

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Kvinneres erfaringer med abortbehandling



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03.01.23

Kandidatnummer: 1505 og 1516

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Hvert år blir det utført ca. 10 000 selvbestemte aborter i Norge, og spontanabort rammer ca. 10-30 prosent av alle svangerskap. En abort, uavhengig av type, kan være en stor psykisk belastning for en kvinne. Sykepleiere deltar i behandlingen av disse pasientene og har en viktig rolle i ivaretagelsen av denne pasientgruppen.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse kvinners erfaringer med helsepersonell i forbindelse med en abort.

Metode

Denne oppgaven er en kvalitativ litteraturoversikt. Fem vitenskapelige kvalitative artikler ble valgt ut etter litteratursøk ved hjelp av PICO-skjema. Artikkene ble analysert med Fribergs metode, der to hovedkategorier og tre underkategorier ble dannet for å kategorisere resultatene. For å forstå resultatene ble sykepleieteori av Kari Martinsen og Joyce Travelbee anvendt, i tillegg til annen relevant litteratur.

Resultater

Studiene viser at kvinner stort sett har negative erfaringer når det kommer til behandlingen de fikk av helsepersonell. Kvinner rapporterte om manglende omsorg, der de opplevde at helsepersonell brukte upassende språk og viste lite empati under behandlingen. Mange kvinner opplevde at informasjonen de fikk var underdrevet. I tillegg til dette var det flere kvinner som savnet psykisk oppfølging.

Nøkkelord: Abort, ivaretagelse, sykepleie, behandling, omsorg, informasjon

INNHold

1 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Hensikt.....	6
2 TEORI	7
2.1 Spontanabort.....	7
2.2 Selvbestemt abort	7
2.3 Behandling av abort.....	7
2.4 Kvinners psykiske helse etter en abort	7
2.5 Omsorgsteori av Kari Martinsen	8
2.6 Joyce Travelbee: menneske til menneske-forhold.....	9
2.7 Informasjon.....	10
2.8 Oppfølging.....	10
3 METODE	12
3.1 Anvendt metode.....	12
3.2 PICo-Skjema og søkeord.....	12
3.3 Databaser	13
3.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier	13
3.5 Utvelgelse av relevante studier.....	13
3.6 Analyse	14
4 RESULTAT	15
4.1 Helsepersonells evne til å ivareta kvinner med omsorg	15
4.1.1 Mangel på empati	16
4.1.2 Bruk av upassende språk.....	16
4.2 Helsepersonells evne til å formidle informasjon til kvinner.....	16

4.2.1 Tilbud om oppfølging til kvinner som har gått gjennom en abort	17
5 DISKUSJON	19
5.1 Metodediskusjon.....	19
5.1.1 Kildekritikk.....	19
5.2 Resultatdiskusjon.....	20
6 ANVENDELSE I PRAKSIS	24
LITTERATUR	25
VEDLEGG 1: Søkelogg	
VEDLEGG 2: Litteraturmatrise	

Antall ord: 6893

1 INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven beskriver kvinners opplevelser med sykepleierens ivaretagelse under en abort. Vi har valgt å belyse pasientens perspektiv, nettopp fordi sykepleiere skal kunne lære å identifisere de utfordringene denne pasientgruppen står ovenfor.

En stor del av en sykepleiers hverdag er å vise og utføre omsorg for pasienter i særlig utsatte situasjoner. Omsorgsbegrepet har vært, og er en stor del av sykepleieidentiteten i Norge. Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer sier dette om sykepleiens grunnlag: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Vi har derfor valgt å beskrive hvordan sykepleiers omsorg oppleves av denne pasientgruppen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema i denne oppgaven har et utgangspunkt i en stor interesse for kvinnehelse, og temaene svangerskapsoppfølging, barsel, fødsel og abort. Nyhetsbildet i dag er til stadighet preget av saker som omhandler kvinnehelse, og hvor nedprioritert kvinnehelse er både når det kommer til behandling, men også forskning. Abortbehandling er en del av denne diskusjonen, der det er mange kvinner som har ytret seg i media om hvor dårlig de synes de blir behandlet og om hvor lite oppfølging de får (Eriksen, 2020; Nærum, 2020; Robak, 2021). Dette gir et inntrykk av at forbedringspotensialet er stort innen behandling av kvinner som aborterer. Medias søkelys belyser ofte den negative siden ved saken. Vi ønsker derfor å se om forskning kan bekrefte at det vi ser i media faktisk er reelt.

1.2 Problemformulering

I 2021 ble det utført 10.841 svangerskapsavbrudd i Norge (FHI, 2022). Antall spontanaborter er vanskelig å registrere da mange kvinner spontanaborterer før de i det hele tatt vet at de er gravide. Det anslås likevel at 10-30 av 100 svangerskap ender i spontanabort (Helsebiblioteket, 2021). I og med at abort, i den ene eller andre formen rammer såpass mange kvinner, bør fokuset på behandlingen og oppfølgingen være bedre enn den er i dag. Det å få barn er en livsforandrende hendelse i en kvinnes liv, og det oppstår mange følelser og forventninger i graviditeten. Å abortere kan derfor være en stor psykisk belastning som for mange påvirker livskvaliteten i lang tid etter. Med dette som utgangspunkt ønsker vi å belyse hvordan kvinner opplever behandlingen de får av sykepleiere når de gjennomgår en abort. Vi mener økt oppmerksomhet rundt dette temaet kan bidra til bedring av behandling for denne pasientgruppen, der man i dag ser mangel på omsorg og oppfølging.

1.3 Hensikt

Hensikt med oppgaven er å belyse kvinners erfaringer med sykepleierens ivaretagelse når hun har eller skal gå gjennom en abort. Disse erfaringene vil være nyttig informasjon for en sykepleier i behandlingen av disse pasientene, slik at kvinnen føler seg godt ivaretatt.

2 TEORI

2.1 Spontanabort

Et foster som dør, og som støtes ut før 22. svangerskapsuke kalles en spontanabort. Årsaken til at dette skjer er som oftest ukjent, men en tror at de fleste spontanaborter skyldes en genetisk feil hos fosteret. Dette er svært vanlig, og skjer oftere enn hva man tror. En forsinket og kraftig menstruasjon kan være en mulig spontanabort, og kvinnen vil da ikke kunne forstå at hun er gravid før aborten er et faktum. Man antar at mellom 10-30 av 100 erkjente graviditeter ender i en spontanabort (Helsebiblioteket, 2021).

2.2 Selvbestemt abort

I Norge har alle kvinner over 16 år rett til selvbestemt abort innen 12. svangerskapsuke (abl, 1976). Det er gratis, og man har ingen plikt til å begrunne hvorfor man velger å avbryte svangerskapet (Helsenorge, 2020). Helsepersonell skal gi kvinner veiledning og behandling på en objektiv måte, uten at personlige meninger skal kunne påvirke hvordan en ivaretar kvinnen (Helsenorge, 2020).

2.3 Behandling av abort

I Norge har medisinsk abort vært en tilgjengelig behandlingsmetode siden 1998. Det er den mest brukte behandlingen, og er anbefalt på norske sykehus (Aamlid et al., 2021). Medisinsk abort før uke 9 kan gjøres hjemme. Da får man først legemiddelet mifeprostone på sykehus, deretter kan man reise hjem og fullføre aborten ved å sette inn legemiddelet misoprostol vaginalt (Aamlid et al., 2021). Behandlingen brukes både ved selvbestemt abort og spontanabort der kroppen ikke har klart å kvitte seg fullstendig med fosteret (Stavanger Universitetssjukehus, 2022). Ved medisinsk abort hjemme skal det alltid være en voksen person tilstede (Helsenorge, 2020).

I noen tilfeller vil kirurgisk utskraping være nødvendig, både ved selvbestemt abort, men også ved en ufullstendig spontanabort som ikke har latt seg fullføre medisinsk. Som oftest er dette pga kraftige blødninger eller ved stor infeksjonsfare (Helsebiblioteket, 2021).

