

Kandidatnummer: 1711 og 1712

BSYBAC_

Bacheloroppgave i Sykepleie

Kvinnerens opplevelse med medikamentell abort



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02. januar 2024

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

Sammendrag

Bakgrunn:

Årlig gjennomføres det nærmere 12 000 aborter i Norge, hvor største andelen av disse er medikamentelle. Det er et tema det snakkes lite om, men som får et stadig større fokus både i media og i undervisningen. På bakgrunn av dette hadde vi et ønske å lære mer om abort. I tillegg er kvinnehelse noe begge har vært borti, som har gitt oss inspirasjon til denne oppgaven.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke opplevelser kvinner har av medikamentell abort, hvor søkelyset er på informasjonen og oppfølgingen fra sykepleier.

Metode:

Vi har brukt Fribergs integrative litteraturoversikt som metode. Vi har brukt både kvalitativ og kvantitativ forskning og funnet frem til fem forskningsartikler for å besvare oppgaven. I tillegg har vi tatt med annen relevant litteratur og egne erfaringer til å belyse hensikten.

Resultater:

Resultatene viser at det er mye følelser knyttet til en medikamentell abort. Mye av informasjonen er god, men det er likevel mangelfullt på flere temaer. Største mangelen gikk på informasjon om blødning og smerter. Svært få kvinner fikk oppfølging i helsevesenet til tross for et stort ønske om dette.

Nøkkelord:

Medikamentell abort, opplevelse, informasjon og oppfølging

Forord

«Det var noe helt annet enn jeg hadde sett for meg.

Jeg følte meg skyldig og uansvarlig som hadde klart å havne i en sånn situasjon.

Det var rart å sørge over noe jeg i utgangspunktet ikke ville ha».

Holm & Hansen, 2023, s. 183

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemformulering	2
1.3 Hensikt	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2. Teoretisk referanseramme	3
2.1 Definisjon av medikamentell abort	3
2.2 Informasjon fra sykehus	3
2.3 Juridisk og etisk perspektiv	4
2.4 Lidelse og Katie Eriksson	5
3. Metode	6
3.1 Valg av metode.....	6
3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode	6
3.3 Søkeprosessen etter forskning.....	7
3.3.1 Valg av søkeord	7
Tabell 1.....	7
3.3.2 Valg av databaser.....	7
3.3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	8
3.3.4 Valg av artikler	8
3.3.5 Analyse	9
4. Presentasjon av resultater	10
4.1. Kategorier.....	10
Tabell 2.....	10
4.2 Kvinner fortjener mer!	10
4.2.1 Ufullstendig informasjon	10
4.2.2 Ble ikke tatt på alvor.....	11
4.2.3 Alene i prosessen	11
4.3 Min kropp, mitt valg.....	12
4.3.1 Det logiske valget	12
4.3.2 Tryggere hjemme.....	12

Kandidatnummer: 1711 og 1712

4.4 Den brutale virkeligheten	13
4.4.1 De underkommuniserte reaksjonene.....	13
5. Diskusjon.....	15
5.1 Metodediskusjon	15
5.1.1 Kvalitativ- og kvantitativ forskning.....	15
5.1.2 Studienes land og arena	16
5.1.3 Kritikk til kildene.....	17
5.2 Resultatdiskusjon	18
5.2.1 Informasjonens viktighet og betydning	18
5.2.2 Oppfølging og reaksjoner	19
6. Anvendelse i praksis	22
Litteraturliste.....	23
Vedlegg	28
Vedlegg 1: Søkelogg	28
Vedlegg 2: Litteraturliste	29

Antall ord: 7782

1. Innledning

I 1975 kom loven om selvbestemt svangerskapsavbrudd for første gang. Etter mange års kamp og demonstrasjoner, fikk kvinnene lov til å bestemme om de ønsket å beholde barnet frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke (Abortloven, 1975; Lønnå & Garvik, 2023). Først 20 år etter kom det medikamenter som kunne avbryte svangerskapet (Iversen et al., 2003). I årene som kom ble dette den vanligste abortmetoden (FHI, u.å). Statistikken viser at aborttallene har vært jevne siden medikamentell abort ble introdusert i 1998, med en svak nedgang de siste årene (FHI, u.å). Vi opplever kvinnehelse som et svært dagsaktuelt tema, og med jevne mellomrom ser vi at kvinner går ut i media med dårlige opplevelser som skaper både debatt og diskusjoner (Dahle, 2023; Sørnes, 2023; Sørnes & Eide, 2023). Det som går igjen i disse artiklene, er mangelfull informasjon fra helsevesenet og ensomhet knyttet til opplevelsen. Mot slutten av arbeidet med oppgaven kom det et nytt lovforslag til abortloven, som blant annet skal sikre oppfølging, veiledning og bedre informasjon til kvinnene som tar abort (NOU 2023: 29, s. 15). Tema for denne oppgaven er å undersøke kvinners opplevelse med medikamentell abort.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kvinnehelse kan defineres som sykdommer og lidelser som kun rammer kvinner på grunn av atomiske forskjeller fra menn (NOU 2023: 5, s. 49). Dette er et tema vi er interessert i, og vi synes det blir snakket alt for lite om. Etter egne erfaringer så har vi svært lite om abortomsorg og kvinnehelse på sykepleiestudiet. Vi ønsker å lære mer om hva en kvinne går gjennom både fysisk og psykisk i løpet av en abort. Å ta abort er en lovlig rettighet i stort sett hele Europa (Fiala et al., 2022). Vi hadde begge hørt om stiftelsen Amatheia fra før, som er den eneste stiftelsen i Norge som jobber med abort, både før, under og etter (Amatheia, u.å). Det er et tema som har vært mye i media det siste året, og vi ser derfor viktigheten av å lære mer om dette (Dahle, 2023; Sørnes & Eide, 2023). Vi kunne tenke oss å jobbe med kvinnehelse senere, og ser på dette som en unik mulighet til å lære mer og få kunnskap som kan ivareta kvinnene på best mulig måte.

1.2 Problemformulering

I 2022 ble det utført 11967 provoserte aborter i Norge, og av disse var nesten 95% (11345) medikamentelle (Løkeland-Stai, 2023). Disse tallene viser at dette forgår hyppigere en mange kanskje kan tro. Allikevel kan dette fortsatt forbindes med skam og tabu (Petersen et al., 2018). Loven forteller at alle skal få informasjon, råd og veiledning om valget de skal ta (abortloven, 1975 §2). I Norge utføres medikamentelle aborter ved å ta en tablett på sykehuset, før aborten kan fullføres hjemme ved å ta en vaginal tablett etter 48 timer (Helsenorge, 2017).

Flere sykepleiere som jobber med abort føler de selv bør tilegne seg kunnskap, for å kunne gi kvinner helhetlig omsorg i abortprosessen (Carson et al., 2023). Sykepleiere som jobber innenfor abort, kan føle at de ikke kan snakke om jobb med venner, bekjente og familie, for å unngå konflikter (McLemore et al., 2015) da dette er et tema det kan være sterke meninger rundt. Vi tenker derfor at kunnskap om dette tema kanskje kan hjelpe andre som går gjennom abort til å føle seg mindre alene. I tillegg tenker vi at det å gi kunnskap til sykepleiere om hva kvinnene selv ønsker av informasjon og oppfølging, kanskje kan bedre den helhetlige opplevelsen til kvinnene.

Vi har avgrenset litteraturstudien til medikamentell abort, og sett bort ifra andre måter å utføre abort på. Medikamentell abort foregår på sykehus og hjemme, og tar derfor med erfaringer fra begge stedene. Vi vil ha størst fokus på opplevelsen med informasjon og oppfølging. Det er kvinners perspektiv som er i fokus gjennom hele oppgaven.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke opplevelser kvinner har av medikamentell abort, hvor søkelyset er på informasjonen og oppfølgingen fra sykepleier..

1.4 Begrepsavklaring

Når det står skrevet abort, vil det i denne oppgaven bety medikamentell abort dersom det ikke er skrevet noe annet.

2. Teoretisk referanseramme

I teorikapittel har vi skrevet om hva medikamentell abort er, lovverk som kan knyttes til abort og helsehjelpen i forbindelse med dette. Vi har tatt med litt om etikk, før vi til slutt har skrevet om Katie Eriksson og lidelse.

