

BSYBAC 6
Bacheloroppgave i sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Hvordan kan sykepleier imøtekomme kvinners behov for informasjon og omsorg ved gjennomføring av medikamentell hjemmeabort?

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i sykepleie

Kandidatnummer 1581

Stavanger, 03.01.2023

Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Stadig flere kvinner som tar provosert abort velger medikamentell metode og gjennomfører aborten hjemme, uten kvalifisert helsepersonell til stede. Selv om medikamentell metode er trygg nok til å gjennomføres uten sykehusinnleggelse, kan kvinnene som tar abort fremdeles ha behov for informasjon og omsorg underveis. Dette krever at sykepleiere på ulike måter må klare å imøtekomme disse kvinnenes behov – uten å være fysisk til stede under selve aborten.

Hensikt

Belyse hvilke behov kvinner som gjennomgår medikamentell hjemmeabort har med tanke på informasjon og omsorg, og undersøke hvordan sykepleier kan imøtekomme disse behovene for å ivareta den aktuelle pasientgruppen.

Metode

Oppgaven har integrativ litteraturoversikt som design. Fire kvalitative studier med relevans for abortomsorg har blitt analysert, komprimert og sammenstilt med tanke på nøkkelfunn og resultater. Resultater med relevans for problemstillingen har videre blitt kategorisert etter hoved- og underkategorier, som senere blir drøftet opp mot den gjeldende problemstillingen.

Resultater

Kvinner beskriver dårlige erfaringer med hjemmeabort. Mange opplever at gitt informasjon er både utilstrekkelig og unøyaktig, noe som igjen fører til at mange føler seg lite forberedt idet selve aborten er i gang. Kvinnene beskriver at de savner detaljert og personalisert informasjon, mer rom for dialog rundt vanskelige følelser, samt tettere kontakt med helsepersonell under selve aborten.

Nøkkelord: Medikamentell abort, hjemmeabort, informasjon, kommunikasjon, omsorg.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	5
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2. PROBLEMFOMULERING	5
1.3. BEGREPSAVKLARINGER	6
1.4. HENSIKT MED OPPGAVEN	6
2. TEORI	7
2.1. PROVOSERT ABORT	7
2.1.1. Medikamentell abort	7
2.1.2. Hjemmeabort	7
2.2. OMSORG	7
2.2.1. Skam og ambivalens	7
2.2.2. Sykepleiers rolle	8
2.2.3. Stiftelsen Amatheia	8
2.3. KOMMUNIKASJON	8
2.3.1. Personorientert kommunikasjon	8
2.3.2. Bekreftende kommunikasjon	8
2.4. LOVER OG RETTIGHETER	9
2.4.1. Lovverk	9
2.4.2. Yrkesetiske retningslinjer	9
2.5. SYKEPLEIETEORI	9
2.5.1. Joyce Travelbee	9
2.5.2. Kommunikasjonsprosessen	9
2.5.3. Menneske-til-menneske-forhold	10
3. METODE	11
3.1. SØKEPROSESSEN	11
3.1.1. Valg av databaser	11
3.1.2. Valg av søkeord	11
3.1.3. Avgrensninger	11
3.1.4. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
3.1.5. Valg av artikler	12
3.2. ANALYSE	13
4. RESULTATER	14
4.1. KVINNERS OPPLEVELSE AV HJEMMET SOM ABORTARENA	14
4.1.1. Muligheten til å ta et gjennomtenkt valg	14
4.1.2. Kjente omgivelser under aborten	14
4.1.3. Følelse av ensomhet og usikkerhet uten kvalifisert helsepersonell til stede	14
4.2. KVINNERS BEHOV FOR TILSTREKKELIG INFORMASJON OM ABORTPROSESSEN	15
4.2.1. Forberedende informasjon er avgjørende for opplevelsen av trygghet	15
4.2.2. Informasjon om forventet smerte og blødning gjenspeiler ikke virkeligheten	15
4.3. KVINNERS BEHOV FOR OMSORG OG PSYKOSOSIAL STØTTE FRA HELSEPERSONELL	15
4.3.1. Å bli møtt med respekt og omsorg	15
4.3.2. Behov for bekreftelse	16
4.3.3. Rom for dialog med helsepersonell	16
4.3.4. Behov for oppfølging og støtte etter aborten	16
4.5. ERFARINGER FRA HELSEPERSONELL I ABORTOMSORGEN	16
4.5.1. Helsepersonells oppfatning av abortsøkende kvinner	16

4.5.2. Helsepersonells oppfatning av abortomsorgen	17
5. DISKUSJON	18
5.1. METODEDISKUSJON.....	18
5.1.1. Integrativ litteraturoversikt.....	18
5.1.2. Kildekritikk.....	18
5.1.3. Studienes perspektiver	18
5.1.4. Studienes deltakere	18
5.1.5. Studienes metoder	19
5.1.6. Studienes geografi, språk og arenaer	20
5.2. RESULTATDISKUSJON.....	20
5.2.1. Kvinnens opplevelse av hjemmet som abortarena	20
5.2.2. Kvinnens behov for tilstrekkelig informasjon om abortprosessen	22
5.2.3. Kvinnens behov for omsorg og psykososial støtte fra helsepersonell.....	22
5.2.4. Erfaringer fra helsepersonell i abortomsorgen	24
6. KONKLUSJON	28
7. ANVENDELSE AV RESULTATER I PRAKSIS	29
7.1. INFORMASJON	29
7.2. OMSORG.....	29
LITTERATURLISTE	30
VEDLEGG	32
VEDLEGG 1: SØKELOGG.....	
VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE	

Antall ord: 7.993

1. Innledning

Det er ifølge World Health Organization (2021) en menneskerettighet å ha tilgang til et aborttilbud av høy kvalitet. På verdensbasis gjennomføres det omtrent 73 millioner provoserte aborter årlig. Konservativ abortlover, stigmatisering og usikre omgivelser danner grunnlag for utrygge aborter for millioner av kvinner verden over, særlig i deler av Asia, Latin-Amerika og Afrika, men også i flere vestlige land (WHO, 2021; Leger uten grenser, 2019).

Abort i Skandinavia kan vanskelig sammenstilles med abort i andre deler av verden. Norge, Sverige og Danmark har alle selvbestemt abort nedfelt i loven. Abort i dag et vanlig medisinsk inngrep og i gjennomsnitt hver tredje kvinne i Norge gjennomfører en abort i løpet av livet (Austveg & Keeping, 2017, s. 17). I 1998 ble medikamentell abort innført i landet, og har siden 2008 vært den vanligste abortmetoden. I 2021 var omtrent 95 prosent av alle utførte aborter i Norge, medikamentelle (Løkeland-Stai, 2017). Alle kvinner som søker abort i Norge, får tilbud om medikamentelt svangerskapsavbrudd, og et økende antall kvinner fullfører aborten *hjemme* (Norsk Helseinformatikk, 2020).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Oppgaveforfatter jobber ved en gynekologisk avdeling på sykehus og er ofte i kontakt med kvinner som gjennomgår provoserte aborter. Valget om abort kan være en vanskelig beslutning å ta, og for mange er provosert abort fortsatt forbundet med stigmatisering og skam. Det er derfor viktig at kvinner som gjennomgår provosert abort blir møtt med forståelse og respekt for valget i møte med helsevesen (Jettestad, 2019, s. 271). Kvinners behov for støtte i forbindelse med abort vil variere, og noen kan oppleve å bli skuffet over helsepersonellens evne til å reagere på tankene og følelsene de har knyttet til aborten (Stålhandske, Ekstrand & Tydén, 2011, s. 40). Dette kommer frem av en kvalitativ studie som undersøkte kvinners erfaringer med *klinisk* abortomsorg. Det foreligger mindre forskning om hvordan helsepersonell kan ivareta og gi omsorg til kvinner som gjennomfører abort *hjemme*. Ved å undersøke hvilke erfaringer kvinner har med hjemmeabort, og hvilke behov de uttrykker, ønsker oppgaveforfatter å identifisere hvordan sykepleiere kan ivareta denne pasientgruppen – selv på avstand.

1.2. Problemformulering

Et økende antall kvinner benytter seg i dag av medikamentell abortmetode fremfor kirurgisk, og stadig flere gjennomfører aborten *hjemme* (Løkeland-Stai, 2017). Oppgaveforfatter

identifiserer et behov for mer kunnskap om hvordan kvinner opplever å gjennomgå en abort uten kvalifisert helsepersonell til stede. Det finnes få skandinaviske studier som belyser *helsepersonells* erfaringer med hjemmeabort. Kartlegging av kvinners erfaringer og behov knyttet til hjemmeabort, kan bidra til å belyse hvordan sykepleiere kan være tilstedeværende for denne pasientgruppen, selv om de ikke er fysisk til stede. Med dette til grunn, har oppgaveforfatter kommet frem til følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleier imøtekomme kvinners behov for informasjon og omsorg ved gjennomføring av medikamentell hjemmeabort?*

1.3. Begrepsavklaringer

Abort er avbrytelse av et svangerskap og kan forekomme spontant eller provosert. Provosert abort er kunstig fremkalt og utføres kirurgisk eller medisinsk (Helsenorge, 2020). Det er provosert abort med medikamentell utførelse som vektlegges i oppgaven.

I ordbok blir *pasient* definert som «person som får sykdomsbehandling» (Det Norske Akademi for Språk og Litteratur, 2022). I oppgaven blir begrepene *pasient* og *pasientgruppe* brukt om kvinner som skal gjennomgå/gjennomgår/har gjennomgått abort.

