

BSYBAC 6
Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Ivaretagelse av pasienter som gjennomgår provosert abort

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02.01.2023



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

Få avgjørelser er mer personlige eller intime, mer private og mer grunnleggende for individets verdighet ... enn når en kvinne bestemmer seg for om hun vil avslutte et svangerskap.

Harold Blackmun.

Sammendrag

Bakgrunn:

Provosert abort er et vanskelig og kontroversielt tema. I Norge ble det gjennomført 10 841 aborter i 2021 (Folkehelseinstituttet, 2022). Kvinner som gjennomfører provosert abort kan befinne seg i en sårbar situasjon. De kan oppleve stigmatisering og bli møtt med dømmende holdninger både privat og innenfor helsevesenet. Til tross for at provosert abort er lovlig i Norge, er kontroversen fortsatt til stede i samfunnet. Sykepleiere har et ansvar om å ivareta denne pasientgruppen.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta kvinner som gjennomgår provosert abort.

Metode:

Oppgaven har integrativ litteraturoversikt som metode, hvor fire vitenskapelige artikler har blitt analysert. Artiklene inkluderer både kvalitativ og kvantitativ metode. Annen relevant faglitteratur, pensumlitteratur, egne erfaringer og artiklene legger grunnlaget for besvarelsen.

Resultater:

Resultatene viser at mange kvinner som tar abort opplever manglende informasjon og kommunikasjon sammen med helsepersonell. Flertallet av kvinnene kjenner på sterke fysiske smerter under aborten og smertelindringen beskrives som utilstrekkelig. Kvinnene står i sårbare situasjoner, men opplever å ikke bli møtt med omsorg og respekt. Helsepersonell som jobber med abortsøkende kvinner opplever at institusjonelle begrensninger som mangel på tid, personal og utdanning påvirker sykepleieutøvelsen negativt.

Nøkkelord: Sykepleie, abort, provosert abort, ivaretagelse, sårbarhet, ambivalens

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Sykepleiefaglig relevans og oppgavens hensikt.....	6
1.4 Avgrensning	7
2.0 Teori	8
2.1 Hva er abort?.....	8
2.2 Abortkampen: fra straffbar handling til lovlig inngrep.....	8
2.3 Informasjonsbehov.....	8
2.4 Martinsen og Løgstrup.....	9
2.4.1 Samtalen og kommunikasjonen i omsorgsyrkene.....	9
2.4.2 Ivaretagelse, sårbarhet og urørlighetssonen	10
3.0 Metode	12
3.1 Hva er metode?.....	12
3.2 Integrativ litteraturoversikt og analyse av artiklene	12
3.3 Søkestrategi.....	13
3.3.1 Inklusjonskriterier	13
3.3.2 Valg av databaser	13
3.3.3 Valg av søkeord og søkeprosess	13
3.3.4 Valg av artikler.....	14
3.4 Analyse av artikler	16
4.0 Resultat	17
4.1 Behov for informasjon, kommunikasjon og ikke-dømmende helsepersonell	17
4.2 Sykepleierens barrierer.....	18
4.2.1 Manglende kompetanse.....	18
4.2.2 Tid og travelhet	18
4.3 Ivaretagelse av den kvinnelige pasient	18
4.3.1 Smerter	18

4.3.2 Sårbarhet	19
4.3.3 Ambivalens	19
5.0 Metodediskusjon	21
5.1 Valg av metode.....	21
5.2 Kildekritikk.....	22
5.2.1 Forskernes bakgrunn	22
5.2.2 Studienes informanter	22
5.2.3 Studienes forskningsarena og land.....	23
5.3 Integrativ litteraturoversikt.....	23
6.0 Resultatdiskusjon.....	25
6.1 Ambivalens og den ivaretagende samtale.....	25
6.2 Økende behov for informasjon.....	27
6.3 Urørlighetssonen, sårbarheten og ivaretagelsen.....	28
7.0 Relevans for klinisk praksis	30
Litteraturliste	32
Vedlegg.....	35
Søkelogg (vedlegg 1).....	35
Litteratormatrise (vedlegg 2).....	36

Antall ord: 7683

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleierstudenter får vi oppleve og se mennesker på sitt aller mest sårbare. De befinner seg i ulike situasjoner som for mange kan være ubegripelig å forstå. I samspill med pasienten er det ønskelig at vi som sykepleierstudenter understøtter håp, mestring og livsmot (NSF, 2019). Personorientert pleie og omsorg er nøkkelpunkt i sykepleierutdanningen vår. Likevel ser vi barrierer som blant annet mangel på ressurser, tid og personal i praksis som reduserer pasientfokuset. På bakgrunn av dette stiller vi spørsmål om helsevesenet alltid lykkes med å ivareta pasientene sine. Da vi skulle velge tema for oppgaven var det mange ulike erfaringer og fagområder som virket spennende å fordype seg i. Kvinnehelse var noe som skilte seg ut for oss. Ettersom kvinnehelse er et dagsaktuelt tema, spesielt da med tanke på seksuell- og reproduktiv helse, ønsket vi å fokusere på et tabubelagt emne. Vi må tørre å snakke om abort.

Oppgavens tema er provosert abort. Ved provosert abort avbrytes svangerskapet i den hensikt om å hindre fødsel av et barn (Nesheim, 2022). Svangerskapsavbrudd er et aktuelt og kontroversielt tema i dagens samfunn som skaper store debatter. Temaet er ofte preget av negative holdninger, vanskelige følelser som skam og skyld, samt fysiske og psykiske reaksjoner i etterkant av aborten (Opsahl, 2013). Dette er et viktig tema for oss, både som sykepleierstudenter og ikke minst som kvinner.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta kvinner som gjennomgår provosert abort?

1.3 Sykepleiefaglig relevans og oppgavens hensikt

Som sykepleiere er ivaretagelse av den enkelte pasients verdighet og integritet fundamentalt. På lik linje skal sykepleier yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. I tillegg skal sykepleiere sørge for at pasienten har medvirkning i egen behandling, samt behandles med respekt uten å bli krenket (NSF, 2019). Det er pasientens behov som skaper grunnlaget for hvordan vi utøver sykepleie. Oppgavene kan variere avhengig av pasienten, samt rollen som sykepleier kan variere ut ifra hvilken pasientgruppe man ivaretar.

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan sykepleier ivaretar kvinner som gjennomgår provosert abort. Gjennom oppgaven presenteres ulike erfaringer både fra pasientens og sykepleiers perspektiv. Kvinner som gjennomgår provosert abort befinner seg i en vanskelig situasjon (Kjelsvik et al., 2018). Ved å undersøke kvinners erfaringer og forventninger til helsevesenet kan vi få et innblikk i hvordan vi muligens kan redusere belastningene deres.

1.4 Avgrensning

For å avgrense problemstillingen vil oppgaven omhandle provosert abort. Gjennom oppgaven bruker vi betegnelsene «kvinnene», «pasientene» og «informantene» når vi vinkler det fra pasientperspektivet. Likeså bruker vi også «informantene» fra sykepleierperspektivet. Vi lever i en multikulturell verden hvor det er ulovlig å gjennomføre provosert abort i ulike land. Av den grunn har vi valgt å avgrense til Skandinavia, hvor provosert abort er lovlig og helsevesenet er mest lik det norske. Videre utelukker vi kvinner med fysisk og/eller psykisk utviklingshemning. Begrunnelsen for dette er at denne pasientgruppen kan ha behov for annen tilnærming og oppfølging. I tillegg velger vi å avgrense til voksne kvinner over 18 år. Oppgaven tar ikke stilling til pasientens eventuelle partner. Til slutt har vi valgt å ikke avgrense oppgaven til en bestemt abortmetode eller årsak for abort.

2.0 Teori

2.1 Hva er abort?

Abort betyr å avbryte et svangerskap. Det skilles mellom spontanabort og provosert abort (Nesheim, 2022). Spontanabort vil si at svangerskapet blir avbrutt før fosteret er levedyktig (Nesheim, 2021). Som tidligere nevnt er provosert abort et brudd av svangerskapet i hensikt om å hindre fødsel. Provosert abort kan gjøres medikamentelt eller kirurgisk. Ved medikamentell abort tar kvinnen først medikamentet mifepriston (oralt) som fører til at fosteret dør. To dager senere tar kvinnen misoprostol (vaginalt) som fører til sammentrekninger i livmoren, dette resulterer i at fosteret støtes ut. Medikamentell abort kan enten utføres på sykehus eller i hjemmet, dersom det er medisinsk forsvarlig (Nesheim, 2022). Kirurgisk abort er et relativt kortvarig inngrep hvor svangerskapsproduktene fjernes med et vakuumsug (Nesheim, 2022). Kvinnen står selv fritt til å velge hvilken metode hun ønsker, så lenge det er medisinsk forsvarlig. Til tross for valgfriheten ser vi at omkring 90 prosent av provoserte aborter gjennomføres medikamentelt (Helsedirektoratet, 2020).