2.1 Definisjon av medikamentell abort

Provosert abort er en samlebetegnelse på medikamentell og kirurgisk abort (Bjørge et al., u.å). Det er disse to metodene som brukes før tolvte svangerskapsuke i Norge. Kvinnene kan selv velge hvilken metode de foretrekker for å avbryte svangerskapet (Barlindhaug, 2023). Kirurgisk abort foregår i narkose, hvor de fjerner embryo og morkake med vakuumsug (Kvinneklikken OUS, 2023). Medikamentell abort er den mest vanlige metoden i Norge i dag (Løkeland-Stai, 2023). Kvinnen tar to tabletter, den første er Mifepristone 200mg per os, som tas på sykehuset. Den andre, Misoprostol 800mcg, som tas hjemme etter to døgn (Bjørge et al., u.å). Virkestoffene i tablettene gjør at livmoren trekker seg sammen slik at den tømmes (Birkler, 2014). Disse tablettene gir normalt bivirkninger, som kvalme, blødninger og magesmerter (Helse Stavanger, u.å).

2.2 Informasjon fra sykehus

Informasjonen kvinnene får fra sykehus og sykepleiere kan variere, men rutinene rundt gjennomføringen av abort i Norge er lik (Helsenorge, 2017b; NHI, 2023a). På Stavanger universitetssykehus (SUS) sine nettsider står det om informasjon, gjennomføring og oppfølging. Alle får time til forundersøkelse med jordmor. Der tas ultralyd og andre nødvendige prøver for å se hvor langt i svangerskapet kvinnen har kommet. Videre står det om utførelsen og medikamentene, som er likt det som er beskrevet i avsnitt 2.1. Det står at kvinnen kan oppleve sterke smerter, og at reseptfrie smertestillende ikke nødvendigvis tar bort alle smertene. (Helse Stavanger, u.å.). Oppfølgingen kvinnene får er at de får med seg en graviditetstest som skal tas etter 4 uker, for å forsikre at svangerskapet er avsluttet. Kvinnen kan få oppfølgingstime dersom graviditetstesten er positiv, eller ved mistanke om å fortsatt være gravid (Helse Stavanger, u.å).

2.3 Juridisk og etisk perspektiv

Norge har en egen lov om svangerskapsavbrudd som kom i 1975, tre år før kvinnene selv fikk bestemme om de ønsket abort (Abortloven, 1975; NHI, 2023b). Loven sier at gravide kvinner selv kan bestemme om de ønsker å avbryte graviditeten før utgangen av tolvte uke i svangerskapet (Abortloven, 1975, §1). Kvinner som skal gjennomføre en abort kommer også innunder pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 sier blant annet at kvinnene skal få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og helsehjelpen som tilbys, i tillegg til risiko og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §19).

Helsepersonelloven §10 kapittel 2 sier at «den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på dette etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§3-2- til 3-4» (Helsepersonelloven, 1999). Kvinnene har rett på informasjon, og sykepleier har en plikt til å gi informasjonen. Informasjonen som gis til kvinnene skal også være tilpasset kvinnens individuelle forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

I 1979 ble de fire etiske prinsippene lansert. De har stor innflytelse på tanken rundt etikk i dagens helsevesen (Nordtvedt, 2021), og kan trekkes inn fordi de kan gi en forståelse av grunnleggende sykepleie. Det første etiske prinsippet er velgjørhetsprinsippet, som handler om å gjøre det beste for pasienten (Ursin, 2023). Det er fundamentalt i arbeidet i helsesektoren. Velgjørhetsprinsippet kommer også synlig i helsepersonelloven §4, som handler om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999; Nordtvedt, 2021). Det andre er ikke - skade prinsippet. Det skal beskytte pasienten mot feil behandling og dårlig praksis, og belyse at helsehjelp kan føre til skade hos pasienten (Nordtvedt, 2021). Som sykepleier er det viktig å redusere og forebygge smerte og ubehag hos pasienten. Derfor skal en utføre handlinger og prosedyrer på en forsiktig og skånsom måte (Nordtvedt, 2021, s. 86).

Det neste er autonomiprinsippet, hvor tanken om at pasienten kan ta selvstendige valg og bestemme over sin egen pleie og behandling er det viktigste (Ursin, 2023). Autonomi har to retninger, hvor den ene er at en selv kan bestemme og kreve, og den andre at en kan nekte eller avslå. En skal ha respekt for menneskeverdet, til seg selv og andre. I tillegg ha en tanke om at alle skal ha like og universelle rettigheter, og ta selvstendige valg (Nordtvedt, 2021, s. 87). Det siste er rettferdighetsprinsippet, som forteller at pasientene skal ha lik rett til omsorg

avhengig av individuelle medisinske- og pleiebehov. Sykepleieren skal kunne balansere pleiebehovet til enkeltpasientene, mot hensynet til et rettferdig ressursbruk (Nordtvedt, 2021, s. 87–88).

2.4 Lidelse og Katie Eriksson

Katie Eriksson var en finsk sykepleieteoretiker og professor som snakker om lidelsen i sykepleien (Kristoffersen et al., 2021). Hun forteller at lidelsens univers er grenseløst. Begrepet lidelse kan sees på som noe vondt, noe et menneske må leve med og kommer til å bli utsatt for (Eriksson, 2012). Hvert enkelt menneske må forstå lidelsen i forhold til eget liv og mener at det å leve innebærer lidelse. Lidelsen har ikke en mening i seg selv, men har mulighet til å gi den mening ved å gå gjennom den (Kristoffersen et al., 2021). Eriksson beskriver at lidelsen kan sees på som et teater, der den lidende behøver en medspiller med en rolle som sier *jeg ser* slik at lidelsen kan bekreftes. Dersom en ikke lykkes med å finne medspiller, eller medmenneske, vil dramaet spilles om igjen. Det kan sees på som at en aldri finner slutt i lidelsen. (Eriksson, 2012)

Mennesker har alltid hatt et behov for å stille seg spørsmålet *hvorfor* når en rammes av lidelse (Eriksson, 2012). «Når mennesket ikke lenger finner det nødvendig å spørre hvorfor, har det genvundet sin værdighet» (Eriksson, 2012, s. 36). *Det lidende mennesket* (2012) beskriver flere typer lidelse. Den ene er sykdomslidelse. Dette er lidelse hvor sykdom og behandling påfører et menneske lidelse. Det kan være fysisk smerte, men også en åndelig eller sjelelig smerte, som kan oppleves som en helhet av mennesket (Kristoffersen et al., 2021). Den åndelige eller sjelelige lidelsen forårsakes av opplevelser av ydmykelse, skyld og/eller skam som mennesket opplever i behandling eller sykdom. Det kan forekomme av pasienten selv, kritiske holdninger fra pleiepersonell eller sosiale sammenhenger. Dette ligger tett opptil en annen form for lidelse, pleielidelse. (Eriksson, 2012)

3. Metode

Metode er en systematisk framgangsmåte, som bestemmer hvordan vi skal gå fram for å finne og skaffe oss relevant informasjon om det vi skal undersøke. Når vi velger en bestemt metode, er det fordi vi mener at den vil gi oss god informasjon og belyse det vi skal undersøke på en interessant og faglig måte (Dalland, 2012, s. 111 – 112).

3.1 Valg av metode

Vi skal skrive en litteraturstudie basert på vitenskapelige artikler. I tillegg trekkes det inn annen relevant litteratur knyttet til tema. Vi har brukt Fribergs metode i analyseringen av data, med utgangspunkt i boken *Dags för uppsats* (Friberg, 2022). Dette er en veiledning for litteraturbaserte eksamensarbeid. Vi skal bruke Fribergs integrative litteraturoversikt i vår metodiske tilnærming. Det er en måte å sammenligne og verifisere data fra studiene vi finner, for å gi en forståelse av hvordan de ulike resultatene kan gi en ny helhet (Friberg, 2022).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Vi har valgt å bruke en blanding av kvalitative og kvantitative studier, da vi tror dette vil belyse vår hensikt på en god måte. Vi ønsker å få fram kvinners subjektive opplevelser, samtidig som kvantitative studier kan gi konkrete svar på enkelte spørsmål som kan danne en helhet i resultatene. Derfor har vi tatt med tre kvalitative studier (Makenzius et al., 2013; Røseth et al., 2022; Aamlid et al., 2021), en kvantitativ (Stålhandske et al. 2012) og en med både kvalitativ og kvantitativ forskning (Hedqvist et al. 2016).