Abort omfatter ciskvinner og -jenter, transpersoner og ikke-binære. For enkelthets skyld, språkmessig, har oppgaveforfatter valgt å kun bruke «kvinne» i omtale av aktuell pasientgruppe.

1.4. Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er todelt:

- 1) Belyse hvilke behov kvinner som gjennomgår medikamentell hjemmeabort har med tanke på informasjon og omsorg.
- 2) Undersøke hvordan sykepleiere kan imøtekomme nevnte behov for best å kunne ivareta aktuell pasientgruppe.

2. Teori

2.1. Provosert abort

2.1.1. Medikamentell abort

Medikamentell abort foregår ved at kvinnen får én tablett med mifepriston på sykehuset. Denne gjør at livmoren slutter å reagere på progesteron og aborten igangsettes. Etter to døgn skal aborten fullføres ved at kvinnen innsetter fire tabletter med misoprostol i skjeden, som vil få livmoren til å trekke seg sammen for å støte ut graviditeten (Norsk Helseinformatikk, 2020). Kvinner kan oppleve smerter som minner om sterke menstruasjonssmerter og blødning som ofte er kraftigere enn ved vanlig menstruasjon (Helsenorge, 2020).

2.1.2. Hjemmeabort

Det foreligger ikke statistikk over hvor mange som tar hjemmeabort i Norge, men ifølge Norsk Helseinformatikk (2020) er trenden økende. I Sverige var nærmere 90 prosent av provoserte aborter utført innen 7. svangerskapsuke i 2021, hjemmeaborter (Socialstyrelsen, 2022). Alle universitetssykehusene i Norge tilbyr medikamentell abort på sykehus og hjemme, og kvinnen skal selv kunne velge hvor hun vil gjennomføre aborten (Akershus universitetssykehus, 2020; Haukeland universitetssjukehus, 2022; Oslo universitetssykehus, 2020; St. Olavs hospital, 2020; Stavanger universitetssjukehus, 2019; Universitetssykehuset Nord-Norge, 2021). En systematisk litteraturgjennomgang av 19 studier fant at kvinners valg om å gjennomføre en abort hjemme, ofte er basert på en oppfatning av at medikamentell metode er mer naturlig enn kirurgisk abort, og at aborten vil gå roligere for seg i deres vante miljø (Kanstrup, Mäkelä & Graungaard, 2018, s. 841).

2.2. Omsorg

2.2.1. Skam og ambivalens

Mange kvinner opplever at provosert abort er et tabubelagt tema som fortsatt er forbundet med stigmatisering og skam (Jettestad, 2019, s. 271). Abortsøkende kvinner er redde for å føle seg alene og for hvordan de vil bli ivaretatt av helsepersonell under prosessen. De frykter at personellet skal være respektløse og dømmende, eller projisere egne meninger om abort og skape tvil om avgjørelsen (Georgsson, Krautmeyer, Sundqvist & Carlsson, 2019, s. 383–385). Psykiske, fysiske, sosiale og økonomiske årsaker kan ligge til grunn for at en kvinne velger å avbryte et svangerskap, og avgjørelsen vil for mange være preget av ambivalens (Jerpseth, 2016, s. 159). Forskning viser at 10–18 prosent av abortsøkende kvinner opplever usikkerhet

rundt avgjørelsen under forberedelsesprosessen (Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen, Nordtvedt & Gjengedal, 2019, s. 2136).

2.2.2. Sykepleiers rolle

Sykepleiere ved gynekologiske avdelinger møter kvinner i sårbare og blottstilte situasjoner. Det er viktig at sykepleier evner å være fleksibel, ha innlevelse og se den enkelte kvinnes behov. Kvinnen må møtes med forståelse, støtte og respekt for beslutningen. Videre kan sykepleier skape forutsigbarhet ved å forberede kvinnen. Ved å være forberedt på hva de ulike leddene i abortbehandlingen innebærer, kan kvinnen bedre mestre situasjonen (Jerpseth, 2016, s. 134–161).

2.2.3. Stiftelsen Amatheia

Amatheia er en statsfinansiert og gratis veiledningstjeneste for kvinner og par som ønsker å snakke med noen om abort og graviditet (Stiftelsen Amatheia, 2022). I en rapport SINTEF har utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, trekkes Amatheia frem som et viktig supplement til det offentlige helsevesenet. Rapporten konkluderer med at Amatheia bidrar i samfunnets oppfyllelse av abortsøkende kvinners lovpålagte rett til informasjon og rådgivning (Abortloven, 1975, § 2; Lippestad & Halvorsen, 2021, s. 43–49).

2.3. Kommunikasjon

2.3.1. Personorientert kommunikasjon

Personorientert kommunikasjon handler om å se pasienten som en hel person med egne ressurser og verdier. Aktiv lytting er en grunnleggende ferdighet i personorientert kommunikasjon og brukes for å identifisere hva man som helsepersonell kan bidra med gjennom anerkjennelsen av pasientens unike behov. Aktiv lytting kan være verbal kommunikasjon, men også nonverbal kommunikasjon som blick, kroppsholdning, nikk, berøring og ansiktsuttrykk. (Eide & Eide, 2017, s. 118–136).

2.3.2. Bekreftende kommunikasjon

Bekreftende kommunikasjon er når sykepleier formidler, enten verbalt eller nonverbalt, at hen har forstått pasienten. Slik kommunikasjon forutsetter empati. Bekreftende kommunikasjon skaper rom for at pasienter får utforske og dele tanker og følelser (Eide & Eide, 2017, s. 155).

2.4. Lover og rettigheter

2.4.1. Lovverk

Alle har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen og mulige risikoer og bivirkninger knyttet til behandling. Etter abortloven § 2 (1975), har kvinner rett på tilbud om informasjon og veiledning om hvilken bistand samfunnet kan gi dem ved uønsket graviditet. Pasienter har rett til medvirkning, hvor pasientens meninger skal vektlegges tungt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

2.4.2. Yrkesetiske retningslinjer

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene som er utarbeidet for sykepleiere, skal sykepleier ivareta «den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». Dette innebærer blant annet at pasienten skal motta tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at hen kan ta selvstendige valg på riktig grunnlag, og at sykepleier skal respektere disse valgene (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

2.5. Sykepleieteori

2.5.1. Joyce Travelbee

I Joyce Travelbees (1999, s. 57) sykepleieteori beskrives sykepleie som en interaksjonsprosess, hvor relasjonsutvikling mellom sykepleier og pasient står sentralt. Travelbee var opptatt av at alle mennesker er unike og har forskjellige behov, og at sykepleier bør ha dette som utgangspunkt i møte med pasienter, for lettere å unngå å dømme andre.

2.5.2. Kommunikasjonsprosessen

Kommunikasjon, verbal og nonverbal, kan ifølge Travelbee (1999, s. 137–147) brukes både til å trekke mennesker nærmere, samt til å støtte dem bort. Kommunikasjon omtales som et middel til å nå interaksjonsprosessens mål, som er å oppfylle sykepleiers mål og hensikt. Kommunikasjon og observasjon er virkemidler sykepleier kan benytte for å bli kjent med pasienten som et individ, hvor innholdet i kommunikasjonen vil være avgjørende for relasjonen. Følelser som likegyldighet og antipati kommuniseres like effektivt som interesse og sympati, og slik kan sykepleier både bidra til mestring hos pasienten, eller forsterke hens opplevelse av ensomhet og isolasjon.

Sykepleier kan benytte flere ulike teknikker for å oppnå kommunikasjon, blant annet speiling av følelser og parafrasering. Dersom teknikkene blir anvendt med skjønn og bevissthet, kan

de åpne for at viktig informasjon blir delt. Kommunikasjonen har lett for å bryte sammen dersom pasienten ikke blir oppfattet som et individ, eller dersom sykepleier antyder at pasienten er skyld i egen situasjon (Travelbee, 1999, s. 155–165).

2.5.3. Menneske-til-menneske-forhold

Det første og innledende møtet mellom sykepleier og pasient kan være avgjørende for den videre relasjonen. En grunntanke i Travelbees (1999, s. 171) sykepleieteori er at sykepleier har ansvar for å etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Et slikt forhold kjennetegnes av at sykepleier og pasient anser hverandre som unike individer i relasjonen, fremfor «sykepleier» og «pasient», og at det først da er grobunn for reell kontakt mellom partene. Forholdet består av en eller flere erfaringer mellom sykepleier og pasient, og anvendes primært for å avdekke og ivareta pasientens behov.

3. Metode

Oppgavens design er integrativ litteraturoversikt. Dette innebærer at data fra flere litteraturartikler om et avgrenset tema blir analysert, komprimert og sammenlignet. Hensikten er å komme frem til en ny helhetlig forståelse av temaet (Friberg, 2017, s. 150).

3.1. Søkeprosessen

3.1.1. Valg av databaser

Utvalgte forskningsartikler er hentet fra SveMed+, Cinahl og Oria. Oria ble hyppig anvendt i den innledende søksfasen for å få et overblikk over foreliggende forskning innen valgt tematikk. Tilspissede søk i Oria resulterte i funn av én av de utvalgte artiklene. SveMed+ ble anvendt da forskning fra Skandinavia var av særlig interesse, og resulterte i funn av én artikkel. Det ble videre gjort søk i Cinahl, hvor to norske artikler ble utvalgt.