2.2 Abortkampen: fra straffbar handling til lovlig inngrep

Provosert abort er fortsatt et tabubelagt tema (Opsahl, 2013). I dagens Norge er det slik at kvinnen selv kan bestemme om hun ønsker å gjennomføre svangerskapet eller ikke. Sånn har det ikke alltid vært. Lov om svangerskapsavbrudd trådte først i kraft i 1976 (Abortloven, 1976). Den nevner blant annet at kvinner krav på å fatte det endelige valget på egenhånd (Abortloven, 1976, § 1). Kampen om kvinners rett til selvbestemt abort har fremkalt store diskusjoner gjennom årene. Det har gått fra å være en straffbar handling til et lovlig inngrep. I dag er provosert abort lovlig i Norge, likevel finnes det klare retningslinjer som både kvinnen og helsevesenet må forholde seg til.

2.3 Informasjonsbehov

Alle sykepleiere har et informasjonsansvar overfor pasientene sine. Pasienten skal ha tilstrekkelig med informasjon slik at vedkommende kan gi et informert samtykke til helsehjelpen (Pbrl, 1999, § 3-2). Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å blant annet gi lik tilgang på helsetjenester med god kvalitet og fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell. Videre skal loven bidra med å fremme sosial trygghet og ivaretagelse av pasienten (Pbrl, 1999, § 1-1).

Pasient- og brukerrettighetsloven dekker pasientens rett til medvirkning og informasjon. Pasienten har blant annet rett til å medvirke egen behandling (Pbrl, 1999, § 3-1). I henhold til vår oppgave vil det for eksempel si at pasienten selv kan bestemme om hun ønsker medisinsk eller kirurgisk abort, så lenge det vurderes som medisinsk forsvarlig (Helsedirektoratet, 2020). I tillegg har hun muligheten til å bestemme om medisinsk abort skal gjennomføres på sykehus eller hjemme (Helsedirektoratet, 2020).

Pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand. Dette omfatter blant annet risiko, bivirkninger og helsehjelpens innhold (Pbrl, 1999, § 3-2). Informasjonen skal i tillegg tilpasses mottakeren og overleveres på en hensynsfull måte. Helsepersonell skal sikre at informasjonen er forstått av mottakeren (Pbrl, 1999, § 3-5).

2.4 Martinsen og Løgstrup

Kari Martinsen er sykepleier, magister i filosofi og dr. philos i historie. I løpet av sin karriere har Martinsen skrevet en rekke bøker og vitenskapelig artikler. Hun har blant annet skrevet om omsorgsfilosofi, fenomenologi, historie og sosialpolitikk (Kristoffersen et al., 2017, s.52). Martinsen lar seg inspirere av en rekke filosofer. I hennes seneste bøker vektlegger hun sykepleiens moralske side, hvor hun er sterkt inspirert av den danske filosofen Knud Løgstrup (Kristoffersen, 2017, s.54).

2.4.1 Samtalen og kommunikasjonen i omsorgsyrkene

I boken *Samtalen, skjønnets og evidensen* (2005) forklarer Martinsen at kommunikasjon bærer all samtale. Videre skriver hun at kommunikasjon og samtale handler om å våge seg frem mot den andre, i håp om å bli imøtekommet. Det vil si å bli tatt på alvor, møtt med oppriktighet, hvor da integriteten ivaretas og vernes. Martinsen poengterer også at det er et vågestykke å begi seg ut i samtale med andre, hvor avvisning og krenkelse er et reelt utfall.

Kommunikasjon og samtale krever mot (Martinsen, 2005, s.37). Samtalen i omsorgsyrkene foregår mellom likeverdige parter. Likevel er det den profesjonelle som har faglig kompetanse og en maktposisjon. For å skape en balanse blir det enda viktigere at den profesjonelle lytter og virkelig hører hva den andre har å meddele (Martinsen, 2005, s.39).

Kommunikasjon i arbeidslivet er basert på yrkets verdigrunnlag (Eide & Eide, 2019, s.32). I de yrkesetiske retningslinjene til Norsk Sykepleierforbund kommer det frem at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (NSF, 2019). I teorien burde dette være en grunnmur for kommunikasjon og samtale i sykepleien. Likevel formidler Martinsen at samtalen er truet i helse- og sosialvesenet i dag (Martinsen, 2005, s.41). Martinsen nevner så videre at klokkeid og effektivitet i helseyrket er økende. Likeså formidler hun at vi kan finne fotfeste igjen (Martinsen, 2005, s.41). Med et økende fokus på tid og kunnskap kan vi verne og fremme samtalen. «Det dreier seg om å være langsom i de korte møtene» (Martinsen, 2005, s.43).

2.4.2 Ivaretagelse, sårbarhet og urørlighetssonen

Ivaretagelse innebærer så mangt at det kan skape utfordringer å prøve og definere det. I tillegg kan det tolkes på mange måter. Det kan bety en ting for deg som leser og en helt annen ting for oss som skriver. Innenfor sykepleien finnes det ingen konkret definisjon, men en slik betegnelse vil i praksis gjerne være knyttet til ord som relasjon, omsorg, kommunikasjon, respekt, trygghet og nestekjærlighet. Hos sykepleiere eksisterer det et ansvar i møte med pasienter hvor helhetlig omsorg er sentralt. Både pasient- og brukerrettighetsloven og NSF vektlegger ivaretagelse når forholdet mellom en sykepleier og dens pasient blir beskrevet (NSF, 2019; Pbrl, 1999, § 1-1).

Gjennom Martinsens verk *Løgstrup og sykepleien* (2012), viser hun til Løgstrup som beskriver hvordan mennesker er sårbare og avhengig av hverandre. «[...] vi er utlevert til den andres ivaretagelse» (Martinsen, 2012, s.12). Hun følger opp med hvordan vi mennesker er ufullkomne og at sårbarheten kan vendes mot oss, kanskje til og med ødelegge oss (Martinsen, 2012, s.12). Sårbarhet tilrettelegger for å vise medfølelse, som igjen kan styrke evnen til ivaretagelse. På et vis er gjerne sårbarheten en styrke hos individet. Innenfor helsevesenets vegger er det viktig at sykepleieren klarer å forholde seg til både pasientens sårbarhet og sin egen (Martinsen, 2012, s.12).

Videre gjennom *Samtalen, skjønnnet og evidensen* introduserer Martinsen et nytt begrep, nemlig *urørlighetssonen* (Martinsen, 2005, s.31). Løgstrup mener vi alle er omgitt av en urørlighetszone. «Et elementært fenomen i vor tilværelse er at enhver af os gør krav på en en urørlighetszone. [...] Urørlighetszonen har den funktion at holde oss til sagen» (Martinsen,

2005, s.31). Urørlighetssonen er individuell og personlig, noe som ikke skal krenkes. Det omhandler menneskets sårbarhet og integritet. For å opprettholde urørlighetssonen gjennom samtale er det viktig at vi holder oss til hverandres *grunner* når man samtaler. Det vil si at den andre skal få gjøre rede for hva han eller hun ønsker å tale om. For å bevare hverandres urørlighetssone oppfordres det til åpenhet (Martinsen, 2005, s.32). Løgstrup formidler at «den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. [...] (Løgstrup, 2010, s.25)» (Martinsen, 2012, s.153). Hvordan forholde seg til den andre kan være en spennende og utfordrende sak. Ivaretagelse, sårbarhet og urørlighetssonen er en nødvendighet gjennom samtalen. Tematikken diskuteres og drøftes i resultatdiskusjonen.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode kan beskrives som en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2017, s.56). Valg av metode er avhengig av hva man ønsker å undersøke. Vi skiller hovedsakelig mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode tar for seg konkrete tall og statistikk som gir forskeren et bredt overblikk over det som undersøkes. Det kan innhente begrenset informasjon fra mange enheter ved for eksempel hjelp av spørreundersøkelser. Kvalitativ metode tar sikte mot å beskrive fremfor å objektivt måle det som undersøkes. Ved kvalitativ metode innhentes mange og gjerne særegne opplysninger fra færre enheter ved for eksempel bruk av intervjuer (Dalland, 2017, s.55). Forskjellen mellom disse metodereiningene handler hovedsakelig om hvordan man samler inn data (Dalland, 2017, s.56). Får å få et mer helhetlig bilde av det man ønsker å undersøke kreves det flere metodiske tilnærminger, gjerne en blanding av kvalitativ og kvantitativ metode (Dalland, 2017, s.54).