Kvalitativ metode har som formål å fange meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles, og kan derfor få fram mange opplysninger (Dalland, 2012). Kjennetegn ved metoden er at en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019). Målet med dataen som blir samlet inn er å få fram helheten og sammenhengen (Dalland, 2012, s. 112–113). Kvantitative studier kan kalles harde data fordi det er målbare enheter (Thidemann, 2019, s. 75). Denne typen studier er hensiktsmessige når en ønsker å få svar på konkrete spørsmål. Det er enkelt uttrykt via eksempelvis målinger og sammenligninger som gjør det mulig å fastslå om et resultat er bedre enn et annet (Friberg, 2022, s. 158).

3.3 Søkeprosessen etter forskning

3.3.1 Valg av søkeord

I vår søkeprosess etter forskning lagde vi PICO-skjema til den første problemstillingen vår. PICO-skjema er et verktøy som skal hjelpe med å gjøre hensikten tydelig og presis. PICO gir en struktur på hensikten når vi skal gjøre litteratursøkene, valg av artikler og kritisk vurdering av litteraturen vi fant. C – comparison er relevant å ha med dersom en sammenligner to temaer opp mot hverandre, som ikke er relevant i vår oppgave (Helsebiblioteket, 2021).

Det første PICO skjema vi lagde er noe forskjellig fra det vi endte opp med. Det er fordi vi fant svært lite forskning på tema vi først hadde tenkt, som var abortomsorg på norske sykehus. Vi fant noen få gode artikler, og brukte nøkkelordene fra disse artiklene i videre søk. Dette førte til nåværende hensikt. Vi satt da opp et nytt PICO skjema som hjalp oss å finne gode artikler. Det er dette som er beskrevet i tabell 1.

Tabell 1

P Patient	I Intervention	C Comparison	O Outcome
Kvinner i fertil alder Women	Medikamentell abort Abortion Induced abortion Home abortion		Opplevelsen Experience Health Need

Søkeordene som ble brukt var «abort*», «experienc*», «home abort*», «induced abort*», «qualitative», «need», «health». Vi brukte trunkering for å få flere alternativer av ordet i trefflisten. Se vedlegg 1 for ordkombinasjoner.

3.3.2 Valg av databaser

Vi startet med å gjøre et utvidet søk i forskjellige databaser. Vi søkte i Oria, Scopus, CINAHL, PubMed, MEDLINE og SveMed+ med det Friberg kaller helikopterperspektiv. Det handler om å være åpen i søket og ikke låse seg til et aspekt. Dette vil gi en oversikt og mulighet til å se karakteren av studiene vi finner (Friberg, 2022, s. 190). På SveMed+ fikk vi

opp mange artikler. Selv om artiklene er fra Skandinavia, var de ikke like relevante for vår oppgave. Scopus hadde stort sett de samme artiklene som databasene vi endte opp med å bruke. Vi tok også et utvidet søk i Oria men dette ga få relevante treff, selv etter flere søkestrategier. Det var CINAHL, PubMed og MEDLINE vi brukte til slutt, da disse ga oss flest relevante artikler. I tillegg hadde disse et helsefaglig fokus, som passer til vår hensikt.

3.3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Vi hadde avgrensning for 2013 – 2023, da helsevesenet er i stadig endring, og vi ikke ønsker artikler som kan være utdatert. Grunnet få relevante artikler utvidet vi årstallet til 2012 og fant den siste artikkelen. I utgangspunktet ønsket vi å se på opplevelsen til kvinnene i Norge, men fant raskt ut at det var svært lite forskning på området, og måtte derfor utvide til Skandinavia. Også dette ga begrenset med treff. I CINAHL og MEDLINE kunne vi kun avgrense for Europa, og PubMed var det ikke mulig å avgrense geografisk. Vi måtte derfor lese abstraktet eller tittelen for å se hvor den var fra. Til slutt avgrenset vi for fagfelleverderte artikler, «peer reviewed», for å få troverdig og akademiske artikler. Alle artiklene vi har valgt følger IMRaD strukturen og er empiriske. I tillegg til dette, sjekket vi at forlagene og tidsskriftene hvor de ble publisert er troverdige. Vi endte opp med 5 artikler som benyttet kvalitativ og/eller kvantitativ metode.

3.3.4 Valg av artikler

Vi har valgt totalt fem artikler. Alle artiklene oppfyller inklusjonskriteriene. Det var utfordrende å finne relevant forskning, så en av artiklene er fra 2012. Den er tatt med etter nøye vurdering og dialog med veileder. De andre artiklene er fra 2013, 2016, 2021 og 2022. Tre av artiklene er fra Sverige som vil si at de kan sammenlignes med det norske helsevesenet. Vi vil komme nærmere inn på hvorfor i resultatdiskusjonen. Alle artiklene er skrevet på engelsk, og tar for seg pasient perspektivet. Vi har tatt med to artikler om informasjon, hvor den ene setter fokus på smerter og blødninger. Den andre skriver om helheten på informasjonen. Den tredje artikkelen handler om eksistensielle behov og opplevelser. Den fjerde handler om autonomi og selvstendighet og den siste handler om psykiske og emosjonelle opplevelser.

I starten av skriveprosessen hadde vi valgt en artikkel som vi valgte å fjerne og søke etter ny. Det er fordi artikkelen hadde et utvalg som også hadde vært gjennom andre typer abort. Kun 51% av hadde informantene utført medikamentell abort. Etter vurdering kom vi frem til at vi skulle søke etter ny artikkel, for å få mest mulig relevante resultater. Dette ble oppdaget i en tidlig fase og studien har ikke vært med i noen deler av oppgaven. I vurdering av studiene brukte vi sjekklister fra helsebiblioteket sine nettsider for å kvalitetsikre artiklene. Disse sjekklisene har vi valgt å bruke da de er basert på engelske sjekklister fra en rekke universiteter verden rundt (Helsebiblioteket, 2021). Det ga oss også en god oversikt over troverdigheten til artiklene, samtidig som vi fikk analysert artiklene en ekstra gang (Helsebiblioteket, 2021).

3.3.5 Analyse

Vi har analysert artiklene på bakgrunn av Fribergs analysemodell. Den handler om å se helheten, dele den opp i biter for å skaffe en ny helhet (Friberg, 2022). Vi startet med å lese gjennom flere ganger slik at vi skulle forstå sammenheng og innhold i artiklene. Da så vi på forskjeller og likheter i de fem artiklene, og skrev resultatene inn i en oversikstabell som ga en god oversikt over helheten, se vedlegg to. Friberg vektlegger at å lese artiklene flere ganger vil gi en helhet som gjør at en kan gjenfortelle hovedpunktene (Friberg, 2022). Vi så på styrker og svakheter, for vi tenkte at selv om artiklene er fagfelleverderte kan de ha svakheter. For å få en forståelse av styrkene til artiklene, så vi på om resultatene var relevante får vår oppgave og faglig gode. Videre identifiserte vi de relevante resultatene for vår problemstilling og satt hovedpunktene som ble sammenfattet inn i tabell to.

4. Presentasjon av resultater

I analysearbeidet kom det frem tre kategorier med seks underkategorier. Dette systematiserer resultatene på en oversiktlig måte. Tabell to fremstiller kategorier og underkategorier.

4.1. Kategorier

Tabell 2

Kategori	Underkategori
Kvinner fortjener mer!	Ufullstendig informasjon
	Ble ikke tatt på alvor
	Alene i prosessen
Min kropp, mitt valg	Det logiske valget
	Tryggere hjemme
Den brutale virkeligheten	De underkommuniserte reaksjonene

4.2 Kvinner fortjener mer!

Erfaringene fra sykepleier varierte fra person til person. Generelt var det stor forskjell om erfaringene var gode eller ikke.

4.2.1 Ufullstendig informasjon

Kvinnene i artikkelen til Aamlid et al. (2013) opplevde at informasjonen fra sykepleier ikke var god nok. I utvalget til Hedqvist et al. (2016) beskrev flere hvordan informasjonen opplevdes, noen var tilfreds, men omtrent en tredjedel fortalte at informasjonen var mangelfull på noen områder. Makenzius et al. (2013) forklarer at selv om det var mangel på informasjon om noen temaer, var det nok informasjon til å føle seg trygge på å fullføre aborten hjemme, som var viktig for kvinnene.

