

Kandidatnummer: 1916

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan sykepleier kan møte kvinner som skal gjennomgå selvbestemt provosert abort



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03.11.2022

X

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på
studiet*

SAMMENDRAG

Bakgrunn

De fleste selvbestemte svangerskapsavbrudd blir utført før uke ni. Det er vanlig praksis at kvinne møter til poliklinisk avtale hvor de startet aborten ved å svelge den første tablett. Noen kvinner fullfører aborten hjemme, andre på sykehus. De fleste medisinske aborter er styrt av sykepleier som blir eneste kontaktperson for kvinnen gjennom prosessen. Dette er en heterogen pasientgruppe i ulike livssituasjoner og det er derfor nødvendig å identifisere hvilke individuelle måter kvinnene ønsker å bli møtt.

Provosert abort befinner seg i krysningspunktet mellom medisinen og andre fagdisipliner som etikk, teologi, politikk og økonomi. I Norge er gjeldende abortlov lovlig selvbestemt abort innen 12. Svangerskapsuke.

Hensikt

Hensikten er å belyse hvordan en sykepleier kan møte kvinner som skal gjennomgå selvbestemt provosert abort. Hvordan kan sykepleier best mulig trygge kvinnen slik at hun føler seg ivaretatt både hjemme og på sykehus?

Metode

Oppgaven er en integrativ litteraturoversikt hvor data fra utvalgte vitenskapelige forskningsartikler analyseres etter Friberg's metode og analysemodell. PICO-spørsmål er definert som utgangspunkt for å finne søkeord. Ved strukturert litteratursøk var det fire studier som ble analysert og som omtaler temaet for oppgaven. Disse fire studiene sammen med teori og egne refleksjoner danner besvarelsen på oppgaven.

I oppgaven har jeg brukt artikler fra sykepleieperspektiv og pasientperspektiv.

Resultat

Kvinner som har gjennomgått provosert abort uttrykker mangel på adekvat informasjon, manglende oppfølging i etterkant, mangel på bekreftelse fra sykepleierne og ubehagelige spørsmål som øker skamfølelsen knyttet til aborten. Sykepleiere beskriver konflikt med egne verdier når de involverer seg for mye i valget til kvinnen.

Nøkkelord

Abort, medisinsk abort, sykepleie, kvalitativ metode, abortomsorg, kvinnehelse, svangerskapsavbrudd.

Innholdsfortegnelse

<i>Bakgrunn</i>	1
<i>Hensikt</i>	1
<i>Metode</i>	1
<i>Resultat</i>	1
<i>Nøkkelord</i>	1
1. Innledning	4
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	4
1.2 <i>Problemformulering</i>	5
1.3 <i>Hensikt</i>	5
2. Teoretisk ramme	6
2.1 <i>Medisinsk abort</i>	6
2.2 <i>Lovverk - sykepleiers plikt og kvinnenes rettigheter</i>	6
2.3 <i>Etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere</i>	7
2.4 <i>Kari Martinsens omsorgsfilosofi</i>	8
2.5 <i>Relasjonens betydning</i>	8
3. Metode	10
3.1 <i>Hva er metode</i>	10
3.2 <i>Valg av metode</i>	10
3.3 <i>Litteratursøk</i>	11
3.3.1 <i>Søkestrategi</i>	11
3.3.2 <i>Valg av databaser</i>	12
3.3.3 <i>Søkeord</i>	12
3.3.4 <i>Valg av artikler</i>	13
3.4 <i>Analyse</i>	14
4. Resultat	15
4.1 <i>Informasjon</i>	15
4.2 <i>Bekreftelse</i>	16
4.3 <i>Verdikonflikt for sykepleierne</i>	16
4.4 <i>Ulik oppfølging</i>	17
4.5 <i>Tilnærming gjennom ulike spørsmål</i>	18
5. Diskusjon	19
5.1 <i>Metodediskusjon</i>	19
5.1.1 <i>Integrativ litteraturoversikt som metode</i>	19
5.1.2 <i>Kildekritikk</i>	20
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	22
5.2.1 <i>Informasjon</i>	22
5.2.2 <i>Bekreftelse</i>	24
5.2.3 <i>Tilnærming gjennom ulike spørsmål</i>	24
5.2.4 <i>Oppfølging</i>	26

5.3 Anvendelse av resultatene i praksis	26
Avslutning.....	27
Referanseliste	28

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Vedlegg 3: Tankekart

Antall ord: 7881

1. Innledning

Verdens helseorganisasjon uttrykker at tilgang på sikker abortomsorg er en nødvendig del av helsetilbudet. Mangel på tilgang på trygg og sikker abort sammen med stigma relatert til abort utgjør en trussel mot kvinners fysiske og mentale helse (WHO, 2022). I Norge er retten til selvbestemt abort regulert gjennom abortloven (1975). Denne sikrer kvinners rettighet til selvbestemt abort, og legger juridiske rammer for aborter i etterfølgende trimestre. En kvinne har rett til selvbestemt abort innen utgangen av den tolvte svangerskapsuken, 84 dager.

94% av alle aborter utført før utgangen av niende svangerskapsuke ble gjennomført som medisinske aborter i 2020, sammenlignet med 45.3% i 2007 (Løkeland et al, 2021, s. 9). Dette viser en stor overgang i praksis mot medisinsk abort. Medisinske aborter som blir gjennomført i hjemmet til kvinnen er mer kostnadseffektivt for norske sykehus, men kan være en kilde til redusert informasjon og ivaretagelse.

Ifølge Helsedirektoratet er det vanligst at kvinner som ønsker provosert abort tar direkte kontakt med sykehuset. Det tilstrebes svangerskapsavbrudd så tidlig som mulig da risikoen for komplikasjoner ved provosert abort øker med svangerskapslengde. Kvinnen har rett til å medvirke hvor og hvordan aborten skal skje. Avhengig av svangerskapslengde kan man velge mellom medisinsk eller kirurgisk abort. Ved medisinske aborter før uke 9 har kvinnen mulighet til å reise hjem etter medikamentadministrering. Sykepleier er i kontakt både med kvinnene som skal gjennomføre en hjemmeabort og de som skal utføre aborten på sykehus. Møtene mellom sykepleier og kvinnene som skal gjennomføre abort er ofte korte. Pasientpopulasjonen er svært variert med tanke på alder, erfaring, sårbarhetsfaktorer og komorbiditet. Disse møtene med sykepleier er derfor svært viktige for at kvinnen skal oppleve å få god og tilpasset behandling i spesialisthelsetjenesten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Abort har vært tematisert i media oftere den siste tiden sammenlignet med tidligere. Fra en artikkel nylig publisert i VG kom det frem at kvinner opplever manglende medisinsk oppfølging ved provosert abort og at de ikke har noen å snakke med om aborten (Aase, 2022). Manglende persontilpasset medisin og individualisert behandling til kvinnene kan føre til at hjelpen de mottar ikke er adekvat. På bakgrunn av dette var det ønskelig å undersøke hva

sykepleier kan gjøre i møte med pasienter som skal gjennomgå medisinsk provosert abort i første trimester.

1.2 Problemformulering

Sykepleiere på gynekologisk sengepost og gynekologisk poliklinikk møter kvinner som skal gjennomgå provosert abort i første trimester. De møter kvinner i mange ulike livssituasjoner der de har til felles at de har fått påvist en uønsket graviditet. Kvinnene kan føle seg sårbare de korte møtene med sykepleieren som har ansvar for kvinnen kan derfor være viktige. I noen situasjoner kan kvinnen være alene, eller ønske å holde aborten hemmelig, og dermed kan sykepleieren være den ene personen som kvinnen kan snakke med. Medisinske aborter utført poliklinisk vil ofte ikke kreve videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Derfor kan møtet med sykepleier i forkant, og eventuelt oppfølging samme dag være avgjørende for opplevelsen til kvinnene.