3.2 Integrativ litteraturoversikt og analyse av artiklene

Litteraturoversikt gir oss en oversikt over kunnskapen innenfor et bestemt sykepleierelatert område (Friberg, 2018, s.141). Metoden har som hensikt å strukturere og gi en beskrivende sammenstilling av stoffet, samt skape grunnlag for videre kritisk gransking (Friberg, 2018, s.144). Litteraturoversikter kommer i flere former, deriblant generell og systematisk. Innenfor systematisk litteraturoversikt finner man integrativ litteraturoversikt. Dette er metoden vi har brukt for å analysere artiklene. Store deler av gjennomføringen til både generell og systematisk litteraturoversikt er lik. Begge inneholder en datareduksjon, oversikt og sammenligninger (Friberg, 2018, s.144 og 150). Integrativ litteraturoversikt tar et steg videre i analysen og inneholder også konklusjoner samt verifisering (Friberg, 2018, s.150). Metoden forutsetter holdbare tolkninger slik at man kan identifisere underliggende mønster og dra konklusjoner fra disse. I en generell litteraturoversikt gjøres det en beskrivende presentasjon, mens integrativ litteraturoversikt i tillegg tolker, konkluderer og verifiserer (Friberg, 2018, s.150-151).

3.3 Søkestrategi

3.3.1 Inklusjonskriterier

Sykepleie er et vidt fag med stort mangfold hvor det stadig forskes på ny og bedre kunnskap. For å ikke drukne i et hav av litteratur er det viktig å avgrense søkingen. Bruk av riktige inklusjons- og eksklusjonskriterier under søkeprosessen kan gjøre søkingen mindre overveldende. I tillegg kan dette utelukke artikler som ikke passer til det aktuelle problemområdet.

For å utelukke utdaterte artikler ble søkene avgrenset til å ikke være mer enn 10 år gamle. Språk ble også avgrenset til engelsk og skandinavisk. For å kunne relatere oppgaven mest mulig til sykepleieutøvelse i Norge, ble det tatt i bruk en geografisk avgrensning til Skandinavia. De siste kriteriene til litteratursøkingen var at artiklene var vitenskapelige og fagfelleverderte.

3.3.2 Valg av databaser

I forkant av litteratursøkingen gjorde vi oss kjent med skolebibliotekets nettside. Dette gjorde det enklere å navigere rundt i de ulike databasene, samt effektivisere søkingen. Under søkeprosessen opplevde vi at det eksisterte mye litteratur rundt temaet. Likevel var det vanskelig å finne god litteratur som var spesifikt rettet mot problemstillingen. På bakgrunn av dette brukte vi også Google Scholar hvor vi fant relevante studier som passet til vår hensikt. Flertallet av artiklene ble likevel hentet fra Oria, da dette ga oss spennende og relevante artikler.

3.3.3 Valg av søkeord og søkeprosess

Vi startet søkeprosessen med å analysere problemstillingen. Nøkkelordene «abort», «sykepleier» og «ivaretagelse» ble vurdert som relevante søkeord. Alle søkene ble så avgrenset med inklusjonskriteriene beskrevet ovenfor. Vi oversatte søkeordene til engelsk for å utvide søket. For at treffene skulle inneholde alle søkeordene ble de kombinert med ordet «AND». Etter noen søkerunder med ulike synonymer av de engelske søkeordene, var det nødvendig å avgrense ytterligere. Vi tok da i bruk PICO-skjema som et hjelpemiddel for å finne gode søkeord. PICO er en forkortelse, og hver av bokstavene presenterer elementer som ofte vil være med i et spørsmål. De ulike bokstavene står for «population/problem», «intervention», «comparison» og «outcome» (Helsebiblioteket, 2021). Ved å spørre oss selv

hvilket problem/populasjon problemstillingen omhandler, kom vi frem til ordene «patient» og «nurse». Søkeordene «abortion» og «induced abortion» ble identifisert da vi spurte oss selv hva populasjonen ble eksponert for. Elementet «comparison» ble ikke tatt i betraktning, da sammenligning ikke var nødvendig for problemstillingen. Det siste elementet, «outcome», førte til søkeordene «pain», «experiences» og «care» (Helsebiblioteket, 2021). Søkeordene funnet ved hjelp av PICO-skjema ga et godt utgangspunkt for videre søking. Vi supplerte så med andre ord for å avgrense ytterligere. Se vedlegg 1 for nærmere detaljer om søkeord som ble brukt i søkeprosessen.

3.3.4 Valg av artikler

Valg av artikler ble gjort på bakgrunn av egen interesse og relevans til problemstillingen. Vi ønsket å finne artikler med IMRaD-struktur, da dette er et kjennetegn på vitenskapelige artikler. Strukturen står for «innledning», «metode», «resultat» og «diskusjon» (Hem, 2020). Et annet krav til valg av artikler var at de måtte være fagfelleverderte. Det vil si at eksperter innenfor det bestemte fagområdet gransker forskningen med et kritisk blikk, før det blir publisert (Svartdal, 2021).

Som tidligere nevnt ønsket vi ikke å avgrense oppgaven til en bestemt årsak for abort eller abortmetode. Dette resulterte i mange treff under søkeprosessen. Vi brukte derfor god tid til å finne artikler som fremhevet vår visjon for oppgaven. I tillegg ønsket vi artikler som presenterte både sykepleier- og pasientperspektivet.

Søkeordene «induced abortion», «patient», «nurse» og «care» førte til 92 treff i Oria. Dette søket ga oss vår første artikkel «Walking on a tightrope», som var treff nr.13. Artikkelen «Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections of previous patients» var treff nr.6 av 131 da vi brukte søkeordene «abortion», «patient», «experiences» og «pain». Vi gjentok så søkeordene, men la til «Sweden». Da kom sistnevnte artikkel som treff nr.1, og artikkelen «Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy» som treff nr.2 av til sammen 7 treff. Alle søkene ble supplert med tidligere nevnte inklusjonskriterier.

Den siste artikkelen fant vi ved hjelp av Google Scholar. Her tok vi i bruk følgende norske søkeord: «abort», «helsetjeneste», «erfaringer», «sykehus», «sykepleier», «fagfelleverdert» og «forskning». Vi avgrenset til årene 2012-2022 og da dukket det opp 113 treff. Her fant vi

artikkelen «Kvinnerens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort». Tabell 1 nedenfor viser en oversikt over de valgte artiklene.

Forfattere, årstall, tittel	Hensikt	Perspektiv	Metode
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	Forbedre forståelsen og kompetansen til helsepersonell ved ivaretagelse av ambivalente gravide kvinner.	Sykepleier/ lege	Kvalitativ metode. Intervju med hjelp av fokusgrupper med helsepersonell.
Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients	Utforske erfaringer med smerte og håndtering av smerte under provosert abort.	Pasienter	Både kvalitativ og kvantitativ metode. Nettbasert spørreundersøkelse med åpne spørsmål etterfulgt av selvrapporterte rangeringer. Svarene ble analysert med kvalitativ metode.
Andersson, I., Christensson, K. & Gemzel-Danielsson, K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy	Utforske kvinners forventninger og erfaringer ved abort I andre trimester.	Pasienter	Både kvalitativ og kvantitativ metode. Tversnittstudie med spørreskjema til 31 kvinner og intervju med 23 av de samme kvinnene.
Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinnerens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort.	Belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.	Pasienter	Kvalitativ metode. Utforskende og beskrivende design med individuelle intervjuer med 24 kvinner.