Aamlid et al. (2013), Makenzius et al. (2013) og Hedqvist et al. (2016) kommer frem til at kvinnene fikk for lite informasjon. Det var størst mangel om blødning og smerte, om hvor sterke smertene faktisk ville være, og hvor store blødninger som kunne forekomme. «Bled more after the abortion than when giving birth, would have liked information about that» (Hedqvist et al., 2016, s. 51). Makenzius et al (2013) påpeker at flere følte informasjonen ikke

samstemte med den faktiske situasjonen. «The way I remember it is that I didn't get any information. I didn't get any information about what the process would be like at home» (Aamlid et al., 2021, s. 2).

4.2.2 Ble ikke tatt på alvor

Et fellestrekk hos Makenzius et al. (2013) og Hedqvist et al. (2016) var at de fleste kvinnene ble godt tatt imot av helsepersonell. Ord som profesjonelle, vennlige og respektfulle kommer frem. Det var viktig for det fikk kvinnene til å føle seg trygge og godt ivaretatt. Ikke alle var like fornøyde med møtet med helsepersonell; «It can almost be felt like a punishment» (Røseth et al., 2022, s. 8). Dette er følelser kvinner satt med etter å ha blitt sendt hjem for å utføre aborten. Kvinnene følte seg sårbare og eksponert i møte med helsepersonell, og oppfattet spørsmålene de fikk om avgjørelsen deres som at de måtte begrunne hvorfor de ønsker å ta abort. Aamlid et al. (2021) forteller at kvinnene opplevde sykepleier som kald og for profesjonell. De hadde også ønsket en bedre velkomst og en varmere tilnærming ved abortkonsultasjonen. Røseth et al. (2022) og Aamlid et al. (2021) skriver at den måten å bli møtt på førte til økt følelse av skam, sårbarhet og ensomhet. Dette kan også støttes av utvalget Makenzius et al. (2013) som følte på å ikke bli sett.

4.2.3 Alene i prosessen

Det kommer frem at svært få kvinner fikk tilbud om en fysisk oppfølgingstime (Hedqvist et al., 2016; Makenzius et al., 2013; Aamlid et al., 2021). I artikkelen til Hedqvist et al. (2016) fikk alle tilgang til et telefonnummer, men opplevde lang ventetid for å få svar på telefonen. En kvinne som ringte underveis i aborten måtte vente 30 minutter før hun ble ringt tilbake, som følte lenge for denne kvinnen (Hedqvist et al., 2016). Kvinnene i Makenzius et al. (2013) fikk tilbud om en oppfølgingstime på telefon, men opplevde å ikke bli ringt opp slik de ble lovet.

«I would have appreciated it if someone had asked me how I experienced it, and if there was anything I wanted to talk about or ask questions about» (Aamlid et al., 2021, s. 3). De få kvinnene som fikk tilbud om oppfølgingstime opplevde timen som en fysisk undersøkelse, der det ikke var rom for å snakke om tankene og det emosjonelle rundt aborten. Det blir også

uttrykt bekymring rundt egen abort, og et behov for å snakke om det i ettertid (Aamlid et al., 2021). Kvinnene følte på misnøye med at det ikke ble skapt ett miljø for en åpen dialog rundt de forskjellige følelsene angående aborten (Røseth et al., 2022). Kvinnene i Aamlid et al. (2021) ble fortalt å ta en graviditetstest 4 uker etter aborten, men fortalte at de ønsket oppfølgingstid. «I think the follow-up and support after a medication abortion at home should be better» (Aamlid et al., 2021, s. 3).

4.3 Min kropp, mitt valg

Resultatene viser hvor viktig det er å kunne bestemme over egne valg. Selv om valget om å ta abort var riktig for mange av kvinnene, var det mye følelser knyttet til dette.

4.3.1 Det logiske valget

Valget om abort var smertefullt og vanskelig, kom de fleste kvinnene til konklusjonen at abort var det riktige valget, og eneste mulig utfall til tross for at noen angret i ettertid (Stålhandske et al., 2012). Røseth et al. (2022) og Makenzius et al. (2012) skrev at valget ble påvirket av personer rundt, hvor partner hadde størst påvirkning. Også logiske faktorer hadde påvirkning. «...we felt that another child would be too much, since XX [their child with Down's syndrome] requires so much from us» (Makenzius et al., 2013, s. 572).

Det var også mye følelser knyttet til valget. Noen brukte ord som «my worst decision ever» (Stålhandske et al., 2012, s. 56). En annen sier; «A scary feeling of deciding over life and death, and at the same time to know that I decide over my own body... a dilemma really» (Stålhandske et al., 2012, s. 56). Røseth et al. (2022) forklarer at det er mange *hva hvis* spørsmål. En kvinne forteller; «My greatest concern about it, which perhaps made me consider not doing it ... what will this do to my body? What if it stops me from having more children? » (Røseth et al., 2022, s. 7).

4.3.2 Tryggere hjemme

Det å være hjemme følte trygt. Her var det privatliv og en følelse av kontroll i tillegg til fredfullt, komfortabelt og praktisk (Makenzius et al., 2013; Aamlid et al., 2021). Det gjorde at

kvinnene klarte å slappe av. Sykehuset ble sett på som et stressmoment ettersom dette var ukjente omgivelser, null privatliv og ukjente mennesker (Makenzius et al., 2013). «I felt more secure at home, compared with being in an environment (hospital) with people you don't know» (Makenzius et al., 2013, s. 573). Det var en lettelse å slippe sykehusinnleggelse, som også ville gjøre det lettere å holde det skjult, samt slippe å få spørsmål som krevde svar og forklaring (Røseth et al., 2022).

Aamlid et al. (2021) fortalte at noen følte det var uforsvarlig å gjennomgå en abort hjemme. Kvinnene tror opplevelsen hadde vært bedre hvis det var helsepersonell til stede som hadde hjulpet med smertene og til å føle seg tryggere. Makenzius et al. (2013) skrev om en opplevelse som var vanskelig å håndtere, der kvinnen ikke ønsket å utføre en abort hjemme igjen. Stålhandske et al. (2012) forklarer at noen kvinner prøvde å handle på en rasjonell måte slik at følelsene ikke skulle ta overhånd. Nesten halvparten av kvinnene fortalte at de gjorde noe spesielt for å markere aborten. Det kunne være å tenne et lys eller tegne et bilde av fosteret (Stålhandske et al., 2012). « I lit a candle for the little one and asked for forgiveness, and thought that the little soul will get a chance somewhere else» (Stålhandske et al., 2012, s. 56).

4.4 Den brutale virkeligheten

Hvilken opplevelse vi mennesker har av en situasjon vil alltid være individuell, selv om det finnes noen likheter.

4.4.1 De underkommuniserte reaksjonene

Kvinner fortalte om hvor følsomt det var å bestemme seg for en abort. De følte på ensomhet og bekymring (Røseth et al., 2022). Stålhandske et al. (2012) og Røseth et al. (2022) finner ut at flere av kvinnene så på seg selv som uforsvarlige og kjente på skyld, skam, tristhet og skuffelse. «The first pill was more difficult compared to the other [vaginal medication at home] the first pill then it was alive and then it was so obvious that I was going to kill it.... » (Makenzius et al., 2013, s. 573). Flere kvinner fortalte ikke om aborten til noen, og noen fortalte det ikke til partneren sin. Da de følte seg ansvarlige for situasjonen de hadde kommet

opp i, og følte de ikke kunne klage eller spør etter omsorg. Kvinnene unngikk å snakke om aborten som en strategi for å beskytte seg selv (Røseth et al., 2022).

Følelsen kvinner har i ettertid av aborten, varierte. Noen kvinner følte på lettelse over å være ferdig, mens andre slet med tanker og følelser som påvirket store deler av hverdagen. Flere kvinner distanserte seg fra situasjonen for å komme seg videre. De hadde også tanker om hvordan fosteret hadde blitt dersom de fullførte graviditeten (Røseth et al., 2022).

Stålhandske et al. (2012) beskriver at det kom eksistensielle tanker om livet og døden. Noen kvinner forteller om den mer positive siden med abort, som å ha det bedre psykisk og at det var en lettelse. Det ga nye innsikter og en ny orientering av livet. Det kunne også gi en bekreftelse på fertilitet (Stålhandske et al., 2012).