2.4 Kvinners psykiske helse etter en abort

En abort er for mange kvinner en traumatisk hendelse i livet, og kan skape både angst og depresjon. Hos enkelte utvikles også posttraumatisk stress-syndrom som en konsekvens av opplevelsen en abort kan gi. En har i senere tid derfor anerkjent at en abort kan oppleves som et traume for den aborterende kvinnen, både for de som opplever en spontanabort, men også for de som velger å avslutte svangerskapet (Broen et al., 2005).

For kvinner som opplever spontanabort er det rapportert om skyldfølelse, angst og sorg. Graviditet skaper ulike følelser hos kvinner, og opplevelsen preges av hvilken situasjon man befinner seg i. Hos noen er barnet svært ønsket og når et svangerskap uten forvarsel plutselig går til grunne kan dette vekke stor skyldfølelse og sorg (Adolfsson, 2011). Mange kvinner bebreider seg selv og finner ulike grunner til hvorfor de er årsaken til at de spontanaborterte. Det kan være at en tror man har trent for mye, spist feil mat eller at en har stresset for mye (Adolfsson, 2011; Flohr & Wold, 2008, s. 50). En vanlig oppfattelse, spesielt blant kvinner som spontanaborterer, er at graviditeten og tapet av fosteret blir bagatellisert. Ønsket om å bli mor ligger hos de fleste kvinner dypt forankret. Mange kvinner skaper seg forventninger, visualiserer barnet og forbereder seg til å bli mor tidlig i livet. Dette er følelser og forventninger som en kvinne kan ha tenkt på lenge før hun blir gravid, og når svangerskapet avsluttes brått og uventet, ligger dette som et bakteppe for sorgen som oppstår (Flohr & Wold, 2008, s. 149-150).

2.5 Omsorgsteori av Kari Martinsen

Ifølge sykepleieteoretiker Kari Martinsen handler ekte omsorg om at man må forholde seg til andre personer ut ifra en egen holdning som inkluderer anerkjennelse for den andre i dens situasjon (Kristoffersen, 2017a, s. 56). I yrkessammenheng mener Martinsen at grunnholdningen til en sykepleier skal være preget av engasjement, innlevelse og faglig vurdering. Det må i tillegg finnes en aktiv handling i forhold til pasienten, som gjenspeiler disse grunnholdningene (Kristoffersen, 2017a, s. 57). «Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten sykepleieren handler på, sier Martinsen» (Kristoffersen, 2017a, s. 58).

Å utøve omsorg som sykepleier er ifølge Martinsen en rolle som består av tre begreper. Det første begrepet er knyttet til at omsorgen har en relasjonell side. I rollen som sykepleier har man en relasjon til pasienten der en er forpliktet til å yte den hjelpen pasienten trenger. En må derfor engasjere seg og vise interesse for å kunne vite hvilken hjelp og omsorg pasienten har behov for. En må ha evne til å sette seg inn i andre personers situasjon, og forsøke å forstå hvordan det er å være i denne situasjonen (Kristoffersen, 2017a, s. 60). Det andre begrepet Martinsen beskriver er relatert til det praktiske en sykepleier gjør i sitt virke. Omsorg er ikke bare en grunnholdning, den viser seg også i praktisk handling. En vil som sykepleier hjelpe pasienten ut ifra den tilstanden pasienten befinner seg i, og handlingene til sykepleier vil utgå fra den bestemte situasjonen (Kristoffersen, 2017a, s. 62). Det tredje og siste begrepet Martinsen belyser er selve moralen, og moralens to sider. Martinsen mener omsorgsbegrepet er sterkt knyttet til moralbegrepet. Moralbegrepet har to sider der den ene er spontan moral og den andre er norm-moral. Den spontane moralen er den primære og kommer til uttrykk i form av

kjærlighet, og er en handling som er til den beste for pasienten. Norm-morale er sekundær og har sitt utspring i samfunnets normer, regler og prinsipper. Den er der når den spontane morale uteblir. Noen ganger er det vanskelig å finne frem til den spontane morale. Situasjoner kan være uoversiktlige, eller vanskelige å stå i som sykepleier. De handlingene som burde blitt gjort i slike situasjoner vil ifølge Martinsen bli til en moralsk plikt. Det blir en slags erstatning for den spontane godheten som skulle vært til stede i samhandling med pasienten (Kristoffersen, 2017a, s. 62-63).

2.6 Joyce Travelbee: menneske til menneske-forhold

Sentralt i Joyce Travelbees sykepleieteori er bruken av begrepet empati og det å bruke seg selv terapeutisk i sykepleierrollen. Travelbee er opptatt av at alle mennesker er unike, og hun ser på enkeltindividet som uerstattelig og enestående. Lidelse i livet blir ansett som veldig personlig. Tap og lidelse er en uunngåelig konsekvens av det å være menneske. Sykepleie består derfor av det å hjelpe mennesker til å finne mening og mestring i den situasjonen man er i (Kristoffersen, 2017a, s. 29). Travelbee beskriver denne sykepleien som en prosess der flere forhold interagerer med hverandre. Rollene som pasient og sykepleier viskes ut, og et menneske til menneske-forhold etableres. Hun er opptatt av det innledende møtet mellom sykepleier og pasient. Når de ikke kjenner hverandre, vil det første møtet basere seg på generaliserte og stereotype oppfatninger. Dette vil videre utvikle seg til et forhold der identiteten til sykepleieren vil komme til uttrykk. Selve identiteten baseres på at sykepleier har brutt ut av sine forutinntatte holdninger og ser pasienten som den personen hen er. Pasienten vil da kunne oppleve å føle seg sett som et individ, og ikke som en av mange. Videre legger hun vekt på hvordan empati påvirker forholdet mellom mennesker, i dette tilfellet sykepleier og pasient (Kristoffersen, 2017a, s. 32-33). «Empati er ifølge Travelbee «... evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person *er* i der og da»» (Kristoffersen, 2017a, s. 33) Empati er en forståelse som gir viktig informasjon om pasientens indre liv, og den skiller seg ut ved at den er uavhengig av om en liker eller misliker den andre personen.

Ut ifra empati vokser begrepet sympati frem som er en mer subjektiv følelse. Sympati fordrer en handling, som for eksempel å hjelpe en annen person. Dette er ifølge Travelbee en slags innsikt i sin egen empati, som en også ofte formidler til pasienten. Man deler som sykepleier pasientens følelse av fortvilelse eller håpløshet, og med dette inngår man en gjensidig forståelse for hverandre i den kontakten man har i menneske til menneske-forholdet. Hele denne prosessen avhenger av at man utvikler alle de forholdene som nå er nevnt. En må som sykepleier evne å utvikle empati til sympati, og vite hvilke sykepleietiltak som skal gjenspeile disse forholdene.

Prosessen utvikler en tillit mellom sykepleier og pasient, rollene viskes ut og menneske til menneske-forhold etableres (Kristoffersen, 2017a, s. 33-34).

2.7 Informasjon

Sykepleiere utgjør den største andelen av helsepersonell, og de tilbringer mest tid med pasientene. En har sett at sykepleiers fagkunnskap og kompetanse kan avlaste leger i form av å gi pasienter veiledning, informasjon og undervisning. Sykepleiere tar seg mer tid og gir mer informasjon enn det leger gjør (Kristoffersen, 2017b, s. 361). Det å formidle informasjon til pasienter kan være utfordrende. Spesielt fordi man ikke alltid er sikker på at informasjonen man gir, er forståelig for mottaker. Man må vurdere pasientens evne til å tolke informasjonen, og tilpasse formidlingen deretter (Kristoffersen, 2017b, s. 370). Studier har vist at det er mange pasienter som synes helseinformasjon er vanskelig å forstå. Det kan derfor være gunstig å kombinere verbal informasjon med skriftlig informasjon. Misforståelser kan oppstå mellom det en pasient faktisk forstår, og det en sykepleier tror pasienten forstår (Kristoffersen, 2017b, s. 397). Årsaken til dette kan være at pasienter som er innlagt på sykehus av forskjellige grunner kan ha vanskelig for å konsentrere seg (Fagermoen, 2007, s. 13).