Tabell 1

3.4 Analyse av artikler

Som nevnt innledningsvis valgte vi å bruke Fribergs integrative litteraturoversikt. Dette la grunnlag for analyse og diskusjon. Det er en ryddig måte å identifisere og jobbe med artikler, samt å komme frem til et resultat. Før analysen identifiserte og avgrenset vi problemområdet. Videre søkte vi og valgte ut artikler som var spennende (Friberg, 2018, s.145). Deretter gransket vi artiklenes kvalitet og relevans med et kritisk blikk, for å finne ut om de samsvarte med oppgavens hensikt. Så startet analysearbeidet hvor vi tok et dypdykk i artiklene. Hensikten med dette var å få en bedre forståelse av innholdet og sammenhengen (Friberg, 2018, s.148-149). Ved å identifisere likheter og forskjeller i artiklene kom det tydeligere frem en rød tråd, samt et mønster i artiklene. Disse funnene ble dokumentert i en oversiktstabell (tabell 1) og litteraturmatriksen (vedlegg 2) (Friberg, 2018, s.148-149).

Friberg beskriver integrativ litteratur som en prosess hvor man går fra en helhet til deler, til en ny helhet. Etter å ha valgt flere artikler (helhet), gransket og identifisert nøkkelfunn (deler), avsluttet vi analysearbeidet. Dette ble gjort ved å tolke artiklenes resultater og komme frem til en konklusjon (ny helhet) (Friberg, 2018, s.150-151).

4.0 Resultat

I et forsøk på å besvare problemstillingen brukte vi artikler som ga informasjon om sykepleieres og pasienters erfaringer innen provosert abort. Under analysearbeidet identifiserte vi nøkkelfunn og mønster som gikk igjen i artiklene. Funnene er systematisert i tre hovedkategorier, med ulike underkategorier som presenteres nedenfor.

Hovedkategori	Underkategori
Behov for informasjon, kommunikasjon og ikke-dømmende helsepersonell	Informasjon og kommunikasjon Sykepleieres holdninger
Sykepleierens barrierer	Manglende kompetanse Tid og travelhet
Ivaretakelse av den kvinnelige pasient	Smerter Sårbarhet Ambivalens

Tabell 2

4.1 Behov for informasjon, kommunikasjon og ikke-dømmende helsepersonell

Både informasjon og kommunikasjon blir tatt opp i artiklene ved flere anledninger. Artiklene viser til pasienterfaringer, hvor informantene blant annet uttrykker at de fikk for lite informasjon (Andersson et al., 2014, s.10; Sommerseth et al., 2022). Mangel på detaljert informasjon førte til at kvinnene følte seg uforberedt. Dette resulterte i redsel, angst og frustrasjon hos flere av kvinnene (Andersson et al., 2014, s.10-11). Pasientene i studien til Georgsson & Carlsson (2019, s.3011) stilte spørsmål til hvorfor de ikke fikk informasjon om valgmuligheter for abortmetode. Sommerseth et al. (2022) avdekket at bare et fåtall av kvinnene fikk velge mellom abort hjemme eller på sykehuset. Kjelsvik et al. (2018, s.4196) avdekket at sykepleierne følte seg ansvarlige da de overleverte pillen. I tillegg sjekket de at hun var tilstrekkelig informert og klar for å starte aborten. Sykepleierne diskuterte også om de «pakket inn informasjonen for mye» (Kjelsvik et al., 2018, s.4197).

Sommerseth et al. (2022) avdekket at pasientene ikke følte det var rom for dialog eller tid til å overveie abortbeslutningen. Kvinnene beskrev aborttilbudet som «litt sånn samleband»,

opplevde å bli avvist og ikke møtt med forståelse (Sommerseth, 2022). Deltakerne til Kjelsvik et al. (2018, s.4197) uttrykte at de prøvde å opprettholde en ikke-dømmende holdning overfor pasientene. Sykepleierne ønsket å behandle pasientene med respekt og verdighet og ikke som «en ting på et samleband» (Kjelsvik et al., 2018, s.4196). Gode kommunikasjonsferdigheter ble beskrevet som viktig, da disse var nødvendige for å identifisere ambivalente kvinner (Kjelsvik et al., 2018, s.4196).

4.2 Sykepleierens barrierer

4.2.1 Manglende kompetanse

Artikkelen til Kjelsvik et al. (2018) avdekket blant annet sykepleiernes manglende kompetanse. De manglet nok erfaring og kunnskap ved håndtering av emosjonelle og moralske utfordringer (Kjelsvik et al., 2018, s.4197). Sykepleierne i studien erfarte at god intuisjon var viktig for å kunne identifisere usikre kvinner (Kjelsvik et al., 2018, s.4196). Informantene anså noen av pasientenes situasjon som for kompliserte og tidkrevende å håndtere (Kjelsvik et al., 2018, s.4198). Videre beskrev de også at muligheten for profesjonell utvikling var begrenset (Kjelsvik et al., 2018, s.4198).

4.2.2 Tid og travelhet

Tidsbarrieren kommer til uttrykk i flere av artiklene. Informantene til Kjelsvik et al. forklarte at de hadde begrenset tid ved konsultasjonene. De kjente på en spenning mellom behovet for å snakke med kvinnene og en forpliktelse til å ikke utsette timeplanen (Kjelsvik et al., 2018, s.4196). Sommerseth et al. (2022) avdekket at pasientene følte seg som en ressursbelastning. Videre erfarte de å bli avvist da de forsøkte å prate om valget. Tidsbarrieren skapte også utfordringer for helsepersonellet. Konsekvensen av dette ble liten tid til debriefing og veiledning. Dette bidro til at helsepersonellet følte seg overlatt til seg selv (Kjelsvik et al., 2018, s.4198).

4.3 Ivaretagelse av den kvinnelige pasient

4.3.1 Smerter

Det kommer frem at pasientene har ulike erfaringer relatert til fysiske smerter og smertelindring. Artikkelen til Georgsson & Carlsson (2019, s.3010) avdekket at ulike abortmetoder førte til ulike smerteopplevelser. Kirurgisk abort ble vurdert som den minst smertefulle metoden. Medikamentell abort i første trimester ble ansett som mer smertefull enn

kirurgisk abort. Medikamentell abort i andre trimester ble ifølge resultatene vurdert som den mest smertefulle metoden (Georgsson & Carlsson, 2019, s.3010). Andersson et al. (2014, s.12) avdekket at majoriteten av kvinnene i studien erfarte sterke fysiske smerter og følte seg uforberedt. Kvinnene i artikkelen til Georgsson & Carlsson (2019, s.3012) beskrev også at de var uforberedt på smertene og ønsket derfor mer informasjon i forkant.

Informantene til Kjelsvik et al. (2018, s.4197) følte de måtte være realistiske og forberede kvinnene for hva de burde forvente av smerter og ubehag. Pasientene i Sommerseth et al. (2022) opplevde at ingen brydde seg om smertene deres, eller hvor redde de var. I artikkelen til Georgsson & Carlsson (2019, s.3011-3012) kommer det frem at 42 prosent av pasientene erfarte ineffektiv smertelindring under aborten. Utilstrekkelig tilstedeværelse av helsepersonell ble forklart som delvis årsak for dette, i tillegg til sen administrering av smertestillende. Noen av informantene mente også at de psykiske smertene var verre enn de fysiske.

4.3.2 Sårbarhet

Det kommer frem i artiklene at pasientene kan være i en sårbar situasjon. Følelser som ensomhet, skyld og usikkerhet ble beskrevet av pasientene. De opplevde å ikke bli sett eller respektert (Andersson et al., 2014, s.10-12; Sommerseth et al., 2022). Kvinnene i Sommerseth et al. (2022) erfarte abortprosessen som skambelagt. Videre opplevde de lite omsorg og empati fra helsepersonellet. Kvinnene i studien til Andersson et al. (2014, s.12) uttrykte bekymringer for å gjøre fosteret vondt under aborten. I denne sårbare situasjonen ble psykologisk støtte og tilstedeværelse av helsepersonell betraktet som viktig (Georgsson & Carlsson, 2019, s.3012).

4.3.3 Ambivalens

Kjelsvik et al. (2018, s.4193) avdekket at 10-18 prosent av kvinner er usikre på valget sitt når de møter opp til forberedelse for aborten. «Flere var fortsatt i tvil da de møtte helsetjenestene, men det var ingen å snakke med» (Sommerseth et al., 2022). I studien til Kjelsvik et al. (2018, s.4196) innså informantene at usikkerheten kan ha forskjellig utseende. Kommunikasjon med ambivalente kvinner ble uttrykt som en balansegang mellom å være involvert, men ikke påvirke. «You have to be involved and at the same time not influence» (Kjelsvik et al., 2018,

s.4196). Når de usikre kvinnene ble identifisert, prøvde helsepersonellet å endre rutinene for å gjøre valget deres mindre stressende.

