterutvikling, og da jeg begynte på helsefaglig utdanning et par måneder etterpå fikk jeg sjokk. Jeg ble dypt deprimert, og sliter psykisk med dette over 30 år etter. Jeg følte meg lurt. Det er sterkt underkommunisert hvordan fosteret utvikler seg, og hvor sårt det føles for mor å oppdage dette for sent.

Samtaler omkring etikk, menneskeliv, samvittighet og menneskeverd

Svarene under spørsmålet om helsevesenet la opp til eller ga rom for samtale omkring etikk, menneskeliv, samvittighet og menneskeverd, uttrykker ikke kun svar på det jeg spør om, men i flere tilfeller uttrykkes det en *reaksjon på selve spørsmålet*. 19 av 23 kvinner svarer at det ikke ble lagt opp til, eller gitt rom for en slik samtale og én svarer at hun ikke husker de gjorde det. Blant de tre resterende kvinnene forteller én at de hadde en samtale om at det var hennes valg og at det måtte føles riktig for henne, og en annen skriver at hun ble spurt om hun ville sette opp et møte med noen. Den siste kvinnen skriver det slik: "Det ble gitt rom for, men ikke lagt opp til. Jeg fikk tilbud om og takket ja til samtale med sykehusprest i etterkant." Den sistnevnte historien handlet om et sykt foster og det ble i dette tilfellet utført en senabort.

Av de 20 som ikke fikk noen mulighet for samtale omkring overnevnte tema uttrykker fem av disse en tydelig lettelse over at et slikt tema ikke ble tatt opp: "Nei, heldigvis ikke." og "Nei, og godt er det. Jeg hadde bestemt meg og hadde ikke ønsket at noen skulle "kverulere" på

det." I noen tilfeller kan man nærmest merke en provokasjon eller et sinne som reaksjon på dette spørsmålet: "Hva faen? Nei. Og hadde jeg det så hadde jeg bedt de dra til helvete. Jeg skulle ikke ha noe barn. Jeg skulle ha en abort. Ikke en moralpreke."

Flere av kvinnene uttrykker også et savn eller ønske om at de hadde fått mulighet til en slik samtale. Én kvinne uttrykker det slik: "Absolutt ikke! Dette ble fremlagt som den beste beslutningen, og det var "bare" dagkirurgi og "vipps" skulle en være tilbake som før ... Dessverre ingenting om tema over." Hun skriver også: "Skole og ellers i samfunnet burde fokusert mer på etikk og menneskeverd. Nå blir unge fortalt via sosiale medier at abort er et rutineinngrep som er en "quick fix". Ikke hva abort faktisk er. Den dag i dag føler jeg en stor sorg over mitt umodne valg!"

Andre aspekter ved abort som kvinnene har fundert på

I siste spørsmål i undersøkelsen spør jeg om det er andre aspekter ved abort som kvinnene har fundert på, og her får de muligheten å adressere hva de selv ønsker angående aborttemaet. Jeg har valgt å presentere disse svarene under temaet om menneskesyn og etikk fordi en stor andel av de som svarer på dette spørsmålet berører disse temaene direkte eller indirekte. For å gi et riktigst mulig bilde av hva kvinnene selv har fundert på vedrørende abort har jeg derfor valgt å gjengi svarene helt nøyaktig slik det ble svart på dette spørsmålet, i tabellen under:

Er det andre aspekt ved abort som du har fundert på?

Informant nr. 1	Informant nr. 2	Informant nr. 3	Informant nr. 4	Informant nr. 5
"Jeg drepte barna mine, og myndighetene la til rette for det."		"Jeg visste lite om fosterutvikling, og da jeg begynte på helsefaglig utdanning et par måneder etterpå fikk jeg sjokk. Jeg ble dypt deprimert, og sliter psykisk med dette over 30 år etter. Jeg følte meg lur. Det er sterkt underkommunisert hvordan fosteret utvikler seg, og hvor sårt det føles for mor å oppdage dette for sent."	Jeg fatter ikke hvorfor abort skal være så "enkelt" at mange bruker det som prevensjonsmiddel. Utover det er det helt sykt hvor mye press og nulltåleranse det er for å velge livet for barn med kromosomfeil."	Ønsker at det blir lovpålagt med info om pro-life hos legen, og at man kan få praktisk hjelp og støtte."

Informant nr. 6	Informant nr. 7	Informant nr. 8	Informant nr. 9	Informant nr. 10
		"Skole og ellers i samfunnet burde fokusert mer på etikk og menneskeverd. Nå blir unge fortalt via sosiale medier at abort er et "quick fix". Ikke hva abort faktisk er! Den dag i dag føler jeg en stor sorg over mitt umodne valg!"	"Jeg er veldig trist nå."	"Det er ingen celleklump! Men et barn helt fra unnfangelsen! Abort er drap, og jeg har gjort det to ganger."

Informant nr. 11	Informant nr. 12	Informant nr. 13	Informant nr. 14	Informant nr. 15
"Abort er drap, det er det man velger og det burde kommuniseres ut så man vet hvilket valg man faktisk tar. Den største løggen er at det bare er en celleklump!"	"Fastleger/ førstelinjetjenesten kan informere tilbud om Amatheia og religionsnøytrale organisasjoner."	"Hva skjer med fosteret/babyen og hvor blir det av."	"Nei"	"Nei, vil helst ikke tenke på det."

Informant nr. 16	Informant nr. 17	Informant nr. 18	Informant nr. 19	Informant nr. 20
"Nei"	"Ekstremt manglende oppfølging senere.."	"Hvorfor fungerer medikamentell abort ok for noen, men ikke for andre?"	"Abortnemdene må bort, fri abort frem til uke 18."	"Nei"

Informant nr.21	Informant nr. 22	Informant nr.23
"Nei"	"Bedre oppfølging i tiden etterpå fysisk og psykisk."	"Jeg har tenkt over at det er fryktelig vanskelig å være i en situasjon der spørsmål om abort kommer opp. Uansett grunn."

Flere av svarene på dette spørsmålet omhandler altså temaer som menneskesyn, etikk og samvittighet og det er tankevekkende å lese at så mange selv har valgt å berøre disse temaene under et helt åpent spørsmål. Jeg tolker det dit hen at mange er opptatt av og preges av tanker og følelser rundt dette, og det er derfor alvorlig at det ikke gjøres større rom for samtaler i møte med helsevesenet.

5.6 Opplevelsen av helsevesenet

Åtte av kvinnene beskriver møtet med helsepersonell som kun positivt. Positive ord som ble brukt til å beskrive dette møtet var: Trygt og godt, respektert, forståelse, profesjonalitet, empatisk, veldig bra, ærlig, omsorgsfull, informativt og ivaretatt.

Fire av kvinnene beskriver møtet med helsepersonell som kun negativt. Negative ord som ble brukt til å beskrive dette møtet var: Fordømmende, vanskelig, samleband, følte seg ikke sett, følte ikke reservasjon ble tatt på alvor, nedverdiggende.

Noen av kvinnene skiller i sin beskrivelse mellom ulike helsepersonell. Noen var bra, og noen var ikke bra: "Det var kanskje det verste. Fastlegen virket utilpass og at han ikke visste helt hva han skulle si. Møtet med de på sykehuset var også ganske ille. De var kalde og korte. Jeg følte meg som den verste personen i verden. Sykepleierne som tok vare på meg før/etter aborten var gull. De var varme og vennlige." Og en annen skriver: "Med unntak av helsesøster følte jeg meg mer som en byrde på et samleband."

Flere av kvinnene forteller også om et møte hvor helsepersonell sin holdning kommer til uttrykk gjennom ord eller handlinger: "Så lenge jeg valgte det de så på som det riktige, så var de imøtekommende og tok i grunnen godt vare på meg", "Legen virket sur og kort da jeg sa at jeg ville ha abort...", "Det hele ble fremstilt som at det var veldig vanlig å gjennomføre, smart ift. videre karrierevalg og studier. Lettvint løsning. Fort gjort, dermed glemt" og "Forståelse for at valget var vanskelig. Men, de var veldig tydelige på at det bare var en celleklump og at det var den beste løsningen."

5.7 Kvinnenes vurdering av egen opplevelse, og i hvilke grad informasjonen de fikk ga mulighet til å gjøre et reflektert valg

I undersøkelsen ba jeg kvinnene om selv å vurdere sitt møte med helsevesenet og vurdere om den informasjonen de fikk ga mulighet for å gjøre et reflektert valg. Svarene her spriker veldig og flere har kommentert andre ting i dette feltet. I de tilfeller der svarene ikke svarer på spørsmålet har jeg omplassert svarene under de kategorier de hører hjemme. Flere av svarene berører imidlertid noe av det samme som i spørsmålet om hvordan de opplevde møtet med helsepersonell.