5. Diskusjon

Diskusjonen er delt opp i to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjonen. I metodediskusjonen diskuterer vi rundt metoden, og trekker inn kildekritikk. I resultatdiskusjonen diskuteres funn i artiklene mot teorien som tidligere er presentert. Det er ønskelig å finne forklaringer og sammenhenger ved å knytte resultatene opp mot kunnskap og teori.

5.1 Metodediskusjon

Vi har brukt integrativ litteraturoversikt som metode, blant annet fordi vi er nye innenfor litteraturstudie. Vi synes dette var en ryddig og oversiktlig måte å skrive oppgaven. Kunnskapen blir strukturert på en systematisk og oversiktlig måte, og den følger IMRaD strukturen (Friberg, 2022). Vi har sammenlignet og verifisert data fra de ulike studiene, slik at vi kan formidle hvordan de ulike resultatene kan vise en ny helhet.

5.1.1 Kvalitativ- og kvantitativ forskning

Tre av artiklene som blir brukt i litteraturstudien er kvalitative, den fjerde er både kvalitativ og kvantitativ, og den siste er kvantitativ. Vi valgte å bruke flest kvalitative studier, da vi ønsket å undersøke opplevelsen og følelsene kvinnene kjente på. Kvalitativ metode går i dybden og får mange opplysninger. Intervjuene er fleksible, har ikke faste svaralternativ og skjer i direkte kontakt med deltakerne (Dalland, 2012). Dette gir kvinnene muligheten til å fortelle om sine opplevelser med egne ord. En svakhet med kvalitativ studie gjør at det blir vanskelig å trekke konklusjoner for mer enn akkurat de det gjelder (NDLA, 2017). En annen svakhet er at det kan føre til at noen opplevelser ikke kommer frem fordi det er færre personer med. Samtidig styrker det kvaliteten på datamaterialet når det er få deltakere (Helsebiblioteket, 2021), fordi det gir rike data og en kan da gjøre en grundigere analyse.

Vi inkluderte en studie som kun hadde kvantitativ metode (Stålhandske et al., 2012). Det å ha noen resultater som er tallfestet kan ha vært med på å få fram resultatene på en tydeligere måte, for gir informasjon fra mange personer som kan gi en bredde og forståelse. På den andre siden er det fastsatte svaralternativer som ikke gir rom for egne refleksjoner (Dalland, 2012). Det var flere åpne spørsmål i spørreskjema som ga mulighet til å skrive egne tanker.

Spørsmålene var derimot skriftlige som ikke gir mulighet for oppfølgingsspørsmål, noe kvalitativ forskning gjør.

Det positive med ha en blanding av kvalitativ og kvantitative studier, kan være at en får frem både de individuelle følelsene og opplevelsene. Det kan også tallfeste resultatene, og få en større forståelse av bredden. Stålhandske et al. (2012) har brukt spørreskjema, Hedqvist et al. (2016) har brukt både spørreskjema og intervjuer. De tre siste studiene har kun brukt intervjuer. Spørreskjema kan gi noe mangelfull informasjon, da det ikke er mulighet for å utdype. Det er ikke sikkert svaralternativene passet fullstendig til det kvinnene tenkte, og de måtte ta det som var nærmest. Dette kan gi noe avvikende resultater. Derimot var det fem åpne spørsmål som ga informantene mulighet til å skrive ned tanker og følelser med egne ord, som kan være med på å styrke troverdigheten av resultatene.

5.1.2 Studienes land og arena

I litteraturstudien var det ett ønske å finne forskning så tilnærmet Norge som mulig. Det ble funnet flere studier gjort i Sverige. Tre av fem studier vi tok med er fra Sverige. Etter nærmere undersøkelser, blir medikamentell abort utført på samme måte som i Norge (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018). En forskjell vi fant var at i Sverige kan kvinnen ta abort fram til svangerskapsuke 18, hvor i Norge er det til svangerskapsuke 12 (Rohman, 2019). Det kan tenkes at dette kan ha påvirkning på opplevelsen og gi en svakhet i overføringsverdien av resultatene av vår litteraturstudie til norske forhold. Sannsynligvis vil opplevelsen til norske og svenske kvinner være tilnærmet lik, da de går igjennom samme det samme. Følelsene disse kvinnene kjenner på kan føles omtrent like uavhengig hvilket land kvinnen oppholder seg i.

Det var ett ønske at å fange opplevelsen fra start til slutt, og det er derfor tatt med opplevelsen på både sykehus og hjemme. Det var lite forskning på abort på sykehus, og det ble derfor naturlig for oss å ta med begge deler for å få nok forskning. Det er litt utenfor det vi opprinnelig hadde tenkt å skrive om, samtidig som de fleste abortene skjer hjemme (Løkeland-Stai, 2023). Det kan da være med på å få frem flere forskjellige opplevelser siden det er den største andelen.

5.1.3 Kritikk til kildene

I løpet av arbeidet med litteraturstudien, har vi måtte vært kritisk til kildene vi har brukt. Det har vært krevende å finne forskning om temaet, fordi mye av forskningen er eldre enn ti år. Ett av kriteriene vi hadde var at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år. Grunnet lite ny forskning, har vi brukt en artikkel fra 2012 (Stålhandske et al., 2012), og en fra 2013 (Makenzius et al., 2013). Begge artiklene har resultater fra 2009-2010. I Aamlid et al. (2021) er intervjuene gjort i 2019 og 2020, men noen av kvinnene hadde gjennomført abort i perioden 2004-2019. Ved ha med opplevelser som skjedde for nesten 20 år siden, kan vi sammenligne opplevelsene med de nyere som er beskrevet i de samme artiklene. Resultatene kan påvirkes hvis retningslinjene rundt abort har endret seg. Dette har vi funnet lite informasjon om. Hvordan det har påvirket blir derfor usikkert. I og med at relevante lover ikke har endret seg (Abortloven, 1975) kan det tenkes at retningslinjene har vært noenlunde like, uten at det kan settes en konklusjon ved dette. Etter kritisk vurdering og refleksjon rundt artiklens svake og sterke sider, konkluderte vi med at artiklene er relevante for å belyse vår hensikt.

I Makenzius et al. (2013) var det 13 menn som deltok. Dette kan sannsynligvis påvirke resultatene fordi de kan se prosessen fra et annet perspektiv ettersom mennene står på sidelinjen. Derfor kan mennene sine opplevelser gi sykepleier nye syn på abortomsorg. I artikkelen er det direkte sitat fra menn som ble utelatt fra våre resultater. Resultatene fra kvinner og menn er skrevet samlet (Makenzius et al., 2013), noe som kan påvirke det endelige resultatet i oppgaven. Ettersom artikkelen er kvalitetsvurdert og innfridde inklusjonskriteriene har vi valgt å ha den med. Aamlid et al. (2021) og Røseth et al. (2022) har to av de samme forfatterne og nesten samme deltakere. I Aamlid et al. (2021) er det en kvinne mer enn i Røseth et al. (2022), men temaene som blir belyst er forskjellig. Det kan påvirke resultatene at det er færre kvinner med. Det positive kan være at kvinnene kan få tillit til de som intervjuer, og komme med flere opplysninger. På den andre siden gir det færre opplevelser ettersom det stort sett er de samme kvinnene som er intervjuet. Dette kan gjøre at våre resultater ikke gir en like stor bredde.

Datainnsamlingen er trolig gjort på svensk i de svenske studiene, og på norsk i de norske studiene. Ettersom artiklene er skrevet på engelsk kan det tenkes at de er oversatt til engelsk før publisering. Når vi har skrevet oppgaven har vi igjen oversatt til norsk. Vi må derfor være

klar over at det kan skje feiltolkninger ved oversettelsene. Dette kan ha ført til vi har tolket ord og setninger på en annen måte, slik at setningene kan ha fått andre nyanser. Når studiene har blitt oversatt fra svensk eller norsk til engelsk kan forfatterne også omformulert eller endret fokuset i setningen. Dette kan ha påvirkning i formuleringen av resultatene.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Informasjonens viktighet og betydning

Mange av kvinnene fra artiklene var ikke tilfreds med informasjonen de fikk fra helsepersonellet i deres abortprosess. Det var stor mangel når det kom til informasjon om blødning og smerter viser resultatene (Hedqvist et al., 2016; Makenzius et al., 2013; Aamlid et al., 2021). Ettersom tre av artiklene er skrevet i Sverige er det usikkert hva de har krav på informasjon om, i Sveriges abortlov står det ingenting om dette (Riksdagen, u.å.). Men etter norsk lov kan det tenkes at de ikke har fått informasjonen de har krav på, jamfør pasient og brukerrettighetsloven §3-2. Det er fordi kvinnene opplever store mangler i informasjonen som fører til utrygghet i gjennomføringen av aborten. I utvalget til Makenzius et al. (2013) påpekte flere at informasjonen de fikk, ikke samstemte med den faktiske situasjonen. Det kan tyde på at sykepleier ikke har gitt all informasjon kvinnen har krav på, fordi opplevelsen ble en annen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Samtidig som det er vanskelig å vite hvordan aborten vil oppleves for den enkelte kvinne.