Å prate med pasienten bidrar til samarbeid og kontakt mellom sykepleier og pasient. Dette er et godt grunnlag for å kunne veilede, informere og undervise pasienten. Det gir også mulighet for sykepleier å få informasjon om pasienten. Ofte har pasienten så mange tanker, bekymringer eller følelser at de har behov for at det er sykepleieren som tar initiativ til å prate. Det kan være vanskelig for en pasient å innlede til en samtale om noe som er sårbart. Pasienter synes ofte det er lettere å tilkalle sykepleier for å spørre etter enkle ting som for eksempel medikamenter, enn det å snakke om følelser eller bekymringer. Det kan være lettere for pasienten å snakke om følelser dersom sykepleier tar initiativ, viser interesse og tar seg tid til å prate (Fagermoen, 2007, s. 15-16).

2.8 Oppfølging

Etter man har gjennomgått en abort skal man på norske sykehus få tilbud om oppfølging. En kan velge selv om man ønsker dette gjennom spesialhelsetjenesten, avtalespesialist, fastlege eller hos jordmor (Oslo Universitetssykehus, 2022; Stavanger Universitetssykehus, 2022). Oppfølging hos fastlege er kostnadsfritt og dekkes av staten (Agdestein et al., 2022). Sykehusene opplyser også om muligheten til å søke hjelp hos stiftelsen Amatheia (Oslo Universitetssykehus, 2022; Stavanger Universitetssykehus, 2022).

Amathea er en landsdekkende stiftelse som tilbyr kvinner og partnere gratis veiledning før og etter en abort. Stiftelsen er offentlig og finansiert forvaltet av helsedirektoratet. Veiledningen utføres av helsepersonell som for eksempel sykepleiere, vernepleiere, sosionomer eller barnevernspedagoger. Amathea kan nås via telefon, chat, video eller ved fysisk oppmøte på en av de 10 lokale kontorene som finnes spredt i hele Norge (Amathea, 2022).

Oppfølging etter abort har vært et omdiskutert tema i mediene. Mange kvinner har rapportert om dårlig oppfølging og lite psykisk støtte. Medias søkelys resulterte i en ny lov, som ble vedtatt av stortinget i 2020, der man lovfestet kvinners rettigheter til oppfølging etter en abort (Eriksen, 2020).

3 METODE

Å undersøke noe, eller samle inn data om noe vitenskapelig, krever at man bruker bestemte metoder. En metode er en fremgangsmåte som sier noe om hvordan en bør gå til verks for å finne denne kunnskapen. Den metoden man velger, bør gir gode og relevante svar på de spørsmålene man stiller. En kan dele inn metode i to hovedkategorier; kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative metoden undersøker målbare enheter. Dette gjør det mulig å regne på resultat, for eksempel et gjennomsnittlig tall som representerer et utvalg av befolkningen. Kvalitativ metode undersøker meninger og opplevelser, og skal gi en forståelse av ulike fenomen. Denne kunnskapen kan ikke måles i tall, og et eksempel på kvalitativ metode kan være vitenskapelig intervju (Dalland, 2012, s. 111-113).

3.1 Anvendt metode

Å sammenstille forskning, og å skape en oversikt over et kunnskapsområde, kalles en litteraturoversikt. Dette er en metode som brukes for å kunne skape nye resultater ut ifra allerede utarbeidet forskning (Friberg, 2022, s. 185). En forsøker å skape en oversikt ved å kategorisere data etter hva studiene handler om, og hvordan de har blitt gjennomført (Friberg, 2022, s. 187)

En har i denne oppgaven valgt å kun søke etter artikler som anvender kvalitativ metode. Friberg (2022, s. 173) belyser viktigheten av å velge et fenomen i en kvalitativ litteraturoversikt. Fenomenet sees på som et problem som erfares, oppfattes eller oppleves av en person. Når flere kvalitative studier av samme fenomen sammenstilles, øker verdien av kunnskap rundt dette fenomenet (Friberg, 2022, s. 169). I dette tilfellet er det kvinners erfaring med helsepersonells ivaretagelse etter en abort som skal beskrives. Det er derfor tatt utgangspunkt i litteratur som belyser pasientens perspektiv.

3.2 PICo-Skjema og søkeord

I denne oppgaven har en valgt å bruke PICo-skjema som verktøy for å finne artikler (se tabell 1). PICo-skjemaet ble grunnlaget for hvordan en valgte å søke frem artikler, men også valg av søkeord. Når en jobber med PICo-skjema og legger en søkestrategi skjer det ofte endringer underveis, spesielt når en ser hvordan de ulike databasene finner frem artikler. Dette har også vært tilfelle i denne oppgaven, og som vist i søkeloggen (vedlegg 1) ser en at ulike søkeord har gitt ulikt antall treff. Det første søket inneholdt få søkeord og ga langt over 1000 treff. En ny strategi ble brukt hvor man la til flere følelsesord. Dette ga også langt over 1000 treff, og med for mange irrelevante studier. Etter veiledning av bibliotekar på UiS ble søkeord som beskrev følelser begrenset. En la mer vekt på sykepleierrollen i søkene, samt at en inkluderte norske,

danske og svenske ord. Denne strategien gjorde at søket ble mer fokusert mot problemformuleringen, og en fikk dermed flere relevante treff.

Tabell 1 – PICO-skjema

Problem	Intervention	Context
Abort*	Experience*	Nurs*
Miscarriage	Feel*	Care*
“pregnancy loss”	Emotion*	Sykepleie*
“missed abortion”	Erfaring*	Omsorg
“Intrauterin fosterdød”		Sygepleje*
“spontanabort”		Sjuksjötterska

3.3 Databaser

Ved hjelp av PICO- skjemaet ble det søkt i ulike databaser for å finne relevante studier. Inicialt ble databasene CINAHL, Swemed+ og PubMed brukt til søk. SweMed+ hadde en lite brukervennlig søkestrategi, som krevde mye jobb og som ga få relevante studier, da det var vanskelig å spesifisere søket i denne databasen. En besluttet derfor å ikke fortsette å søke i denne databasen. Det samme gjaldt databasen PubMed. Dette er også en database det var vanskelig å spesifisere søket i, og ga derfor veldig mange treff på studier som ikke var relevante. Som løsning på dette problemet ble Medline, som favner både PubMed og CINAHL i sin søkedatabase, brukt. Medline er en mer brukervennlig database der en i større grad kan benytte seg av søkestrenger som inneholder «AND» og «OR», for å spesifisere søket ytterligere.

3.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Søkene som ble gjort hadde disse inklusjons og eksklusjonskriteriene:

- Tidsbegrensning: Kun studier fra 2012-2022 ble inkludert.
- Kun fagfellevurderte studier ble inkludert.
- En hadde en geografisk begrensning som inneholdt Europa og Canada samt Australia og New Zealand, da disse har vist seg å ha tilnærmet likt helsesystem.
- Kun kvalitativ forskning ble inkludert.

3.5 Utvelgelse av relevante studier

Siste søk med endelig PICO-skjema, ga et treff på 275 artikler. Av disse ble alle titler lest. En valgte vekk de artiklene som av å lese tittelen ikke hadde relevans for problemstillingen. Av disse 275 ble 62 abstrakt lest, åtte artikler lest nøye og fem av disse ble valgt til analyse. Tre av de utvalgte artiklene omfatter spontanabort, mens de to siste utvalgte artiklene beskriver provosert hjemmeabort. Oversikt over valgte artikler ses under (tabell 2).