Positivt møte, fornøyd med informasjonen

Flere av kvinnene beskriver møtet med helsevesenet som positivt og uttrykker at de er fornøyd med informasjonen de fikk: "Jeg har bare positive ting å si om helsevesenet i dette møtet." En annen kvinne skriver: "Bare gode møter, og god informasjon som dannet godt grunnlag for et informert valg." Sistnevnte skriver tidligere i undersøkelsen at hun fikk god informasjon om inngrepets art, men om eventuelle fysiske ettervirkninger har hun svart blankt, og om eventuelle psykiske ettervirkninger svarer hun "lite fokus på dette." Det er derfor mulig at det hun beskriver som god informasjon egentlig er *nok* informasjon for *henne*. Videre skriver en annen kvinne "Veldig bra, forståelse for situasjonen og profesjonalitet." Den samme kvinnen skriver også at hun fikk vite: "Alt om prosedyren og hva jeg kunne forvente i etterkant." Jeg er usikker på hva hun mener med "Alt" da hun ikke beskriver dette, men jeg tolker det som at hun har fått vite alt hun selv følte hun trengte å vite, og dermed føler seg informert og ivaretatt. En annen kvinne skriver også: "Møtet med helsevesenet opplevdes godt. Reflektert valg var opp til meg." Hun skriver tidligere i besvarelsen at hun fikk "relevant informasjon" om inngrepets art, fysiske og psykiske ettervirkninger. Hun nevner under punktet om fysiske ettervirkninger at hun fikk "relevant informasjon om infeksjonsfare etc." Jeg vet med andre ord lite om hvilke informasjoner hun faktisk fikk, men leser at også hun er fornøyd med sitt møte med helsevesenet og informasjonen hun fikk.

Positivt møte, lite informasjon

Én av kvinnene beskriver det slik: "Jeg satt igjen med bare positive opplevelser, og hadde heller ingen behov for samtaler da jeg var 100% sikker på mitt valg allerede før jeg kontaktet lege." Hun avviser her et behov for samtaler og jeg tolker det som at hun derfor er fornøyd med det møtet hun hadde og informasjonen hun fikk. Underforstått i dette svaret leser jeg at informasjonen ikke nødvendigvis var bra, men at behovet for det heller ikke var til stede. Det samme gjelder denne kvinnen: "Jeg var såpass bestemt på at dette var det riktige for meg på dette tidspunktet, at jeg på en måte følte at jeg ikke trengte mer informasjon. Følte informasjonen jeg fikk var god nok." Hun har altså vurdert informasjonen hun fikk som "god nok", og begrunner det med at hun var sikker i sitt valg om abort. En av kvinnene skriver også at en mulig grunn til at hun ikke fikk mer informasjon var at hun selv var avvisende til dette: "[...] Derfor var jeg muligens avvisende til utfyllende info." Sistnevnte kvinne tar opp et poeng her, om hvor mottagelig kvinner er for utfyllende informasjon i den settingen de er i. Én av kvinnene uttrykker at hun var sikker i sitt valg, og angrer ikke, men bemerker mangelen

på informasjon: "Har aldri angret på det valget jeg tok, men var nok litt overrasket over at de ikke ga mer info."

Negativt møte, lite informasjon

Flere beskriver også møtet med helsepersonell og informasjonen de fikk som dårlig. Én av kvinnene oppsummerer denne vurderingen i ett ord "Nedslående." En annen kvinne beskriver det slik: "Kaldt, kynisk og ensidig." En av uttalelsene beskriver tydelig en mangel på informasjon og mulighet for refleksjon: "Jeg opplevde at jeg ble geleidet gjennom uten videre spørsmål eller refleksjoner - Valget var tatt før jeg kom og deretter måtte jeg stå for det."

Noen kvinner uttrykte også ønske om god informasjon selv om de var sikre på at de ønsket en abort: "Jeg er sint over den dårlige behandlingen og den lille infoen jeg fikk. Uansett hva slags info jeg hadde fått, ville jeg ha ønsket abort, men man har rett på å vite mulighetene sine. Det fikk ikke jeg." Én av kvinnene skriver også at hun følte seg lur. Videre skriver samme kvinne at hun opplevde det respektløst slik de oppbevarte fosteret til hun var ferdig med å ta farvel: "[...] men han (fosteret/barnet) ble oppbevart i en piknikkurv i avdelingens kjøleskap sammen med de ansattes melk og ost, for å holdes kald til jeg så meg ferdig med å si farvel. Dette var usmakelig og respektløst." Én av kvinnene uttrykker et spesielt ønske om at helsepersonell skulle forstått at hun ikke egentlig ønsket abort, og ville hjulpet henne til å ta det valget hun egentlig ønsket: "Jeg skulle ønske de hadde tatt tankene mine på alvor og prøvd å hjelpe meg å ta det valget jeg egentlig ville."

Uønsket informasjon

Én av kvinnene som søkte abort gjennom abortnemnd uten medisinske årsaker beskriver det slik: "Jeg synes møtet med abortnemnden er noe av det mest nedverdiggende jeg har opplevd. Jeg hadde bestemt meg og all informasjonen var helt unødvendig." Videre skriver hun: "Informasjonen gjorde at jeg ble redd for å ikke få innvilget. Opplevde som at de forsøkte å overtale meg til å beholde barnet." Hun skriver også under et annet spørsmål: "[...] Jeg var redd for å ikke få innvilget aborten, så jeg overdrev hvor vanskelig jeg hadde det." Her leser vi altså om en kvinne som ikke ønsket informasjon, og når hun får informasjon så skaper det en frykt i henne for at hun ikke skal få gjennomføre aborten. Hun beskriver det også som at informasjonen skaper et press om at hun må beholde barnet.

I tabellen under har jeg vist kvinnenens nøyaktige svar på spørsmålet om deres vurdering av møtet med helsevesenet og i hvilke grad informasjonen de fikk muliggjorde et reflektert valg. Noen svarer direkte på spørsmålet, andre svarer litt utenom det jeg spør om. Jeg har likevel valgt her å vise de nøyaktige svarene kvinnene har gitt for å vise åpenhet og for å synliggjøre litt av nyansene og kompleksiteten i svarene. Informant nr. 4 og 7 har henvist til tidligere svar, og i disse to tilfellene har jeg hentet inn svarene fra andre steder i undersøkelsen og plassert i tabellen.

Hvilke tanker har du gjort deg i ettertid om hvordan du opplevde møtet med helsevesenet, og i hvilke grad informasjonen du fikk ga deg mulighet til å gjøre et reflektert valg?

Informant nr. 1	Informant nr. 2	Informant nr. 3	Informant nr. 4	Informant nr. 5
"Nedslående"	"Jeg har bare positive ting å si om helsevesenet i dette møtet. Og jeg har aldri hatt problemer med valget jeg tok."	"Jeg opplevde at jeg ble geleidet gjennom uten videre spørsmål eller refleksjoner. Valget var tatt før jeg kom, og deretter måtte jeg stå for det."	Henviser til svar tidligere i undersøkelsen: "Følte meg lurte." "Så lenge jeg valgte det de så på som det riktige så var de i møte-kommende og tok i grunnen godt vare på meg." "... men han (fosteret/barnet) ble oppbevart i en piknikkurv i avdelingens kjøleskap sammen med de ansattes melk og ost, for å holdes kald til jeg så meg ferdig med å si farvell. Dette var usmakelig og respektløst."	"Helsepersonell bør få fritak dersom de syns abort er vanskelig. Det var tydelig at det var vanskelig for legen jeg oppsøkte."

Informant nr. 6	Informant nr. 7	Informant nr. 8	Informant nr. 9	Informant nr. 10
"Jeg er sint over den dårlige behandlingen og den lille infoen jeg fikk. Uansett hva slags info jeg hadde fått, ville jeg ha ønsket abort, men man har rett på å vite om mulighetene sine. Det fikk ikke jeg. Skulle ønske det var bedre støtteapparat og mer fokus på psykisk helse i etterkant."	Henviser til svar tidligere i undersøkelsen: "Veldig bra. Forståelse for situasjonen og profesjonalitet."	"Trist som voksen å se tilbake på en avgjørelse som ble tatt i ung alder uten å helt forstå hva en hadde gjort. Fordi "alle andre" velger en sånn løsning... og fordi det var forventet av meg."	"Jeg skulle ønske de hadde tatt tankene mine på alvor og prøvd å hjelpe meg å ta det valget jeg egentlig ville."	"Veldig kaldt! Jeg har slitt mye med valget i ettertid. Rett etter inngrepet kjennes det ut som et stort tomrom samtidig som det føltes som et hjul med knivblader snurret rundt og kuttet meg opp innvendig."

Informant nr. 11	Informant nr. 12	Informant nr. 13	Informant nr. 14	Informant nr. 15
"Kaldt, kynisk og ensidig."	"Jeg tror jeg fikk såpass informasjon på nettet og påvirket (nødvendig) av samboerens argumenter. Jeg gikk udiagnostisert bipolar og diagnosen ble satt 4 år etter aborten. Derfor var jeg muligens avvisende til utfyllende info."	"Forsøker etter beste evne å skyve det fra meg. Første aborten preger min psykiske helse og ligger som en del av grunnlaget for en ptsd diagnose jeg har i dag."	"Møtet med helsevesenet opplevdes godt, reflektert valg var opp til meg."	"Helt ok."