3.1.2. Valg av søkeord

Ulike varianter og sammensetninger av søkeordene «abortion», «home abortion», «medical abortion», «information», «women's experiences», «nurse», «working with», «hjemmeabort» og «kvinner's erfaringer» var utgangspunktet for majoriteten av søkene, og ble brukt i kombinasjon med «AND» og/eller «OR» – såkalt boolsk søketeknikk. Det ble også brukt trunkering i tilpasning av søkene, hvor eksempelvis søkeordet «nurse*» ga resultater både på «nurse», «nursing» og «nurses» (Friberg, 2017, s. 71–72). Engelske søkeord ble hovedsakelig anvendt for større bredde i resultatene. Se vedlegg 1 for søkelogg.

3.1.3. Avgrensninger

Tidsmessig var søkene opprinnelig avgrenset til kun å gjelde de siste ti årene. I søk etter *helsepersonells* erfaringer med abortomsorg, var søkeresultatene mer begrenset, og tidsavgrensningen ble for disse endret til å gjelde 2010–2022. Søkeresultatene var avgrenset til vitenskapelige forskningsartikler som var fagfellevurderte, hvor kun empiriske artikler ble vurdert. I søkeprosessen ble både kvantitative og kvalitative artikler vurdert, hvor kun kvalitative studier ble med inn i den endelige utvelgelsesprosessen. Søkene hadde geografisk avgrensning til Europa, hvor kun skandinaviske artikler ble vurdert. Både engelsk, svensk, dansk og norsk språk var inkludert.

3.1.4. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Et kriterium for inklusjon var at informantene var skandinaviske, hvor alle studier med opphav utenfor Skandinavia ble ekskludert. For best å kunne besvare oppgavens

problemstilling, som spesifikt angår *hjemmeabort*, ble spontanabort og kirurgisk abort ekskludert fra studiene med pasientperspektiv. Menn og barn ble også ekskludert fra disse. I studier med sykepleieperspektiv ble spontanabort og kirurgisk abort ekskludert. Abortomsorg til inneliggende kvinner som gjennomgikk medisinsk abort ble inkludert. Erfaring med arbeid innen abortomsorg, inkludert hjemmeabort, var nødvendig for inklusjon blant studiene med sykepleieperspektiv.

3.1.5. Valg av artikler

Søkeprosessen resulterte i en lang liste over artikler. Opprinnelig var planen å ha «mixed method», hvor både kvalitative og kvantitative studier ble analysert. Dette ble senere endret til kun å gjelde kvalitative studier. Søkene som resulterte i utvalgte artikler, bestod til sammen av 92 treff, hvor 21 sammendrag og 10 artikler ble lest, før fire av dem ble endelig valgt. De fire artiklenes hensikt og resultater sammenfalt tilsynelatende med oppgavens problemstilling og alle ble vurdert til å være troverdige. Det ble foretatt en gjennomgang av forfatterne og publiserte tidsskrift for å vurdere forskningens kvalitet. Se tabell 1 og vedlegg 2 for mer informasjon om utvalgte artikler.

Forfattere, årstall, tittel på artikkel	Tema	Perspektiv	Metode
Eva Sommersest, Berit M. Sandvik, Bente Dahl, Idun Røseth og Anne Lyberg (2022) <i>Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort</i>	Abortomsorg ved hjemmeabort	Pasientperspektiv	Kvalitativ
Ingrid Bjerkholt Aamlid, Bente Dahl og Eva Sommersest (2021) <i>Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study</i>	Informasjon og omsorg ved hjemmeabort	Pasientperspektiv	Kvalitativ
Marlene Makenzius, Tanja Tydén, Elisabeth Darj og Margareta Larsson (2013) <i>Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention.</i>	Hjemmeabort, prevensjon og forebygging av graviditet	Pasientperspektiv	Kvalitativ
Meta Lindström, Marianne Wulff, Lars Dahlgren og Ann Lalos (2011) <i>Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses</i>	Erfaringer fra helsepersonell som jobber innen abortomsorg	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ

Tabell 1: Artikkeloversikt

3.2. Analyse

Oppgaveforfatter har tatt utgangspunkt i Fribergs (2017, s. 135–137) fem punkter for analyse av kvalitativ forskning i arbeidet med artiklene. De fire utvalgte forskningsartiklene ble gjennomlest flere ganger for å opparbeide god forståelse av handlingen. Særlig resultatdelene i artiklene ble sett opp mot oppgavens problemstilling. Nøkkelfunn i hver artikkel ble identifisert og sammenlignet på tvers av studiene. Likheter i studiene ble videre kategorisert i nye hoved- og underkategorier. Se tabell 2 for oversikt over disse.

Hovedkategorier	Underkategorier
Kvinner opplevelse av hjemmet som abortarena	<ul style="list-style-type: none"> - Muligheten til å ta et gjennomtenkt valg - Kjente omgivelser under aborten - Følelse av ensomhet og usikkerhet uten kvalifisert helsepersonell til stede
Kvinner behov for tilstrekkelig informasjon om abortprosessen	<ul style="list-style-type: none"> - Forberedende informasjon er avgjørende for opplevelsen av trygghet - Informasjon om forventet smerte og blødning gjenspeiler ikke virkeligheten
Kvinner behov for omsorg og psykososial støtte fra helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> - Å bli møtt med respekt og omsorg - Behov for bekreftelse - Rom for dialog med helsepersonell - Behov for oppfølging og støtte etter aborten
Erfaringer fra helsepersonell i abortomsorgen	<ul style="list-style-type: none"> - Helsepersonells oppfatning av abortsøkende kvinner - Helsepersonells oppfatning av abortomsorgen

Tabell 2: Analyse av studier

4. Resultater

Først presenteres funn fra de tre studiene med pasientperspektiv, deretter helsepersonellens erfaringer med abortomsorg.

4.1. Kvinners opplevelse av hjemmet som abortarena

4.1.1. Muligheten til å ta et gjennomtenkt valg

Funn viser at et fåtall kvinner fikk valget om å gjennomføre aborten på sykehus eller hjemme. Flere satt igjen med en følelse av å ha blitt lurt til å ta hjemmeabort (Sommerseth et al., 2022, s. 8). I annen utvalgt studie opplevde flere kvinner at helsepersonellet styrte dem i retning av hjemmeabort (Makenzius et al., 2013, s. 572). En av dem fortalte: «Legen sa at 10 prosent tok aborten på sykehus og 90 prosent tok den hjemme, ... og da følte jeg at valget ikke faktisk var mitt, jeg ville ikke fortelle at jeg vurderte å gjøre det på sykehuset» (Makenzius, 2013, s. 572, egen oversettelse). Kvinner som fikk presentert en reell valgmulighet, følte seg hørt i prosessen og fant dette viktig (Sommerseth et al., 2022, s. 8).

4.1.2. Kjente omgivelser under aborten

I alle tre studiene er det kvinner som fant det fristende å gjennomføre aborten i kjente omgivelser (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022). Flere følte seg mer avslappet og opplevde trygghet i nærvær med sine nærmeste, fremfor å være i et sykehusmiljø (Makenzius et al., 2013, s. 573). For noen kvinner var følelsen av trygghet avhengig av at de hadde fått et telefonnummer de kunne ringe underveis i prosessen (Aamlid et al., 2021, s. 3).

4.1.3. Følelse av ensomhet og usikkerhet uten kvalifisert helsepersonell til stede

Flere kvinner fant hjemmeabort uforsvarlig og enkelte mente at det var en kvinnefiendtlig praksis, hvor noen beskriver at de ble overlatt til seg selv etter at de hadde tatt den første tabletten på sykehuset. Disse kvinnene følte seg usikre og alene, de savnet trygge rammer og kontakt med kvalifisert helsepersonell. Flere av kvinnene tror selv de hadde håndtert smerten bedre med helsepersonell til stede under aborten. Kvinnene hadde satt pris på mer oppfølging under abortprosessen. De ville at helsepersonell skulle ta kontakt med dem, da de syntes det var vanskelig å vite når det var nødvendig for dem å ta kontakt med helsepersonell (Aamlid et al., 2021, s. 3–4; Sommerseth et al., 2022, s. 6–9).

4.2. Kvinners behov for tilstrekkelig informasjon om abortprosessen

4.2.1. Forberedende informasjon er avgjørende for opplevelsen av trygghet

Kvinner fra samtlige studier opplevde at informasjonen de fikk i forkant av aborten var utilstrekkelig og unøyaktig. Kvinnene vektla viktigheten av detaljert informasjon og flere savnet personalisert informasjon (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022). Kvinnene i Sommerseth et al. (2022, s. 8–9) hadde vanskelig for å forstå informasjonen de fikk, og svært få følte seg tilstrekkelig forberedt. I Aamlid et al. (2021, s. 2) beskriver en kvinne at hun kun fikk informasjon om at aborten ville starte når hun hadde innsatt misoprostol-tablettene hjemme. Kvinnen uttalte: «*Men jeg var så ung og umoden at jeg ikke forsto hva jeg skulle gjennom, jeg opplevde det som en fødsel. Jeg var egentlig ikke forberedt i det hele tatt. Jeg var bare så redd*» (Aamlid et al., 2021, s. 2, egen oversettelse).