Tabell 2 – Oversiktstabell over valgte studier

Forfatter, årstall og tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Clare Bellhouse et. al 2018 <i>“The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experience of miscarriage</i>	Kvinner positive og negative erfaringer med helsepersonell under og etter en abort	Forslag til bedring hos helsepersonell ut ifra kvinners tidligere erfaringer	Pasient	Kvalitativ studie. Intervju
Clemence Due et. Al 2017 <i>Australian heterosexual women’s experiences of healthcare provision following a pregnancy loss</i>	Positive og negative erfaringer med helsepersonell under og etter å ha gått gjennom en abort	Adressere problemer og mangler hos helsepersonells behandling av kvinner som går gjennom en abort.	Pasient	Kvalitativ studie. Intervju
Eva Sommerseth et. Al. 2022 <i>Kvinner erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort</i>	Kvinner positive og negative erfaringer med helsepersonell ved gjennomførelse av en selvbestemt abort	Samle informasjon om hvilke erfaringer kvinner har med helsepersonell i forbindelse med medikamentell abort	Pasient	Kvalitativ studie. Intervju
Alice Y. Yu et. al 2022 <i>Health care support following miscarriage in Australia: a qualitative study. How can we do better?</i>	Kvinner erfaringer i møte med helsepersonell i forbindelse med abort, samt forslag til forbedring av behandling	Samle informasjon om hvilke erfaringer kvinner har med spontanabort og hvordan forbedre behandling/støtte til de som går gjennom en abort	Pasient	Kvalitativ studie. Intervju
Ingrid Bjerkholt Aamlid et. Al. 2020 <i>Women’s experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study</i>	Kvinner negative erfaringer med helsepersonell under og etter en selvbestemt abort	Samle informasjon om hvilke erfaringer kvinner har med støtte/omsorg og oppfølging under og etter medikamentell abort hjemme.	Pasient	Kvalitativ studie. Intervju

3.6 Analyse

Alle de fem valgte artiklene ble lest gjennom flere ganger. Resultatdelene ble nøye lest og likheter og ulikheter ble identifisert. Disse ble igjen kategorisert og fargekodet slik at en så hvilke ulike tema som gikk igjen i de forskjellige artiklene. Tabell 3 viser de ulike kategoriene.

Tabell 3 – Likheter og ulikheter ved studiene

	Due et al.	Yu et al.	Bellhouse et al.	Aamlid et al.	Sommerseth et al.
Lite/dårlig omsorg	X	X	X	X	X
Lite/dårlig empati	X	X	X	X	X
Lite/dårlig informasjon	X	X	X	X	X
Lite/dårlig oppfølging	X	X	X	X	X
Fordommer					X
Avvisning					X
Ble hørt					X
Nok informasjon				X	
Medisinsk oppfølging	X	X	X	X	
Upassende språk	X	X	X		X
God omsorg	X	X	X		
Tilstedeværelse	X	X	X		
Advarsel om abort		X	X		
Ønske om brosjyrer		X			

4 RESULTAT

Resultatene vil bli presentert i to hovedkategorier og tre underkategorier (se tabell 4).

Tabell 4 - Kategorier

Hovedkategori	Underkategori
Helsepersonells evne til å ivareta kvinner med omsorg.	Mangel på empati. Bruk av upassende språk.
Helsepersonells evne til å formidle informasjon til kvinner.	Tilbud om oppfølging til kvinner som har gått gjennom en abort.

4.1 Helsepersonells evne til å ivareta kvinner med omsorg

Mange kvinner kunne fortelle at helsepersonell behandlet dem med lite omsorg og ufølsomhet, og at de ble møtt på en veldig klinisk måte hvor helsepersonell så på abort som en rutinemessig prosedyre (Bellhouse et al., 2019; Due et al., 2018; Yu et al., 2022). En kvinne sa: «I just remember feeling really upset and I was in tears, but there wasn't any support in terms of anybody wanting to talk to me about what had just happened...» (Due et al., 2018, s. 335). I Sommerseth et al. (2022) kunne også kvinner fortelle at gjennomføringen av en medikamentell abort, følte som et samleband og en rutinemessig prosedyre. Andre kvinner kalte måten de ble mottatt av helsepersonell på som klinisk og kald. Disse kvinnene foreslo at helsepersonell burde bli bedre på en mer støttende mottakelse (Aamlid et al., 2021). Dette blir også nevnt i Bellhouse et al. (2019), hvor kvinnene også følte at helsepersonell var avvisende og hadde en klinisk fremtoning. I tillegg mente de at det virket uansvarlig å bli sendt hjem for å gjennomføre aborten på egenhånd. I Sommerseth et al. (2022) opplevde noen kvinner at det ikke var rom for eller mulighet til å prate med helsepersonell, men at det var mye fokus på det fysiske og praktiske rundt aborten. Dette gjorde at kvinnene følte seg veldig alene, og ga en følelse av at de ikke fortjente omsorg. Det var liten mulighet for å uttrykke sine behov, og flere kvinner følte at helsepersonell uttrykte at de visste hva som var best (Sommerseth et al., 2022).

Helsepersonell var ikke i stand til å gi tilpasset omsorg rettet mot kvinners psykiske behov etter en abort. Derimot ble grunnleggende behov møtt i form av tilbud om mat, smertestillende og enkle spørsmål om hvordan de hadde det. Kvinnene mente at helsepersonell ikke hadde god nok kunnskap og opplæring i hvordan å møte en kvinne i sorg (Due et al., 2018; Yu et al., 2022)

De kvinnene som hadde hatt lett for å bli gravid, mente behandlingen de fikk var såpass belastende at de så for seg at dette ville være mer psykisk krevende for de kvinnene som hadde vanskeligheter med å bli gravid (Bellhouse et al., 2019).

I tre av studiene var det imidlertid noen kvinner som følte de ble møtt med god omsorg (Bellhouse et al., 2019; Due et al., 2018; Yu et al., 2022). I Due et al. (2018) kunne en kvinne fortelle at tilstedeværelsen av helsepersonell følte trygt, og det å sette seg ned hos henne gjorde

at hun følte seg ivaretatt. En annen kvinne forteller «... all the nurses were great, and a couple of nurses gave me a great big hug, I remember that» (Due et al., 2018, s. 336). I en av de andre studiene kommer det frem at ca. halvparten av kvinnene ble møtt med forståelse og støtte, og at dette var noe kvinnene var takknemlige for (Yu et al., 2022). I Sommerseth et al. (2022) var det også noen kvinner som fikk muligheten til å velge om de ønsket å gjennomføre aborten hjemme eller på sykehus. Disse kvinnene sa at de følte seg hørt i prosessen.

4.1.1 Mangel på empati

I Sommerseth et al. (2022) fortalte kvinner om møter med lite empatisk helsepersonell i forbindelse med provosert abort. De ble møtt med fordommer eller en «fordømmende stillhet» (Sommerseth et al., 2022, s. 6). Helsepersonell viste heller ingen forståelse for kvinnenes tap og sorg. En kvinne sa: «She was like ‘oh good, go off and try again’ And there was absolutely no sympathy whatsoever» (Bellhouse et al., 2019, s. 141). Noen kvinner syntes helsepersonellet var veldig profesjonelle, og utførte jobben sin på tilfredsstillende måte, men det var ingen form for sympati eller empati knyttet til gjennomførelsen (Due et al., 2018).

4.1.2 Bruk av upassende språk

Det er nevnt i flere av studiene at helsepersonell brukte upassende språk. Kvinner ble møtt med ufølsomme kommentarer og fagspråk som var vanskelig å forstå (Bellhouse et al., 2019; Due et al., 2018; Sommerseth et al., 2022; Yu et al., 2022). I Due et al. (2018) ble det sagt at bruken av medisinske faguttrykk gjorde at tapet følte fremmedgjort.