1.3 Hensikt

Hensikten er å belyse hvordan en sykepleier kan møte kvinner som skal gjennomgå selvbestemt provosert abort. Hvordan kan sykepleier best mulig trygge kvinnen slik at hun føler seg ivaretatt både hjemme og på sykehus?

2. Teoretisk ramme

2.1 Medisinsk abort

Ved selvbestemt abort utføres i overkant av 90% av de som medisinske aborter. Disse utføres med preparatene Mifegyn og Cytotec (Helsedirektoratet, 2020). Mifegyn er et antiprogesteron som stanser fosterutvikling, med potensielle bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og magekramper (Mifegyn, 2021). Cytotec er en prostaglandinanalogue som administreres vaginalt og per oralt, og gir sammentrekning av livmorens muskellag og utstøtning av livmorslimhinnen. Potensielle bivirkninger av denne er magesmerter, kvalme, oppkast, diaré og obstipasjon (Cytotec, 2021). I Norge er det etablert praksis å ha samtale med kvinner som skal utføre en selvbestemt abort på gynekologisk poliklinikk der de mottar Mifegyn og reiser hjem etterpå. Det er ingen restriksjoner for aktiviteten til kvinnene etter inntak av Mifegyn, og de blir anbefalt å leve så vanlig som mulig. Kvinnene som skal utføre aborten på sykehus kommer tilbake etter to dager og fullfører aborten der, mens kvinnene som ønsker hjemmeabort får med seg Cytotec hjem (Helsedirektoratet, 2020).

Kvinnen skal ifølge Helsedirektoratet informeres om å forvente sterke menstruasjonssmerter og en blødning som er kraftigere enn vanlig menstruasjonsblødning, og som kan inneholde koagler. Fra kvinnen får Mifegyn tar det vanligvis 4-6 timer før hun har abortert. Kvinner som utfører aborten på sykehus reiser ofte hjem samme dag da det ikke ofte forekommer komplikasjoner som fører til lengre opphold. Kvinner som er eldre enn 18 år og som utfører aborten før utgangen av den niende svangerskapsuken kan velge hjemmeabort. Det skal i teorien være lik behandling ved hjemmeabort som ved sykehusabort, og pasienten får med seg smertestillende hjem. Kvinnen skal få et døgnbemannet telefonnummer til sykehuset ved behov (Helsedirektoratet, 2020).

2.2 Lovverk - sykepleiers plikt og kvinnes rettigheter

Yrkesutøvelsen for sykepleiere er definert i lovverket for å sikre pasienter og brukere tilgang på forsvarlig helsehjelp i hele landet. Sykepleier er pliktet til å handle ut fra aktuelt lovverk (Molven, 2016, s. 18). Spesialisthelsetjenestelovens (1999) formål definert i § 1-1 er å “fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming”, “bidra til

å sikre tjenestetilbudets kvalitet” og “bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov”. Samme prinsipp er også lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 (1999).

Abortloven sikrer kvinners rettigheter til selvbestemt abort til utgangen av den tolvte svangerskapsuken (Abortloven, 1975, § 2).

I arbeid på gynekologisk avdeling kan det tenkes å være utfordrende for sykepleiere å gi samme behandling til for eksempel kvinner som skal gjennomgå provosert abort og kvinner som gjennomgår spontanabort. Provosert abort kan bli sett på som noe en kvinne påfører seg selv og det kan dermed være en utfordring å behandle de på lik linje med andre pasienter. De yrkesetiske retningslinjene sammen med lovverket skal sikre at pasientene mottar riktig og lik behandling.

2.3 Etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De fire etiske grunnprinsipper innenfor medisinsk etikk skal være gjeldene for alle helsearbeidere. Møter med pasienter og brukere skal styres av velgjørhetsprinsippet, autonomiprinsippet, ikke-skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet.

Velgjørhetsprinsippet går ut på at en skal handle til det beste for pasienten ved å behandle sykdom, gi omsorg og god helse. Autonomiprinsippet skal sikre pasientens rett til selvbestemmelse. Sykepleier skal så godt det lar seg gjøre legge til rette for at pasienten tar et selvstendig og informert valg (Ursin, 2021).

Norsk sykepleierforbund har beskrevet de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. “Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene”. Det kommer frem fra disse retningslinjene at sykepleiere har et ansvar for at sykepleien de utfører er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Videre beskrives også de yrkesetiske retningslinjene under punktet “sykepleieren og pasienten”. Her omtales hvordan sykepleier skal handle for å ivareta pasientens rett. Det står blant annet: “Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg”, “Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om informasjonen er forstått” og “sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre

lidelse". Disse kan relateres til situasjoner med sykepleier og kvinner som skal gjennomgå provosert abort.

2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Sykepleiefilosofen Kari Martinsen er opptatt av at sykepleie utføres med omsorg og har utviklet en omsorgsfilosofi. Sykepleieres utførelse av omsorg for pasienten kan skape gode relasjoner. Omsorg for pasienter i en slik kontekst handler om å bekymre seg for, ivareta, pleie, å være bevegelig berørt til stede i situasjonen (Fonn, 2019).

Martinsen vektlegger også hvordan sykepleier kan sette seg inn i en pasientsituasjon ved å kartlegge situasjonen med en åpen holdning, syn, hørsel, lukt og følelse (Kristoffersen, 2016, s. 55). Dermed kan sykepleier best mulig få en oppfatning av hvordan den individuelle situasjonen er og hva pasienten har behov for.

Det er ifølge Martinsen tre sider av omsorgen som er viktige, den relasjonelle, praktiske og moralske siden. Omsorgens relasjonelle side består av en relasjon mellom minst to personer. Sykepleier må i denne situasjonen sette seg inn i pasientens situasjon for å skape en forståelse for hvordan en bør handle. Omsorgen er mer enn en grunnholdning ifølge Martinsen. Omsorgen kan gis gjennom en praktisk handling der våre egne erfaringer brukes for å sanse hva pasienten har behov for. Omsorgen kan tilrettelegges slik at pasienten opplever anerkjennelse og ikke umyndiggjøring. Hun viser til at etikk og moral er ett og til stede i menneskelige relasjoner. Den moralske siden handler om å utføre handlinger som er for andres beste. Martinsen omtaler moralens to sider der den ene er en spontan handling og den andre er handling ut fra normer. I yrket som sykepleier trengs både den spontane moralen og normmoralen. Disse spiller på lag og dermed brukes skjønn i kombinasjon med klinisk blikk for å se hva pasienten har behov for i sin situasjon (Kristoffersen, 2015, s. 254-257).

2.5 Relasjonens betydning

Relasjonen mellom sykepleier og pasient bygges på mer enn det som blir sagt og gjort i møte mellom dem. Det en sykepleier sier og gjør i møte med en pasient blir sett i lys av deres relasjon. Dersom det er en trygg relasjon mellom dem kan sykepleierens eventuelle kritiske kommentarer bli sett på som omtanke og hjelp. Hvis relasjonen er dårlig kan de samme kommentarene bli oppfattet som sarkasme og avvisning. Som sykepleier kan du ha stor

innvirkning på selvfølelsen til pasienten. Pasienten kan være redd for at selvfølelsen skal rammes negativt, samtidig som lengselen for å bli forstått og bekreftet er til stede (Røkenes og Hanssen, 2019, s. 178-179).

Pasienter som opplever å få god hjelp framhever relasjonen som det sentrale. Tillit og respekt til for eksempel en sykepleier der pasienten føler at det er nok tid og rom bidrar til at det er lettere å søke hjelp ved å fortelle og forholde seg til det vanskelige. Tre forhold har betydning for å utvikle en god relasjon: væremåte, empati og anerkjennelse (Røkenes og Hanssen, 2019, s. 180-181).

3. Metode

3.1 Hva er metode

Metode er middelet som blir brukt for å komme frem til ny kunnskap. Den beskriver måten vi går frem for å ytre kunnskapen, etterprøve den samt om kunnskapen er sann, gyldig og holdbar (Dalland, 2012, s. 50).