Informant nr. 16	Informant nr. 17	Informant nr. 18	Informant nr. 19	Informant nr. 20
"Har aldri angret på valget jeg tok. Men var nok litt overrasket over at de ikke gav mere info."	"Bare gode møter, og god informasjon som dannet godt grunnlag for et informert valg."	"Jeg var såpass bestemt på at dette var det riktige for meg på det tidspunktet, at jeg på en måte følte at jeg ikke trengte "mer informasjon" Følte informasjonen jeg fikk var god nok."	"Jeg synes møtet med abortnemnden er noe av det mest nedverdiggende jeg har opplevd. Jeg hadde bestemt meg og all informasjonen var helt unødvendig. Jeg hadde allerede bestemt meg. Informasjonen gjorde at jeg ble mer redd for ikke å få innvilget. Opplevde som at de forsøkte å overtale meg til å beholde barnet."	"I ettertid er jeg fremdeles fornøyd med mine valg og møtet med helsevesenet."

Informant nr. 21	Informant nr. 22	Informant nr. 23
"De kunne vært litt mer empatiske."	"Ja"	"Jeg fikk snakke med leg og jordmor. Synes jeg ble godt ivaretatt. Har i ettertid tenkt på hvorfor fastlege ikke ønsket abortsamtale med meg."

6.0 DISKUSJON

6.1 Diskurser i abortsituasjonen

Teoriene omkring diskurser og kritisk diskurs kan være nyttig å bruke inn i diskusjonen omkring undersøkelsen, for å belyse noen ulike perspektiver og bakenforliggende tanke sett som finner sted i abortsituasjonen. I møte med abortsituasjonen er det flere ulike diskurser som gjør seg gjeldende og kan diskuteres opp imot hverandre.

6.1.1 Diskursene legepraksis vs. pasientrolle

I abortsituasjonen er det først og fremst to kontrastfulle diskurser som møtes, nemlig legepraksis versus pasientrollen. Legenes språk, handlinger og rutiner, som oppleves selvfølgelig for dem selv, kan i noen tilfeller være fremmede for kvinnene, og i noen tilfeller kollidere med deres forventninger. Legepraksis-diskursen er svært tydelig og etablert med tidsbegrensede arbeidsoppgaver og et medisinsk språk, hvor helsepersonell har erfaring og forventninger til møtet med de abortsøkende. Pasientrollen kan muligens oppleves mer varierende, avhengig av tidligere erfaringer eller egne tanker om sin rolle som pasient.

Forventningene til møtet og usikkerhet versus sikkerhet i egen pasientrolle

Noen av kvinnene har kanskje liten erfaring fra pasientrollen og er usikre på hvordan de skal opptre. I undersøkelsen er det flere som skriver at de ikke hadde noen forventninger til møtet. Det at flere har møtt opp uten forventninger til møtet kan muligens tyde på en slik usikkerhet i pasientrollen. Andre kvinner har kanskje erfaring fra pasientrollen i andre sammenhenger og har derfor forventninger til sitt møte med helsetjenesten, eller har en forventning til møtet med helsetjenesten basert på andre erfaringer og assosiasjoner omkring norsk offentlig tjeneste. Det at noen av informantene skriver at de forventet god informasjon eller at de forventet støtte og forståelse, kan tyde på en positiv forforståelse av norsk helsetjeneste. Det kan ut fra disse funnene se ut til at det er variasjoner i hvor sikre informantene er på sin egen pasientrolle og det de kan forvente i møte med helsepersonell.

Men vi ser også i undersøkelsen et eksempel på at en av informantene hadde lite forventninger på grunn av tidligere erfaringer med helsevesenet. I dette tilfellet kan det se ut til at møtet med helsepersonellet har overgått hennes forventning da hun skriver videre at hun opplevde det "trygt og godt" og konkluderer med: "Jeg har bare positive ting å si om helsevesenet i dette møtet". Dette betyr at møtet mellom de to diskursene, på tross av ulike utgangspunkt, forventninger, rutiner, språk etc., har mulighet til å fungerer godt.

Kunnskapsgap og maktskjevhet mellom diskursene

Foucault er opptatt av kunnskapsmakt der graden av kunnskap skaper maktskjevhet mellom ulike aktører. Møtet mellom lege og pasient innebærer et slik kunnskapsgap, og kan på denne måten etablere en maktskjevhet, og kanskje derved vanskeliggjøre ytringer om usikkerheter i abortsituasjonen. En av kvinnene stiller spørsmål om muligheten for medisinsk abort, men får beskjed om at det ikke er et alternativ for henne, uten videre forklaring på hvorfor. Hun skriver også at hun opplever lite rom for spørsmål. Det er mulig at svaret på hennes spørsmålet er innlysende for helsepersonell som sitter på større kunnskap om abort. Denne kunnskapsforskjellen kan derimot skape en større avstand mellom helsepersonell og pasient om ikke pasientenes spørsmål besvares. En slik manglende brobygging og overføring av kunnskap mellom diskursene kan muligens føre til at opplevelsen av maktskjevhet mellom diskursene forsterkes. En annen kvinne forteller at hun ikke egentlig ønsket abort, men at hun ikke så noen alternativer. Hun forteller også at hun håpet på informasjon om alternativer, men ikke fikk dette, og at hun ikke følte hennes reservasjon for abort ble tatt på alvor. Man kan stille spørsmål om det kanskje er nettopp denne maktskjevheten mellom diskursene som vanskeliggjør å ytre seg tydelig, og å kreve den informasjonen man ønsker.

Informasjonsplikten i abortloven og pasient- og brukerrettighetsloven sikrer slik, om den blir fulgt, ikke bare muligheten til informerte valg, men også en utjevning av maktskjevhetene i diskursene.

Maktskjevheten kan forsterkes ytterligere om pasienten opplever skam i forhold til sin situasjon. En av kvinnene skriver at hun ikke hadde noen forventninger til møtet og at hun var nedtyngt av skam. Under spørsmålet om hun hadde noen egne spørsmål i møtet med helsepersonellet svarer hun videre "Jeg var naiv og umoden, og så skamtyngt, visste ikke hva jeg skulle ha spurt om." Her ser det ut til at vi finner en usikkerhet i situasjonen, som fører til en usikkerhet i pasientrollen, hvor hun verken har forventninger eller egne spørsmål i møtet

med helsepersonellet. Det kan nærmest tolkes som hun oppgir skam som en begrensning på sin egen pasientrolle, og som hindrer henne i å forvente, spørre eller ytre. En annen kvinne beskriver at hun opplevde det som hun var en byrde på et samleband. Om en beskrivelse av seg selv som en byrde er det samme som hun opplevde skam, kan vi kanskje ikke konkludere med. Det er mulig at å oppleve seg som en byrde har med de eksterne signalene hun opplevde fra helsepersonell å gjøre, mens skam kanskje heller kan forklares med interne prosesser i seg selv. Men også en beskrivelse av seg selv som en byrde viser nok til en maktskjevhet i diskursene, hvor den ene part er "skyld" i et problem og den andre må "fikse" dette. En diskusjon omkring hvordan diskursene bedre kan balanseres opp imot hverandre og slik føre til et bedre omsorgstilbud med bedre og mer forståelig informasjon, samt større følt mulighet til å samtale for pasientene, burde derfor være ønskelig å gjennomføre.

Helsepersonell sin rolle

Vi finner i undersøkelsen at flere skiller mellom helsepersonell i sin beskrivelse av møtet. Det er tydelig at helsepersonell sin rolle, og hvordan de møter de abortsøkende, er svært viktig for kvinnenens opplevelse av abortprosessen. Møtet mellom de to diskursene, altså kvinnene og helsetjenesten, er på den ene siden verdifulle liv med hver sin egen historie, som møter helsepersonell, hvis jobb er hver dag å utføre sine arbeidsoppgaver og rekke over timeplanen. For helsepersonell blir derfor kanskje møtet med pasienten en sjonglering mellom et stramt tidsskjema, ansvaret for å oppdage ambivalens og adressere dette, og de etiske utfordringer som for eksempel valget mellom å tilbakeholde informasjon om fosteret for å beskytte kvinnen versus respektere hennes autonomi ved å informere og vise ultralydbildet. Funnene viser i alle fall at helsepersonell sin rolle er fremtredende og ofte avgjørende for kvinners opplevelse, og derfor er det også viktig at disse evner å formidle den kunnskap og skape den trygghet som skal til for at den eksisterende maktskjevheten i diskursene ikke blir ytterligere forsterket, men mer utjevnet. Det kan med andre ord se ut til at utviskingen av maktskjevheten må foregå nettopp gjennom helsepersonellens rolle.