5.0 Metodediskusjon

5.1 Valg av metode

Vi ønsket å inkludere flere metodiske tilnærminger, ettersom det kan gi et mer helhetlig bilde av det som skal undersøkes (Dalland, 2017, s.54). To av artiklene bruker kvalitativ metode, mens de to andre bruker både kvalitativ og kvantitativ. Sistnevnte kan også kalles «mixed methods» (Andersen, 2017). Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp meninger og opplevelser, som ikke lar seg måle av variabler eller nummererte data (Dalland, 2017, s.54). Tre av de valgte artiklene undersøker pasienters «erfaringer», noe vi mener ikke kan måles objektivt ved hjelp av ren kvantitativ metode. Bruk av kvalitativ metode har derfor vært mer hensiktsmessig og tilfredsstillende. Oppgavens hensikt går ut på å utforske hvordan sykepleiere kan ivareta kvinner som gjennomgår provosert abort. Ordet «ivareta» er et vidt begrep og kan, som nevnt i teorikapitlet, knyttes til store ord som blant annet omsorg, trygghet og relasjon. Vi mener at slike begreper ikke kan objektivt telles eller måles, og dermed undersøkes bedre ved hjelp av kvalitativ metode.

På en annen side kunne det vært fordelaktig å inkludere flere studier med kvantitativ metode. Bruk av kvalitativ metode kan være omfattende og tidskrevende, samt føre til bruk av færre undersøkelsesenheter. Det kan da være vanskelig å vite om resultatene er gyldige for andre enn undersøkelsesobjektene. Kvantitativ metode går mer i bredden og inkluderer da ofte flere deltakere. Dette kan tolkes som at kvantitativ metode har høyere overføringsverdi.

Vi fant få relevante kvantitative forskningsartikler under søkeprosessen. Vi tenker det kan være behov for mer kvantitativ forskning eller flere «mixed methods»-studier på dette området. «[...] miksing av metoder kan gi en bedre og dypere forståelse av tematikken man ønsker å belyse, og dermed styrke tilliten til konklusjonen» (Andersen, 2017). Likevel konkluderer vi med at bruk av kvalitative og «mixed methods»-studier har vært hensiktsmessig og tilfredsstillende for oppgaven vår. Til tross for dette er det viktig å bemerke at metodene vil alltid bære preg av hverandre (Dalland, 2017, s.56).

5.2 Kildekritikk

5.2.1 Forskernes bakgrunn

Forskernes faglige bakgrunn og erfaringer influerer artiklenes pålitelighet. Gjennom artiklene ser vi at forskerne har bakgrunn som sykepleiere og professorer. Mange av de har også tilleggsutdanning, blant annet i intensivsykepleie, helsesykepleie, jordmorfag og pediatrik sykepleie. I tillegg var en psykolog og en gynekolog inkludert i studiene. Flere av forskerne har publisert artikler innenfor samme eller lignende områder. Dette kan bety at de har forsket på temaet over lengre tid. Forskernes faglige bakgrunn og erfaringer kan øke gyldigheten og troverdigheten til studiene.

5.2.2 Studienes informanter

Informantene i artiklene til Georgsson & Carlsson (2019), Sommerseth et al. (2022) og Andersson et al. (2014) var alle kvinner som har tatt provosert abort. Alderen til deltakerne i studiene varierte. Artikkelen til Georgsson & Carlsson (2019) inkluderte 185 kvinner i alderen fra 19 til 63 år. Dette trenger likevel ikke å bety at aborten ble gjennomført i en alder av 63 år, da rundt halvparten av deltakerne tok aborten 5 år eller før studien ble gjennomført. Sommerseth et al. (2022) sin studie inkluderte 24 kvinner i alderen 24 til 45 år, mens artikkelen til Andersson et al. (2014) presiserte bare at kvinnene var over 18 år. 31 kvinner deltok i spørreundersøkelsen til Andersson et al. (2014), mens 23 av dem ble senere intervjuet.

Kjelsvik et al. (2018) sin artikkel har derimot inkludert kvinnelige informanter i alderen 24 til 60 år, hvorav 19 er sykepleiere, og en er lege. Dette er den eneste av de valgte artiklene som tar for seg sykepleierne sitt perspektiv. Den tar for seg mange av sykepleiernes barrierer i møte med ambivalente kvinner. Det kan regnes som en svakhet at bare én av fire artikler har sykepleierperspektiv. Likevel tenker vi at artikkelen til Kjelsvik et al. underbygger resultatene fra de andre tre artiklene godt. Videre tenker vi også at artikkelen skildrer sykepleierne sitt perspektiv tilstrekkelig.

Studienes etiske hensyn er ivaretatt da alle deltakerne er anonymisert i artiklene. Artiklene til Sommerseth et al. (2022) og Kjelsvik et al. (2018) formidler at deltakerne også signerte en informert samtykkeerklæring for å verne om informantene. Deltakerne har altså samtykket til å være med i studiene, og er alle er anonyme. Videre er inklusjons- og eksklusjonskriterier

som forskerne brukte ved utvalget av informanter, samt hvordan de ble rekruttert, beskrevet i litteraturmatrisen (vedlegg 2).

5.2.3 Studienes forskningsarena og land

Studiene til Kjelsvik et al. (2018) og Sommerseth et al. (2022) er utført i Norge. Dette regner vi som en stor fordel da vi ønsket at forskningsartiklene skulle være relevante for norske forhold. Deltakerne i studien til Kjelsvik et al (2018) kommer fra fire ulike sykehus sør i landet. Informantene i studien til Sommerseth et al. (2022) bor geografisk spredt. Dette ser vi på som en stor styrke da det dekker erfaringer til pasienter og sykepleiere ved ulike steder i landet. En fordel med dette er at det kan avdekke potensielle geografiske ulikheter ved helsetjenestetilbudet.

Studiene til Georgsson & Carlsson (2019) og Andersson et al. (2014) er utført i Sverige. Der har kvinnene fri abort til og med uke 18 (1177, 2019). Til tross for ulike abortlover tenker vi at de svenske artiklene er relevante for norske forhold, ettersom det svenske helsevesenet har mange likhetstrekk med det norske. Vi har ikke brukt noen inklusjons- eller eksklusjonskriterier relatert til studienes forskningsarena. Abort kan utføres på poliklinikk eller sengepost på sykehus, i en operasjonssal eller i eget soverom.

5.3 Integrativ litteraturoversikt

Bruk av Fribergs integrative litteraturoversikt har vært fordelaktig i analysen. Den har gitt oss en pekepinn for hvordan vi skulle gå frem. Vi tenker at bruk av denne metoden har vært tilstrekkelig for å svare på problemstillingen. Bruk av fire artikler har vært hensiktsmessig for oppgaven med tanke på en begrenset tidsramme. Ved bruk av flere artikler kunne dette gått på bekostning av det grundige analysearbeidet.

For å få et mer helhetlig perspektiv på oppgaven valgte vi artikler med både sykepleier- og pasientperspektiv. Likevel opplever vi det som mer hensiktsmessig at de fleste artiklene har et pasientperspektiv. Til tross for at det er sykepleierne som skal ivareta, er det viktig å belyse pasienters erfaringer. Dette tenker vi fordi det er pasienten som skal bli ivaretatt.

Artiklenes resultater har flere fellestrekk, men også noen ulikheter. Ulikhetene kan forklares med at sykepleier og pasient har ulike roller, og situasjonen kan da tolkes forskjellig. I etterpåklokskapens lys kunne vi ha inkludert artikler med kvantitativ metode. Da disse artiklene kan ha høyere overføringsverdi enn artikler med kvalitativ metode. Likevel tenker vi det er fornuftig å stole på artiklenes resultater. Artiklene er både hensiktsmessige for oppgaven og analysen er vel gjennomført.