I empiriske studier kan kvalitative eller kvantitative studier benyttes, eller en kombinasjon av disse. Hvilken metode som blir brukt kommer an på det som skal undersøkes i oppgaven. Kvantitative metoder gir data i form av tall eller målbare enheter og kan være en fordel dersom resultatene trenger å være målbare. Kvalitative metoder undersøker kunnskaper om meninger og opplevelser til mennesker som ikke er målbare. Styrken ved kvalitative studier er at det kan gi oss meninger og opplevelser fra pasienter og sykepleiere som ikke er mulige å måle i tall (Dalland, 2012, s. 112).

En integrativ litteraturoversikt innebærer å bruke resultatene fra strukturerte litteratursøk som omhandler et problem innen sykepleieres kompetanseområde. Både kvalitative og kvantitative studier kan benyttes. En integrativ litteraturoversikt kjennetegnes ved at egne konklusjoner og refleksjoner skal benyttes sammen med resultatene. Friberg uttrykker hvordan man i en integrativ litteraturoversikt “drar slutsatser och verifiera hur data hänger ihop” og hvordan det krever egne tolkninger (Friberg, 2017, s. 150).

3.2 Valg av metode

Opgaven er en integrativ litteraturoversikt etter Fribergs modell (2017). Fire studier sammen med eksisterende teori og mine refleksjoner utgjør en ny helhet. Integrativ litteraturstudie egner seg til denne oppgaven fordi målet er å undersøke hva kvinner som skal gjennomgå provosert abort har behov for. Dermed er tidligere erfaringer fra kvinner og sykepleiere som har erfaringer med dette sentrale. Kvalitative studier kan belyse disse perspektivene og vil dermed egne seg best. Jeg forsøkte å søke etter noen kvantitative studier innenfor tema, men fant ingen som passet sammen med hensikten. I oppgaven var jeg mer interessert i opplevelser og erfaringer i lys av Kari Martinsen sin teori om det relasjonelle og det derfor er kvalitative studier hensiktsmessige for å formidle dette.

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Søkestrategi

Jeg definerte et PICO-spørsmål for å finne søkeord og de jeg kom frem til var; «Nurse, nursing care, nurse-patient relationship, induced abortion, medical abortion, caring, abortion care, women's health, existential experience». Disse søkeordene ble satt sammen i flere ulike kombinasjoner der AND ble brukt for å sette sammen søkeordene og OR ble brukt for å kombinere søkeordene. Jeg søkte for eksempel etter «(nursing care) AND (induced abortion) AND (nurse-patient relationship)» og «(abortion) AND (nursing) AND (women's health) AND (existential). Se søkelogg vedlegg nummer x

Jeg søkte etter vitenskapelige artikler som omhandlet tema i oppgaven og fikk et overblikk over forskningen som fantes på området. Jeg leste mange artikler for å skape en oversikt og endte til slutt opp med mine fire utvalgte studier som virket mest hensiktsmessig for oppgaven.

Etter hvert definerte jeg noen inklusjonskriterier som gjorde at søkene inneholdt relevante artikler for hensikten til min oppgave. Jeg ønsket å inkludere artikler fra Skandinavia for å få resultater som var mest mulig sammenlignbare med norske sykehus og dermed også norsk helsevesen.

Jeg startet søkene med å avgrense til studier som ikke var eldre enn 10 år samt fagfelleurderte tidsskrifter. Etter hvert valgte jeg å inkludere en studie som var 12 år gammel da denne var relevant for hensikten til min oppgave og jeg vurderte ikke informasjonen som utdatert selv om den er eldre enn de andre. Studien går ut på hvordan kvinner i Sverige opplevde abortomsorgen, og disse erfaringene ser jeg ikke på som noe som er blitt uaktuelt.

Jeg definerte noen inklusjonskriterier for oppgaven som er listet opp nedenfor.

- Artikler publisert for under 12 år siden
- Fagfelleurderte tidsskrifter
- Sykepleierperspektiv og pasientperspektiv
- Studier fra Skandinavia
- Alle kvinner som skal eller har gjennomgått provosert, medisinsk abort

Kvinner som gjennomgår en provosert abort har hver sin individuelle erfaring, og kvinner har behov for ulik sykepleie og omsorg. Jeg har valgt disse inklusjonskriteriene fordi ved å inkludere alle kvinner som har gjennomgått provosert abort kan jeg få en bredest mulig oppfatning av hvordan sykepleie til disse kvinnene bør være. For å få et mer nyansert bilde har jeg inkludert en studie med sykepleieperspektiv og tre studier med pasientperspektiv. Dermed blir opplevelsene fra begge sider representerte.

3.3.2 Valg av databaser

Databasene jeg søkte i for å finne relevante studier var PubMed, Svemed+, Cinahl og British Nursing Index. Dette er databaser som inneholder relevante artikler relatert til helsefag og sykepleie. Jeg fant tre artikler i PubMed og en i referanselisten til en av de tre utvalgte.

3.3.3 Søkeord

Den første studien fant jeg ved å kombinere søkeordene (nursing care) AND (induced abortion) AND (nurse-patient relationship). Da fikk jeg opp åtte treff der jeg leste gjennom sammendragene til disse og leste gjennom hele studien til tre av de. Etter å ha lest gjennom dette kom jeg frem til at jeg ville bruke den ene studien i søket.

Den andre og tredje studien fant jeg ved å søke med ordene (abortion) AND (women's health) AND (abortion care) AND (Womens experience). Da kom det opp 628 treff. Jeg så gjennom en del av disse, men begrenset søket for å ha litt færre studier å lese gjennom. Jeg la da til "AND (existential) og fikk opp 6 treff. Der fant jeg to relevante studier etter å ha lest disse seks.

Den fjerde studien fant jeg fra referanselisten til en av de andre utvalgte studiene. Den er referert til flere ganger i teksten og jeg valgte å lese denne da det virket som det var mange gode resultater som kom frem. Studien innehold flere resultater som kunne knyttes opp mot hensikten til oppgaven min og jeg valgte derfor å inkludere denne.

3.3.4 Valg av artikler

De fleste artiklene var ikke relevante og ble ekskludert på bakgrunn av tittelen og sammendraget. Flere artikler hadde noen relevante opplysninger, men ble til slutt ekskludert da de ikke omtalte hensikten direkte.

Det var totalt fire relevante vitenskapelige artikler som oppfylte inklusjonskriteriene, og som ga tilstrekkelig informasjon til å besvare hensikten. Alle studiene var kvalitative og utført i populasjoner i Norge og Sverige.

Tabell 1. Enkel Oversikt over de valgte artiklene.

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Artikkel 1 Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. <i>Journal of clinical nursing</i> , 27(21-22), 4192-4202.	Sykepleie til kvinner som vurderer provosert abort i første trimester	Øke forståelse og kompetansen til helsepersonell som har ansvar for ambivalente gravide kvinner som vurderer å ta abort	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju av helsepersonell fra fire ulike gynekologiske avdelinger i Norge. 19 Sykepleiere og 1 lege ble intervjuet.
Artikkel 2 Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i> , 32(1), 35-41.	Eksistensielle erfaringer til kvinner innen abortomsorgen i Sverige.	Undersøke svenske kvinners erfaringer innenfor abortomsorgen i Sverige relatert til deres behov for eksistensiell omsorg.	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie. Individuelle intervjuer med 24 svenske kvinner som tidligere har opplevd uønsket svangerskap og abort.
Artikkel 3: Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. <i>Health Care for Women International</i> , 1-19.	Kvinner erfaringer knyttet til medisinsk abort hjemme	Følelsesmessig mestring knyttet til medisinsk abort i hjemmet	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie, individuelle intervju med 22 kvinner
Artikkel 4: Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures—A qualitative study.	Kvinner erfaringer med informasjon, oppfølging og støtte ved medisinsk abort i hjemmet	Hensikten var å undersøke hvilke erfaringer kvinner hadde knyttet til informasjonen og oppfølgingen de fikk før og underveis ved	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie, individuelle intervjuer med 23 kvinner

<i>Sexual & Reproductive Healthcare, 27, 100582.</i>		medisinsk abort i hjemmet		
--	--	---------------------------	--	--

Tre av studiene omhandler pasientperspektivet og en studie omhandler sykepleierperspektiver. Det var til sammen 67 individer med i studiene til sammen i alderen 21-51 år, og etnisiteten er beskrevet som kaukatisk på de to studiene som undersøker erfaringer med hjemmeabort. Studiene ble publisert i 2010, 2018, 2020 og 2022. De to nyeste studiene omhandler erfaringer knyttet til abortomsorgen ved hjemmeaborter sammenlignet med den fra 2010 som tar for seg provosert abort generelt. Hjemmeabort har forekommet oftere de siste ti årene og det kan derfor være naturlig at dette blir mer forsket på nå.