Et rutinepreget tilbud i møte med behovet for individtilnærmet tilbud

Et av hovedfunnene i undersøkelsen viser at kvinnene som har deltatt i undersøkelsen har hver sin unike historie som skiller seg fra de andres. Bare alderen på informantene, som spenner seg fra 15 til 39 år, tyder på at historiene bak kvinnene har store variasjoner. Noen av

kvinnene er i fast forhold, andre er ikke. Noen av kvinnene tok abort på grunn av medisinske forhold ved foster eller seg selv, for andre var det helt selvvalgt. Vi møter kvinner som er sikre i sitt valg og kvinner som er ambivalente. Vi møter kvinner som ikke egentlig ønsket abort, men som har hatt vanskelig for å kommunisere dette, eller følte at deres uttrykte ambivalens ble avvist. Noen kvinner valgte abort fordi de ikke så noen annen mulighet, noen fordi de følte seg presset av barnefar, og noen kan fortelle om press fra helsevesen. Vi møter kvinner som er fornøyd og lever godt med valget de tok, og kvinner som har angret eller hatt psykiske problemer i ettertid.

Kvinnene i undersøkelsen viser nettopp at hver aborthistorie er sin egen historie og har trekk ved seg som skiller den fra alle andre. Møtet mellom de to diskursene består derfor av kvinner med ulike historier og varierende bakgrunn, og et rutinepreget helsevesen som gjerne må søke å møte alle disse variasjonene. At en helsetjeneste skal kunne imøtegå så mange ulike behov og forventninger er krevende. Derimot er det dette helsetjenester i alle former gjør.

Helsetjenester er for mennesker, og mennesker er unike. Likevel kan man kanskje argumentere for at abort er et mer sårbart tema enn mange andre fordi det innebærer et *valg* for kvinner. Som tidligere referert er dette ifølge Burke et valg mellom å få barnet eller å oppleve en abort. Begge deler er livsendrende valg. Ved sykdomsbehandling blir gjerne helsetjenesten et annet forløp med flere møter og samtaler, og gradvis informasjon underveis. Ved abort består derimot helsetjenesten gjerne kun av få korte møter, kanskje bare ett, og ingen rutinemessig videre oppfølging. I en abortsituasjon kan det være mange tanker, følelser, informasjon, for og imot som skal avgjøres på relativt kort tid. Mange kvinner har behov for hjelp til å sortere alt dette i en abortsituasjon. Fordi mange kvinner opplever press, enten direkte fra mennesker rundt seg, eller et indirekte press som forventninger til hva man skal velge, vil det nok for mange være behov for et omsorgsfullt rom der en nøytral person kan være til hjelp i sorteringsprosessen, for å kunne oppnå et selvbestemt valg. At noen av kvinnene også risikerer å få psykiske ettervirkninger av en abort øker også alvorlighetsgraden rundt avgjørelsen.

Alle disse ulikhetene i historiene, personlighetene, situasjonene og hensynene krever at helsetjenesten streber etter å bli et mer individtilnærmet tilbud for å utjevne maktskjevheten mellom diskursene, og på den måten i større grad kunne fange opp eventuell ambivalens, press, bekymring, redsel etc. og kunne imøtekomme dette på en omsorgsfull måte.

6.1.2 Diskursene Kvinnens selvbestemmelse versus Pro-Life

Abortloven kalles for et kompromiss mellom kvinners rett til selvbestemmelse og fosterets rettsvern (Bahus, 2019), og det er nettopp dette som står helt sentralt i møtepunktet mellom de to diskursene.

Den ene diskursen, som er kjempet frem av kvinnebevegelsen og feminismen, er kvinnens selvbestemmelse. Denne diskursen har fått bredt fotfeste i den vestlige verden og er årsaken til at disse kvinnene i undersøkelsen i det hele tatt har hatt mulighet til å velge en abort. Motivet for denne rettigheten var å bedre kvinners situasjon og gi dem større kontroll over egen kropp og eget liv, og slik også fremme en likestilling mellom kjønnene. Makten i diskursen om kvinnens selvbestemmelse har evnet å innføre selvbestemmelse gjennom abortloven, som igjen har forsterket makten i diskursen. Et lovverk har signalverdi om hva som er rett og galt, og selvbestemmelse, som i sin tid fikk massiv motstand fra mange hold, er nå blitt et faktum og en etablert selvfølgelighet i den vestlige verden.

En kolliderende diskurs er Pro-Life diskursen som innebærer et tankesett som begrenser kvinnens selvbestemmelse, ikke hvor motivet er å frata kvinner råderett over egen kropp i seg selv, men for å hensynta fosteret. Selv om den etablerte diskursen omkring frihet, likhet og helse også er et menneskesyn Pro-Life bevegelsen deler, problematiserer de dette ved å vise til "retten til liv" som den viktigste rettighet av alle. De hevder derfor alles rett til selvbestemmelse over egen kropp inntil det øyeblikk et menneskes selvbestemmelse skader et annet menneskeliv. Midt i konflikten mellom disse to kolliderende diskursene står derfor de sentrale spørsmål omkring *når* embryoet eller fosteret kan defineres som *liv*, og *menneske*, og hvilke *verdi* dette livet har.

Språkbruken og valgene av definisjonene ved omtale av fosteret har derfor vært et viktig virkemiddel og argument for de to ulike perspektivene. Eksempelvis finner man at fosteret ofte omtales som celleklump innen diskursen om kvinners selvbestemmelse, mens fosteret i Pro-Life diskursen ofte omtales som barnet i magen. Den ene diskursen forsøker slik å umenneskeliggjøre fosteret, mens den andre forsøker å menneskeliggjøre det, begge for å vinne terreng for sitt perspektiv. Det hele oppsummeres treffende i artikkeloverskriften "Fosteret: gullklump eller celleklump" der forsker Merethe Flatseth har studert språkbruken i abortdebatten (Storvik, 2009). Altså vitner språket og definisjonene man velger å omtale fosteret med om hvilke bakenforliggende syn man har på fosteret og dens verdi.

Verdivurdering av fosteret

En av kvinnene i undersøkelsen beskriver embryoet/fosteret på denne måten: "Det var uansett en liten klump med celler som ikke skulle få bli til noe mer enn nettopp det". En annen kvinne forteller at helsepersonell var tydelig på at det bare var en celleklump og at det var beste løsningen. Katty Anker Møller har lignende beskrivelse av embryoet/fosteret: "[...] den plantelignende ansamling av stof og væske i en kvindes indre [...]" (Katti Anker Møller 1915, sitert i Aanesen 1981, s.26-27). Dette er eksempler på hvilke ytringer som kan være typiske innenfor diskursen om selvbestemmelse, og som samtidig blir et argument i debatten og en rettfærdiggjøring av det etablerte synet, og slik forsterker den makt diskursen allerede har.

En av kvinnene i undersøkelsen beskriver også hvor lite akseptabelt det er å velge livet for et barn med diagnose. I sin beskrivelse finner vi et ønske om beholde barnet, men et helsevesen som presser henne til å velge abort. Denne historien avdekker synet på at fosteret har en gradert verdi der fostre med diagnoser eller misdannelser har mindre rettsvern enn et friskt foster.

Både omtalen av fosteret som celleklump og presset om abort grunnet unormalitet hos fosteret bekrefter det graderte verdisyn som lovverket hviler på. Lovverket tilskriver fosteret større verdi dess mer utviklet det er og derfor skal hensynet til fosteret øke med antall svangerskapsuker, i en nemndbehandling. Sykdom hos foster gir derimot godt grunnlag for abort helt frem til den absolutte abortgrensen og bekrefter en gradert verdivurdering. Fosterets utviklingsgrad har nettopp også vært et hovedargument, både for å få gjennom abortrettigheter, men også som argument for hvor abortgrensene skal gå. Det kan kanskje derfor tolkes som at den graderte verdi er en viktig del av denne etablerte diskursen.

Ulike perspektiver innen diskursen om kvinners selvbestemmelse

Alle kvinnene i undersøkelsen beveger seg innenfor diskursen om selvbestemmelse, i det de benytter seg av aborttilbudet. Selv om det er diskursen om kvinnens selvbestemmelse som har sikret kvinnene muligheten til å gjøre et valg, og at selvbestemmelsen er innarbeidet som en selvfølgelighet i selve diskursen, betyr ikke nødvendigvis dette at det er like selvfølgelig å ta abort ved uplanlagt graviditet, eller uten etiske vurderinger for de kvinnene som står i situasjonen. Behovet for samtale og usikkerheten som flere av kvinnene i undersøkelsen formidler viser at selv om *muligheten* til å velge er selvfølgelig for de som beveger seg innenfor denne diskursen, så kan valget være langt fra selvfølgelig.

Det kan se ut som at perspektivene innen diskursen kanskje derfor varierer noe, fra å se på fosteret som en verdiløs celleklump, til å anerkjenne at det er et liv der, og at den har en viss verdi, men at hensynet til kvinnens utfordringer og verdien av hennes autonomi likevel trumfer verdien av det påbegynte liv. Og selv om diskursen om selvbestemmelse er den etablerte diskursen og synes urokkelig, kan likevel konkurrerende perspektiver fra Pro-Life diskursen gjør seg gjeldene i mange kvinners vurderinger i valgsituasjonen.