I Bellhouse et al. (2019) fortalte en kvinne at hun ble bedt om å ikke overreagere og at hun måtte slappe av, og at dersom hun ikke slappet av ville hun ikke komme til å bli gravid igjen. En annen kvinne fortalte «... she kept saying, ‘this is normal, everything’s fine, you need to stop panicking’...» (Bellhouse et al., 2019, s. 141). I to av studiene foreslo kvinner at bruken av terminologi og språk som bagatelliserer det å gjennomgå en abort burde unngås (Due et al., 2018; Yu et al., 2022). Noen kvinner fikk kommentarer som «vet du ikke hvordan man blir gravid?» og «dette er ditt valg, og du trenger ikke å prate med oss om det» (Sommerseth et al., 2022, s. 6).

4.2 Helsepersonells evne til å formidle informasjon til kvinner

I samtlige artikler melder kvinner om mangel på informasjon. De følte seg ikke tilstrekkelig forberedt på hva de skulle gjennom. Informasjonen de mottok angående blødning og smerter stemte ofte ikke overens med hvordan kvinnene faktisk opplevde det (Aamlid et al., 2021). «...I think the information about pain was misleading. I understand that they don’t want to frighten

people, but I really think they should tell you how painful it really is» (Aamlid et al., 2021, s. 3). Noen kvinner fortalte at informasjonen de mottok fikk abort til å virke som en ukomplisert prosess, og at de opplevde aborten som langt verre enn det de hadde blitt informert om (Sommerseth et al., 2022).

I Aamlid et al. (2021) var det imidlertid noen få kvinner som fortalte at de hadde fått tilstrekkelig med informasjon, og at det var tilfredsstillende i forhold til deres behov. Mange kvinner satte pris på at helsepersonell uoppfordret ga informasjonsskriv eller brosjyrer om abort og støtteorganisasjoner. Det var også ønskelig med verbal informasjon, slik at muligheten for å stille oppfølgingsspørsmål var til stede (Yu et al., 2022).

I to av studiene ytret kvinnene ønske om informasjon om hvor vanlig abort er tidlig i svangerskapet. Dette for å vite hvilke tegn man eventuelt skulle se etter, og at de da kunne vært litt forberedt før aborten faktisk skjedde (Bellhouse et al., 2019; Yu et al., 2022). «...’this is what you need to look out for’, because this is real, this really happens, and it’s scary because you don’t really know what’s going on” (Bellhouse et al., 2019, s. 144).

4.2.1 Tilbud om oppfølging til kvinner som har gått gjennom en abort

I Sommerseth et al. (2022) fortalte en kvinne om behovet for samtale etter aborten. «Det har ikke gått en dag i ettertid, der jeg ikke... eh... har tenkt på det... Så egentlig burde de hatt tilbud om en sånn oppfølgingssamtale etterpå også... om hvordan det gikk, da» (Sommerseth et al., 2022, s. 7). I Due et al. (2018) blir det nevnt av flere kvinner at de ikke fikk oppfølging etter sin abort. Noen få kvinner fikk en telefonsamtale, men denne samtalen kom flere måneder etter aborten, noe som gjorde at kvinnene følte seg etterlatt og alene i en veldig lang periode. En kvinne fortalte at oppfølgingen burde kommet mye tidligere etter aborten, og at den burde komme fra noen av helsepersonellet som var tilstede under aborten (Due et al., 2018). I Yu et al. (2022) fortalte kvinner at de ville hatt god nytte av oppfølging, og at dette kunne hjulpet mot psykiske utfordringer. Mange av kvinnene foreslo at oppfølgingen burde skje 1-2 uker i etterkant av aborten. «I think it would have been a really good opportunity to be provided with some follow up, counselling or assessment, just to see where I was in terms of my mental health” (Yu et al., 2022, s. 176).

Noen kvinner sa at de fikk oppfølging, men at denne oppfølgingen bare gikk på det fysiske delen ved en abort. Nesten alle kvinnene savnet oppfølging på deres mentale helse. Hos noen var det ønskelig å få snakke med helsepersonell innenfor psykisk helse, eller i det minste få tilbudet (Bellhouse et al., 2019). I Yu et al. (2022) nevner kvinner at det hadde vært nyttig å

prate med noen som hadde kunnskap og innsikt i både det psykiske og det medisinske ved en abort. Grunnet mangelfull oppfølging i det offentlige helsevesenet var det derfor enkelte kvinner som søkte hjelp hos privatpraktiserende psykolog (Due et al., 2018).

5 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Søkeprosessen i denne oppgaven var omfattende, og en brukte mye tid på å finne gode søkeord som ga relevante treff. Siste søket ga 275 artikler, og en kan ikke utelukke at man har gått glipp av relevante artikler når en måtte lese gjennom nesten 300 søketreff. Likevel ser man i søkeloggen (vedlegg 1) at søkeprosessen har gitt færre treff for hvert søk. Det viser at søket har blitt mer spesifisert og dermed kan en og anse søketreffene som mer relevant. Valg av søkeord og kombinasjoner av søkeord har bidratt til dette.

Noen av de valgte artiklene har samme medforfattere. Ulempen med dette er at forfattere som tidligere har vært med på en lik type studie kan påvirke resultatet i gjeldene studie, i form av at de latt seg påvirke, eller gjort seg opp en mening basert på tidligere resultat. En valgte likevel å bruke disse artiklene da en anser hovedforfatter som leder i forskningen, og ingen av disse studiene hadde samme hovedforfatter.

Som nevnt i metoden har en valgt å se etter studier som er gjort i Skandinavia, Australia, New Zealand og Canada. Dette ble bevisst valgt da helsevesenet i disse landene er relativt like. Studiene som ble valgt i denne oppgaven er fra Norge og Australia og resultatene er derfor gjenkjennbare for norske sykepleiere.

De utvalgte artiklene er alle publisert i nyere tid, det vil si mellom 2018-2022. I Due et al. (2018) ble rekrutteringen og intervjuene gjennomført i 2013, likevel oppfyller det kriteriet om at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år.

5.1.1 Kildekritikk

Alle hovedforfatterne i de valgte artiklene er helsepersonell. To er jordmødre, to er psykologer og den siste er lege, men var medisinstudent da studien ble gjennomført.

Det var totalt 93 informanter. Antall informanter per studie varierte fra 15-24 stykk. Det totale antall informanter gir grunnlag for at man kan stole på resultatet. Dette forsterkes av at kvinnenenes erfaringer er samstemte i de ulike resultatkategoriene, og klare fellestrekk kommer frem i samtlige studier. Informantene i de valgte studiene er kvinner i alderen 18-71 år. I og med at fertil alder er 15-49 år (FHI, 2022), tyder dette på at det er lenge siden den eldste informanten opplevde en abort. Dette kan ha påvirket resultatet, da helsevesenet for nærmere 50 år siden, trolig har endret seg i forhold til nå. Det er også en mulighet for at man ikke husker nøyaktig hvordan ting var, når man skal gjenfortelle noe som skjedde for mange år siden.

Alle studiene rekrutterte deltagere fra internett, eksempelvis Facebook, på mail og nettverk for andre forskere, påmelding via universitet og annonser på nettsider til støtteorganisasjoner. Mer detaljert informasjon om hvor de forskjellige studiene rekrutterte sine deltagere kan man se i litteraturmatriksen (vedlegg 2). Bellhouse et al. (2019) problematiserer at deltakere som har et negativt syn på den behandling de har fått, ofte er de som melder seg til deltakelse i slike studier. Dette kan ha påvirket resultatene i flere av studiene valgt i denne sammenfatningen. Spesielt med tanke på at mange deltagere er rekruttert i fra støtteorganisasjoner. Dette er kvinner som trolig har hatt et større behov for støtte og oppfølging etter aborten, og en kan derfor anta at disse kommer med mer negativ tilbakemeldinger enn positive.