Kvinnene har rett til å medvirke i egen abortprosess følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1. Det kommer frem at flere så på sin abort som det riktige valget. Det ble gjort av fri vilje og autonomi var viktig viser resultatene (Makenzius et al., 2013; Stålhandske et al., 2012). De fleste kvinnene hadde bestemt seg for abort før møte med sykepleier på sykehuset. Ingen av resultatene sier noe om kvinnene fikk valg om hvilken arena de ønsket å fullføre aborten, men en kvinne ble fortalt av legen at 90% tok abort hjemme, og kun 10% gjorde det på sykehuset. Det førte til at hun ikke følte at valget var hennes (Makenzius et al., 2013). Ut ifra dette kan det virke som at denne kvinnen ikke fikk medvirket i slik de har krav på, og autonomien ble utfordret (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det kan tenkes at dette kan føre til sykdomslidelse, da kvinnene følte de ikke hadde et valg om hvor aborten skulle gjennomføres. Samtidig var flere kvinner fornøyd med å ta abort hjemme og ønsket å gjøre det samme igjen hvis dette noen gang hadde blitt aktuelt (Eriksson, 2012; Makenzius et al.,

2013; Aamlid et al., 2021). De som hadde en positiv opplevelse, vil sannsynligvis ikke oppleve lidelse i samme grad.

En mulig grunn for at kvinnene ikke føler seg ivaretatt av sykepleierne kan være fordi sykepleierne ikke har kunnskaper om abortomsorg (Carson et al., 2023). Derimot står det i Makenzius et al. (2013) og Hedqvist et al. (2016) at informasjonen de fikk var god, men mangelfull. Sykepleiere forteller at de ikke har lært noe om abortomsorg i sin utdanning. De som jobbet med medikamentell abort, måtte finne informasjon og lære om abortomsorg på egenhånd (Carson et al., 2023). At sykepleier har lite kunnskaper kan sannsynligvis føre til at kvinnene får mangelfull informasjon. Sykepleiere kjenner selv på skam og tabu rundt temaet abort. De har opplevd negative holdninger fra deres egne arbeidsgivere og kollegaer (Carson et al., 2023). De føler de ikke kan snakke om jobb med venner, bekjente og familie da de ikke ønsker å skape konflikter (McLemore et al., 2015). Det kan tenkes at skammen sykepleier kjenner på også kan påvirke sykepleien til kvinnene. På den andre siden skal ikke egne holdninger påvirke sykepleien. Allikevel viser det seg at det fortsatt er en vei å gå når det kommer til dette i Norge (Sørnes & Eide, 2023).

5.2.2 Oppfølging og reaksjoner

Resultatene viser at kvinnene stort sett var fornøyd med møte med sykepleier.

Velgjørhetsprinsippet handler om å yte det beste for pasienten, noe de fleste også følte på (Hedqvist et al., 2016; Makenzius et al., 2013; Nordtvedt, 2021). Samtidig satt noen av kvinnene igjen med følelse av skam, sårbarhet og ensomhet etter møte med sykepleierne (Røseth et al., 2022; Aamlid et al., 2021). Det viser seg at sykepleiere generelt har lite kunnskaper om arbeid med abort (Carson et al., 2023). På bakgrunn av dette, kan det tydes som en mulig grunn til mangelfull informasjon, og hvordan kvinnene ble møtt av sykepleier. Kvinnene i utvalget til Aamlid et al. (2021) forteller at de kunne ha unngått abort dersom det hadde vært rom for å snakke om følelsene. Hvis sykepleier har nok kunnskap til å møte følelsene, kan det sannsynligvis være med på å skape en åpenhet og redusere følelser som skam og sårbarhet.

I utvalget til Hedqvist et al. (2016) fikk kvinnene et telefonnummer, men når de ringte opplevde de lang ventetid. En kvinne som ringte, måtte vente i 30 min før hun fikk svar

(Hedqvist et al., 2016). På SUS er telefontiden fra klokken 08-15. Det står ingenting om hvor eller hvem kvinnene skal ringe ved spørsmål utenom denne tiden (Helse Stavanger, u.å.). Sannsynligvis kan dette påføre sykdomslidelse da kvinnen vil sitte alene med bekymringer, uten å få gjort noe med dette. Ikke- skade prinsippet kan trekkes inn, da det å ikke få svar på sine bekymringer kan påføre kvinnen unødvendig smerte og lidelse (Eriksson, 2012; Nordtvedt, 2021). Samtidig kan det tenkes at kvinnen ikke lenger har full tilgang til avdelingen da hun ikke lengre er innlagt på sengepost, og kvinnen har valgt å fullføre aborten hjemme. Loven sier at alle har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Da vil spørsmålet bli om det er nødvendig for kvinnene å ha tilgang til å ringe avdeling hele døgnet. Resultatene peker i retning av at dette er nødvendig for noen kvinner (Aamlid et al., 2021).

Utvalget i Aamlid et al. (2021) forteller at kvinnene hadde ønsket en oppfølgingstime. Eneste oppfølgingen de fleste kvinnene fikk, var å ta en graviditetstest etter 4 uker. SUS viser til at det er normalen (Helse Stavanger, u.å.). I Sverige får kvinnene tilbud om oppfølging, hvis de har behov for det. Det må oppsøkes selv og er kostnadsfritt (Rohman, 2019). På bakgrunn av dette kan det tenkes at det er lettere å få snakket om følelser og at lidelsen blir mindre. Til tross for lett tilgjengelig oppfølging opplevde noen av kvinnene i de svenske studiene å være misfornøyde med oppfølgingen (Hedqvist et al., 2016; Makenzius et al., 2013). Også i Norge må kvinnene ta kontakt på eget initiativ dersom de ønsker oppfølging, hvor fastlege er anbefalt (Helsenorge, 2017a). Aamlid et al. (2021) skrev at kvinnene ønsket oppfølging. Det kan tenkes at det kan være vanskelig å oppsøke hjelp hvis de ikke får noe informasjon om at det er vanlig med oppfølging. Når det er lite informasjon om oppfølging kan kvinnen muligens sitte igjen med en følelse av å være den eneste med dette behovet.

På SUS sine nettsider ligger det en direktelenke til Stiftelsen Amatheia (Helse Stavanger, u.å.). På bakgrunn at over 12000 tok kontakt med Amatheia i 2022 (Amatheia, 2023), kan det tyde på at en stor andel kvinner som utførte en abort i 2022 tok kontakt. Her må det tas til betraktning at andre også har vært i kontakt med Amatheia av andre grunner. Det kan ha vært personer som vurderer abort, har tatt abort tidligere eller andre faktorer som gjør at de ønsker informasjon. Det kan være utfordrende å ta kontakt for kvinnene som føler på blant annet skam og tabu. Sannsynligvis kan en telefonsamtale være med å lindre lidelsen fordi de får

snakket med noen. Det kan gi en følelse av velgjørenhet og rettferdighet (Nordtvedt, 2021). Via Amatheas sin gratis telefontjeneste kan kvinnene få svar på sine spørsmål (Amatheas, u.å.). Dette kan være til hjelp for kvinnene i Røseth et al. (2022) som ikke ønsket å møte opp på sykehuset grunnet spørsmål og undring fra andre. Terskelen for å ta kontakt med sykehuset kan være stor for disse kvinnene fordi flere ønsket å holde det skjult (Røseth et al., 2022). Derimot kan det tenkes at lidelsen vil være stor for kvinnene som ønsker oppfølging, men som ikke får det uten eget initiativ (Eriksson, 2012).