Fra én diskurs til en annen

Det vi også kan merke oss er at flere av kvinnene beveget seg innenfor én diskurs da de tok aborten, men i ettertid har de ytringer som tydelig samsvarer med språket og perspektiver fra Pro-Life diskursen. De har på aborttidspunktet benyttet seg av sin selvbestemmelse, men har i ettertid endret sitt syn på verdien av fosteret. Den ene informantens beskrivelse viser tydelig at det var informasjon hun fikk i ettertid om utviklingsgraden hos fosteret som skapte et sjokk i henne og førte henne inn i en dyp depresjon. Altså kan man kanskje trekke den slutningen at informasjon om utviklingsgraden endret hennes syn på fosteret. Hun skriver ikke at hun i ettertid er imot selvbestemmelse, men uttrykker en tydelig sorg over det valget hun selv gjorde, og hun skriver at hun følte seg lur på grunn av mangelen på informasjon om fosteret. En annen kvinne skriver "Jeg drepte barna mine, og myndighetene la tilrette for det." Denne kvinnen skriver heller ikke direkte at hun i ettertid er imot selvbestemmelse, men en slik antydning ligger kanskje innbakt i setningen. Hun hadde tatt to aborter og omtaler i ettertid fostrene hun aborterte som "barna mine". Hun velger også å nevne myndighetene som "medskyldige" og man kan derfor kanskje ane et bytte av diskurs hvor nettopp loven om selvbestemmelse blir kritisert. En annen skriver: "Det er ingen celleklump! Men et barn fra unnfangelsen! Abort er drap, jeg har gjort det to ganger". Og en tredje skriver: "Abort er drap, det er det man velger og det burde kommuniseres ut så man vet hvilket valg man faktisk tar. Den største løgnen er at det bare er en celleklump". Disse to siste utsagnene kan oppfattes som at de harmonerer med et Pro-Life perspektiv på fosteret, og deres kommentarer angående celleklump viser at de er kjent med denne omtalen eller definisjonen av fosteret fra den etablerte diskursen om selvbestemmelse. I disse tilfellene der vi ser det har skjedd en endring i kvinnes syn blir et aktuelt spørsmål om dette ville skjedd på et tidligere tidspunkt, om de hadde fått tilgang på bedre informasjon om aborten, særlig da om fosterets utvikling, før aborten ble utført.

Der tilfellet er at kvinnene først har tatt abort i tråd med diskursen om kvinnens selvbestemmelse, for deretter bevege seg over i en Pro-Life diskurs, innebærer det nok for mange en anger og sorg over valget de tok. Mulighet for refleksjon rundt de ulike perspektivene, både i skolesammenheng i forkant av en abortsituasjon, men også i forkant av aborten, og utdypende informasjon om fosterets utviklingsgrad, er kanskje derfor viktig for å kunne forhindre abort der kvinner er tilbøyelig til enten å endre perspektiv på fosteret og dens verdi, i eget tilfelle, eller tilbøyelig til å endre diskurs og den endringen av verdiperspektiv dette skulle innebære. Om ikke kvinnene får tilgang på denne informasjonen i abortsituasjonen vil det uansett for mange, kunne reise seg en del etiske spørsmål rundt deres valg i ettertid, hvis de senere skulle få tilgang på informasjon om for eksempel fosterets utviklingsgrad.

En felles plattform - om diskursen *det autonome mennesket* og retten til informasjon

Man kan kanskje argumentere for at diskursen om kvinners selvbestemmelse finner sitt fotfeste og henter sine argumenter i en annen diskurs, nemlig den bredere diskursen om det frie og autonome mennesket. En diskurs som er blitt en etablert diskurs og menneskesyn i hele den vestlige verden. "Menneskerettighetene" har her blitt en mal og innbefatter begrepene frihet og helse. Et hovedargument for selvbestemt abort har nettopp også vært argumentet om at mangelen på et slikt tilbud vil øke ulovlige og farlige aborter og derfor føre til større skader for kvinner. Altså vil resultatet av manglende aborttilbud være ufrihet, ulikhet og uhelse.

Med utgangspunkt i diskursen om det frie og autonome mennesket kan man kanskje likevel finne en felles plattform for de to kolliderende diskursene; kvinnens selvbestemmelse og Pro-Life diskursen. Man kan argumentere med at for å ta frie valg må man ha tilgang til riktig og god informasjon, slik at avgjørelsen bygger på riktige premisser. Temaet informasjon i abortsituasjonen kan derfor være høyaktuell og av interesse for begge diskursene. Undersøkelsen viser at få av kvinnene hadde fått informasjon om risikoen for ettervirkninger av abort, lite informasjon om abortprosedyren, og med få unntak, ingen informasjon om fosterets utvikling. Man kan kanskje da stille spørsmål ved om de har fått muligheten til å gjøre et fritt og informert valg, og om ikke informasjonsmangelen bryter med diskursen om det frie og autonome mennesket, som er utgangspunktet for diskursen om selvbestemmelse.

Undersøkelsen viser også at 13 av kvinnene ikke viste seg helt sikre i sitt valg om abort, og av disse var det ti som aldri fikk tilbud om informasjon om alternativer til abort, hvilke rettigheter de hadde og hvilke hjelp de kunne få fra samfunnet. Det er tydelig fra undersøkelsen at de fleste av kvinnene som viste seg usikre på valget, i ettertid enten omtaler fosteret med et språk vi finner igjen i Pro-Life diskursen, eller viser en sorg eller anger på valget sitt. Spørsmålet blir da hvor betydelig en slik informasjon om alternativene ville vært for disse kvinnenes avgjørelse og om det kunne medvirket til et annet valg.

At kvinnen er sårbar i en situasjon hvor graviditeten har vært uplanlagt er også et felles fokus som de to diskursene deler. Derfor vil antagelig også en bedring av omsorgen og en forsikring om at abortpress uteblir, være et viktig felles gode for de to diskursene.

6.1.3 Hvor selvbestemt var valget?

En av de viktigste diskusjonene med tanke på diskurstenkning i abortsituasjonen er kanskje i hvilke grad målet i den etablerte diskursen ble oppnådd. Målet er selvbestemmelse - men hvor selvbestemt var egentlig valget? Flere av kvinnene i undersøkelsen forteller om press, både fra barnefar, men også fra helsevesen, eller at de lot seg overbevise av barnefar sine argumenter. En av kvinnene forteller også at "det var forventet av meg". Dette kan også vise til et press utenfra, som kanskje ikke nødvendigvis kom fra ett hold. En av kvinnene forteller også at helsepersonell ytret at det var et smart valg i forhold til karriere. Dette underbygger kanskje tankene om et press fra samfunnet og vår kultur, en forventning til hvilke prioriteringer som bør gjøres.

En av informantene skriver at hun egentlig ikke ønsket abort, men at hun følte hun måtte fordi hun ikke så noen andre alternativer. Samme kvinne forteller at hun ikke hadde opplyst barnefar om graviditeten da hun visste han var mot abort, og ville skjerme han. Hun opplevde derfor ikke press fra den kanten, men likevel har hun følt det vanskelig å se alternativer. Hun forteller at hun skulle ønske at helsepersonell hadde tatt hennes reservasjoner på alvor, og at hun har vært trist i ettertid. Hun oppgir også at hun håpet på informasjon om alternativer til abort i møtet med helsetjenesten, men at hun aldri ble tilbudt slik informasjon. Dette viser at mangelen på muligheten til å se alternativer, uten at kvinnene er direkte presset av noen, likevel kan føre til at de tar valg de egentlig ikke ønsker. Tilbud om informasjon om

alternativer til abort og den hjelp samfunnet kan tilby vil derfor være viktig i forkant av et valg slik at kvinnene helt tydelig kan se hvilke alternativer de har, og at alternativ finnes.

Vi kan altså diskutere hvor selvbestemt valget er når mange av kvinnene forteller om direkte press, eller at de ikke får presentert alternativene til abort og hvilke hjelp samfunnet kan tilby, når ikke informasjon om fosteret blir gitt slik at de kan ta et informert valg vurdert ut fra sitt eget menneskesyn, og når ikke tilstrekkelig informasjon om abortprosedyren, de smertene som kan forventes og mulige fysiske og psykiske ettervirkninger blir informert om. I tillegg kommer en maktskjevhet i møtet mellom legepraksis-diskursen og pasientrollen som kanskje kan gjøre det vanskelig å ytre seg om sine behov eller ambivalens. Hvis det er selvbestemmelse som er målet, og ikke en Pro-abort-diskurs der abort blir sett som fordelaktig uavhengig av kvinnens synspunkt, kan det se ut til at det er nødvendig at helsetjenesten gjør grep for å bedre omsorg og informasjon til kvinnene, slik at de virkelig kan gjøre et ekte, fritt og informert valg.