6.0 Resultatdiskusjon

6.1 Ambivalens og den ivaretagende samtale

Et svangerskap, planlagt eller ei kan snu hverdagen på hodet. Det er ikke uvanlig at det oppstår ulike følelser i en slik situasjon. Det er ingen fasit på hvordan man burde føle seg. Både glede, lettelse, panikk, skyld, skam og maktesløshet er noen av følelsene som kan oppstå (Andersson et al., 2014, s.5). Det kan også være sammensatte følelser med stor variasjon som kan være vanskelig å sette ord på. Dette kan skape et ambivalent forhold til svangerskapet (Andersson et al., 2014, s.2). Å finne den ambivalente kvinnen kan være en utfordring. For å identifisere ambivalens kreves det tilstrekkelig tid og gode kommunikasjonsferdigheter (Kjelsvik et al., 2018, s.4194). Dessverre kan barrierer som holdninger og tid i noen tilfeller gå ut over samtalens viktighet.

Kvinner som søker hjelp til å ta abort kan befinne seg i en sårbar situasjon. Noen kvinner er sikre i sitt valg om å ta abort, mens andre er mer ambivalente. Usikker eller ei, fortjener alle hjelpesøkende kvinner tilbud om samtale med helsepersonell. Martinsen formidler viktigheten av samtale. Hun sier så at det er betydningsfullt at den profesjonelle lytter, samt tar seg tid til å forsøke og forstå den hjelpetrengende kvinnen (Martinsen, 2005, s.38-39). Martinsen skriver at «det dreier seg om kunsten å være langsom i de korte møtene (Alvsvåg, 1999)» (Martinsen, 2005, s.43), noe vi mener er svært relevant for denne oppgaven.

I første møte med pasienten er det viktig at sykepleier er bevisst på egne holdninger og imøtekommer pasientene med omsorg og respekt (NSF, 2019). Dessverre er det ikke alltid slik. Funn fra Sommerseth et al. (2022) viser at mange kvinner opplevde distansering og mangel på respekt. Å være en ressursbelastning som ikke fortjener omsorg ble erfart av flere (Sommerseth et al., 2022). Videre beskrev kvinnene at de følte seg som «ting på et samlebånd» og opplevde at det ikke var tid til å snakke om beslutningen sin. Vi tolker resultatene som at kvinnene har et ønske om å snakke om valget sitt. På bakgrunn av dette trekker vi frem viktigheten av samtalen, som nevnt i teorikapittelet. Artikkelen til Kjelsvik et al. viser at 10-18 prosent av kvinnene som møter opp for å ta abort, fortsatt er usikre på beslutningen sin. Da er det spesielt viktig at de har mulighet til å prate med helsepersonell. Funn fra artiklene kan indikere at kvinnene har et økt behov for å bli sett og hørt. Likevel blir de møtt med barrierer, hvor blant annet tidspress og helsepersonellens holdninger begrenser muligheten for å samtale.

I samspill med abortsøkende kvinner kan egne følelser og verdier bli satt på prøve. I slike situasjoner blir det viktig å ivareta den profesjonelle rollen som sykepleier, samt være nøytral i samtale med kvinnen. Det er en fin linje mellom å være involvert uten å påvirke. Når kvinnen er usikker, kan ikke sykepleier direkte hjelpe henne med å ta en avgjørelse. Gjennom artikkelen til Sommerseth et al. forteller en kvinne om sin erfaring i møte med sykepleier; «Dette er ditt valg, og du trenger ikke prate med oss om det» (Sommerseth et al., 2022). På bakgrunn av dette sitatet ser vi kvinnens behov og ønske om å prate om beslutningen sin. Likevel ble hun avvist av sykepleieren i denne situasjonen. Sett fra sykepleierens perspektiv, kan det være at hun ikke ønsket å avvise pasienten. Derimot kan det tenkes at hun prøvde å respektere pasientens selvbestemmelse, ved å ta et skritt tilbake. Likevel opplevde ikke pasienten det slik. Ved å skape mer rom for samtale kunne situasjoner som denne gjerne blitt unngått. Ved å respektere pasientens selvbestemmelse og se hennes behov for hjelp, kan sykepleier muligens finne en gylden middelvei. Det sykepleier kan gjøre er å gi henne tips og råd for hvordan hun enklere kan ta valget på egen hånd. For eksempel kan sykepleier be kvinnene skrive ned for- og motargumenter, samt råde henne til å snakke med noen hun stoler på (Kjelsvik et al., 2018, s.4197).

Videre i Sommerseth et al. kommer det frem en annen kvinnes mening; «Men bare å få en liten sånn bekreftelse på at det er ditt valg, og det er helt okay at du har tatt dette valget. Og jeg tror det er sykt viktig for hvordan man bearbeider det etterpå» (Sommerseth et al., 2022). Det kan i mange tilfeller være godt å høre at man har valgt riktig. Uansett hvilket dilemma man står i, er det godt å vite at man har noen i ryggen. Ved å gi pasienten en bekreftelse som viser støtte rundt valget hennes, kan det være hjelpsomt med tanke på hvordan hun bearbeider dette i ettertid.

Tid og travelhet kan også være en barriere i sykepleierens hverdag. Vi som sykepleierstudenter har også opplevd det utfordrende å ha for liten tid til pasientene våre, både i praksis og privat på jobb. Som nevnt i Kjelsvik et al. (2018, s.4196) er det en satt tidsplan som skal følges gjennom dagen. Det oppstår i tillegg til dette gjerne uventede situasjoner som potensielt kan stjele mye tid. Sett fra et sykepleierperspektiv kan det da være vanskelig å gi god sykepleie til ambivalente kvinner. Som Martinsen også nevner, kan økt effektivitet og klokkeid true samtalen (Martinsen, 2005, s.41). Til tross for dette ser vi fra artiklene at sykepleiere har et ønske om å være til stede for pasientene. Likevel manglet sykepleierne nok

erfaring og kunnskap, ved for kompliserte og tidkrevende situasjoner (Kjelsvik, 2018, s.4196).

6.2 Økende behov for informasjon

En fellesnevner for artiklene er pasienters mangel på rikelig med informasjon. Samtidig viser tekstene at kvinnene følte seg lite forberedt på abortprosessen, noe som resulterte i usikkerhet. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasienter rett på tilstrekkelig informasjon, slik at de forstår sin egen situasjon. I tillegg har de rett til å medvirke samt påvirke i samspill med tjenestetilbudet (Pbrl, 1999, § 3-1).

Man kan gjerne argumentere for at det kan være vanskelig å gi tilstrekkelig informasjon som helsepersonell. Enhver pasient er unik med et ulikt utgangspunkt enn den neste. Noen har mer relevante forkunnskaper om abort, mens andre sitter med mer begrenset informasjon. I tillegg kan det være vanskelig å vite hvor mottakelige kvinnene er for informasjonen, da de kan være preget av den sårbare situasjonen de står i. Ifølge Helsedirektoratet har kvinner rett til å velge mellom kirurgisk og medikamentell abort, så lenge dette er medisinsk forsvarlig. Hvis valget faller på medikamentell abort, står hun fritt til å velge arena. Det vil si at hun selv kan bestemme om hun vil være hjemme eller på sykehus, så lenge dette er medisinsk forsvarlig (Helsedirektoratet, 2020). Til tross for dette avdekket artiklene at flere kvinner ikke fikk dette valget (Sommerseth, 2022). Dette tyder på at flere som ønsker å ta abort ikke er informert om sine valgmuligheter, og helsepersonellet velger abortmetode på vegne av pasientene.

Ulike abortmetoder ser ut til å gi ulik smerteopplevelse hos kvinnene (Georgsson & Carlsson, 2019, s.3010). Dette vektlegger viktigheten ytterligere av å informere kvinnene om deres mulighet til å velge, samt hvilke smerter som kan forventes ved hver metode. Økt arbeidsmengde og redusert tid kan muligens legge føringer i sykepleiepraksisen, hvor sykepleierne ubevisst tar valg for pasientene. Sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s.4197) uttrykte et ønske om å handle etter pasientenes beste interesser. Til tross for dette ser vi at barrierene, som nevnt tidligere, kan føre til at sykepleierne ubevisst handler i tråd med det de mener er best.