3.4 Analyse

Resultatene i studiene ble fargekodet i et tankekart, slik at likheter og ulikheter kunne sammenlignes systematisk. For å komme frem til hvilke resultater som skulle vektlegges så jeg først på hva som gikk igjen i de ulike studiene. De resultatene som gikk igjen i flere studier ble med inn i resultatene da de var mer troverdige på grunn av at flere kom frem til det samme. Jeg var også interessert i kontrasten mellom studiene spesielt med tanke på forskjellen mellom hva pasientene opplevde, og hva sykepleierne opplevde. Ut fra dette ble det trukket ut fire hovedpunkter fra resultatene som er beskrevet videre i resultatkapitlet. Se vedlegg 3.

4. Resultat

Fire hovedpunkter fra studiene belyste hvordan sykepleier kan møte kvinner som skal gjennomgå provosert abort. Disse er listet opp i tabellen nedenfor. Punktene “bekreftelse” og “måten å stille spørsmål” har resultater fra både sykepleieperspektivet og pasientperspektivet. Kvinnene ønsket en bekreftelse fra sykepleierne som de beskrev som vanskelig å gi i redsel for å medvirke til valget til kvinnen. “Tilnærming gjennom ulike spørsmål” beskriver også denne konflikten mellom det kvinnene ytret behov for og det sykepleierne ønsket.

Hovedkategori	Underkategori
Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Individualisert informasjon • Informasjon basert på forutsetninger
Bekreftelse	<ul style="list-style-type: none"> • Bekreftelsesbehov fra kvinnene • Verdikonflikt for sykepleierne
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelfull oppfølging • Tilferedstillende oppfølging
Tilnærming gjennom ulike spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevelse av skyld og skam ved spørsmål knyttet til valget om abort. • Opplevelse av at sykepleierne ikke ønsket å gå inn i følelsene knyttet til aborten • Sykepleierens begrensning av spørsmål for å unngå å medvirke til kvinnens valg

4.1 Informasjon

I studien til Aamlid et al., (2021) kom det frem at kvinner opplevde mangel på informasjon som førte til at det påvirket følelsen av trygghet når de skulle gjennomføre en hjemmeabort. Kvinnene følte seg ikke forberedt på hva som var normal blødning eller hvor mye smerter de kunne forvente. Kvinnene i denne studien beskrev at de ønsket individtilpasset informasjon basert på hvor mye erfaring de hadde fra før. Kvinnene opplevde at informasjonen som ble gitt inngikk som en rutine hvor alle pasientene uavhengig av erfaring fikk tilgang på samme informasjon, uten fokus på individuelle behov. Et individ i studien sa det slik:

I didn't get any information about what the process would be like at home. I remember they told me that the abortion would start when I took the misoprostol medicine at home. But I was so young and immature that I didn't realize what I was going to go through, what I experienced as a childbirth. I really wasn't prepared for that at all. I was just so scared. (Aamlid et al, 2021, s 2)

I studien til Røseth et al. (2022) beskrev kvinnene informasjonsmangel som årsak til usikkerhet ved hjemmeabort. Generelt ble aborten opplevd mer smertefull og skremmende enn forventet: "Many felt that the information received about bleeding and pain related to the abortion was insufficient, and some women said that in hindsight they would have chosen to terminate the pregnancy in hospital if they had known what would happen" (Røseth et al, 2022, s. 3). Kvinnene følte seg ikke tilstrekkelig forberedt på hjemmeaborten basert på informasjonen de hadde mottatt på sykehuset.

4.2 Bekreftelse

Det gikk igjen i alle artiklene at kvinnene hadde behov for bekræftelse og forståelse for valget sitt fra sykepleiere. Kvinnene som ikke mottok dette, følte mer på skyld- og skamfølelse. Samtidig er det beskrevet i studien til Kjelsvik et al., (2018) at sykepleierne risikerte å komme i konflikt med egne verdier ved å involvere seg slik i aborten til kvinnen. De beskriver at sykepleierne ikke ønsker å gi bekræftelse til en usikker kvinne i frykt for at det kan påvirke kvinnens valg.

I studien til Aamlid et al., (2021) beskriver kvinnene hvordan mangelen på bekræftelse fra sykepleierne påvirket følelsen av støtte. En kvinne i studien uttrykte:

For example, she could have said: "Personally, I'm glad we have the right to choose abortion. I don't think there's anything wrong with taking the decision you've taken." If she'd said that, I think it would have helped me, at least it would have made me feel supported and acknowledged. (Aamlid et al, 2021, s. 3)

Mangelen på bekræftelse hos denne kvinnen førte til at hun ikke følte seg støttet i valget.

4.3 Verdikonflikt for sykepleierne

I studien til Stålhandske et al., (2011) er det delte meninger om hvordan kvinnene opplevde bekræftelsen fra sykepleierne. Noen av kvinnene ønsket nøytral behandling hvor helsepersonellet involverte seg minst mulig fordi de da opplevde mindre dømming og dermed

mindre skam og skyld. Andre var skuffet over lite tilstedeværelse av følelser fra helsepersonellet og lite fokus på kvinnenes eksistensielle behov. Noen av sykepleierne i studien til Kjelsvik et al., (2018) beskrev at de ikke ønsket å stille for mye spørsmål knyttet til kvinnens valg da de var redde for å medvirke. Sykepleierne beskrev en utfordrende balanse mellom hvor mye de skulle involvere seg samtidig som de ikke inkluderte personlige verdier og tanker.

4.4 Ulik oppfølging

Felles for alle studiene var at mange kvinner ønsker et tilbud om oppfølging etter aborten. Kvinnene fikk beskjed om å ta en graviditetstest selv hjemme etter fire uker og å ta kontakt med sykehuset dersom den fortsatt var positiv.

I studien til Stålhandske et al., (2011) er det beskrevet at de fleste kvinnene ble informert om muligheten for å snakke med en rådgiver dersom de trengte det. Det kom frem at denne muligheten var viktig å få tilbud om både for de som ønsket og de som takket nei. Videre er det beskrevet at noen kvinner ikke innså at de burde benyttet seg av tilbudet før de kom hjem og aborten var over.

Aamlid et al., (2021) skriver i sin studie at kvinnene fikk et telefonnummer de kunne ringe da de kom hjem dersom de hadde spørsmål om aborten. Kvinnene visste ikke hva de kunne ringe og spørre om, og dermed ble det vanskelig for dem å ringe. Kvinnene skulle ønske at dette ble tydeliggjort før de forlot sykehuset. Kvinnene beskrev at de hadde foretrukket at sykehuset ringte dem, slik at det var sykepleieren som tok initiativet til samtalen og det ble lettere å spørre spørsmål og å fortelle hva som var vanskelig. I denne studien kommer det frem at kvinnene ønsket oppfølging hos lege eller sykehus med fokus på psykisk helse i tillegg til å ta en graviditetstest hjemme.

I studien til Røseth et al., (2022) kommer det frem at de fleste kvinnene ønsket å komme seg videre etter aborten uten oppfølging fra helsepersonell eller noen andre. For disse kvinnene betydde det å gå videre å unngå å tenke mer på aborten eller å snakke om den.