6.2 Undersøkelsen plassert i forhold til tidligere norsk forskning

Det kan være interessant å se på funnene i denne undersøkelsen og sammenligne de med tidligere norsk forskning på temaet, for å se om de styrker eller svekker hverandres funn.

I Anne Nordal Broens forskning på psykiske ettervirkninger av abort finner vi at risikoen øker for psykiske problemer etter indusert abort. Hun slår ikke fast at resultatet skyldes indusert abort i seg selv, eller om årsaken kunne være at kvinnene som tok indusert abort hadde større psykiske problemer i forkant sammenlignet med gruppen kvinner som opplevde spontanabort. Men likevel viser undersøkelsene et viktig bidrag i kunnskapen om abort og ettervirkninger. Undersøkelsen bekrefter også de lignende konklusjonene som blant annet er gjort av Willy Pedersen i hans forskning. I hvilke grad indusert abort kan bli årsak til psykiske problemer i ettertid, og for hvor mange dette gjelder, er vanskelig å si for mye om. Men min egen undersøkelse viser også flere kvinner som i ettertid uttrykker anger, eller sorg, eller psykiske problemer etter sin abort. Om de psykiske problemene er forårsaket av aborten, kan vi heller ikke her si med sikkerhet, ut fra det materialet som er innhentet, men vi kan i alle fall se at

resultatene ligner på de som er gjort i andre norske undersøkelser. På denne måten støtter undersøkelsen opp under tidligere norsk forskning.

Marianne Kjelsvik sine undersøkelser og de funn som er gjort der er meget interessante som bakgrunn for min egen undersøkelse. Hennes undersøkelser inkluderer omtrent halvparten av antall informanter jeg har i min undersøkelse. Derimot har hun innhentet et tykkere materiale og har mange solide funn. Hun beskriver nyansert hvordan disse kvinnene har opplevd avgjørelsesprosessen, og funnene avslører at de føler seg alene i prosessen, er opptatt av at valget skal være selvvalgt, men har behov for å få hjelp til sortering i prosessen, at barnefars rolle har stor betydning for deres valg, og at noen av de ambivalente kvinnene opplevde at ikke deres ambivalens ble tatt hensyn til hos helsepersonell. Undersøkelsen min gjenspeiler noen av de samme funnene. Flere av kvinnene beskriver i min undersøkelse et møte med et kaldt helsevesen, og manglende mulighet for samtale. Dette gjør at vi også her får inntrykk av at kvinnene er ganske alene i situasjonen. Vi leser også om flere kvinner som beskriver at barnefar sin holdning hadde innvirkning på deres valg om abort. Eksempelvis nevner den ene kvinnen at barnefar argumenterte godt og overbeviste henne om at abort var det rette, og en annen forteller at grunnen til at barnefar var med, var for å sørge for at hun gjennomførte aborten. Flere av kvinnene beskriver også en ambivalens i forhold til sitt valg om abort hvor deres usikkerhet ikke blir fanget opp av helsepersonell.

I Kjelsvik sin undersøkelse finner vi også intervjuer med helsepersonell som avdekker deres situasjon og hverdag, i møte med abortsøkende kvinner. De forteller om et stramt tidsskjema og samtidig et ansvar for å avdekke eventuell ambivalens hos kvinnene. Noen av kvinnene uttrykker ikke sin usikkerhet verbalt, og kan derfor være vanskelig å oppdage, og helsepersonell trenger erfaring for å kunne oppdage dette. Samtidig beskriver de en bekymring for å påvirke valgene til kvinnen. Undersøkelsen min har ingen vinkling fra helsepersonell sin side, men det kan være nyttig å merke seg disse funnene til Kjelsvik i det man leser resultatene i denne undersøkelsen. Min undersøkelse beskriver kun kvinnenens opplevelse av helsetjenesten og helsepersonell, og ikke nødvendigvis en objektiv virkelighet. Eksempelvis kan kvinner som er ambivalente være så utydelig i sitt uttrykk rundt sin ambivalens, at det ville vært vanskelig å oppdage selv for helsepersonell med lang erfaring. Disse ting vet vi for lite om til å konkludere rundt, og det er derfor en fordel å få innsikt i flere perspektiver.

I sin siste artikkel avdekker også Kjelsvik problematikken rundt ultralydbildet, og diskuterer de ulike forventningene og prosedyrene og konfliktene rundt spørsmål om kvinnene skal få se bildet eller ikke. Her kommer hun inn på et sentralt og vanskelig tema i abortsituasjonen.

Dette omhandler informasjon om fosteret, og spørsmålet er om kvinnen skal "beskyttes" fra denne informasjonen, eller om hennes autonomi skal respekteres slik at hun får tilgang på informasjonen. I min undersøkelse var det et fåtall som fikk mulighet til å se ultralydbildet, eller fikk informasjon om fosterets utviklingsgrad. Her kjenner vi igjen "regelen" som blir beskrevet i Kjelsvik sin undersøkelse om at helsepersonell ikke skal vise bildet. Det er likevel flere kvinner i undersøkelsen min, både av de som var sikre i sitt valg og de som var usikre, som uttrykker at informasjon er ønskelig, og noen beskriver en sorg og et sjokk i ettertid, i møte med denne informasjonen, så alt for sent.

Av tidligere norske undersøkelser er kanskje den mest sammenlignbare undersøkelsen gjort av Sommerseth i 2022. Denne undersøkelsen har mest nærhet i tid, innhold og antall informanter, til min egen undersøkelse. Undersøkelsen til Sommerseth tok derimot kun for seg kvinner som hadde gjennomgått medisinsk abort hjemme innen 12. svangerskapsuke. Min egen undersøkelsen dekker alle aborter, både gjennomført på sykehus og hjemme, og også aborter gjennomført etter grensen for selvbestemmelse. Likevel finner vi mange sammenfallende funn i undersøkelsene. Sommerseth sin undersøkelse avdekker manglende informasjon og medbestemmelse, kvinner som føler seg overlatt til seg selv, manglende mulighet for samtale om valget, og misvisende informasjon i forhold til abortprosessen, spesielt med tanke på smerteopplevelsen dette innebar. Undersøkelsen beskriver et rutinepreget tilbud med fokus på de fysiske aspektene, med det beskrivende ordet "samlebånd". I likhet med disse funnene finner vi også i min undersøkelse kvinner med lignende opplevelser og beskrivelser. Vi har som tidligere sett av undersøkelsen min at flere av kvinnene beskrive møtet med helsevesenet som kaldt, lite informasjon, manglende evne til å fange opp ambivalens og press, og manglende mulighet for samtale om valg. En av mine informanter bruker også "samlebånd" som en oppsummerende beskrivelse av helsetjenesten. Det bør nevnes at i min undersøkelse er det noen av informantene som også beskriver møtet med helsetjenesten som gjennomgående positivt, og noen er delt i sin beskrivelse, at noe er positivt og noe negativt. Disse to undersøkelsene støtter i stor grad opp om hverandre og konklusjonene blir stort sett de samme; behovet for personell med fordypet kunnskap i abortforløp og mer individuell tilnærming.

6. KONKLUSJON

Formålet med studien var å få innsyn i kvinners erfaring med møtet med helsevesenet og hvilke informasjon de fikk i forkant av en planlagt abort. Studien bygger på en spørreundersøkelse med åpne spørsmål med besvarelser fra 23 informanter. Selv om en av svakhetene med studien er at besvarelsene er relativt tynne sammenlignet med den informasjon man kan innhente ved dybdeintervju, mener jeg den likevel har avdekket viktige og interessante funn, som både støtter opp under tidligere forskning, og som gir grunn til å vurdere endringer og forbedringer innen aborttilbudet.

Et av hovedfunnene i undersøkelsen er at hver aborthistorie skiller seg fra hverandre. Kvinnene har ulik alder, ulik livssituasjon, noen er i parforhold, andre er ikke, noen tok abort på grunn av sykdom hos seg selv eller fosteret, for andre var valget mer selvvalgt. Noen følte seg presset til abort, enten av barnefar, helsepersonell eller beskrev det som forventet av dem. De store forskjellene i aborthistoriene viser til et behov for et mer tilrettelagt og individtilnærmet helsetilbud enn det mange opplever det som i dag.

Selv om flere av kvinnene var fornøyd med informasjonen de fikk, avdekker studien generelt en informasjonsmangel. Det ble i de fleste tilfeller gitt lite informasjon om abortprosessen og lite eller ingen informasjon omkring risikoen for ettervirkninger av abort eller fosterets utviklingsgrad. Noen av kvinnene beskriver et profesjonelt og omsorgsfullt møte, men mange av kvinnene opplevde møtet som kaldt med lite rom for samtaler og spørsmål. Det ble også i de færreste tilfeller tilbudt informasjon om hvilke hjelp samfunnet kan tilby om de ønsket å fullføre svangerskapet. Mangelen på dette tilbudet er spesielt problematisk med tanke på de som var usikre på valget, eller følte seg presset til abort. Den manglende informasjonen som avdekkes i studien, gir grunn til å vurdere om tiltak bør gjøres for å bedre informasjonen og diskutere hvor, når og hvordan det er mest hensiktsmessig å gi denne informasjonen. Det gir også grunn til å vurdere mer tid for samtale og spørsmål inn i helsetjenesten, spesielt for å oppdage de som er usikre på sitt valg eller opplever press om å ta abort.