4.2.2. Informasjon om forventet smerte og blødning gjenspeiler ikke virkeligheten

Underkommunikasjon av bivirkninger fikk kvinner til å tvile på helsepersonellet (Aamlid et al., 2021, s. 3). De fleste kvinnene i Sommerseth et al. (2022) opplevde at informasjonen de mottok om abortprosessen stod i sterk kontrast til det de opplevde når de var hjemme. En av informantene beskrev smertene som det «*jævligste*» hun hadde opplevd og hadde problemer med å forstå at man blir sendt hjem med slike smerter (Sommerseth et al., 2022, s. 8). Mange hadde blitt fortalt at abort var *litt smertefullt* sammenlignet med menstruasjonsmerter (Aamlid et al., 2021, s. 3). En av dem uttalte:

Men det var feil! Det var SÅ mye mer som en fødsel. Jeg har født to ganger, så jeg vet. Det var skikkelig vondt! Jeg syns informasjonen om smerte var misvisende. Jeg forstår at de ikke vil skremme folk, men de burde fortelle deg hvor vondt det egentlig er. (Aamlid et al., 2021, s. 3, egen oversettelse)

4.3. Kvinners behov for omsorg og psykososial støtte fra helsepersonell

4.3.1. Å bli møtt med respekt og omsorg

Mange abortsøkende kvinner viser til dårlige erfaringer i møte med helsepersonell (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022). Flere i Sommerseth et al. (2022, s. 6) følte seg som en ressursbelastning, og fortalte at de ikke mottok den omsorgen de tidligere hadde erfart i andre sykehussammenhenger. Disse kvinnene beskriver at de fikk lite omsorg gjennom hele abortprosessen og opplevde aborttilbudet som rutine- og samlebåndspreget. Kvinnene savnet å føle seg sett og respektert av helsepersonellet, hvor noen opplevde å bli møtt med dømmende holdninger og kommentarer. Disse kvinnene

opplevde aborten som skambelagt og følte at helsepersonellet ikke brydde seg om hvordan de hadde det (Sommerseth et al., 2022, s. 6–7).

4.3.2. Behov for bekreftelse

Mange kvinner ønsket at helsepersonell skulle vise anerkjennelse og støtte, både til dem og til beslutningen de hadde tatt (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). En av informantene i Sommerseth et al. (2022, s. 7) tror små bekreftelser fra helsepersonell er viktig for hvordan kvinner bearbeider aborten senere. I Makenzius et al. (2013, s. 574) forteller en kvinne at helsepersonellet sa at hun hadde tatt det riktige valget, og at hun opplevde dem som lite dømmende.

4.3.3. Rom for dialog med helsepersonell

I Sommerseth et al. (2022, s. 6–7) opplevde flere kvinner at det ikke var rom for dialog med helsepersonell, hvor noen opplevde å bli avvist når de prøvde å snakke om det vanskelige valget. Flere kvinner var fortsatt i tvil om abortavgjørelsen da de ankom sykehuset og opplevde at det ikke var noen å snakke med. Helsepersonellet ga angivelig inntrykk av å vite hva som var best, hvorav mange kvinner følte seg underlegne og ute av stand til å stå opp for egne behov. En av informantene tror valget kunne blitt annerledes dersom hun hadde blitt møtt med forståelse og dialog rundt beslutningen (Sommerseth et al., 2022, s. 6–7). Også i Makenzius et al. (2013, s. 547) kommer det frem at mer støtte til kvinnene som var ambivalente, kunne ha ført til at de ikke tok abort.

4.3.4. Behov for oppfølging og støtte etter aborten

Et stort antall kvinner fikk ingen oppfølging etter aborten og hadde ikke kontakt med sykehuset etter første konsultasjon (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). Noen få fikk tilbud om oppfølging, men opplevde det som en fysisk undersøkelse hvor det var lite rom for å snakke om abortopplevelsen. Mange trengte å bearbeide erfaringer i ettertid og generelt ønsket kvinnene oppfølging med tanke på både fysisk og psykisk helse (Aamlid et al., 2021, s. 3).

4.5. Erfaringer fra helsepersonell i abortomsorgen

4.5.1. Helsepersonells oppfatning av abortsøkende kvinner

Funn viser at gynekologer oppfatter kvinner som velger hjemmeabort for å være sterke og modne, fordi avgjørelsen krever at kvinnene tar ansvar og selv bidrar i abortprosessen. Disse gynekologene hadde visse kriterier for hjemmeabort, som at kvinnen måtte være sikker på

avgjørelsen og at hennes mentale helse var stabil. Gynekologene var frustrerte over tilfeller av gjentatte aborter hos de samme kvinnene, hvor de kunne ha vanskeligere for å opprettholde en profesjonell tilnærming (Lindström et al., 2011, s. 545).

Sykepleierne/jordmødrene mente unge kvinner var de flinkeste til å bruke prevensjon og uttalte at de hadde vanskeligere for å forstå modne kvinner som søkte abort. En av dem uttalte: «... jeg tror ikke det er mangel på informasjon, men heller deres egen selvdisciplin» (Lindström et al., 2011, s. 545, egen oversettelse).

4.5.2. Helsepersonells oppfatning av abortomsorgen

Gynekologer mente det var flere dimensjoner de måtte forstå under konsultasjoner med abortsøkende kvinner, sammenlignet med andre pasienter. Disse uttalte at de tok seg god tid sammen med kvinnene, og dermed viste at de ønsket å lytte og lære mer om deres situasjon. Noen uttalte at det var viktig for dem å vite at kvinnene hadde tatt en gjennomtenkt beslutning og mente rådgivere innenfor aborttjenesten var en viktig og god støtte for kvinner. De følte at abortomsorgen ble bedre når medisinske metoder ble tilgjengelige og at fremtidens fokus burde være å støtte kvinner til å mestre hjemmeabort (Lindström et al., 2011, s. 544–546).

Angående medikamentelle aborter utført på sykehus, uttalte sykepleiere/jordmødre at de alltid gjorde det de kunne for å sørge for at kvinnene ikke skulle lide eller ha smerter. De opprettholdt kontakt med kvinnene gjennom hele dagen, undersøkte blødninger og hjalp kvinnene med å bekrefte at aborten var fullført. Sykepleierne/jordmødrene var sikre på at hjemmeabort ville bli stadig vanligere, og at mer ansvar ville bli lagt over på kvinnene. De mente det da ville være viktig å beskytte kvinnenes rett til støtte og hjelp underveis i abortprosessen. Sykepleierne/jordmødrene uttalte at den vanlige prosedyren ved hjemmeabort var at de ringte til kvinnen om morgenen samme dag som utstøtingen fant sted, deretter etter lunsj og igjen når de trodde aborten var fullført. Sykepleierne/jordmødrene mente omsorgskjeden i aborttjenestene var veldig god (Lindström et al., 2011, s. 544–546).

5. Diskusjon

5.1. Metodediskusjon

5.1.1. Integrativ litteraturoversikt

Integrativ litteraturoversikt åpner for at nye perspektiver belyses, ved å sette sammen flere selvstendige enheter til én ny helhet. Metoden fordrer at studiene som anvendes er troverdige og av god kvalitet (Friberg, 2017, s. 141–152).

5.1.2. Kildekritikk

Flere av artikkelforfatterne har doktorgrad og er titulert som professorer innen fag som sosialarbeid og helse. Relevant kompetanse styrker troverdigheten til resultatene som blir presentert i forskningen, fordi forfatternes bakgrunner tyder på god forståelse av både det medmenneskelige og det medisinske perspektivet. Utvalgte artikler er fagfellevurdert og publisert i kjente, troverdige tidsskrift.

En svakhet med utvalgte artikler, er at Lindström et al. (2011) er eldre enn ti år. Det ble vurdert å anvende en artikkel som var nyere og omhandlet omsorg til ambivalente abortsøkende kvinner (Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen & Gjengedal, 2018). Oppgaveforfatter vurderte det likevel slik at en eldre artikkel om generell abortomsorg, hvor også hjemmeabort var inkludert, var bedre egnet til å besvare oppgavens problemstilling, enn en nyere artikkel om abortomsorg utelukkende til *ambivalente* kvinner.

5.1.3. Studienes perspektiver

Aamlid et al. (2021), Makenzius et al. (2013) og Sommerseth et al. (2022) er alle studier med pasientperspektiv, mens Lindström et al. (2011) har et sykepleieperspektiv. Ettersom det er kvinners erfaringer som best belyser hvilke behov nettopp kvinner har under prosessen med hjemmeabort, kunne en fjerde studie med pasientperspektiv vært anvendt for potensielt å styrke, eller nyansere, funnene fra de tre andre studiene. Oppgaveforfatter fant det likevel interessant å ha med foreliggende kunnskap og erfaringer fra et sykepleieperspektiv, for å se om resultatene fra de ulike perspektivene var nærliggende hverandre eller sprikende. Kvinners opplevelser skulle uansett veie tyngst, og derfor ble fordelingen tre mot én.

5.1.4. Studienes deltakere

Pasientstudienes deltakere består av til sammen 71 kvinner som har gjennomgått hjemmeabort. Deltakerne i Aamlid et al. (2021) og Sommerseth et al. (2022) ble alle

rekruttert gjennom egenannonsering i sosiale medier. Innhenting av informanter gjennom sosiale medier gjør utvelgelsesprosessen tilfeldig. Dette kan bidra til mindre risiko for skjevhet i utvalget, men det kan også føre til det motsatte. Det kan tenkes at kvinner som har hatt negative erfaringer med hjemmeabort, har lavere terskel for deltakelse. Både Aamlid et al. (2021) og Sommerseth et al. (2022) har tatt høyde for dette, og beskriver at tilfeldig rekruttering gjennom sosiale medier har både positive og negative sider. En fordel er at studienes deltakere er geografisk spredt i hele landet og dermed representerer flere helseforetak. I Aamlid et al. (2021) og Sommerseth et al. (2022) ble deltakerne rekruttert *etter* en gjennomgått hjemmeabort, mens deltakerne i Makenzius et al. (2013) ble rekruttert *før* den planlagte aborten fant sted. Det kan tenkes at man får mer varierte resultater når deltakerne er rekruttert før de har gjennomgått aborten.