4.5 Tilnærming gjennom ulike spørsmål

Kjelsvik et al., (2018) beskrev i studien at sykepleierne reflekterte hvordan de skulle tilnærme seg kvinnen gjennom spørsmål for at hun skulle oppleve støtte. Den ene sykepleieren beskrev at hun ikke ønsket å være kilde til at kvinnen følte på skam eller usikkerhet gjennom samtale med kvinnen. Hun valgte å spørre kvinnen «So, you want an abortion?» (Kjelsvik et al, 2018, s. 4196) for å unngå at kvinnen skulle føle at hun gjorde noe galt eller feil slik at hun ikke skulle bli usikker. Sykepleierne forsøkte å spørre spørsmål som ikke skulle påvirke valget, men som samtidig skulle gjøre at kvinnene følte seg støttet og sett. Andre sykepleiere i samme studien unngikk å spørre spørsmål direkte å spurte heller kvinnene om de hadde noen spørsmål eller var usikre på noe.

I studien til Røseth et al., (2022) beskrev kvinnene at de opplevde spørsmålene fra sykepleierne som dømmende og dermed fikk de en følelse av skam og skyld gjennom disse dette. I studien skriver de:

The women felt vulnerable and exposed in relation to health care workers and often perceived questions about their decision to terminate the pregnancy as demands for explanation or justification. This increased their already existing feelings of shame, leading them to avoid deeper conversations and to expedite the appointment at the hospital and the abortion procedure. (Røseth et al, 2022, s. 10)

Kvinnene følte seg sårbare og eksponerte i samtalen med sykepleierne og fikk spørsmål om deres valg om abort og opplevde disse som at de måtte forsvare eller rettferdiggjøre aborten. Dette økte den allerede eksisterende følelsen av skam. Dette førte til at de unngikk å gå dypere inn i samtalen med sykepleierne og bare ønsket å bli ferdig med timen på sykehuset.

En kvinne i studien til Stålhanske et al forteller at hun skulle ønske at helsepersonellet spurte mer om valget hennes. “Because, I guess I thought it was difficult to question a decision that everyone else thought was right, in some way. /—/ the healthcare staff are apparently not allowed to question my decision. But I wish they had done so” (Stålhanske et al, 2011, s. 37). Kvinnen hadde kanskje endret mening om aborten dersom helsepersonellet hadde involvert seg mer i følelsene hennes knytte til valget. Dette er beskrevet i studien at sykepleierne ikke ønsket, de ville ikke påvirke kvinnen den ene eller andre vegen.

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

I metoden jeg har brukt i oppgaven, integrativ litteraturoversikt, har jeg samlet studier som var relevante for hensikten til oppgaven. Jeg har etter beste evne forsøkt å ikke la mine egne meninger farge resultatene og hele tiden forsøkt å holde meg så objektiv som mulig. Til tross for dette er det mulig at dersom noen andre hadde brukt samme litteratur og metode kunne fått andre resultater. Gjennom prosessen har jeg vært kritisk for å holde med til de studiene som har resultater rettet mot min hensikt. Gjennom analysemodellen som er brukt i oppgaven (Friberg 2017) brukte jeg artiklene som byggesteiner til å komme frem til en ny helhet.

I oppgaven valgte jeg å inkludere fire ulike studier. Jeg kan ha ekskludert noen relevante studier som kunne gitt andre resultater enn de jeg fikk. Artiklene har vært oversiktlige og gode å gjøre analyse på og jeg finner de hensiktsmessige til å besvare hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som skal gjennomgå provosert abort. Samtlige studier var kvalitative og det var dermed lettere å sammenligne resultatene i studiene.

Women´s experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures - A qualitative study og No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame and emotional distancing har to felles forfattere. Eva Sommerseth og Bente Dahl er medforfattere på begge studiene og det er noen av de samme kvinnene som er intervjuet på begge studiene. Dette kan ha gjort at jeg har fått en mindre variert gruppe kvinner som er intervjuet. Forfatterene setter sitt preg på studiene selv om det skal være objektive data fra kvinnene. Deres refleksjoner kan da ha kommet frem to ganger og dermed farget mine resultater.

Artiklene jeg har brukt er på engelsk, og disse er oversatt til engelsk av forfatterne i analyseprosessen. Dette kan ha gjort at noe informasjon kan ha gått tapt eller blitt endret på slik at de kommer frem på en annen måte enn sykepleierne eller kvinnene mente.

5.1.2 Kildekritikk

Kildene til oppgaven må vurderes ut fra relevans og kvalitet. Kildekritikk er en metode som brukes for å vurdere om en kilde er sann, aktuell og kvaliteten på den. Ved å gjøre rede for litteraturen som er anvendt i oppgaven vil den bli mer troverdig og kvaliteten bedres (Dalland, 2014, s. 64-68). Jeg søkte utelukkende etter fagfelleverderte studier som en kvalitetssikring i litteratursøkingen min. Studiene var utført i Norge og Sverige og jeg kunne da regne med at resultatene var relevante for norske forhold. Metodene i studiene virket hensiktsmessige for å svare på studiens hensikt med tydelige resultater rettet mot denne. Intervjuene som er blitt gjort i studiene kan ha blitt farget av oversettelsen og omformuleringen til forfatterne og dermed kommet frem på en annen måte enn det kvinne ville uttrykket direkte

Jeg tenkte før jeg gikk i gang med analysearbeidet at det kom til å være mer fokus på gode og dårlige erfaringer med abortomsorgen slik at jeg kunne diskutere både det kvinne var fornøyd med og det som kunne bli bedre. Derimot opplevde jeg at det var klart mest fokus på det negative og derfor er det dette som er representert i resultatene.

Det kan tenkes at kvinner har forskjellige behov for sykepleie ved sykehusabort og hjemmeabort og dermed oppstår en seleksjonseffekt. De kvinnene som får abort hjemme er mindre på vei i svangerskapet og blir mindre syke – mens de kvinnene som innlegges i sykehus har mer kompliserte behov og trenger å bli møtt tverrfaglig. Det kan være en svakhet å ikke klare skille disse to når de kombineres i en studie som ved studien til Stålhandske et al (2018).

Samtlige av de fire studiene er godkjent av etiske komiteer. Studien til Aamlid et al, (2021) og Røseth et al, (2022), har gitt skriftlig og muntlig informasjon til kvinnene i forkant av intervjuene. De har også gitt kvinnene muligheten til å trekke seg når som helst og deres data vil da bli slettet fra studien uten konsekvenser. Det kan hende at noen kvinner synes det var vanskeligere å dele opplevelser knyttet til aborten enn forventet, derfor kan en mulighet for å trekke seg være en trygghet. Det kommer ikke tydelig frem i de andre to studiene om muligheten for å trekke seg. Abort kan være et sårbart tema. Derfor er individuelle intervjuer av kvinnene fordelaktig da de kan være anonyme for alle andre enn de som intervjuer.

Alle studiene jeg har brukt har flere fellestrekk i resultatene og dette øker dermed troverdigheten av resultatene. I studiene som representerer pasientperspektiv har samtlige

gjort individuelle intervjuer av kvinner. Disse kvinnene er i alder fra 21-57 år og alle utenom 2 har gjennomført en abort før uke 12. Ved å gjøre individuelle intervjuer får kvinnene en mulighet til å dele fritt om sine erfaringer anonymt og det kan derfor være mer ærlige og sårbare meninger som kommer frem. Det er stor forskjell hos kvinnene hvor lenge siden den aktuelle aborten ble gjennomført og dermed kan andre livshendelser som har skjedd i etterkant være med på å endre hvordan aborten opplevdes samt hukommelse kan ha vært en faktor for hva som kom frem. Selv om mange kvinner i Norge og Sverige har blitt inkludert i intervjuene er dette sett i et større perspektiv en liten del av det store. Dermed kan overførbarheten til andre land og kulturer være redusert. Erfaringene presentert i denne oppgaven kan belyse hvordan abortomsorgen er i vår kultur hvor vi har tilgang på selvbestemt abort.