Et av inklusjonskriteriene i de valgte artiklene var hvor lenge det var siden kvinnene hadde abortert. I Yu et al. (2022) var kriteriet at det skulle være minst tre måneder og maks to år siden kvinnen hadde gått gjennom en abort. Dette fordi det var ønskelig at behandlingen kvinnen mottok skulle være ferskt i minne, og det var lettere å kunne gjenfortelle hvordan kvinnene opplevde behandlingen de fikk. I Due et al. (2018) var kriteriet at det måtte ha gått minst to år siden kvinnene hadde gjennomgått en abort. Dette fordi forfatterne ville unngå at informantene ble for emosjonelt påvirket under intervjuene. Det var imidlertid ingen øvre grense for hvor lenge siden aborten hadde foregått. Dette resulterte i at den ene deltageren hadde gått gjennom en abort for hele 47 år siden.

I Bellhouse et al. (2019) var kriteriene minimum tre måneder og maks ti år siden aborten. I Sommerseth et al. (2022) og Aamlid et al. (2021) var kriteriet at den selvbestemte aborten var gjennomført innen svangerskapsuke tolv.

Anvendt metode i studiene hadde flere fellestrekk, disse er listet under.

- Deltagerne hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst
- Alle intervjuer ble transkribert i etterkant
- Deltagerne måtte skrive under på samtykkeskjema
- Studiene brukte en semistrukturert intervjuteknikk. Det vil si at deltagerne i hver studie ble stilt de samme spørsmålene, men at oppfølgingsspørsmålene varierte fra deltager til deltager (Academic Work, 2022).

5.2 Resultatdiskusjon

Denne bacheloroppgaven har hatt som hensikt å belyse hvordan kvinner opplever å bli ivaretatt av sykepleier under en abort. Følgende temaer er kategorisert i resultatdel (tabell 4) og vil bli

diskutert nedenfor: Betydningen av omsorg, mangel på empati, bruk av upassende språk og viktigheten av informasjon og oppfølging.

Majoriteten av kvinnene i de utvalgte studiene fortalte om mangelfull omsorg fra helsepersonell. Både i Bellhouse et al. (2019), Due et al. (2018) og Yu et al. (2022) fortalte kvinnene at de ble behandlet på en klinisk måte, og at omsorgen de ble møtt med bar preg av rutine, og følt som et samlebånd. Mange av kvinnene følte at grunnleggende behov som mat og smertestillende ble dekket, mens den psykiske støtten uteble (Due et al., 2018; Yu et al., 2022). Beskrivelsene kvinnene ga, er ikke i tråd med hvordan en sykepleier skal behandle pasienter. En sykepleier skal ifølge Kari Martinsen vise engasjement og interesse i pasienten, for å kunne identifisere hvilke behov for omsorg pasienten har. Sykepleieren må ha evne til å sette seg inn pasienten sin situasjon, og forsøke å forstå hvordan det er å være i denne situasjonen (Kristoffersen, 2017a, s. 58). Det kan være vanskelig for sykepleier å forstå pasienten sitt omsorgsbehov, fordi opplevelsen av en abort for mange er en sorg som skiller seg fra annen sorg. Dette fordi tapet knytter seg opp til en forventning; forventningen om å bli mor. Å bli mor er en livsforandrende hendelse som mange kvinner knytter sterke følelser til (se avsnitt 2.4 i teori). Allerede fra man er barn kan drømmen om familie skape forventninger og forestillinger om fremtiden. Når dette plutselig blir revet vekk fra en, kan det oppstå sorgreaksjoner. Vanlige reaksjoner ved sorg og tap er selvbebreidelse, forvirring, depresjon, lengsel og selvmedlidenhet ifølge sykepleieteoretiker Joyce Travelbee. Bagatellisering av tap og følelsene knyttet til tapet, kan gjøre sorgen verre ved at man føler skam og selvbebreidelse (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 193). Mange kvinner sa at følelsene de hadde ble bagatellisert. I Due et al. (2018) og Yu et al. (2022) foreslo kvinner at helsepersonell burde unngå å bruke et språk som bagatelliserer. I Due et al. (2018) følte kvinnene at medisinske faguttrykk gjorde at tapet følt fremmedgjort. Dette kan skape en avstand mellom helsepersonell og pasient noe som er stikk i strid med det Travelbee mener er optimalt. Hun poengterer viktigheten av at rollene som pasient og sykepleier viskes ut, og at forholdet skal være et menneske til menneske-forhold. Det at helsepersonell i disse studiene gir inntrykk av at omsorgen de gir til sine pasienter er rutine, er med på å bagatellisere tapet. Omsorgen virker lite individualisert basert på kvinnes egne utsagn.

Travelbee sier det er viktig at sykepleier bryter ut av sine forutinntatte holdninger og ser pasienten som den personen hun er (Kristoffersen, 2017a, s. 32-33). I Norge skal helsepersonell gi veiledning og behandling til aborterende kvinner, uavhengig av egne synspunkter og holdninger. Man kan imidlertid reservere seg mot selve inngrepet, men en har ikke som

helsepersonell rett til å reservere seg fra pleie og stell av pasienten, før under og etter aborten (abortforskriften, 2001). Man kan altså ikke som sykepleier gi dårligere pleie til pasienter som gjennomgår abort, verken før under eller etter aborten.

En stor del av det å ivareta pasienter med omsorg er å være empatisk, men også det å utvise sympati via handlinger. Travelbee sier at «empati er evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da» (Kristoffersen, 2017a, s. 33). I Due et al. (2018) og i Sommerseth et al. (2022) opplevde mange av kvinnene at dette var fraværende. Noen kvinner ble møtt med en fordømmende stillhet (Sommerseth et al., 2022). Omsorgsevnen til en sykepleier er ikke bare en grunnholdning. Den skal ifølge Martinsen også vise seg i praktisk handling (Kristoffersen, 2017a, s. 62). Noen kvinner følte at den praktiske delen av aborten ble utført på en profesjonell måte, men at opplevelsen bar preg av at helsepersonell ikke hadde empati eller sympati med seg i behandlingen (Due et al., 2018). Dette viser betydningen av tilstedeværelse av sykepleier, og sykepleiers evne til å engasjere seg følelsesmessig og vise empati for pasienten i form av handlinger. I Due et al. (2018) fortalte en kvinne at bare den fysiske tilstedeværelsen av en sykepleier gjorde at hun følte seg trygg og ivaretatt. Bare det at noen satte seg ned med henne hjalp henne i prosessen. Dette er et godt eksempel på hvor enkle tiltak som skal til for at en pasient føler seg ivaretatt.

Studiene inkludert i denne sammenfatningen viser alle at oppfølging etter en abort var mangelfull. I Sommerseth et al. (2022) etterlyser kvinner oppfølgingssamtale etter abort. I Due et al. (2018) fortalte kvinner at de ikke fikk god nok oppfølging etter aborten. Noen fikk en telefonsamtale, men den kom flere uker etterpå. I Yu et al. (2022) mente kvinner at oppfølging ville være med på å forhindre psykiske utfordringer etter en abort. Som beskrevet i avsnitt 2.8 informerer norske sykehus på sine hjemmesider om oppfølgingstilbudet til aborterende kvinner. Kvinnen kan få oppfølging i spesialisthelsetjenesten, fastlege eller jordmor. Dette må avtales på eget initiativ, men tjenesten dekkes av staten. Det henvises også til stiftelsen Amatheia for hjelp og støtte (Oslo Universitetssykehus, 2022; Stavanger Universitetssjukehus, 2022). Likevel uttaler kvinner i media at det er mangelfull oppfølging (Nærum, 2020; Robak, 2021). Dette viser at det sykehusene tilbyr og det kvinnene erfarer ikke er i samsvar med hverandre.

I samtlige artikler uttalte kvinner at de hadde fått mangelfull informasjon, eller at informasjonen de mottok ikke stemte overens med hvordan de opplevde det. Dette ble spesielt nevnt med tanke på hvordan blødningene var, og hvor smertefullt det var å gå gjennom en medikamentell abort (Aamlid et al., 2021). Smerte er en subjektiv følelse, og en personlig erfaring. Det er bare personen selv som kjenner sin egen smerte. Den kan ikke forklares med ord, men forsøksvis

beskrives (Almås et al., 2007, s. 65). Det kan være vanskelig for en sykepleier å informere om smerter og mengden blødning da opplevelsen av dette er veldig individuell, og kan variere veldig fra pasient til pasient. Dette er viktig å ta hensyn til når en skal informere kvinner om hva de kan forvente av smerter og blødninger. Hadde kvinnene fått en mer realistisk beskrivelse av dette, kunne opplevelsen av aborten vært annerledes.