Studien viser også viktigheten av helsepersonell sin rolle og at deres håndtering av den abortsøkende er svært viktig for kvinnenens opplevelse av helsetjenesten. I undersøkelsen kan vi se at dette i flere tilfeller har vært nærmest avgjørende. Store forskjeller på helsepersonell har derfor resultert i store forskjeller av opplevelsen. Dette gir grunn til å vurdere en bedret opplæring og veiledning for helsepersonell slik at de har kompetansen de trenger for å møte

kvinnene, og slik at det blir mindre tilfeldig og personavhengig om helsetjenesten oppleves som god eller dårlig.

Jeg mener studien avdekker et behov for flere undersøkelser om hvordan dette helsetilbudet oppleves slik at man har mulighet til å fange opp forbedringspotensialet. En undersøkelse omkring sammenheng mellom opplevelsen av helsevesenet og den informasjonen som der blir gitt, og i hvilke grad kvinnene er fornøyd eller angrer på sitt valg i ettertid, kunne vært svært klargjørende omkring *betydningen* av opplevelsen og informasjonen i abortmøtet. Ellers mener jeg studien gir grunnlag for å undersøke hvilke informasjoner som er *ønskelig* i forkant av abort.

7. LITTERATURLISTE

- Aanesen, Ellen. (1981). *Ikke send meg til en "kone", doktor. Fra 3 års fengsel til selvbestemt abort*. Oktober
- Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd* (FOR-2001-06-15-635). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635?q=abortforskriften>
- Abortion procedures. (2022, 19. februar). Abortion Pills. <https://www.abortionprocedures.com/abortion-pill/>
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50?q=abortloven>
- Bahus, M.K. (2019, 15. januar). *Abortloven*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/abortloven>
- Barbosa da Silva, A. (2020). *Abortsyn i lys av ulike livssyn, menneskesyn og etiske perspektiver: en moralfilosofisk analyse*. (2. utgave). Alpha-Beta-Sigma-Norway
- Bergkåsa, A-M.(1999). *Var det et liv jeg tok? En kvalitativ studie om psykiske ettervirkninger etter provosert abort sett i lys av vekselvirkningen mellom individ og samfunn*. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- Broen, A.N., Moum, T., Bödtker, A.S., & Ekeberg, O. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a two-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 265-71. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d>
- Broen, AN., Moum, T., Bödtker, A.S., & Ekeberg, O. (2005a). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective two-year follow-up study. *General Hospital psychiatry*. 27(1), s.36-43. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009>
- Broen, AN., Moum, T., Bödtker, A.S., & Ekeberg, O. (2005b). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-18>
- Broen, AN., Moum, T., Bödtker, A.S., & Ekeberg, O. (2006a). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal, five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 85(3), s. 317-23. <https://doi.org/10.1080/00016340500438116>

- Broen, A.N. (2006b). Women's emotional life after miscarriage and induced abortion. A longitudinal, five-year follow-up study in Norway. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo.
- Burke, T. & Reardon, D.C. (2007). *Forbidden Grief: The Unspoken Pain of Abortion*. Acorn Books.
- Elvbakken, K.T. (2021). *Abortspørsmålets politiske historie 1900-2020*. Universitetsforlaget.
- eMetodebok for seksuell helse. (u.å.). *Svangerskapsavbrudd etter 12 uker*. Hentet 19. februar 2022 fra <https://emetodebok.no/kapittel/menstruasjon-svangerskap-og-svangerskapsavbrudd/svangerskapsavbrudd/svangerskapsavbrudd-etter-12-uker/>
- Engelstad, F. & Thorsen, D.E. (2022, 5. juni). *Makt*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/makt>
- Eriksen, I. (2019, 2. april). *En helt "vanlig" abort*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/xl/en-helt-vanlig-abort-1.14445549>
- Eriksen, I. (2020, 12. juni). *Inger-Marie fortalte om sin hjemmeabort - nå svarer politikerne med ny lov*. NRK. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/ny-lov-skal-sikre-rettighetene-til-kvinner-som-gar-gjennom-en-abort-1.15050897>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 11. mars). *Abortregisteret - statistikkbank*. <http://statistikkbank.fhi.no/abort/>
- Gjerde, L.E.L. (2019, 29. november). *Den allestedsnærværende makt*. Sosiologen. <https://sosiologen.no/omtale/den-allestedsnaervaerende-makt/>
- Grue, J. (2023, 2. mars). *Diskursanalyse*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/diskursanalyse>
- Grunfeld, B. (1973). *Legal abort i Norge: Legalt svangerskapsavbrudd i Norge i tidsrommet 1965-1971: en sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse*. Universitetsforlaget.
- Hagen, M.B. (Red.). (2021). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget.
- Hansen, K., Kristiansen, L., Urdal, K., Stray-Pedersen, B. (1996). *Sosiale og emosjonelle faktorer hos kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd. Reaksjoner før og etter inngrepet*. Oslo, Aker sykehus.

- Helsedirektoratet. (2018). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentar*. [Rundskriv]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser#definisjoner>
- Helsenorge. (2020, 31. juli). *Til deg som vurderer abort*. <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>
- International campaign for women's right to safe abortion. (u.å.). *Abortion Methods*. Hentet 19. februar 2022 fra <https://www.safeabortionwomensright.org/i-need-an-abortion/abortion-services/>
- Jacobsen, D.I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3. utgave). Cappelen Damm AS
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, Line. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utgave). Abstrakt Forlag
- Johnsen, I.M., (2022). *Hjemmeabort ved UNN*. [Masteroppgave]. Norges arktiske universitet.
- Jonassen. K.R. & Barbosa da Silva, A. (2018). *Menneskeverd i helse- og omsorgstjeneste - begrunnelse og forutsetning*. Alpha Beta Sigma - Norway.
- Kjelsvik, M. & Gjengedal, E. (2011). First-time pregnant women's experience of the decision - making process related to completing or terminating pregnancy - a phenomenological study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 25(1), s. 169-175. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00807.x>
- Kjelsvik, M., Sekse, R.J.T., Moi, A.L., Aasen, E.M., Chesla, C.A. & Gjengedal, E. (2018a). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health care for women international*. 39(7), s. 784-807. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>
- Kjelsvik, M., Sekse, R.J.T., Moi, A.L., Aasen, E.M., Chesla, C.A. & Gjengedal, E. (2018b). Walking on a tightrope - Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of clinical nursing*. 27(21-22), s.4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>
- Kjelsvik, M., Sekse, R.J.T., Moi, A.L., Aasen, E.M., Chesla, C.A. & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing Ethics*. 26(7-8), s.2135-2146. <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>

- Kjelsvik, M., Sekse, R.J.T., Aasen, E.M. & Gjengedal, E. (2022). Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges. *Nursing ethics*. 29(2), s.511-522. <https://doi.org/10.1177/09697330211051009>
- Koldstad, P. (1957). Therapeutic abortion; a clinical study based upon 968 cases from a Norwegian hospital, 1940-53. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 36 (Suppl 6), 1-72. <https://doi.org/10.3109/00016345709159918>
- Krefthing, E. (2021, 27. desember). *Opplysningstiden*. Store norske leksikon. <https://snl.no/opplysningstiden>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal
- Lanfranchi, A., Gentles, I. & Ring-Cassidy, E. (2018). *Complications - Abortion's impact on women* (2. utgave). The deVeber Institute for Bioethics and Social Research.
- Lurås, S. & Jensen, K. (2022). Kvinners mentale helse etter en provosert abort – en scoping review. *Sykepleien Forskning*. 17(90993):e-90993. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.90993>
- Løkeland, M., Iversen, O.E., Engeland, A., Økland, I. & Bjørge, L. (2014). Medical abortion with mifopristone and home administration of misoprostol up to 63 days gestation. *Obstetrics & Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/aogs.12398>
- Løkeland-Stai. (2020, 13. mars). *Fakta om abort (med 2020-tall)*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Lønnå, E. & Garvik, O. (2021, 5. mai). *Abortkampen*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/abortkampen>
- Meld. St. 374 S (2019-2020). Innstilling til stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2019-2020/inns-201920-374s.pdf>
- NHI. (2021, 27. august). *Kirurgisk abort*. <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/kirurgisk-abort/>
- NHI. (2020, 24. juni). *Medikamentell abort*. <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>
- NTNU. (u.å.). *Marianne Kjelsvik*. Hentet 19. februar 2023 fra <https://www.ntnu.no/ansatte/marianne.kjelsvik>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Pay, A.S.D., Aabø, R.S., Økland, I., Janbu, T., Iversen, O.E. & Løkeland, M. (2018). Medikamentell abort hos avtalespesialist. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 138(9). <http://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0041>
- Pedersen, W. (2007). Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population based longitudinal study. *Addiction*, 102(12), 1971-1978. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02040.x>
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*. 36(4): 424-428. <https://doi.org/10.1177/1403494807088449>
- ResearchGate. (u.å.). *Antonio Barbosa da Silva*. Hentet 28. desember 2022 fra <https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Barbosa-Da-Silva>
- Rindal, N.K. (2022, 15. september). *Ny abortstudie - De føler seg sviktet*. TV2 Nyheter. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/ny-abortionstudie-de-foler-seg-sviktet/15062359/>
- Robak, K.S. (2021, 5. april). *Sol-Rose spontanaborterte seks ganger - misfornøyd med oppfølging*. NRK. <https://www.nrk.no/mr/ny-lov-skulle-sikre-bedre-oppfolging-for-kvinner-etter-abort--fagfolk-ser-ingen-endring-1.15414810>
- Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse*. Cappelen Damm Akademisk.
- Sommerseth, E., Sandvik, B.M., Dahl, B., Røseth, I & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien*. 17(89883). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>
- Storvik, A.G (2009, 27. August). *Fosteret: Gullklump eller celleklump*. Dagens medisin. <http://dagensmedisin.no/fosteret-gullklump-eller-celleklump/295468>
- Søderlind, D. (2005, 13. desember). *Angstreaksjoner etter abort*. Forskning.no. <https://forskning.no/depresjon/angstreaksjoner-etter-abort/1038355>
- Sørensen, A.S., Høystad, O.M., Bjurstrøm, E. & Vike, H. (2008). *Nye kulturstudier*. Scandinavian Academic Press.
- Wahlberg, V. (Red.). (2006). *Memories After Abortion*. Radcliffe Publishing Ltd.
- Ødegård, K. (Red.). (2011). *Mennesket i sorteringssamfunnet*. Arneberg forlag.