Informantene til Kjelsvik et al. (2018) formidlet at det til tider kunne være en utfordring å gi nok informasjon, uten å skremme pasientene. Likevel opplyste de at informasjon om hva som

burde forventes i forhold til smerte, blødning og annet ubehag, ble nevnt i samtale med pasienten (Kjelsvik et al., 2018, s.4197). Fra pasientperspektivet ble det avdekket at mesteparten av kvinnene opplevde sterke smerter som de var uforberedte på. Denne uforberedtheten resulterte i følelser som redsel, angst og frustrasjon (Andersson et al., 2014, s.10-12). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasientene rett på informasjon om egen helsetilstand, samt informasjon om hva hjelpen innebærer. Videre lyder loven at pasientene har rett på informasjon om bivirkninger og risikoer (Pbrl, 1999, § 3-2). Kvinnene har altså rett på tilstrekkelig informasjon slik at de kan forberede seg på eventuelle smerter. Selv om sykepleierne ikke ønsker å skremme pasientene (Kjelsvik et al., 2018, s.4197) er det viktig at de likevel følger pasient- og brukerrettighetsloven. Dette kan sørge for at kvinnene føler seg mer forberedt. Det viser seg at sykepleiernes erfaringer strider litt med pasientene sine. Informantene i Kjelsvik et al. (2018, s.4197) diskuterer om de potensielt «pakker inn informasjonen for mye». Dette samsvarer med pasientenes erfaringer i flere av artiklene.

I henhold til norsk lov har kvinnen det siste ordet om hun ønsker å gjennomføre aborten eller ikke (Abortloven, 1975, § 2). Som helsepersonell er vi der for å tilby rikelig informasjon, samt forberede henne på hvordan en abort gjennomføres, dersom hun skulle velge dette. I tillegg til å formidle informasjon, bør sykepleieren være en støttespiller for kvinnen. Sykepleierens rolle kan i slike situasjoner være utfordrende da både indre og ytre barrierer kan påvirke samhandlingen med kvinnen. Likevel bør sykepleieren prøve å gi kvinnen alt dette, uten å overtale.

6.3 Urørlighetssonen, sårbarheten og ivaretagelsen

Det har lenge vært tegnet et bilde på at sykepleiere er engler i hvitt som utelukkende er opptatt av andres ve og vel. Til tross for beskrivelsen, viser artiklene at vi ikke alltid lykkes. Helsetjenesten mislykkes i å tilby personorientert pleie ved svangerskapsbrudd, på et globalt nivå (Sommerseth et al., 2022). Svangerskapsavbrudd er et omfattende tema, hvor det finnes flere grunner for at helsevesenet mislykkes. Som tidligere nevnt kan barrierer som kunnskap, holdninger og kommunikasjon sette en demper på ivaretagelsen av abortsøkende kvinner. I tillegg kan institusjonelle begrensninger som tid, ressurser og nok personale på jobb skape en ubalanse. Det er derfor spennende å søke ny informasjon. Undre over hva vi kan endre, men samtidig fremheve alt det gode som blir gjort. Vi grubler over hva sykepleien er, og hva burde

det være? Vi tenker det kan være en kombinasjon av å bruke hjertet og hjernen, hvor sykepleier ivaretar med sårbarhet, omsorg og faglig kompetanse.

«Den enkelte har aldri med et annet menneskets liv å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (Løgstrup, 1956, s.37). Med dette sitatet i bakhodet, ser vi for oss en sykepleier som holder en sårbar pasient i sine to varme hender. Vi tolker det som at sykepleieren har et stort ansvar overfor pasienten. I møte med mennesker vil vi ha en form for innflytelse, riktignok i varierende grad. Derfor bør sykepleieren bruke sin innflytelse med varsomhet og respektere pasientens grenser.

Som nevnt introduserer Løgstrup fenomenet *urørlighetssone*. Urørlighetssonen beskytter oss, den er et uttrykk for menneskets integritet; et sted som er ditt eget. For å opprettholde urørlighetssonen fordrer Løgstrup til åpenhet (Martinsen, 2005, s.32-33). I tillegg å tilrettelegge for å samtale om hverandres grunner, som ikke krenker den andres integritet. Ved å bruke tid og tilstedeværelse i samtalen legger dette til rette slik at kvinnen kan presentere sine grunner. Samtalen må være spontan, kroppens tilstedeværelse vise ro og fokuset er på pasienten. Det å forstå urørlighetssonen i samspill med sykepleien kan være vanskelig. Slik vi ser det er det nærhet, uten å trække noen på tærne. Møte folk med kjærlighet og varsomhet, i tillegg holde seg profesjonell, mens man lytter til den andres grunner.

Urørlighetssonen preges av vår evne til å være sårbar. Det bryter på dypt vann når sårbarhet beskrives som en mangel hos mennesket. Tvert imot beskriver Løgstrup sårbarhet som en nødvendig styrke, et grunnvilkår hos mennesket (Martinsen, 2012, s.12). Slik kan sårbarheten være en ressurs. I samspill med den kvinnelige pasienten er sårbarhet mellom de to subjektene en nødvendighet. Håpet vårt er at sårbarheten kan sørge for å øke kvaliteten i pasientmøtene.

Beslutningen om å ta abort er for mange vanskelig. Både kroppen og psyken skal gjennomgå en endring, som for noen kan være livsendrende (Andersson et al., 2014, s.1). Den hjelpesøkende kvinnen, uansett om hun er ambivalent eller skråsikker på sitt valg, fortjener vår tid og omsorg. Ved å vise forståelse for kvinnene, samt møte dem med respekt og inkludere en personorientert tilnærming i behandlingen, kan den enkeltes behov i større grad bli ivaretatt (Sommerseth et al., 2022). Ivaretagelse kan utspille seg gjennom den viktige samtalen, gode kommunikasjonsferdigheter, omsorg, evnen til å lytte og forstå, samt respekt for kvinnen. Hver eneste pasient er unik, det gjør at hvert pasientmøte er ulikt.

7.0 Relevans for klinisk praksis

Sykepleiere har en viktig rolle i møte med kvinner som gjennomgår abort. For det første er det deres jobb å identifisere den ambivalente kvinnen. Det kan som nevnt i oppgaven være utfordrende. For å kunne ta vare på denne pasientgruppen blir det derfor spesielt viktig at sykepleierne har gode fagkunnskaper og kompetanse. Det burde foreligge et fokus på å holde seg faglig oppdatert, samt utvikle kunnskaper og ferdigheter i praksis. Et av forslagene våre er at sykepleierne kan ha faste undervisningsdager og fokusgrupper i lag med kollegaer. Her kan alle få mulighet til å uttrykke seg, dele erfaring og lære av hverandre. Utdanning og kurs burde ha økt plass i klinisk praksis, da resultatene viser at sykepleiere har behov for mer kunnskap og kompetanse rundt abort.

For det andre ser vi at mangel på tid går igjen som et resultat i oppgaven. Multitasking, prioriteringslister og «tidsklemmen» er ikke uvanlig innenfor sykepleieryrket. Likevel er det viktig at vi gjør en innsats for å redusere disse fenomenene, slik at vi kan tilrettelegge for en personorientert sykepleie. Ved å oppfordre ledelsen til å øke bemanningen, kan muligens tidsklemmen reduseres og pasientene kan få den tiden de trenger sammen med sykepleier.

Til slutt er det sentralt at sykepleiere er bevisst over egne holdninger i møte med de kvinnelige pasientene. I våre funn kommer det frem at kvinnene som søker hjelp kan befinne seg i en sårbar situasjon. Hos pasientgruppen kan det forekomme følelser som skam og ambivalens som kan resultere i ensomhet. Ved å møte kvinnene med respekt, åpenhet og en ikke-dømmende holdning kan det øke pasientens opplevelse av ivaretagelse. Vi tenker at økt tid, kunnskap og kompetanse kan hjelpe sykepleierne å møte pasienten på en ivaretagende måte.

Vi opplever at det er et kunnskapshull rundt kvinnehelse, spesielt da med tanke på provosert abort. Gjennom oppgaven ønsker vi å skape bevissthet rundt teamet. Vi ønsker å få frem hvordan kvinnene ikke behandles som fullverdige pasienter. I tillegg ønsker vi som sykepleierstudenter å bidra til å optimalisere dagens praksis. Ved å tilrettelegge for sykepleiere håper vi at utgangspunktet for ivaretagelse av abortsøkende kvinner kan endres. Det vi har lært gjennom oppgaven er at det foreligger et forbedringspotensiale. Samtidig erkjenner vi at det alltid forekommer to sider av en sak. Gjennom artiklene ser vi hvordan

sykepleierne ønsker å være til stede for pasienten, men at de mislykkes fra pasientperspektivet. Vi tenker det er et behov for mer kunnskap og forskning rundt temaet.