De utvalgte artiklene viser at kvinner som skal gjennom, eller har gått gjennom en abort har mange tanker og følelser omkring dette. Fagermoen (2007, s. 16-17) understreker viktigheten av at det er helsepersonell som skal ta initiativet til samtale. En pasient i en sårbar situasjon kan ha vanskeligheter med å ta opp tanker, bekymringer og følelser. Av den grunn er det viktig at sykepleier sørger for at pasienten føler seg ivaretatt ved å kommunisere med pasienten, og ta initiativet til samtale. Videre skriver Fagermoen (2007) at pasienter som er innlagt på sykehus ofte har vanskelig for å konsentrere seg. Det er derfor en mulighet for at noen av kvinnene ikke har klart å forstå, eller ta inn over seg informasjonen de har fått på sykehuset. Kristoffersen et al. (2017b) skriver at når informasjon skal gis til en pasient må den formidles på en forståelig måte, samt at sykepleier må vurdere om pasienten er mottakelig for informasjonen. Helsepersonell har derfor et visst ansvar når en skal formidle informasjon til aborterende kvinner

Ifølge Kristoffersen (2017b, s. 397) viser studier at pasienter ofte synes helseinformasjon er vanskelig å forstå. Det er derfor gunstig å benytte både skriftlig og verbal informasjon. I Yu et al. (2022) satte kvinnene pris på å få skriftlig informasjon og brosjyrer om støtteorganisasjoner de kunne ta med seg hjem. De etterlyste imidlertid mer verbal informasjon, slik at de fikk muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål. Dette kan tyde på at en kombinasjon av både skriftlig og verbal informasjon sikrer at kvinner får med seg den informasjonen de trenger.

6 ANVENDELSE I PRAKSIS

Samlet sett ser man at både kvinner som nylig hadde gått gjennom en abort, og de som hadde gjennomgått en abort for flere år siden, hadde mye av de samme erfaringene med hvilken behandling helsepersonell utførte. Dette gir en indikasjon på at erfaringene kvinner har i forbindelse med en abort, ikke har endret seg på mange år og at det er stort forbedringspotensial. Forbedringen må skje i selve behandlingen av kvinnene. Her er det tydelig mangelfull omsorg fra sykepleier sin side. Vi tror at sykepleier spesielt må ta hensyn til at graviditet er en spesiell livshendelse for kvinner. Sorg, angst og depresjon etter en abort må anerkjennes og ikke bagatelliseres. På den måten kan man som sykepleier lettere identifisere hvilke behov kvinnene har.

Tid er mangelvare i de fleste deler av helsevesenet. Dette ser man også er tilfelle i abortbehandlingen. Mange kvinner opplever behandlingen som om at de er på et samlebånd. Dette bør unngås ved at kvinner får mer tid når de er i kontakt med helsevesenet. Da kan man lettere forstå kvinnens omsorgsbehov, og fange opp eventuelle psykiske utfordringer før kvinnen reiser hjem. Normen bør ikke være at de fleste kvinner møter opp på sykehus, får utdelt medisiner og blir sendt hjem for å utføre aborten selv. Det er tydelig at mange kvinner har behov for mer tid og støtte enn det de får i dag.

Oppfølging i etterkant av en abort har vist seg å være mangelfull, selv om helsevesenet informerer om hvilke tilbud som finnes. For mange kvinner er terskelen høy for å ta kontakt med helsevesenet ved spørsmål eller utfordringer etter aborten. Derfor bør kvinner aktivt kontaktes av helsepersonell etter en abort. Vi tror at dette kan gjøre at kvinnen føler seg mindre usikker og mer ivaretatt. Det faktum at kvinner investerer kroppslig mye i et svangerskap, både fysisk og psykisk, burde verdsettes i mye større grad enn det det i realiteten gjør.

LITTERATUR

- abl. (1976). *Abortloven* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1975-06-13-50>
- abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd* (§ 15). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2001-06-15-635/§15>
- Academic Work. (2022). *Semistrukturert intervju og andre intervjuteknikker*. <https://www.academicwork.no/insights/arbeidsgivere/intervjuteknikker>
- Adolfsson, A. (2011). Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 29-39. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/PRBM.S17330>
- Agdestein, C., Lien, B. M. & Mogstad, K. L. (2022). *Fastlegen følger opp etter abort*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/06/08/det-finnes-oppfolging-etter-abort/>
- Almås, H., Valand, E., Bilicz, J. A. & Berntzen, H. (2007). Sykepleie til pasienter med smerter. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (3. utg., Bd. 1, s. 65-114). Gyldendal Akademisk.
- Amathea. (2022). *Om Amathea*. <https://amathea.no/om-amathea/>
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S. & Bilardi, J. (2019). "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women & Birth*, 32(2), 137-146. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>
- Broen, A. N., Moum, T., Bodtker, A. S. & Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med*, 3(1), 18-18. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-18>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Due, C., Obst, K., Riggs, D. W. & Collins, C. (2018). Australian heterosexual women's experiences of healthcare provision following a pregnancy loss. *Women & Birth*, 31(4), 331-338. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.002>
- Eriksen, I. (2020, 12. juni). Inger-Marie fortalte om sin hjemmeabort-nå svarer politikerne med ny lov. *NRK*. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/ny-lov-skal-sikre-rettighetene-til-kvinner-som-gar-gjennom-en-abort-1.15050897>
- Fagermoen, M. S. (2007). Samtale, undervisning og veiledning. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (3. utg., Bd. 1, s. 12-30). Gyldendal Akademisk.

- FHI. (2022, 1. mars). *Rapport om svangerskapsavbrot 2021. Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret)* <https://www.fhi.no/publ/2022/rapport-om-svangerskapsavbrot--2021/>
- Flohr, J. & Wold, K. (2008). *BARNET SOM IKKE BLE. EN BOK OM SPONTANABORT, SENABORT OG DØDFØDSEL*. Emilia forlag.
- Friberg, F. (2022). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. upplag. utg.). Studentlitteratur.
- Helsebiblioteket. (2021, 9. april). *Spontanabort*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/pasientinformasjon/spontanabort>
- Helsenorge. (2020, 31. juli). *Til deg som vurderer abort*. <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>
- Kristoffersen, N. J. (2017a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., Bd. 3, s. 15-80). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017b). Å styrke pasientens ressurser- sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., Bd. 3, s. 349-406). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2017). Lidelse, mening og håp. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., Bd. 3, s. 187-235). Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nærum, S. R. (2020, 19. januar). Én av fem graviditeter ender i spontanabort:-Forventes at vi skal ta det på strak arm. *NRK*. <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/en-av-fem-graviditeter-ender-i-spontanabort--forventes-at-vi-skal-ta-det-pa-strak-arm-1.14811583>
- Oslo Universitetssykehus. (2022, 15. juni). *Spontanabort*. <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/spontanabort>
- Robak, K. S. (2021, 5. april). Sol-Rose spontanaborterte seks ganger-misfornøyd med oppfølging. *NRK*. <https://www.nrk.no/mr/ny-lov-skulle-sikre-bedre-oppfolging-for-kvinner-etter-abort--fagfolk-ser-ingen-endring-1.15414810>
- Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1-19. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>

- Stavanger Universitetssjukehus. (2022, 14. juni). *Spontanabort og missed abortion*.
<https://helse-stavanger.no/behandlinger/spontanabort-og-missed-abortion>
- Yu, A. Y., Temple-Smith, M. J. & Bilardi, J. E. (2022). Health care support following miscarriage in Australia: a qualitative study. How can we do better? *Australian Journal of Primary Health*, 28(2), 172-178. <https://doi.org/10.1071/PY21090>
- 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, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>