8. Vedlegg

Vedlegg 1 - Spørreundersøkelse

Informasjon om abort

Side 1

Obligatoriske felt er merket med stjerne

Vil du delta i forskningsprosjektet

” DET MAN IKKE VET HAR MAN IKKE VONDT AV?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få større kunnskap om hvilke informasjonen om abort kvinner får i møte med norsk helsevesen. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Spørreundersøkelsen gjelder kvinner som har vært i kontakt med helsevesenet for å vurdere en abort, gjennomføre en abort, som har fått anbefalt en abort eller som ønsket informasjon om abort.

Formålet med prosjektet er å få større kunnskap om hvilke informasjonen om abort kvinner får i møte med norsk helsevesen, og diskutere om de får de relevante og nødvendige informasjonen som skal til for å kunne gjøre et reflektert valg. Ønsket er å kunne bidra til en bedring av informasjon om den som gis viser seg mangelfull.

Resultatene vil bli presentert i en masteroppgave i Kulturfag, ved Universitetet i Sørøst-Norge og eventuelt publiseres i form av en vitenskapelig artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektansvarlig er masterstudent Elin Vestly Studshammen. Veileder ved Universitetet i Sørøst-Norge/ Institutt for religion, kultur og samfunnsfag, er Stephen John Walton.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Invitasjon til å delta i undersøkelsen blir lagt ut på Facebook slik at de som selv ønsker kan delta i undersøkelsen. Det er et mål at 6-30 personer deltar i undersøkelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca 45 minutter å besvare undersøkelsen. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvilke informasjonen du fikk om mulige risikoer ved de ulike abortmetodene, mulige ettervirkninger av aborten, fosterets utvikling og dine rettigheter i samfunnet. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Og hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Student og veileder vil være de eneste ved Universitetet i Sørøst-Norge som har tilgang til besvarelsene som vil være passordbeskyttet og lagret av tjenesten Nettskjema.

- Nettskjema er leverandør av spørreundersøkelsen og databehandler vil derfor ha tilgang til opplysningene. Nettskjema kobler ikke IP-adresse og besvarelse, men har en anonym løsning der slik kobling ikke skjer. Nettskjema er godkjent av NSD. Innhentet data vil bli lagret hos denne leverandøren.

Spørreskjemaet inneholder ingen spørsmål som vil kunne avsløre din identitet, men fordi spørreskjemaet er utformet med åpne spørsmål og deltakere derfor må skrive egne svar, har vi valgt å innhente informert samtykke *tilfelle* du som deltaker oppgir en opplysning i tekstfeltene som kan identifisere deg. Ingen personopplysninger eller kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere noen deltakere vil publiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Eventuelle personopplysninger som kan identifisere deltakerne anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgraden er godkjent, noe som etter planen er våren 2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt informerte samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Elin Vestly Studshammen (tlf 92217658/214156@student.usn.no) eller veileder Stephen John Walton (35952690/stephen.j.walton@usn.no)
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg ved Universitetet i Sørøst-Norge (35 57 50 53 / 918 60 041/ Paal.A.Solberg@usn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Stephen John Walton

Elin Vestly Studshammen

Prosjektansvarlig

Student

(Forsker/veileder)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Det man ikke vet har man ikke vondt av?" og har fått anledning til å stille spørsmål. Du må velge minst ett svaralternativ.

Ja, jeg har lest og forstått informasjonen om undersøkelsen

Ønsker du å delta i denne undersøkelsen?
Du må velge minst ett svaralternativ.

Ja, jeg ønsker å delta i denne undersøkelsen

Sideskift

Side 2

Obligatoriske felter er merket med stjerne

Om du har vært i kontakt med helsetjeneste vedrørende temaet abort ved flere anledninger så fortell fra én av dem, eller fyll ut undersøkelsen flere ganger.

1. Hvilke formål hadde du for å ta kontakt med helsevesenet vedrørende temaet abort?

o For å vurdere en abort

o For å gjennomføre en abort

o Fordi jeg ble anbefalt abort

o Annet

Hvis du ønsker å svare noe mer utfyllende på spørsmål 1 så kan du gjøre det her.

2. Hvilke helsetjeneste var du i kontakt med?

Om du var i kontakt med flere helsetjenester i løpet av prosessen så kryss av på alle du var i kontakt med.

Sykehus (gynekologisk poliklinikk)

Legekantor (fastlegen)

Helsestasjon

Helsesøster (skole)

3. I hvilke fylke var denne helsetjenesten?

4. Hvilke årstall skjedde konsultasjonen?

5. Hvor gammel var du da dette skjedde?

|

6. Fortell kort historien din. (Hvordan du kontaktet helsevesenet, hvem du fikk snakke med, om du eventuelt fikk noen skriftlig informasjon, om det eventuelt ble avtalt flere møter, og om denne kontakten endte med en abort, og hvilke abortmetode som ble brukt)

|

7. Fortell hvilke forventninger du hadde til den informasjon du ville få i møte med helsevesenet?

|

8. Fortell kort om hvordan du opplevde møtet med helsepersonellet

|

9. Fikk du tilbud om informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby, annen rådgivning, eller alternativ til abort?

|

10. Fortell hva du fikk vite om abortmetoden og inngrepets art

|

11. Fortell hva du fikk vite om abortens mulige risikoer for din fysiske helse

|

12. Fortell hva du fikk vite om abortens mulige risikoer for din psykiske helse

|

13. Fortell om hvorvidt barnefaren var trukket inn i situasjonen og hvilke informasjoner du fikk om mulige innvirkninger en abort kan ha på barnefar og ditt forhold til han.

|

14. Hvilke eventuelle spørsmål eller oppfordringer stilte du egenhendig, og fikk du svar på disse?

|

15. Fortell hva du fikk vite om hvor langt i utviklingen fosteret var kommet.

|

16. Fortell om helsevesenet la opp til eller ga rom for en samtale omkring etikk, menneskeliv, samvittighet og menneskeverd

|

17. Fikk du tilbud eller ba du om å se ultralydbildet av fosteret?

|

18. Hvilke tanker har du gjort deg i ettertid om hvordan du opplevde møtet med helsevesenet, og i hvilke grad informasjonen du fikk ga deg mulighet til å gjøre et reflektert valg?

|

19. Er det andre aspekter ved abort som du har fundert på?

|

Takk for at du har tatt deg tid til å dele fra din erfaring!

Vedlegg 2 - Godkjenning NSD



Vurdering

Referansenummer

470004

Prosjekttittel

Det man ikke vet har man ikke vondt av?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for humaniora, idrett- og utdanningsvitenskap / Institutt for kultur, religion og samfunnsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Stephen John Walton, stephen.j.walton@usn.no, tlf: 35952690

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Elin Vestly Studshammen, vestlyelin@hotmail.com, tlf: 92217658

Prosjektperiode

01.10.2020 - 31.05.2022

Vurdering (1)**29.09.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 29.9.2020. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold, i tillegg til alminnelige kategorier av personopplysninger, frem til 31.5.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Ettersom deltakerne er fylt 16 år, er det ikke nødvendig med samtykke fra foreldre.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa
Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)