I studien til Lindström et al. (2011) har 25 gynekologer og 15 jordmødre/sykepleiere blitt intervjuet i seks grupper, hvor jordmødre og sykepleiere er plassert i samme kategori. Gitt oppgavens problemstilling er det en ulempe at sykepleierne er i mindretall. Gynekologer er likevel en betydningsfull del av omsorgskjeden ved provosert abort og viktige erfaringer kunne gått tapt dersom disse ble ekskludert. At informantene er intervjuet i grupper kan ha både fordeler og ulemper. Det kan ha resultert i gode diskusjoner, men kan også ha ført til at noen har tilbakeholdt kritiske uttalelser.

5.1.5. Studienes metoder

Ettersom hensikten var å undersøke kvinners og helsepersonells opplevelser, ble det i utvelgelsesprosessen vurdert at kvalitative studier var best egnet til oppgavens formål. Kvalitativ forskning går i dybden med mål om å skape forståelse som ikke kan tallfestes eller måles, i motsetning til kvantitative metoder som kjennetegnes av data med målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Kvalitative studier har ofte mer omfattende intervjuer med relativt få deltakere. En ulempe med å bruke få deltakere som representanter for et omfattende tema, kan være at resultatene som fremkommer ikke nødvendigvis er representative for den generelle befolkningen. Flere deltakere kunne bidratt til å nyansere resultatene og det kunne med fordel blitt inkludert en eller flere kvantitative studier for å oppnå et bredere perspektiv. Vurderingen som ligger til grunn for hvorfor dette likevel ikke er gjort, er at detaljerte og beskrivende intervjuer med få deltakere ble ansett som bedre egnet til å kunne besvare oppgavens problemstilling, sammenlignet med generaliserte data.

5.1.6. Studienes geografi, språk og arenaer

Alle fire studier har opphav fra Skandinavia. Ettersom det finnes betydelige landsmessige forskjeller i kvinners rettigheter i forbindelse med abort og abortomsorg, ble det vurdert at skandinaviske studier best ville kunne belyse relevante erfaringer og eventuelle utfordringer knyttet til temaet. Et bredt geografisk omfang kan åpne for at flere perspektiver belyses. Det bør likevel være sammenlignbart med eget lands rutiner og retningslinjer, dersom resultatene skal kunne anvendes i praksis.

Alle artiklene med unntak av Sommerseth et al. (2022) er skrevet på engelsk. Dette medfører en viss risiko for misforståelser og feiloversettelser. Ordbok ble derfor anvendt ved usikkerhet rundt enkelte ord og begreper. Informantsitater er av oppgaveforfatter oversatt til norsk, dette for å skape bedre flyt i språket. Oversettelsene er nøye gjennomgått for å sikre at de både er korrekte, samt at ingen informasjon har gått tapt eller blitt misforstått i overgangen fra engelsk til norsk.

Opgavens problemstilling setter tydelige krav til arena for forskningen, fordi den spesifikt omhandler *hjemmeabort*. Det er i resultatkapitlet likevel tatt med et lite utdrag om sykepleie til kvinner som gjennomgår medikamentell abort under sykehusinnleggelse, med hensikt å undersøke hvilken omsorg disse kvinnene mottar, sammenlignet med de som gjennomfører aborten hjemme. Dette fordi det viser en tydelig forskjell mellom omsorgen gitt til kvinner på sykehus og hjemme, og dermed kan bidra til å besvare hvordan sykepleiere kan ivareta omsorgsbehovene til kvinner som gjennomgår hjemmeabort.

5.2. Resultatdiskusjon

5.2.1. Kvinners opplevelse av hjemmet som abortarena

Funn i utvalgte studier viser at mange kvinner følte seg som en ressursbelastning i møte med abortomsorgen. Flere gjorde seg tanker om hvorvidt hjemmeabort egentlig var til det beste for kvinner, eller om det var mest gunstig for sykehusets økonomi. Det kommer også tydelig frem at mange ikke fikk velge lokasjon for aborten, og at dette for mange kvinner bidro til en negativ opplevelse av hjemmeabort (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) skal sikre at pasienter får medvirke i valg av tilgjengelige behandlingsmetoder, hvor pasientens meninger skal veie tungt. Statistikk viser at et stort flertall velger medikamentell abort som metode (Abortregisteret, 2021). Disse har videre rett til å velge mellom å gjennomføre aborten på

sykehus eller hjemme (Helsenorge, 2020). Likevel viser funn fra utvalgte studier at mange kvinner følte seg lurt til å ta en hjemmeabort, hvor flere beskriver at de ble etterlatt til seg selv. Andre opplevde at helsepersonell styrte dem i retning av hjemmeabort (Makenzius et al., 2013, s. 572; Sommerseth et al., 2022, s. 8–9). Kvinner kan vanskelig ta et gjennomtenkt valg om hvor de ønsker å gjennomføre abort dersom valget ikke blir presentert for dem, eller det blir presentert med føringer. De yrkesetiske retningslinjene skal sikre at pasienter får tilpasset informasjon for å kunne ta et selvstendig valg på riktig grunnlag (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Flere andre studier finner også at informasjonen om kvinners valgmuligheter er mangelfull og at noen kvinner opplever hjemmeabort som en straff (Røseth, Sommerseth, Lyberg, Sandvik & Dahl, 2022, s. 8; Hedqvist, Brolin, Tydén & Larsson, 2016, s. 51–52).

Flere kvinner i utvalgte studier opplevde hjemmeabort som en god og trygg avgjørelse, fordi de kunne ha sine nærmeste rundt seg og visste at de kunne ringe til sykehuset (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022). En annen studie beskriver at muligheten til å velge hjemmeabort innebærer en radikal endring i myndiggjøring for kvinner, og gir rom for mer privatliv og økt personlig integritet. Dersom kvinner som søker abort er godt informert og selv velger hjemmeabort, kan de håndtere abortprosessen (Kero, Wulff & Lalos, 2009, s. 324). Tidligere forskning viser at mange velger hjemmeabort basert på oppfatningen av at det er roligere hjemme (Kanstrup et al., 2018, s. 841). Kvinner i utvalgte studier som fikk presentert et reelt valg om lokasjon for aborten, følte seg hørt i prosessen og fant dette viktig. For kvinnene som ikke fikk et reelt valg, viser resultatene at mange følte seg ensomme og utrygge hjemme. Disse kjente seg uforberedt på abortprosessen og ville helst vært omgitt av helsepersonell (Sommerseth et al., 2022, s. 8).

Kvinner som tar hjemmeabort har ofte kun ett fysisk møte med helsepersonell. Dette er når kvinnene kommer for undersøkelse og vurdering, og tar tablettene som igangsetter aborten. Ifølge Travelbee (1999, s. 171) er det første og innledende møtet mellom sykepleier og pasient avgjørende for deres videre relasjon. Det er sykepleiers ansvar å etablere et menneske-til-menneske-forhold, med mål om å avdekke og ivareta pasientens behov. Ettersom det første møtet for en kvinne som skal ta hjemmeabort, gjerne også er det eneste, krever dette at sykepleiere som jobber i abortomsorg må avdekke kvinners behov på kort tid. Ved å lytte aktivt for å identifisere den enkelte kvinnes behov i en abortsituasjon, kan sykepleier kartlegge hvilke kvinner som har behov for mer oppfølging og hvem som bør gjennomføre aborten på sykehus (Eide & Eide, 2017).

5.2.2. Kvinners behov for tilstrekkelig informasjon om abortprosessen

I utvalgte studier opplevde mange kvinner at informasjonen de fikk i forkant av aborten, var utilstrekkelig og unøyaktig (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022). Pasienter har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, s. § 3-2) rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen og mulige risikoer og bivirkninger knyttet til behandling. Kvinnene i utvalgte studier opplevde at informasjonen de hadde fått om blødning og smerte stod i sterk kontrast til hva de faktisk opplevde (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022). Også flere andre studier finner at informasjon om fysisk smerte, blødninger, følelsesmessige reaksjoner og psykososial støtte er særlig mangelfull, hvor smertene av noen beskrives som traumatiske (Georgsson & Carlsson, 2019; Georgsson et al., 2019; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022). Flere kvinner i utvalgte studier hadde blitt fortalt at aborten kunne være «litt smertefull» sammenlignet med vanlig menstruasjon, og ble derfor usikre når smertene for noen var det vondeste de hadde opplevd (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). For noen kvinner var smertene og blødningene som forventet, på bakgrunn av gitt informasjon og tidligere erfaringer (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022).

At ingen mennesker er like, står essensielt i Travelbees (1999, s. 57) sykepleieteori. Denne beskriver at sykepleiere i møte med pasienter skal ta utgangspunkt i at mennesker er mer forskjellige enn de er like. Personorientert kommunikasjon er et virkemiddel sykepleier kan benytte i møte med abortsøkende kvinner, hvor kvinnene anerkjennes som mennesker med egne ressurser og verdier (Eide & Eide, 2017, s. 16). Kvinnene i utvalgte studier beskrev at de savnet nettopp dette. Underkommunikasjonen av bivirkninger førte til mistillit hos flere av dem, fordi det var vanskelig å forstå hvorfor helsepersonellet ikke var oppriktige (Aamlid et al., 2021, s. 3). I Sommerseth et al. (2022) er det flere eksempler på kvinner som var uforberedt og følte det svært utrygt å være hjemme når de sterke smertene tok tak. Å forberede kvinner på de ulike leddene i abortprosessen er en viktig arbeidsoppgave for en sykepleier som jobber innen abortomsorgen. Sykepleier skal bidra til å skape en forutsigbarhet som kan hjelpe kvinnene å bedre mestre situasjonen (Jerpseth, 2016, s. 134–135).