Selv om oppfølgingen idag skjer på eget initiativ, viser resultatene at noen kvinner fikk oppfølgingstid (Hedqvist et al., 2016; Makenzius et al., 2013; Aamlid et al., 2021). Det står ikke beskrevet om de får oppfølging fordi kvinnen selv tok kontakt, eller om det ble satt opp tid til dette i forkant. Allikevel forteller disse kvinnene om en fysisk undersøkelse uten mulighet for å snakke om det fysiske (Aamlid et al., 2021). I pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 står det at pasienter har rett på oppfølging, men kun ved alvorlig skade (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). De aller fleste kvinnene går ikke under denne, og har derfor ikke rett på oppfølging til tross for de har et ønske om det. I dagens abortlov står det ingenting om oppfølging etter provosert abort (Abortloven, 1975). Det er mulig at det ikke er ressurser på den enkelte avdeling til oppfølging. Dette kan på en side gå imot det rettferdighetsprinsippet sier om helhetlig omsorg og likebehandling (Nordtvedt, 2021), hvor en skal strebe etter at alle får lik omsorg. På den andre siden kan det være riktig avgjørelse, for å gi helsehjelpen til de som trenger det mest. Det er mulig at oppfølging blir nedprioritert for å gi plass til andre kvinner som skal utføre en abort. Til slutt er det en mulighet at sykepleiere kan kvie seg til å snakke om dette grunnet egne tanker rundt tema og for lite kunnskap (McLemore et al., 2015). Etersom sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert bør ikke dette argumentet vektlegges (Helsedirektoratet, 2023).

I studien til Røseth et al. (2022) kom det frem at noen kvinner slet med mye tanker og følelser i etterkant. Det kan tenkes at dette kom fra at det fortsatt blir snakket lite om (Dahle, 2023; Sørnes & Eide, 2023). Som en strategi for å beskytte seg selv, handlet kvinnene i Stålhandske et al. (2012) på en rasjonell måte. Noen av kvinnene følte at abort var det verste de kunne gjort, men andre beskrev det som en lettelse (Stålhandske et al., 2012). I tillegg følte kvinnene på både skam og skyld viser resultatene (Røseth et al., 2022; Stålhandske et al., 2012).

Spørsmålet vil være om det hadde vært mindre vonde tanker hvis oppfølgingen hadde vært god nok. Eriksson beskriver at enhver person trenger en medspiller for å komme seg gjennom lidelsen (Eriksson, 2012). Hvis kvinnene ikke prater med noen om det de har vært gjennom, kan det tenkes at dette være en grunn til at de vonde følelsene ikke slipper taket ifølge Eriksson teori. Stålhandske et al. (2012) skriver om at en kvinne tente et lys for fosteret som ikke lengre fikk en sjanse. Dette kan tolkes som en måte å finne mening med lidelsen og lindre den (Eriksson, 2012).

6. Anvendelse i praksis

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvilke opplevelser kvinner har av medikamentell abort hvor søkelyset var på informasjonen og oppfølgingen fra sykepleier. I løpet av arbeidet med denne oppgaven er det kommet frem til to hovedpunkter vi tenker er viktig for videre praksis. Det første er at informasjonen må være mer tilpasset den enkelte kvinne. Enten ved å spørre hva de vet fra før, eller hva de ønsker å vite mer om. I tillegg må det være informasjon om de emosjonelle reaksjoner som kan forekomme. Ikke minst er det viktig å påpeke at enhver situasjon er individuell, og at kvinnene kan føle på andre ting en det som kommer frem i konsultasjonen. Det andre er at det burde være en mulighet for alle å få oppfølging. Både en fysisk sjekk, og en samtale med sykepleier eller annet helsepersonell. Her burde kvinnene få mulighet til å snakke om sin opplevelse til en person som ikke er nær relasjon, som også kan svare på faglige spørsmål. Hvis det nye lovforslaget som vi nevnte innledningsvis blir iverksatt (NOU 2023: 29), må abortomsorgen endres, og informasjon og oppfølging vil da bli bedre. Vi håper og tror at dette forslaget til ny abortlov vil gi en bedre helhetlig opplevelse for kvinnene.

Vi har lært at det å snakke om sin abortopplevelse ikke er vanlig. Det å kunne snakke med andre som har vært gjennom det samme kan være et alternativ for å ikke føle seg så alene. Dette vil heller ikke være like ressurskrevende da en kan samle flere på samme tid. Helt til slutt har vi erfart at det er for lite nyere norsk forskning på dette området. Vi mener at mer forskning kan bidra til bedre forståelse av abortomsorgen, som igjen kan hjelpe sykepleier til å ta bedre vare på disse kvinnene.

Litteraturliste

- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd (LOV-1975-06-13-50)*. Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1975-06-13-50>
- Amathea. (2023). *AMATHEA - ÅRSRAPPORT 2022*. <https://amathea.no/wp-content/uploads/2023/06/Arsrapport-2022.pdf>
- Amathea. (u.å.). Om Amathea. *Stiftelsen Amathea*. <https://amathea.no/om-amathea/>
- Barlindhaug, S. F. (2023, august 31). *Provosert abort*. NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/abort/abort-provosert/>
- Birkler, J. (2014). *Bogen om provokert abort—Perspektiver og utfordringer* (1. utg.). Nyt Nordisk Forlag.
- Bjørge, L., Hermanrud, M. S., Løkeland, M., & Oppegaard, K. S. (u.å.). *Provosert abort*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/provosert-abort/>
- Carson, A., Cameron, E. S., Paynter, M., Norman, W. V., Munro, S., & Martin-Misener, R. (2023). Nurse practitioners on ‘the leading edge’ of medication abortion care: A feminist qualitative approach. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 686–697.
<https://doi.org/10.1111/jan.15487>
- Dahle, C. J. (2023, oktober 27). *Åpner opp om tabu: - Føler meg mindre ensom*. TV 2.
<https://www.tv2.no/underholdning/god-kveld-norge/apner-opp-om-tabu-foles-meg-mindre-ensom/16105328/>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eriksson, K. (2012). *Det lidende menneske* (2. utg., 2. opl). Munksgaard.

FHI. (u.å). *FHI Statistikkbank: Abortregisteret*.

http://statistikkbank.fhi.no/abort/index.jsp?metode_kslice=99&headers=aargang&stubs=metode_k&stubs=virtual&metode_ksubset=99%2C1+-+9&type_begjaring_kslice=99&measure=common&virtualslice=antall_value&aargangsubset=9999%2C1979+-+2022&layers=type_begjaring_k&layers=svlen_k&study=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FStudy%2Fa4-v2&svlen_kslice=99&aargangslice=9999&mode=cube&v=2&virtualsubset=andel_metode_value+-+antall_value&svlen_ksubset=99&type_begjaring_ksubset=99&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fa4-v2_C1&top=yes

Fiala, C., Agostini, A., Bombas, T., Lertxundi, R., Lubusky, M., Parachini, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Abortion: Legislation and statistics in Europe. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 27(4), 345–352.

<https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2057469>

Friberg, F. (2022). *Dags för uppsats* (4. utg.). Studentlitteratur.

Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9, 48–54.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>

Helse Stavanger. (u.å.b). *Abort—Planlagt abort*. <https://www.helsestavanger.no/behandlinger/abort-planlagt-abort/>

Helsebiblioteket. (2021, september 17). *Kunnskapsbasert praksis.no—Helsebiblioteket*.

Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekkliste>

Helsedirektoratet. (2023, mars 22). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse>

Helsenorge. (2017, mai 30). *Abort—Uplanlagt svangerskap*. Helsenorge.