Intervjuene til studien til Kjelsvik et al var fokusgruppe-intervjuer hvor sykepleiere og leger ble intervjuet sammen i grupper. 19 sykepleiere og en lege ble intervjuet i disse gruppene. Sykepleiere kan møte på ulike utfordringer når de møter kvinner som skal gjennomgå en provosert abort, og ved å inkludere forskjellige sykepleiere fra forskjellige sykehus i Norge kan dette gi et nyansert bilde på hvordan dette er på norske sykehus. Det er beskrevet i studien at intervjuene i gruppene fikk frem gode diskusjoner og refleksjoner samtidig som hver og en delte sine individuelle erfaringer (Kjelsvik et al, 2018). Dette kan samtidig være en svakhet da det kan være vanskeligere å dele sårbare og vanskelige refleksjoner og erfaringer når du sitter sammen med andre.

Studiene bygger på erfaringer kvinner og sykepleiere har til provosert abort. Det kan tenkes at en studie der det ble observert i praksis hvordan sykepleien til disse kvinnene var kunne gitt et mer nøyaktig bilde på behovene til kvinnene. Studiene får frem en del negative sider ved abortomsorgen og dermed kan det virke som at kvinnene og sykepleierne har vært ærlige i intervjuene, noe som gjør studien mer reell.

Forskningsarena

Studiene jeg har brukt til oppgaven er utført på sykehus i Norge og Sverige. Jeg leste en del studier fra andre land, blant annet USA, Australia og England, men fant ut at kulturforskjellene og forskjeller i loven for selvbestemt abort var større enn jeg trodde på forhånd. Ved å bruke studier fra Norge og Sverige kan resultatene være sammenlignbare for norske sykehus.

Forskernes bakgrunn

Jeg søkte opp forfatterne av studiene for å sjekke bakgrunnen. Alle har helsefaglig bakgrunn og ulike videreutdanninger innenfor sine områder. Mange av de har en doktorgrad og alle har publisert flere artikler i anerkjente tidsskrifter.

Informanter

I studien til Aamlid et al. og Røseth et al., har de brukt samme utvalg av kvinner med små forskjeller. De inkluderte henholdsvis 23 kvinner og 22 kvinner i alderen 24-45 år. Alle kvinnene var fra norsk opprinnelse med unntak av en og kvinnene var fra alle steder i Norge. Kvinnene ble intervjuet i den settingen de synes var mest komfortabel og ble stilt tre åpne spørsmål der de kunne reflektere og fortelle sine erfaringer. Studien fra Sverige inkluderte 24 kvinner i alderen 21-57 år.

Studien med sykepleierperspektiv hadde fokusgruppeintervju med 19 sykepleiere og en lege, alle kvinner mellom 24-60 år med gjennomsnittlig erfaring på 11 år (fra 3 mnd til 33 år). Under studien var legen ansatt på gynekologisk avdeling, tolv sykepleiere på gynekologisk poliklinikk og syv sykepleiere på gynekologisk sengepost.

Representantene fra kvinnene med erfaring fra abortomsorgen hadde stor variasjon i alder og livserfaring og kan derfor gi et bredt og nyansert bilde av erfaringene. Med en gjennomsnittlig erfaring på 11 år hos sykepleierene og legen er mange stadier innenfor et yrkesaktivt arbeidsliv representert.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med oppgaven har vært å belyse hva sykepleier kan gjøre i møte med kvinner som skal gjennomgå selvbestemt provosert abort for å øke kvinnens opplevelse av ivaretagelse. Videre i dette kapittelet skal jeg diskutere resultatene som kom frem fra studiene sammen med litteratur og mine refleksjoner.

5.2.1 Informasjon

Samtlige av studiene viste at kvinner opplever at informasjonen ikke er tilstrekkelig i forkant av en provosert abort. De mottar ikke informasjon som er individualisert og kan dermed sitte igjen med en dårlig erfaring. Ifølge Helsenorge skal du få informasjon om hvordan du kan kontakte sykehuset til alle døgnets tider, men det kommer frem fra studiene at mange kvinner kvier seg til å ta dette steget selv om de kunne hatt behov for en telefonsamtale underveis i

aborten. Kari Martinsen vektlegger i sin omsorgsfilosofi hvordan sykepleier best mulig kan få en oppfatning av hvordan en individuell situasjon er og hva pasienten har behov for gjennom holdning, syn, hørsel, lykt og følelse (Kristoffersen, 2016, s. 55). På denne måten kan sykepleier ta en individuell avgjørelse på hvilken informasjon pasienten har behov for og dermed gjennom omsorgen gi pasienten individuelt basert informasjon. Martinsen beskriver den praktiske omsorgen som noe som gjør at pasienten opplever anerkjennelse og ikke umyndiggjøring (Kristoffersen, 2015, s. 255). God informasjon kan være en kilde til at pasienten opplever anerkjennelse i denne situasjonen. Hva som er god informasjon kan være forskjellig fra pasient til pasient, noen synes det er greit med et skriv mens andre trenger mer enn dette. Det er derfor viktig at sykepleier sanser og føler seg frem til hva pasienten har behov for av informasjon.

Omsorgen er relasjonell og kommer fysisk frem i individuelle situasjoner som må forstås (Alsvåg & Martinsen, 2018, s. 216). Sykepleier vet kanskje hva som skal til for å gå frem i den gitte situasjonen og gi den omsorgen og dermed informasjonen som trengs, men for sykepleiere kan det være vanskelig å tørre å gå inn i situasjonen i fare for å trå feil. Abort er et vanskelig og sårt tema, og sykepleier kan selv komme i konflikt med sine verdier. Pasientene på sin side ønsker informasjon som er individuelt tilpasset, men det krever at sykepleierne tør å gå inn i situasjonen med hele seg.

Fra praksis har jeg selv erfart at en prosedyre kan bli en vanesak for sykepleier, men vil svært sjelden bli en vanesak for pasienten. Dersom en sykepleier er vandt med å jobbe med å informere kvinner gjennom abortprosessen kan det bli en slags automatikk i prosessen, og dermed gis informasjonen på autopilot. Det er lett å glemme hvor sårbar en pasient kan være og hvor store individuelle forskjeller som finnes. Jo mer en sykepleier kan om tema og jo mer erfaring som skaffes, jo vanskeligere kan det være å huske hvor lite som er vanlig å vite. Samtidig står vi i et samfunn og et helsevesen der det er mye fokus på “mer helse for hver krone” (Heggen & Solbrekke, 2009, s. 50) og dermed kan det være vanskelig for sykepleier å tørre å gå inn i hva pasienten trenger av informasjon fordi det tar for mye tid.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 har pasientene krav på å få informasjonen som er nødvendig for å gi innsikt i innholdet i helsehjelpen der risiko og bivirkninger skal inkluderes. Å gi den samme informasjonen til alle kvinner vil gjøre at kvinnene får den informasjonen som er sett på som nødvendig, men det er ikke dermed gitt at

den er tilpasset. Samme lov § 3-5 presiserer hvordan informasjonens form skal være. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens forutsetninger, som for eksempel alder, erfaring og modenhet. Informasjonen skal også gis på en hensynsfull måte og det skal forsikres om at mottaker har forstått innholdet og betydningen. For å forstå hva en individuell kvinne har behov for av informasjon krever det at sykepleier kan skape en trygg relasjon mellom henne og kvinnen slik at kvinnen tør vise sin sårbarhet og dermed kan uttrykke hva hun trenger.