5.2.3. Kvinners behov for omsorg og psykososial støtte fra helsepersonell

De utvalgte studiene viser at mange kvinner hadde dårlige opplevelser med helsepersonell i abortomsorgen. Dømmende holdninger og mangel på respekt og empati fra helsepersonell var

gjennomgående for flere av kvinnene, som savnet å bli sett. Flere av kvinnene følte seg som en ressursbelastning og opplevde abortomsorgen som både rutinepreget og skambelagt. (Aamlid et al., 2021; Makenzius et al., 2013; Sommerseth et al., 2022). Det er ikke utenkelig at en kvinne som selv skammer seg for valget om abort, lettere kan oppfatte at andre rundt henne er dømmende. Hvis noen føler at de ikke fortjener omsorg, kan de ha vanskeligere for å motta og akseptere omsorg, noe en av kvinnene i Sommerseth et al. (2022, s. 6) reflekterte rundt. Selv om i gjennomsnitt hver tredje kvinne i Norge tar abort i løpet av livet, er abort fortsatt stigmatisert (Jettestad, 2019, s. 271).

Skam og manglende støtte fra helsepersonell står sentralt i flere andre studier om abort. I Georgsson et al. (2019, s. 383–385) opplevde mer enn en tredjedel av kvinnene å motta dårlig behandling. Disse opplevde at helsepersonell oppførte seg likegyldig, kaldhjertet, ufølsomt og uprofesjonelt. Kvinnene som hadde positive opplevelser, trakk frem at medfølelse og empati fra helsepersonell var sterkt verdsatt for dem. I en annen studie, forteller kvinner om påtrengende følelser av skyld, ambivalens og skam, hvor kvinnene følte at de ikke hadde rett til å klage eller be om nødvendig omsorg. Disse hadde vanskelig for å diskutere tanker og følelser med helsepersonell, fordi kvinnene følte seg skamfulle, sårbare og eksponerte (Røseth et al., 2022, s. 8–10). Sykepleier kan i møte med abortsøkende kvinner anvende flere delferdigheter innen aktiv lytting for å oppnå forståelse av den andres behov, som speiling av følelser og små verbale oppmuntringer. Dersom sykepleier tar i bruk bekræftende kommunikasjon, åpner denne tilliten opp for at pasienten får mulighet til å dele og bearbeide vanskelige tanker og følelser sammen med sykepleieren (Eide & Eide, 2017, s. 118–155).

Utvalgte studier fant at flere av kvinnene hadde behov for oppmuntring i form av bekræftelse fra helsepersonellet (Aamlid et al., 2021, s. 3; Sommerseth et al., 2022, s. 7). Det er svært viktig at kvinner blir møtt med nettopp forståelse og respekt for beslutningen, og at sykepleier må støtte dem i valget (Jerpseth, 2016, s. 161). Sykepleier kan gjennom det som kommuniseres, og *hvordan* det kommuniseres, bidra til enten mestring eller ytterligere ensomhet hos mottaker (Travelbee, 1999, s. 137–165). God kommunikasjon er også ifølge Eide & Eide (2017) oftest en forutsetning for god pasientbehandling. Det er viktig at sykepleier anerkjenner kvinnene som individer, da behov for støtte i forbindelse med abort vil variere fra kvinne til kvinne (Jerpseth, 2016, s. 159). Forskning viser at hele 10–18 prosent av norske abortsøkende kvinner faktisk er usikre på avgjørelsen (Kjelsvik et al., 2019, s. 2136). Mangel på dialog var et gjennomgående problem for flere av kvinnene i utvalgte studier.

Flere påpekte at de ville snakke om det vanskelige valget, men opplevde å bli avvist av helsepersonell når de forsøkte. Noen tror de kunne endret mening angående aborten, dersom det hadde vært rom for dialog rundt beslutningen (Makenzius et al., 2013, s. 547; Sommerseth et al., 2022, s. 6–7).

Ved hjemmeabort settes det normalt ikke opp time for oppfølging, med mindre man mistenker at aborten er ufullstendig (Oslo universitetssykehus, 2020). Utvalgte studier viser at kvinner hadde behov for å snakke med noen om abortopplevelsen, for å bearbeide følelser og tanker. Oppfølging var ønskelig både med tanke på fysisk og mental helse, og flere savnet dette (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). Abortloven (1975, § 2) skal sikre at kvinner får veiledning, hvor Stiftelsen Amatheia (2022) er et tilbud som kan benyttes. Flere andre studier finner også at abortsøkende kvinner savner informasjon om hvor de kan henvende seg for rådgivning og psykososial støtte (Georgsson et al., 2019; Hedqvist et al., 2016). Av alle universitetssykehusene i Norge, er Haukeland og Akershus de eneste som har egne avsnitt viet til rådføring og samtale på informasjonssidene om provosert abort. Begge sykehusene henviser her blant annet til Amatheia. I en SINTEF-rapport kommer det frem at gynekologer gjerne henviser kvinner videre til Amatheia for veiledning, heller enn å veilede dem selv (Abortloven, 1975, § 2; Lippestad & Halvorsen, 2021, s. 48–49).

5.2.4. Erfaringer fra helsepersonell i abortomsorgen

I utvalgt studie om helsepersonells erfaringer fra abortomsorgen, kommer det frem at kvinner som velger hjemmeabort blir oppfattet som sterke og ansvarsfulle. Både gynekologene og sykepleierne/jordmødrene gir uttrykk for noen forutinntatte holdninger, blant annet om kvinner som tar gjentatte aborter og om såkalt *modne* kvinner. Sistnevnte mangler trolig selvdisciplin, ifølge utsagn fra sykepleiere/jordmødre (Lindström et al., 2011, s. 545). Det står i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). At helsepersonell skal være dømmende og anklagende er en reell frykt hos abortsøkende kvinner, og mange har opplevd å bli møtt med nettopp dømmende holdninger og antipati (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Sommerseth et al., 2022). Ifølge Travelbee (1999, s. 165) bryter kommunikasjon mellom sykepleier og pasient raskt sammen, dersom sykepleier på noen måte anklager pasienten for å være skyld i egen situasjon. Det er viktig at sykepleier evner å se den enkelte kvinnes behov og møter henne med forståelse og respekt (Jerpseth, 2016, s. 134–161).

Tidligere forskning viser at mange kvinner opplever å bli skuffet over helsepersonells evne til å reagere på tankene og følelsene de har knyttet til abort. En svensk studie konkluderer med at nye utdanningslinjer og bedre ressurser er nødvendig for å sikre at helsepersonell som jobber innen abortomsorg klarer å møte kvinners fysiske og psykiske eksistensielle behov (Stålhandske et al., 2011, s. 40). I en annen studie fremkommer det at sykepleiere og jordmødre over tid hadde opparbeidet evner til å lese ulike personligheter og tilpasse omsorgen, hvor nonverbal kommunikasjon ble trukket frem som essensielt. Flere av informantene opplevde at kommunikasjonen kunne ta skade dersom kvinnene ikke fikk uttrykke tanker og følelser. I samme studie forteller informantene at pasientene fikk detaljert informasjon for at de skulle føle seg trygge før og under aborten, men at de balanserte informasjonen som ble gitt. De ville ikke skremme kvinnene ved å fortelle om smerte, men ønsket heller ikke å lyve (Andersson, Christensson & Gemzell-Danielsson, 2014, s. 462–463). Balansering av informasjon fremkommer også i en annen studie. Helsepersonellet ville ikke skremme kvinnene, men følte seg samtidig forpliktet til å forberede dem på hva de kunne forvente av ubehag. Helsepersonellet diskuterte seg imellom om de pakket informasjon for mye inn under konsultasjoner (Kjelsvik et al., 2018, s. 4197). I flere av studiene med pasientperspektiv, kom det tydelig frem at kvinnene opplevde at informasjon om smerte og blødning ble underkommunisert, og at dette førte til en større utrygghet hos kvinnene (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Hedqvist et al., 2016; Sommerseth et al., 2022).

I Lindstöm et al. (2011, s. 544) trekker gynekologene frem at rådgivning og samtaler er et viktig tilbud for abortsøkende kvinner. Et gjennomgående problem i pasientstudiene, var at kvinnene ikke fikk gitt uttrykk for vanskelige tanker og følelser, noe som var spesielt utfordrende for kvinner som i utgangspunktet var ambivalente til avgjørelsen (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Hedqvist et al., 2016; Røseth et al., 2022; Sommerseth et al., 2022). En studie om abortomsorg til ambivalente abortsøkende kvinner, fant at helsepersonellet var bevisst balansegangen mellom involvering i usikkerheten og påvirkning av det endelige valget. Informantene i studien beskriver at de var opptatt av at alle abortsøkende kvinner skulle behandles med respekt og verdighet under abortforberedelsene, og at kvinnene ikke skulle sitte igjen med en opplevelse av å være «en gjenstand på et samleband» (Kjelsvik et al., 2018, s. 4196). Funn fra studier med pasientperspektiv, viser at mange kvinner følte seg nettopp som gjenstander på et samleband (Sommerseth et al., 2022, s.7).