VEDLEGG 1: Søkelogg

Søke dato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakte	Leste artikler	Antall valgte artikler
3/11	CINAHL	Abortion OR “missed abortion” OR miscarriage AND nurs* OR Care OR caretaking OR grief OR loss	Full text Peer reviewed Published: 2012-2022 Geographic subset: Europa, Continental Europe, Australia og Canada	1379	0	0	0
4/11	CINAHL	Abort* OR miscarriage OR “pregnancy loss” OR “missed abortion” AND experience* OR feel* OR grief OR loss OR bereavement OR sham* OR stigma OR emotion* OR depression* OR anxiety* OR hopeless* OR traum* OR fear*	Full text Peer reviewed Published: 2012-2022 Journal subset: Europa, Continental Europe, Australia & New Zealand og Canada	1324	0	0	0
9/11	CINAHL	abort* OR "pregnancy loss" OR "missed abortion" OR "intrauterin fosterdød" AND experience* OR feel* OR emotion* OR anxiety* OR depression* OR erfaring* OR sorg OR tap OR angst AND nurs* OR Care* OR knowledge OR perspective OR treatment OR attitude OR competence OR sykepleie* OR holdning* OR omsorg	Full text Peer reviewed Published: 2012-2022 Journal subset: Europa, Continental Europe, Australia & New Zealand og Canada Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity, Qualitative - High Specificity, Qualitative - Best Balance	374	36	0	0
10/11	Medline og CINAHL	Abort* OR miscarriage OR “pregnancy loss” OR “missed abortion” OR “intrauterin fosterdød” AND experience* OR feel* OR emotion* OR erfaring* AND nurs* OR care* OR sykepleie* OR omsorg OR sjukskøterska OR sygepleje*	Full text Peer reviewed Published: 2012-2022 Journal subset: Europa, Continental Europe, Australia & New Zealand og Canada Clinical Queries: Qualitative - High Sensitivity, Qualitative - High Specificity, Qualitative - Best Balance	275	62	8	5

VEDLEGG 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikt med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/re sultater
Clare Bellhouse, Meredith Temple-Smith, Shaun Watson og Jade Bilardi 2018 Women and Birth Australia https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006	«The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experience of miscarriage	Forslag til bedring hos helsepersonell ut ifra kvinners tidligere erfaringer	Pasient	Kvalitativ studie. Fysiske intervju og intervju over telefon.	15 kvinner mellom 18 og 50 år som hadde gjennomgått en abort for minst 3 måneder siden og maks 10 år siden. Alle deltagere hadde partner og minst 1 levende barn da intervjuet fant sted. Kvinnene ble rekruttert via mail, flyers plassert på sykehus, fastlegekontor og andre helsesenter. Forskerne la også ut link på privat facebook-side og også på støtteorganisasjonen Bears of Hope sin facebook-side	Funn i studien er kvinners følelser etter gjennomgått abort. I tillegg kommer det frem både positive og negative erfaringer i møte med helsepersonell. De fleste kvinnene var ikke fornøyd med eller manglet informasjon og oppfølging under og etter sin abort. Det kommer også frem at helsepersonell var lite empatiske og lite forståelsesfulle
Alice Y. Yu, Meredith Temple-Smith og Jade E. Bilardi Australian Journal of Primary Health 2022 Australia https://doi.org/10.1071/PY21090	Health care support following miscarriage in Australia: a qualitative study. How can we do better?	Samle informasjon om hvilke erfaringer kvinner har med spontanabort og hvordan forbedre behandling/søtte til de som går gjennom en abort	Pasient	Kvalitativ studie. 11 intervju via telefon, 4 intervju via videokonferanse og 1 intervju ved fysisk oppmøte	16 kvinner i alderen 22-42 år. 4 deltagere hadde barn via IVF og 10 var barnløse da intervjuene foregikk. Aborten måtte ha skjedd for minst 3 måneder siden og maks 2 år siden. Rekrutteringen foregikk via mail og annonser på nettverk for forskere. Det ble også lagt ut annonser på facebook-sider	Her forteller kvinner om positive og negative erfaringer med helsepersonell under og etter en abort. Noen kvinner fikk god omsorg, mens andre ikke var fornøyd, og sa at helsepersonell var ufølsomme og kom med upassende

					til forskjellige organisasjoner for forskere, samt på facebook-sidene til støtteorganisasjonen Bears of Hope og "miscarriage australia"	kommentarer. De fikk også lite, dårlig eller ingen informasjon og oppfølging
Clemence Due, Kate Obst, Damian W. Riggs og Catherine Collins Women and Birth 2017 Australia https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.002	Australian heterosexual women's experiences of healthcare provision following a pregnancy loss	Adresserer problemer og mangler hos helsepersonell's behandling til kvinner som går gjennom en abort.	Pasient	Kvalitativ studie. Intervju. 7 intervju via telefon og 8 intervju med fysisk oppmøte	15 kvinner mellom 31 og 71 år. Antall aborter hos deltagerne varierte fra 1-5. Det var mellom 2-47 år siden de hadde opplevd abortene. Rekrutteringen foregikk ved annonser på bubhub.com og bellybelly.com samt annonser i tidsskrifter.	I denne studien trekker kvinner frem både negative og positive erfaringer med helsepersonell. Det var noen kvinner som var fornøyd med omsorgen de mottok, mens andre mente at omsorgen fra helsepersonell ikke sto til forventingene. Oppfølgingen var ikke tilfredsstillende. Det ble også nevnt at sykehusmiljøet ikke var tilrettelagt på en god nok måte, hvor gravide og kvinner som gikk gjennom abort og fødende kvinner var samlet på samme avdeling.
Ingrid Bjerkholt Aamlid, Bente Dahl og Eva Sommerseth Sexual & Reproductive Healthcare	Women's experiences with information before medication abortion at home, support	Samle informasjon om hvilke erfaringer kvinner har med støtte/omsorg og	Pasient	Kvalitativ studie. 2 intervju via telefon og 21 intervjuer med fysisk oppmøte	23 deltagere, 1 fra UK og resten fra Norge. Kvinner som hadde gjennomført en medikamentell abort hjemme	Resultater fra denne studien viser kvinners negative erfaringer med helsepersonell

<p>2020 Norge https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582</p>	<p>during the process and follow-up procedures – A qualitative study</p>	<p>oppfølging under og etter medikament ell abort hjemme.</p>			<p>før uke 12 i svangerskapet. Deltagerne var mellom 24 og 45 år. 15 av kvinnene hadde fått minst ett barn før eller etter aborten, mens 8 av kvinnene var barnløse. Rekrutteringen ble gjort gjennom universitetets hjemmeside og via facebook</p>	<p>I forbindelse med selvbestemt abort. Mangelfull eller misvisende informasjon er gjengående i studien. Kvinnene føler seg heller ikke ivaretatt hverken på sykehus eller med tanke på oppfølging etter hjemreise</p>
<p>Eva Sommerseth, Berit Margrethe Sandvik, Bente Dahl, Idun Røseth og Anne Lyberg 2022 Sykepleien.no Norge https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883</p>	<p>Kvinner erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort</p>	<p>Samle informasjon om hvilke erfaringer kvinner har med helsepersonell i forbindelse med medikamentell abort</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvalitativ studie. 2 intervjuer ble utført via Zoom og 22 intervjuer med fysisk oppmøte</p>	<p>24 kvinner i alderen 24-45 år som hadde gjennomført selvbestemt abort hjemme før uke 12 av svangerskapet. Abortene ble gjennomført mellom 2008-2019, men de fleste abortene ble gjennomført de siste 4 årene. Rekrutteringen ble gjort gjennom facebook med lenke til en universitetsside</p>	<p>I hovedsak var det negative erfaringer som preget denne studien. Kvinnene følte seg møtt av et rutinepreget helsepersonell i hvor de mottok lite forståelse og dårlig informasjon og oppfølging</p>