5.2.2 Bekreftelse

I studiene kom det frem en todeling når det gjaldt bekreftelsesbehovet som kvinnene uttrykket. Kvinnene ønsket at sykepleierne møtte de på hva de gikk gjennom med å gi en bekreftelse på at de forsto valget kvinnene hadde tatt og at de hadde tatt riktig valg. Sykepleierne på en annen side var forsiktige med å gi denne bekreftelsen i redsel for å medvirke valget til kvinnen. Kvinnene opplevde skyld- og skamfølelse ved manglende bekreftelse og sykepleierne opplevde konflikt med egne verdier ved å involvere seg for mye ved bekreftelse av valget. Å velge å avslutte et svangerskap er et sårbart tema. En sykepleier som for eksempel jobber på sengepost med pasienter med KOLS kan komme med råd og bekreftelse angående røykeslutt. Sykepleiere som jobber med kvinner som skal gjennomgå provosert abort kan ikke komme med slike råd uten at det går ut over selvbestemmelsen til kvinnene. Kvinnenes autonomi står høyt og sykepleierne beskriver i studiene at de er redde for å gi for mye bekreftelse som fører til at kvinnen velger noe annet enn det de hadde tenkt.

Dette kan bli et etisk dilemma for sykepleiere. Hvis vi ser på de fire etiske prinsippene kan vi se at to av de blir motstridende mot hverandre her. En sykepleier kan følge prinsippet “å gjøre godt” ved å gi bekreftelsen kvinnen ønsker slik at følelsen av skam og skyld reduseres. Samtidig vil det kunne gå ut over prinsippet som omhandler autonomi (Ursin, 2021). Som sykepleier står du med makt i relasjonen til en pasient og pasienten blir derfor sårbar. For å unngå å medvirke til valget slik at prinsippet om autonomi ivaretas må det kanskje gå ut over til pasienten ved skyld- og skamfølelsen øker. Det kan være vanskelig å ivareta begge deler 100% samtidig, det ene går utover det andre.

5.2.3 Tilnærming gjennom ulike spørsmål

Sykepleierne i studien til Kjelsvik et al. prøvde å stille spørsmål til kvinnene i en retning som skulle gjøre at de ikke følte seg stilt til veggs og måtte forklare seg. De ville ikke gi kvinnene

en krenket selvfølelse ved å sette spørsmål ved valget. Dette kan også knyttes opp mot hvordan møtet mellom sykepleier og pasient blir tolket ut fra relasjonen mellom dem. Dersom det er en dårlig relasjon i bunn kan spørsmålene fra sykepleier fort ramme kvinnen og tolkes på en annen måte enn det som var intensjonen fra sykepleieren. Det som egentlig var ment som omtanke og hjelp kan bli en kilde til at pasienten føler seg dum, skamfull, redd og foraktet (Røkenes og Hanssen, 2019, s- 178-179). Dersom sykepleier retter oppmerksomheten mot relasjonen til pasienten under de korte møtene kan spørsmålene bli mottatt som hjelp og omsorg i istedenfor noe krenkende.

På en annen side sa studiene at noen kvinner skulle ønske at det ble satt mer spørsmål til hvorfor kvinnen hadde tatt valget om aborten. Den ene kvinnen hadde tatt et valg som de rundt henne så på som riktig, og hun turte ikke dele de vanskelige følelsene sine knyttet til aborten. Martinssen sin påstand om å kartlegge en pasientsituasjon med åpen holdning, syn, hørsel, lukt og følelse kunne vært med på å kartlegge hva kvinnen hadde behov for av omsorg her slik at de riktige spørsmålene kunne blitt stilt til denne individuelle situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 55). Ifølge Martinsen er omsorgens moralske side delt i to. Den ene går ut på normmoralen, der du gir omsorg for å gjøre det beste for pasienten ut fra regler om det som er rett. Den andre delen går ut på spontanitet, og denne kan være viktig i sånne sammenhenger. Sykepleier kan da bruke skjønn for å spontant gi kvinnen det hun har behov for. Dersom sykepleier er sanselig til stede, kan kanskje kroppsspråket til kvinnen avsløre om hun trenger sykepleierens omsorg på en annen måte. Samtidig kan dette igjen komme i konflikt med autonomien til pasienten. Dersom pasienten endrer mening om aborten etter samtale med sykepleieren, er det da pasienten eller sykepleieren som tar valget til syvende og sist?

Tillit og respekt til sykepleieren der pasienten føler at sykepleieren har nok tid og rom bidrar til å tørre å fortelle om vanskelige følelser (Røkenes & Hanssen, 2019, s. 180-181). Ved å stille åpne spørsmål kan sykepleier vise til pasienten at det er god tid til samtale og kan invitere til å dele følelser. På en annen side har sykepleier begrenset tid til hver pasient og en hverdag som sykepleier kan være preget av tidspress. Dermed kan sykepleier være tvunget til å stille lukkede spørsmål som gjør at pasienten kan føle seg avvist og dermed øke følelsen av skam og skyld fordi selvfølelsen blir rammet.

5.2.4 Oppfølging

At de fleste kvinnene ikke opplevde å få tilbud om å få oppfølging i etterkant av aborten kan ha gjort at de følte seg avviste av helsevesenet. I studien til Røseth et al. kom det frem at noen kvinner ikke ønsket oppfølging da de bare ønsket å komme seg over hendelsen forttest mulig uten å tenke mer på aborten etter at den var ferdig. Fra Kari Martinsens omsorgsfilosofi beskrives det hvordan sykepleier bør være bevegelig berørt tilstede i situasjoner (Alsvåg og Martinsen, 2018, s. 216). Sykepleier kan gjennom omsorg til pasienten komme inn på følelsene til pasienten og dermed kartlegge de som kan ha spesielt behov for oppfølging i etterkant. Samtidig krever oppfølging økonomi til dette, det er ikke noe som kommer gratis. For sykehusene er det rimeligere at kvinnene får med seg en graviditetstest som de tar hjemme selv etter fire uker enn at de skal ha en ny time på sykehuset som krever både menneskelige ressurser og økonomi. For noen kvinner er det vanskelig å dele opplevelsene sine med pårørende angående en abort. Derfor kunne noen kvinner hatt utbytte av en samtale i etterkant slik at de fikk snakket ut om opplevelsen. Det hadde vært fordelaktig om tilbudet om samtale kom i etterkant av aborten når kvinnen er mer bevisst over hvilke behov hun har etter aborten. Det er ikke alltid så lett å vite på forhånd.

5.3 Anvendelse av resultatene i praksis

Resultatene fra denne oppgaven og teori viser at det finnes forbedringspotensialer i møte mellom sykepleier og kvinner som skal gjennomgå en provosert abort. Jeg vil foreslå konkrete forslag som kan gjøre at kvinnene får en bedre opplevelse i dette møtet slik at kvinnen kan gå ut av situasjonen med en redusert skam- og skyldfølelse.

Forslagene mine er:

- Sykepleier ringer til kvinnene som skal gjennomgå en hjemmeabort. Dersom kvinnen får nummer til en sykepleier og navnet til sykepleieren kunne det blitt enklere å ringe fordi det allerede har blitt dannet en relasjon med navnet.
- Forsøke å gi personalisert informasjon ved å kartlegge hva pasienten vet på forhånd slik at informasjon som ikke har vært kommunisert til pasienten avdekkes og eventuelt tilføyes.
- Refleksjonsgrupper der sykepleiere sammen med leger reflekterer over pasientsituasjoner, etiske dilemmaer og tanker og reflekterer over hva som kan forbedres.

- Noen kvinner vet ikke at de har behov for samtale før etter aborten. Derfor kan de bli kontaktet i ettertid for å bli tilbudt samtale med sykepleier.
- En evaluering i etterkant av en abort kunne vært fordelaktig for både oppfølging av kvinnene og forbedring av sykepleien. En evaluering i form av en telefonsamtale i etterkant kan avdekke eventuelle mangler og kvinnene kan uttrykke hva som var bra og dårlig med prosessen slik at forbedring kan tilstrebes gjennom tilbakemeldingene.
-

Avslutning

Som sykepleier på gynekologisk avdeling eller gynekologisk poliklinikk kan det være avgjørende å gi individualisert informasjon og omsorg til kvinner. Eksisterende forskning og faglitteratur viser at kvinnene ønsker mer tilstedeværelse av sykepleierne i møtet mellom de ved at sykepleier kartlegger hva den individuelle kvinnen har behov for av omsorg og informasjon. Samtidig er det etisk vanskelig for sykepleierne å vite hvor mye de skal involvere seg for å ikke komme i konflikt med egne verdier og autonomien til kvinnene. I 2020 ble det utført i overkant av 10 000 selvbestemte svangerskapsavbrudd i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021). Dette er mange kvinner, og det er derfor viktig at det forskes videre på dette. Gjennom denne oppgaven ble det identifisert noen spørsmål som kunne vært aktuelle å innhente videre forskning om:

- Hvordan er opplevelsen til kvinner som utfører hjemmeabort sammenlignet med de som utfører aborten på sykehus?
- Er hjemmeabort en gunst for kvinnen eller for økonomien til sykehusene?
- Opplevelsen av hvorvidt smertelindringen er tilstrekkelig ved medikamentell abort.