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

- Helsenorge. (2017a, mai 30). *Abortmetoder*. Helsenorge.
<https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>
- Helsenorge. (2017b, mai 30). *Abort—Uplanlagt svangerskap*. Helsenorge.
<https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Holm, J., & Hansen, V. B. (2023). *Avbrutt—Fortellinger om abort*. Res Publica.
- Iversen, O. E., Midbøe, G., Johnsen, S. L., Augestad, G., Økland, I., Helland, H., Stray-Pedersen, S., & Bjørge, L. (2003). Medikamentell abort – de første norske erfaringene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2003/09/aktuelt/medikamentell-abort-de-forste-norske-erfaringene>
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., & Steindal, S. A. (2021). *Grunnleggende sykepleie 3 pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (G. H. Grimsbø, Red.; 4.). Gyldendal.
- Kvinneklikken OUS. (2023, oktober 17). *Pasientinformasjon: Provosert abort*. ehandboken.ous-hf.no. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/81247>
- Løkeland-Stai, M. (2023, mars 8). *Aborttall for Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Lønnå, E., & Garvik, O. (2023). Abortkampen. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/abortkampen>
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 569–579. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>
- McLemore, M. R., Kools, S., & Levi, A. J. (2015). Calculus Formation: Nurses' Decision-Making in Abortion-Related Care. *Research in Nursing & Health*, 38(3), 222–231.
<https://doi.org/10.1002/nur.21655>

- NDLA. (2017, september 13). *Kvalitativ og kvantitativ metode—Historie (vg2)—NDLA*. ndla.no. <https://ndla.no/nb/subject:1:ff69c291-6374-4766-80c2-47d5840d8bbf/topic:1:e71fd219-dfd5-43d8-bf7c-cfbf0d659103/topic:48f378ad-7e9c-4774-8b42-80b5652d8211/resource:1:145094>
- NHI. (2023a, august 31). *Abort*. NHI.no. <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>
- NHI. (2023b, oktober 4). *Abortloven—Sex, Seksualitet og prevensjon, Familie*. NHI.no. <https://nhi.no/familie/seksualitet-og-prevensjon/sex/abortloven/>
- Nordtvedt, P. (2021). *Omtanke Innføring i sykepleieetikk* (3 utg.). Gyldendal akademisk.
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen—Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* [NOU]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
- NOU 2023: 29. (2023). *Abort i Norge Ny lov og bedre tjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-29/id3018279/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, juli 2). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petersen, M. N., Jessen-Winge, C., & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: A systematic review. *JBISIRIR-2017-003344*, 1537. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003344>
- Riksdagen. (u.å.). *Abortlag (1974:595)*. Riksdagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595/
- Rohman, K. (2019, august 9). *Abort*. 1177. <https://www.1177.se/barn--gravid/graviditet/avbruten-graviditet/abort/>
- Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing. *Health Care for Women International*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2090565>
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2018, april 22). *Tidig medicinsk abort/hemabort*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-1/verksamhet-gynekologi-och-reproduktionsmedicin/a-o/tidig-medicinsk-aborthemabort/>

Stålhandske, M. L., Makenzius, M., Tydén, T., & Larsson, M. (2012). Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: A quantitative investigation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 53–61.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.677877>

Sørnes, I. (2023, september 10). – *Jeg skjønnte at det skulle bli jævlig vondt, men jeg skjønnte ikke hvor ille det skulle bli*. NRK P3. <https://p3.no/da-thea-tok-abort-gikk-ikke-alt-etter-planen/>

Sørnes, I., & Eide, M. (2023, september 24). *Smerte, tabu og den viktige støtten: Hvordan er det å ta abort?* NRK P3. <https://p3.no/smerte-tabu-og-den-viktige-stotten-hvordan-er-det-a-ta-selvbestemt-abort/>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter—Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Ursin, L. (2023, januar 27). *De fire prinsipper*. Store medisinske leksikon.

https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper

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 and Reproductive Healthcare*, 27. Scopus.

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

Vedlegg

Vedlegg1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25/10 - 23	MEDLINE	(Abortion) AND (qualitative) AND (need*)	Peer reviewed 2012 – 2023 Geography: Sweden, Denmark	10	2	1	1
25/10 - 23	PubMed	(Home Abortion) AND (experienc*)	2013 – 2023 Article Language: English	6	2	2	2
25/10 - 23	PubMed	(Abort*) AND (experienc*) AND (health*) AND (home)	2013-2023 Article Language: English	108	3	1	1
13/11 – 23	PubMed	(induced abort*) AND (experienc*) AND (need*) AND (sweden)	2012 – 2023 Language: English	43	1	1	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Marlene Makenzius Tanja Tyden Elisabeth Darj Margareta Larsson 2013 Caring sciences Sverige	Autonomy and dependence – experiences for home abortion, contraception, and prevention	Å utforske kvinner og menns erfaringer og behov relatert til omsorgen med abort hjemme, samt tanker og synspunkt for å unngå uønsket graviditet	Pasient	Kvalitativ Intervju	24 kvinner og 13 menn som har opplevd abort hjemme Minst 18 år, svenskspråklig Valgt medikamentell abort hjemme etter uønsket graviditet	Kvinnens valg om abort hjemme, var støttet av partner. Å være hjemme gav dem privatliv og kontroll, som hjalp med å uttrykke og dele følelser og tanker. De var motivert til å unngå abort senere. De opplevde at oppfølgingen i ettertid var svak. De så det som viktig å bli behandlet med empati og respekt fra helsearbeidere.
Ingrid Bjerkholt Aamlid Bente Dahl Eva Sommerseth	Women`s experiences with information before medication abortion at home, support	Å utforske kvinners opplevelse av å ha en medikamentell abort hjemme med tanke på deres oppfatning av	Pasient/ kvinnen	Kvalitativ Intervju	23 kvinner 24 – 45 år Alle bodde i Norge og var norske, unntatt 1	Kvinner opplevde at informasjonen de fikk om spesielt smerter og blødning ikke var tilstrekkelig. De opplevde også at de skulle ha hatt mer hjelp, støtte og informasjon under

Kandidatnummer: 1711 og 1712

2021 Sexual and reproductive healthcare Norge	during the process and follow-up procedures – A qualitative study	informasjon som blir gitt før aborten, støtten under prosessen og oppfølgingen i ettertid			som bodde i England Variasjon i utdannelse og ekteskap 15 hadde født 1 – 2 barn før aborten, mens 8 hadde ikke barn. Totalt hadde deltakerne 28 medikamentelle aborter. 5 før 2010, og 23 mellom 2010 - 2019	prosessen enn det de fikk fra helsepersonell.
Idun Røseth Eva Sommerseth Anne Lyberg Berit Margrethe Sandvik	No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing	Utforske kvinners opplevelse knyttet til det å utføre medikamentell abort hjemme.	Pasient/ kvinnen	kvalitativ Giorgi´s Suggestopedi metode	22 kvinner i aldersgruppen 24-45 år som har gjennomgått en eller flere medikamentelle	Mange av kvinnene valgte å ta abort fordi det var det mest fornuftige og logiske valget i livet deres på den tiden. Det kom frem at kvinner føler mye rundt egen abort både emosjonelt og personlig. Skyldfølelse og skam

Kandidatnummer: 1711 og 1712

Bente Dahl 2022 Health Care for Women International Norge					aborter før uke 12. Alle bor i Norge	rundt det å ikke ha kontroll over situasjonen, samt å ha vært uansvarlig kom sterkt frem i denne studien
Maria Hedqvist Lina Brolin Tanja Tydén Margareta Larsson 2016 Sexual and Reproductive Healthcare Sverige	Women's experiences of having an early medical abortion at home	Å vurdere kvinner erfaringer med å gjennomgå en tidlig medikamentel I abort hjemme, og undersøke deres perspektiv om informasjonen de fikk i forkant av aborten.	Pasient	Kvantita tiv og kvalitati v intervjus tudie	119 kvinner med en gjennomsni ttsalder 26år. Kvinner med og uten partner, noen har barn, andre ikke. Forskjell på hvor mange aborter de har hatt . Variasjon i utdannings nivå.	Rundt halvparten av kvinnene som var med i studien opplevde mer blødning enn det de hadde forventet. Flere opplevde for lite informasjon om smerter og blødning. I studien kom det også fram at det var forskjell på hvordan de opplevde smerter. Kvinner som har tidligere født og/eller kvinner som tidligere har gjennomgått en abort opplevde mindre smerter, enn de kvinnene som går gjennom det første gang.
Maria Liljas Stålhandske Marlene Makenzius Tanja Tydén	Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of	Å undersøke forekomsten av eksistensielle behov og opplevelser blant kvinner	Pasient	Kvantita tivt spørresk jema. Brukt prinsipie ll	499 kvinner som har vært gjennom provosert abort	Kvinner opplevelser med abort inkluderer eksistensielle tanker om livet og døden, mening og moral, følelser som omhandler

Kandidatnummer: 1711 og 1712

Margareta Larsson 2012 Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology Sverige	Swedish women: a quantitative investigation	som har utført en provosert abort		komponentanalyse med tre komponenter	Gjennomsnittsalder 25,9 år 94% er født i Sverige. Alle kunne lese og skrive svensk.	tilknytningen til fosteret og behovet for et symbolsk uttrykk. Dette gir en utfordring til helsepersonell da situasjonen inkluderer et kompleks aspekt utover rutinene og de medisinske prosedyrene.
--	---	-----------------------------------	--	--------------------------------------	---	--