I utvalgt sykepleiestudie fremkommer det ingen informasjon om fysisk oppfølging etter aborten (Lindström et al., 2011). Pasientstudiene referert til i denne oppgaven fant at dette var et savn hos mange kvinner (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). I Norge er abortomsorg forbeholdt offentlige sykehus, mens det både i Sverige og Danmark tilbys medikamentell abort ved private praksiser. Et toårig prosjekt iverksatt av Helse- og omsorgsdepartementet, hvor privatpraktiserende avtalespesialister kunne tilby medikamentell abort som hjemmebehandling, viste til veldig gode resultater. Prosjektet fant sted mellom mars 2015 og mars 2017. 476 kvinner deltok i studien, hvor 94 prosent opplevde behandlingen som svært trygg og 96 prosent ville benyttet seg av tilbudet igjen (Pay et al., 2018, s. 3).

Grunnen til at et prosjekt med private aktører inkluderes i diskusjonen, er at resultater fra studien kan ha et mulig læringspotensial for den offentlige abortomsorgen. To fysiske konsultasjoner ble planlagt for alle kvinnene i studien, én hvor de inntok mifepriston, og én etterkontroll to–fire uker etter aborten. Alle kvinnene ble oppringt etter at misoprostol var innsatt, slik at helsepersonell kunne følge opp smerter, blødning og trygghet (Pay et al., 2018, s. 4). En ting som skiller seg ut i denne studien, er at alle kvinnene fikk fysisk oppfølging etter aborten. På informasjonssidene til de ulike universitetssykehusene i Norge, står det at etterkontroll består av at kvinnen selv tar en graviditetstest, og at oppfølging ikke er planlagt med mindre testen fortsatt er positiv. Stavanger universitetssjukehus har inkludert i sitt skriv at en sykepleier fra avdelingen ringer kvinnen kl. 13 på dagen for aborten. Dette står det ingenting om på sidene til eksempelvis Oslo universitetssykehus og Haukeland universitetssjukehus, og det er dermed uvisst hva som er praksisen for telefonkontakt ved de ulike sykehusene (Haukeland universitetssjukehus, 2022; Oslo universitetssykehus, 2020; Stavanger universitetssjukehus, 2019). Det er ikke utenkelig at hyppigere kontakt mellom helsepersonell og pasient er én av årsakene til den høye trygghetsraten blant kvinnene i Pay et al. (2018).

Informantene i Lindström et al. (2011) hevder selv at omsorgskjeden i abortomsorgen er veldig god. Gynekologene forteller at de er opptatt av å bruke god tid sammen med kvinnene for å forstå situasjonen til den enkelte. Disse mente abortomsorgen var blitt bedre etter at medikamentell metode ble introdusert og at det fremover ville være viktig å støtte kvinner som gjennomgikk hjemmeabort, slik at de skulle mestre denne på en god måte. Sykepleierne/jordmødrene trodde alle at hjemmeabort var fremtidens abortomsorg, og at det

ville bli enda viktigere å sørge for at kvinnene fikk den omsorgen og støtten de hadde rett til under prosessen. Sykepleierne/jordmødrene uttalte at de ringer totalt tre ganger til kvinner som tar hjemmeabort (Lindström et al., 2011, s. 544–546). Dette gjenspeiler ikke resultatene i utvalgte studier med pasientperspektiv. Ulike rutiner ved hvert enkelt sykehus kan være en årsak til dette, eller det faktum at studien til Lindström et al. (2011) er mer enn ti år gammel og at rutiner kan ha endret seg. Ved medikamentell abort gjennomført på sykehus, forteller sykepleierne/jordmødrene at de opprettholdt kontakt med kvinnene gjennom dagen.

Sykepleierne/jordmødrene undersøkte blødninger og var i nærheten dersom kvinnene hadde spørsmål (Lindström et al., 2011, s. 545). Selv om sykepleiere ikke kan være fysisk til stede med kvinner under en hjemmeabort, tyder de nevnte studiene på at mer telefonkontakt på initiativ fra sykepleierne, kan bidra til større trygghet under hjemmeabort.

6. Konklusjon

Funn fra utvalgte studier viser at kvinner som tar hjemmeabort har behov for personorientert og detaljert informasjon, rom for dialog og økt omsorg både før, under og etter abort. På bakgrunn av utført analyse, konkluderer oppgaveforfatter med at dagens abortomsorg ikke tilfredsstillende disse behovene på en god nok måte. Utilstrekkelig informasjon og underkommunikasjon av bivirkninger fører til utrygghet hos mange, og rutinepreget abortomsorg resulterer i at kvinner føler seg dømt og lite ivarettatt. Abortsøkende kvinner får i flere tilfeller ikke bearbeidet vanskelige følelser, grunnet mangelfull dialog og oppfølging. Analysen viser at mange abortsøkende kvinner blir fratatt retten både til informasjon og medbestemmelse, hvorav helsevesenet ikke følger Abortloven, Pasient- og brukerrettighetsloven og flere av de yrkesetiske retningslinjene. Grundig informasjon før aborten kan åpne for viktige oppklarings spørsmål før kvinnene drar hjem. Kvinner som tar hjemmeabort har ulike behov for oppfølging underveis, og det er viktig å kartlegge hvem som ønsker hyppigere telefonkontakt.

Helsepersonell i abortomsorgen må bli flinkere til å kommunisere med abortsøkende kvinner, da resultater gjengitt i denne oppgaven viser at kommunikasjonen ofte svikter i flere ledd. Helsepersonell i abortomsorg bør ha den nødvendige kompetansen for å veilede kvinner i en sårbar situasjon, slik Abortloven også krever. Egne kurs for dette bør prioriteres. Det bør være i helsetjenestenes interesse at sykepleie knyttet til hjemmeabort blir bedre, da det er en mindre ressurskrevende metode og frigjør sengeplasser. Mer forskning på dagens abortomsorg fra et sykepleieperspektiv er nødvendig. Dette kan belyse hvilke utfordringer helsepersonell står overfor, og igjen være avgjørende for å kartlegge hvordan abortomsorgen kan bli bedre. Det er ifølge WHO en menneskerettighet for kvinner å ha tilgang til et aborttilbud som inkluderer informasjon før abort, trygg og respektfull håndtering av abort, samt oppfølging etter abort. Dette bør være oppnåelig i et av verdens rikeste land.

7. Anvendelse av resultater i praksis

7.1. Informasjon

- Sykepleier bør gjøre det helt klart at det er kvinnens rett til å velge hvor hun vil gjennomføre aborten.
- Sykepleier bør gi abortsøkende kvinner detaljert og personorientert informasjon i den forberedende fasen.
- Sykepleier bør ta initiativ til en åpen dialog rundt vanskelige tanker og følelser.
- Sykepleier bør forsikre seg om at informasjonen som blir gitt, både blir oppfattet og forstått av mottaker.
- Sykepleier bør sørge for at abortsøkende kvinner får med seg skriftlig informasjon som er detaljert og lettlest.
- Sykepleier bør gi abortsøkende kvinner både muntlig og skriftlig informasjon om Stiftelsen Amatheia.

7.2. Omsorg

- Sykepleier bør kartlegge hvilke behov for oppfølging den enkelte kvinnen har underveis i prosessen.
- Sykepleier bør tilrettelegge for hyppigere telefonkontakt. Sykepleier bør også tydelig informere om en lav terskel for telefonkontakt fra kvinnens side.
- Sykepleier bør være bevisst eget kroppsspråk og eventuelle forutinntatte holdninger.
- Sykepleier bør tilrettelegge for oppfølging etter aborten, hvor dialog om abortopplevelsen bør være prioritert.

Litteraturliste

- 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. *Sex Reprod Healthc*, 27, 100582-100582. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Akershus universitetssykehus. (2020). *Abort, Kongsvinger sykehus*. Helse Sør-Øst. Hentet 13.11.2022 fra <https://www.ahus.no/behandlinger/abort?sted=kongsvinger-sykehus>
- Andersson, I.-M., Gemzell-Danielsson, K. & Christensson, K. (2014). Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Contraception*, 89(5), 460-465. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.012>
- Austveg, B. & Keeping, D. (2017). *Abort : en etisk argumentasjon*. Humanist forl.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Det Norske Akademi for Språk og Litteratur. (2022, 24.11.2022). Pasient. I *Det Norske Akademis Ordbok*. Det Norske Akademi for Språk og Litteratur. <https://naob.no/ordbok/pasient>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (F. Friberg, Red. 3. utg.). Studentlitteratur AB.
- Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *J Adv Nurs*, 75(11), 3006-3017. <https://doi.org/10.1111/jan.14132>
- Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 24(5), 380-389. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>
- Haukeland universitetssykehus. (2022, 23.09.2022). *Abort – planlagt abort*. Helse Bergen. Hentet 13.11.2022 fra <https://helse-bergen.no/behandlinger/abort-planlagt-abort#medikamentell-abort-heim>
- Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T. & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sex Reprod Healthc*, 9, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>
- Helsenorge. (2020, 31.07.2020). *Abortmetoder*. helsenorge.no. Hentet 09.11.2022 fra <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 133–168). Gyldendal akademisk.
- Jettestad, M. (2019). Selvbestemt abort. I S. Holan (Red.), *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid* (s. 267–272). Fagbokforlaget.
- Kanstrup, C., Mäkelä, M. & Hauskov Graungaard, A. (2018). Women's reasons for choosing abortion method: A systematic literature review. *Scand J Public Health*, 46(8), 835-845. <https://doi.org/10.1177/1403494817717555>
- Kero, A., Wulff, M. & Lalos, A. (2009). Home abortion implies radical changes for women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 14(5), 324-333. <https://doi.org/10.3109/13625180903128609>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nurs Ethics*, 26(7-8), 2135-2146. <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *J Clin Nurs*, 27(21-22), 4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>
- Leger Uten Grenser. (2019). *Utrygg abort: Livsfarlig og glemt*. Leger uten grenser. Hentet 09.11.2022 fra <https://legerutengrenser.no/glemte-kriser-2019/utrygg-abort.html>
- Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L. & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses: Experiences of working with induced abortion. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 542-548. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00862.x>