Litteraturliste

- 1177. (2019, 8. september). *Abort*. 1177.se. <https://www.1177.se/barn--gravid/graviditet/avbruten-graviditet/abort/>
- Andersen, J. (2017, 27. desember). «Mixed methods»-design i helseforskning. Sykepleien <https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning>
- Andersson, I., Christensson, K. & Gemzel-Danielsson, K. (2014). Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy. *PLoS ONE*, 9(12), e115957-e115957. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115957>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal.
- Friberg, F. (Red.). (2018). *Dags for oppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. utg.). Studentlitteratur.
- Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 3006-3017. <https://doi.org/10.1111/jan.14132>
- Helsebiblioteket. (2021, 30. september). *PICO*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering>
- Helsedirektoratet. (2020, 31. juli). *Abortmetoder*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>
- Hem, E. (2020, 19. januar). *IMRAD*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/IMRAD>

- 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. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie – Bind 1*. (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2017). *Grunnleggende sykepleie - Bind 3*. (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Løgstrup, K. E. (2000). *Den etiske fordring*. (1. utg.). Cappelen.
- Løkeland-Stai, M. (2022, 11. mars). *Fakta om abort (med 2021-tal)*. 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>
- Martinsen, K. (2018). *Løgstrup og sykepleien* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Nesheim, B.-I. (2021, 25. januar). *Spontan abort*. Store medisinske leksikon.
https://sml.snl.no/spontan_abort
- Nesheim, B.-I. (2022, 30. november). *Abort*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/abort>
- Norsk sykepleierforbund. (2022, 15. desember). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Opsahl, A. M. M., (2013). Får angst og depresjon etter abort. *Sykepleien forskning*, 8, 70-72. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0074>

- Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien forskning*, 17(89883), e89883 [10.4220/Sykepleienf.2022.89883](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883)
- Svartdal, F. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Store norske leksikon. <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Vedlegg

Søkelogg (vedlegg 1)

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
28.08.22	Google Scholar	Abort OG Helsetjeneste OG Erfaringer OG Sykehus OG Sykepleier OG Fagfelleverdert OG Forskning	År: 2012-2022	112	4	2	1
22.08.22	Oria	Induced abortion AND Patient AND Nurse AND Care	År: 2012-2022 Språk: Engelsk Fra fagfelleverdert tidsskrift	92	2	1	1
23.08.22	Oria	Abortion AND Patient AND Experiences AND Pain	År: 2012-2022 Språk: Engelsk Fra fagfelleverdert tidsskrift	131	2	2	2
23.08.22	Oria	Abortion AND Sweden AND Patient AND Experiences AND Pain	År: 2012-2022 Språk: Engelsk Fra fagfelleverdert tidsskrift	7	1	1	1

Litteratormatrise (vedlegg 2)

Artikkel 1	
Artikkeltittel	Walking on a tightrope – Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester
Forfatter	Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E.
Tidsskrift/årstall/land	Journal of Clinical Nursing 2018 Norway
Studiens hensikt	Bedre forståelse og kompetanse til helsepersonell ved ivaretagelse av ambivalente gravide kvinner. Hensikten til studien var å undersøke opplevelser til kvinner som er usikre om de skal fullføre eller avslutte svangerskapet.
Perspektiv	Sykepleier/helsepersonell
Metode og analyse	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved hjelp av 3 intervjuer i fokusgrupper som ble tatt opp. Intervjuene ble diskutert av forskerne før de ble transkribert ordrett. Forskerne leste intervjuene hver for seg før de ble diskutert i fellesskap. Dataene ble tolket og analysert til de satt igjen med 3 hovedtema.
Utvalg/populasjon	19 sykepleiere og en medisinsk lege fordelt på fire gynekologiske klinikker i Sør-Norge deltok på studien. Alle deltakerne var kvinner. Hver fokusgruppe hadde 6-8 deltakere og hvert intervju varte ca. 100 minutter.
Hovedfunn/resultater	Helsepersonellet følte seg ansvarlige for å bidra til pasientenes velvære. Det krevde fokusert oppmerksomhet mot alle kvinner som forberedte seg for aborten. Helsepersonellet prøvde å balansere ivaretagelse og støtte uten å påvirke kvinnens valg. Selv om kvinnene var autonome og ansvarlige, ble helsepersonellet personlig involvert i usikkerheten og de ble møtt med sin egen sårbarhet og verdier. Muligheten for debrief og rådgivning etter kompliserte konsultasjoner manglet.

Artikkel 2	
Artikkeltittel	Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients
Forfatter	Georgsson, S. & Carlsson, T.
Tidsskrift/årstall/land	Journal of Advanced Nursing 2019 Sweden
Studiens hensikt	Hensikten med studien var å utforske erfaringer med smerte og håndtering av smerte under provosert abort.
Perspektiv	Pasienter
Metode og analyse	En nettbasert spørreundersøkelse ble delt mellom oktober 2017 og juli 2018 via svenske diskusjonsforum og sosiale media. Det ble stilt åpne spørsmål om smerte og smertelindring under abortprosessen, etterfulgt av selv-rapporterte rangeringer. Svarene ble analysert med kvalitativ metode.
Utvalg/populasjon	Det ble lagt ut en link til undersøkelsen i 10 ulike diskusjonsforum. Den ble også publisert på organisasjonen «RFSU» (Riksförbundet för sexuell upplysning) sin Facebook side. Kriteriet var at deltakerne måtte ha erfaring med minst en provosert abort. Spørreundersøkelsen ble svart av 185 deltakere.
Hovedfunn/resultater	Hovedfunnene ble kategorisert i 3 kategorier. Den første beskriver smertens intensitet og at deltakerne sammenlignet smertene med andre forhold, for eksempel fødsel. Den andre beskriver utilstrekkelig smertelindring og mangel på profesjonell tilstedeværelse. Den siste kategorien omhandler psykiske aspekter og konsekvenser hvor deltakerne beskriver å være uforberedt på de fysiske smertene og vektla viktigheten med psykisk støtte.

Artikkel 3	
Artikkeltittel	Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy
Forfatter	Andersson, I., Christensson, K. & Gemzel-Danielsson, K.
Tidsskrift/årstall/land	PLOS ONE, 9(12) 2014 Sweden
Studiens hensikt	Hensikten med studien var å utforske kvinners forventninger og erfaringer når de gjennomgår abort i andre trimester.
Perspektiv	Pasienter
Metode og analyse	Tverrsnittsstudie som både tar i bruk screening spørreskjema og delvis-strukturerte intervjuer for datainnsamlingen. Spørreskjemaene ble analysert av deskriptiv statistikk. Intervjuene ble tatt opp, transkribert ordrett og analysert med kvalitativ analyse.
Utvalg/populasjon	Datainnsamlingen ble gjort på en gynekologisk enhet på et sykehus i Stockholm, Sverige. 31 kvinner fylte ut spørreskjemaet og 23 av dem ble senere intervjuet. Inklusjonskriterier til deltakerne var blant annet at de måtte være over 18 år, 13 uker eller lengre på vei i svangerskapet.
Hovedfunn/resultater	Både fysisk og psykisk smerte ble opplevd under abortprosessen og beskrevet av kvinnene. Profesjonell støtte fra helsepersonell sammen med støtte fra partner, venn eller slektning hjalp å endre bekymringer relatert til noe ukjent, til følelser av mestring med en ny og vanskelig hendelse.

Artikkel 4	
Artikkeltittel	Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort.
Forfatter	Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A.
Tidsskrift/årstall/land	Sykepleien forskning 2022 Norge
Studiens hensikt	Hensikten med studien var å belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.
Perspektiv	Pasienter
Metode og analyse	Bruker et utforskende og beskrivende design med individuelle intervjuer. Dataene ble analysert med systematisk tekstkondensering, en firetrinnsstrategi for tverrgående tematisk analyse av kvalitativt skriftlig datamateriale.
Utvalg/populasjon	24 kvinner som hadde gjennomført en medikamentell abort hjemme før slutten av tolvte svangerskapsuke ble intervjuet i studien. Rekrutteringen foregikk via annonse på Facebook.
Hovedfunn/resultater	Deltakerne trakk frem hovedsakelig negative erfaringer i møte med både helsepersonell og helsetjenestene. Kvinnene følte seg som en ressursbelastning og ikke følte ikke de fortjente omsorg. De beskrev møtet med en rutinepreget helsetjeneste som fokuserer på fysiske aspekter fremfor en personsentrert tilnærming. Opplevelse av valgfrihet, medbestemmelse og forberedthet manglet.