Referanseliste

Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures—A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100582, 1-6.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>

Aase, K. (2022, 22. oktober). Unge kvinner føler skam rundt abort. *VG*.

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/8JJRyW/unge-kvinner-foeler-skam-rundt-abort>

Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50) Hentet fra:

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

Alvsvåg, H., & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215-222.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats*. Studentlitteratur.

Felleskatalogen AS (2021, 26. august). *Cytotec*. Pfizer. Hentet fra:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/cytotec-pfizer-547762>

Felleskatalogen AS (2021, 13. Desember). *Mifegyn*. Exelgyn. Hentet fra:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/mifegyne-exelgyn-561525>

Fonn, M. (2019). Kari Martinsen. Pleien tar den tiden den tar. Hentet fra <https://sykepleien>, (2019/02).

Heggen, K., & Solbrekke, T. D. (2009). Sykepleieansvar—fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt?. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 11(3), 49-61.

Helsedirektoratet. (2020, 31. juli). *Abortmetoder*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>

Helsedirektoratet. (2020, 31. juli). *Til deg som vurderer abort.*

<https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>

Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester.

Journal of clinical nursing, 27(21-22), 4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Gimsbø, G. H. (red.). (2016).

Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Gimsbø, G. H. (red.). (2016).

Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Løkeland M, Heiberg-Andersen R, Akerkar R, Jonasson ØA, Askeland OM, Hornæs M, Halvorsen GS, Faugstad LA, Juliusson PB. (Mars 2021). *Rapport om svangerskapsavbrot for 2020.* (Rapport nr. [1]–2021,0.). Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/rapport-om-svangerskapsavbrot-2020-rapport-2021.pdf>

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2019). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg). Fagbokforlaget.

Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. *Health Care for Women International*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2090565>

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61).

Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>

Usrin, L. (2021, 30. november). De fire prinsipper. I *Store medisinske leksikon* på snl.no. https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper

World Health Organization. (2019). *Medical management of abortion*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1 Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
28.09.22	British Nursing Index	Nurse AND (induced abortion) AND (nurse-patient relationship)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	197	4	3	0
28.09.22	British Nursing Index	(nursing care) AND (induced abortion) AND (women's experiences)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	139	4	0	0
28.09.22	British Nursing Index	Nurse AND (induced abortion) AND (stigma) AND (qualitative)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	522	3	2	0
28.09.22	Cinahl	(nursing care) AND (induced abortion) AND (women's experiences)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	1052	5	1	0
28.09.22	Cinahl	Nurse AND (induced abortion) AND (stigma) AND (qualitative)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	443	4	2	0
28.09.22	Cinahl	Nurse AND (induced abortion) AND (nurse-patient relationship)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	55	1	1	0
29.09.22	British Nursing Index	(Nurse practioners) AND (qualitative study) AND (medication abortion)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	43	3	2	0
29.09.22	British Nursing Index	Information AND (home abortion) AND nurse	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	29	3	1	0
29.09.22	PubMed	Nursing care AND (induced abortion) AND (nurse-patient relationship)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	8	8	3	1
29.09.22	PubMed	Abortion AND (women's health) AND (abortion care) AND (women's experience)	Fagfellevurdert Publisert de siste 10 år	628	2	2	0
29.09.22	PubMed	Abortion AND (women's health) AND (abortion care) AND (women's experience) AND (existential)	Fagfellevurdert Publisert de siste 12 år	6	6	6	2
30.09.22	Studie funnet i referanseliste n til en annen uvalgt studie						1

Vedlegg 2 Litteratormatrise

Forfatter(e), årstall, tittel, tidsskrift, Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E., 2018, <i>Journal of clinical nursing</i> , Norway	Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester.	Øke forståelse og kompetansen til helsepersonell som har ansvar for ambivalente gravide kvinner som vurderer å ta abort	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju på 6-8 sykepleiere/lege som fortalte og diskuterte åpent om sine erfaringer.	19 sykepleiere og 1 lege ved fire ulike gynekologiske avdelinger i Norge	Helsepersonellet følte seg ansvarlige for å bidra til å gjøre vel for pasienten. Dette krevde fokusert oppmerksomhet rettet mot alle kvinner som ble forberedt til en provosert abort og krevde en bevissthet og balansegang mot å identifisere, håndtere og å være involvert i kvinnens potensielle usikkerhet uten å påvirke hennes meninger.
Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., & Tydén, T., 2011, <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i> , Sweden	Women's existential experiences within Swedish abortion care..	Undersøke svenske kvinners erfaringer innenfor abortomsorgen i Sverige relatert til deres behov for eksistensiell omsorg.	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie med individuelle intervjuer av 24 svenske kvinner som tidligere har opplevd uønsket svangerskap og abort. Kvinnene fylte først ut et spørreskjema og ble etterpå spurt spørsmål fra en intervjuguide og ble oppfordret til å fortelle sin historie. Semi-strukturerte i dybden intervju	24 svenske kvinner som hadde erfaring med provosert abort i Sverige. Alle kvinne utenom to hadde aborten i første trimester.	Forskjellige behov hos kvinnene ble identifisert. Svensk abortomsorg ble beskrevet som rasjonell og nøytral der fysiske behov ble prioritert over eksistensielle. Den medisinske prosedyren trigget eksistensielle opplevelser av livet, mening og moral for noen kvinner. Noen kvinner avsto helt fra eksistensiell støtte, mens andre uttrykte et ønske om å reflektere rundt de eksistensielle aspektene og å forsone seg med valget emosjonelt.
Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B., 2022. <i>Health Care for Women International</i>	No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing	Kvinnens erfaringer knyttet til medisinsk abort i hjemmet	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie med individuelle intervju av 22 kvinner. En intervjuguide med tre åpne spørsmål ble brukt og kvinnene ble samtidig oppfordret til å dele erfaringer fritt underveis. Intervjuene varte mellom 10 og 71 minutter.	22 kvinner i Norge som hadde erfaring med provosert abort i første trimester	Studien kom frem til fire hovedresultater; Det logiske og fornuftige valget – tvil under overflaten Hemmelighold og den tvilsomme trøsten av skjult skam Emosjonell distansering som mestringsstrategi Å komme seg videre – og gå tilbake til meningen med aborten

Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. 2021. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i>	Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures– A qualitative study.	Hensikten var å undersøke hvilke erfaringer kvinner hadde knyttet til informasjonen og oppfølgingen de fikk før og underveis ved medisinsk abort i hjemmet	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie med individuelle intervjuer av 23 kvinner. En intervjuguide med tre åpne spørsmål ble brukt og kvinnene ble samtidig oppfordret til å dele erfaringer fritt underveis. Intervjuene varte mellom 19 og 71 minutter.	23 kvinner i Norge som hadde erfaring med provosert abort i hjemmet i første trimester.	Tre hovedtema ble identifisert fra studien; Kvinnene opplevde at informasjonen var utilstrekkelig og dette gikk ut over følelsen av trygghet. Kvinnene opplevde en mangel på bekreftelse fra helsepersonellet og dette gikk ut over følelsen av støtte Hvilken oppfølging og tilgang på hjelp fra helsepersonell kvinnene hadde under hjemmeaborten og hvordan dette påvirket følelsen av velvære.
---	--	--	-------------------	--	---	---

Vedlegg 3: Tankekart