- Lippestad, J. W. & Halvorsen, T. (2021). *Evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia* (2021:00334). SINTEF Digital. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-tilskuddsordningen-stiftelsen-amatheia/Evaluering%20av%20tilskuddsordningen%20Stiftelsen%20Amatheia%20-%20SINTEF-rapport%202021-00334.pdf/_attachment/inline/7380969e-5542-4ba9-8373-c6f5d73a227c:9a02b4a000f5b8630fb127da7ad6d4a8101206d7/Evaluering%20av%20tilskuddsordningen%20Stiftelsen%20Amatheia%20-%20SINTEF-rapport%202021-00334.pdf
- Løkeland-Stai, M. (2017, 11.03.2022). *Fakta om abort (med 2021-tal)*. Folkehelseinstituttet. Hentet 09.11.2022 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence - experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scand J Caring Sci*, 27(3), 569-579.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>
- Norsk Helseinformatikk. (2020, 24.06.2020). *Medikamentell abort*. Norsk Helseinformatikk. Hentet 09.11.2022 fra <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikkk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo universitetssykehus. (2020, 21.09.2020). *Medikamentell hjemmeabort*. Helse Sør-Øst. Hentet 13.11.2022 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/medikamentell-hjemmeabort>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pay, A. S. D., Aabø, R. S., Økland, I., Janbu, T., Iversen, O.-E. & Løkeland, M. (2018). Medikamentell abort hos avtalespesialist. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0041>
- Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M. & Dahl, B. (2022). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. *Health care for women international, ahead-of-print*(ahead-of-print), 1-19. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2090565>
- Socialstyrelsen. (2022). *Statistik om aborter 2021* (2022-6-8007). Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-6-8007.pdf>
- Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort [Women's experiences with the health service provision for medical abortions in Norway]. *Sykepleien Forskning*, (Sykepleien Forskning 2022;17(89883):e-89883). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>
- St. Olavs hospital. (2020, 29.12.2020). *Medikamentell hjemmeabort*. Helse Midt-Norge. Hentet 13.11.2022 fra <https://stolav.no/behandlinger/abort-medikamentell-hjemmeabort>
- Stavanger universitetssjukehus. (2019, 20.11.2019). *Abort – planlagt abort*. Helse Stavanger. Hentet 13.11.2022 fra <https://helse-stavanger.no/behandlinger/abort-planlagt-abort>
- Stiftelsen Amatheia. (2022). *Abort og graviditet – trenger du noen å snakke med?* Stiftelsen Amatheia. Hentet 13.11.2022 fra <https://amathea.no/>
- Stålhandske, M. L., Ekstrand, M. & Tydén, T. (2011). Women's existential experiences within Swedish abortion care. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 32(1), 35-41.
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* [Interpersonal Aspects of Nursing] (K. M. Thorbjørnsen, Overs.; 1. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2021, 09.07.2021). *Abort, medikamentell hjemmeabort – Tromsø*. Helse Nord RFH. Hentet 13.11.2022 fra <https://unn.no/behandlinger/abort-medikamentell-hjemmeabort?sted=tromso->
- World Health Organization. (2021, 25.11.2021). *Abortion*. World Health Organization. Hentet 09.11.2022 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10.22	Oria	Women's experiences AND home abortion	Fagfelleurdert Siste 10 år Engelsk Avhukede emner: Abortion, Medical Abortion, Abortion Induced Methods, Qualitative research	72	13	5	1
25.10.22	SveMed+	Home abortion	Fagfelleurdert 2012–2019	3	1	1	1
27.10.22	Cinahl	Kvinner's erfaringer AND abort	Fagfelleurdert Siste 10 år Europa Norsk	1	1	1	1
27.10.22	Cinahl	Working with AND abortion AND nurse OR nurses OR nursing	Fagfelleurdert 2010–2022 Europa Engelsk	16	6	3	1

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Eva Sommerseth, Berit M. Sandvik, Bente Dahl, Idun Røseth og Anne Lyberg. 2022. Sykepleien Forskning. Norge.
Artikkel	Kvinner's erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort
Hensikt med studien	Belyse hvilke erfaringer kvinner som tar medikamentell abort har fra deres møte med helsevesenet.
Perspektiv	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvalitativ metode. Studien har utforskende og beskrivende design, med individuelle intervjuer. Dataene ble analysert med systematisk tekstkondensering.
Utvalg/populasjon	24 kvinner fra ulike deler av Norge, som alle hadde gjennomgått medikamentell abort hjemme før utgangen av 12. svangerskapsuke.
Hovedfunn/resultater	Deltakerne trakk i hovedsak frem negative erfaringer fra deres møte med helsevesenet. De opplevde at omsorgen manglet en personsentrert tilnærming, de hadde en opplevelse av å være en ressursbelastning og de opplevde at retten til valgfrihet og medbestemmelse var manglende. Videre opplevde de mangel på informasjon og tilgjengelighet.
Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Ingrid Bjerkholt Aamlid, Bente Dahl og Eva Sommerseth. 2021. Elsevier. Norge.
Artikkel	Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study
Hensikt med studien	Utforske hvilke erfaringer og oppfatninger kvinner som tar medikamentell hjemmeabort har med tanke på informasjon som blir gitt før aborten, støtte under/gjennom abortprosessen og oppfølging i etterkant av aborten.
Perspektiv	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvalitativ metode med individuelle intervjuer med deltakerne. Dataene ble analysert med systematisk tekstkondensering.
Utvalg/populasjon	23 kvinner mellom 24 og 45 år, fra ulike deler av Norge, som alle hadde gjennomgått medikamentell abort hjemme før utgangen av 12. svangerskapsuke. Alle med unntak av én var av norsk opprinnelse.
Hovedfunn/resultater	Det ble gjennom analysen identifisert tre tema: <ol style="list-style-type: none"> 1. Forhåndsinformasjon påvirker kvinners følelse av trygghet under hjemmeabort: Deltakerne opplevde at de fikk utilstrekkelig informasjon før aborten/prosedyren. 2. Anerkjennelse fra helsepersonell påvirker kvinners følelse av støtte: Deltakerne opplevde manglende anerkjennelse og støtte fra helsepersonell. 3. Tilgang til helsepersonell under hjemmeabort påvirker kvinners følelse av velvære hjemme: Deltakerne savnet tilstedeværelse fra helsepersonell.
Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Marlene Makenzius, Tanja Tydén, Elisabeth Darj og Margareta Larsson. 2013. Blackwell Publishing Ltd. Sverige.

Artikkel	Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention.
Hensikt med studien	Utforske kvinner og menns opplevelser og behov relatert til hjemmeabort, samt undersøke deltakernes syn på prevensjon og forebygging av uønsket graviditet.
Perspektiv	Pasientperspektiv.
Metode og analyse	Kvalitativ metode med intervjuer av 24 kvinner og 13 menn. Kvalitativ innholdsanalyse etter Granheims og Lundmans metode. Intervjuene ble gjennomlest flere ganger for å kunne trekke ut meningsbærende enheter knyttet opp mot hensikten med studien. Disse utgjorde de meningsbærende analyseenheterne. Analyseenheterne ble komprimert og kodemerket. Deretter ble kodene sammenlignet for likheter og ulikheter og videre gruppert i en rekke underkategorier og tentative kategorier. Til slutt ble det formulert to overordnede temaer og samlet innholdet i de ulike kategoriene. Gjennom analysen diskuterte hele forskningsgruppene funnene.
Utvalg/populasjon	Inklusjonskriteriene var at kvinnen og hennes partner burde være svensktalende og minst 18 år gamle – og de burde ha bestemt seg for å utføre medisinsk abort på grunn av uønsket graviditet. Deltakerne ble rekruttert gjennom avdelinger for gynekologi og obstetrikk ved fem sykehus i Midt-Sverige.
Hovedfunn/resultater	To overordnede tema ble identifisert: <ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomi: Beslutningen om abort og valg av metode var godt overveid av kvinnen og støttet opp av partner. Hjemmemiljøet ga rom for privatliv og kontroll. 2. Avhengighet: Deltakerne hadde et ønske om å bli behandlet med empati og respekt av helsepersonell, samt motta tilstrekkelig informasjon
Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Meta Lindström, Marianne Wulff, Lars Dahlgren og Ann Lalos. 2011. Scandinavian journal of caring sciences. Sverige.
Artikkel	Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses
Hensikt med studien	Belyse gynekologers og jordmødres/sykepleieres erfaringer, oppfatninger og interaksjoner gjennom arbeid i aborttjenester, deres erfaringer med medisinske aborter og aborter gjennomført i kvinnens hjem. Et ytterligere mål var å illustrere deres visjoner om hvilken profesjonell rolle de kommer til å inneha i aborttjenester i fremtiden.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv.
Metode og analyse	Det ble gjennomført tre fokusgruppesamtaler innen hver profesjon (gynekolog, jordmor og sykepleier), hvor hver samtale hadde en varighet på én time.
Utvalg/populasjon	Deltakerne består av 25 gynekologer og 15 jordmødre/sykepleiere fra tre ulike sykehus.