

# **BSYBAC-6**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

**Ivaretagelse av kvinner som gjennomgår selvbestemt medikamentell hjemmeabort**



**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 02.01.2024*

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

# Sammendrag

## **Bakgrunn:**

I 2022 ble det gjennomført i underkant av 12.000 aborter, hvorav halvparten av kvinnene utførte aborten hjemme uten sykepleier til stede. Sykepleier møter kvinner under sykehuskonsultasjonen i forkant av selvbestemt medikamentell hjemmeabort. Flere studier viser at abortsøkende kvinner kan ha ytterligere behov for informasjon og helsehjelp enn det de får i dag. Vi ønsker å identifisere deres behov og hvordan sykepleier kan imøtekomme dem.

## **Hensikt:**

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke erfaringer kvinner har med selvbestemt medikamentell abort, og hvordan sykepleier kan gi god omsorg i møte med denne pasientgruppen.

## **Metode:**

I oppgaven er det blitt benyttet en sammenstillende litteraturoversikt. Fem kvalitative artikler ble analysert og sammenstilt med utgangspunkt i Fribergs analysemodell. Resultatene fra de inkluderte artiklene, relevant teori og egne refleksjoner danner grunnlaget for besvarelsen.

## **Resultater:**

Studiene viste at kvinner i stor grad opplevde utrygghet i møte med sykepleier og at informasjonen de fikk ikke alltid var tilstrekkelig. Kommunikasjonen var ofte preget av hastverk og flere av kvinnene hadde en opplevelse av manglende empati. Kvinnene etterlyste vennlighet, respekt og ærlighet fra sykepleier. Funnene viser at forutsetningen for å yte god pleie er at sykepleieren har erfaring i møte med abortsøkende kvinner, og tar seg tid til å lytte til kvinnene for å oppnå kontakt og tillit, og gi tilstrekkelig informasjon.

**Nøkkelord:** Medikamentell abort, hjemmeabort, kvinners erfaringer, omsorg, informasjon, støtte, oppfølging

# INNHold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Hensikt.....	6
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>7</b>
2.1. Abort.....	7
2.1.1 Medikamentell abort.....	7
2.1.2 Sykepleiers rolle ved abort.....	7
2.2 Personorientert kommunikasjon.....	8
2.3 Sykepleieteori.....	8
2.3.1 Joyce Travelbee.....	8
2.3.2 Menneske-til-menneske-forhold.....	8
2.3.3 Kommunikasjonsprosessen.....	9
2.3.4 Smerte.....	9
2.4 Lovverk.....	10
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>11</b>
3.1 Valg av metode.....	11
3.2 Søkeprosess.....	11
3.2.1 Valg av databaser.....	11
3.2.2 Valg av søkeord.....	12
3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.3 Valg av artikler.....	13
3.4 Analyse.....	15
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>16</b>
4.1 Kvinners behov for forberedende informasjon.....	16
4.1.1 Forberedelse for abortprosessen.....	16
4.1.2 Informasjon om forventet smerte og blødning.....	16
4.2 Kvinners behov for omsorg og støtte fra sykepleier.....	17
4.2.1 Å bli møtt med omsorg og respekt.....	17
4.2.2 Sykepleierens holdninger i møte med kvinnen.....	17
4.2.3 Behov for dialog med sykepleier.....	18
4.2.4 Behov for oppfølging etter aborten.....	18
4.3 Kvinners utfordrende følelser rundt valget om abort.....	19
4.3.1 Kvinnenes ambivalente følelser.....	19
4.3.2 Følelser av skyld og skam omkring valget.....	19
4.4 Kvinners opplevelse av hjemmet som abortarena.....	20
4.4.1 Kjente omgivelser under abortprosessen.....	20
4.4.2 Usikkerhet uten sykepleier til stede.....	20
4.4.3 Valg av abortarena.....	20
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>21</b>
<b>5.1 Metodediskusjon</b> .....	<b>21</b>

5.1.1 Sammenstillende litteraturoversikt .....	21
5.1.2 Kvalitativ tilnærming som metode.....	21
5.1.3 Kildekritikk .....	22
5.1.4 Studiens informanter .....	22
5.1.5 Studienes land, språk og forskningsarena .....	23
5.1.6 Studienes perspektiv .....	23
5.1.7 Egen utførelse .....	24
<b>5.2 Resultatdiskusjon .....</b>	<b>25</b>
5.2.1 Kvinners behov for forberedende informasjon .....	25
5.2.2 Kvinners behov for omsorg og støtte fra sykepleier .....	26
5.2.3 Kvinners utfordrende følelser rundt valget om abort.....	28
5.2.4 Kvinners opplevelse av hjemmet som abortarena.....	29
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
<b>7.0 Anvendelse i praksis.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERANSER.....</b>	<b>32</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>36</b>

Antall ord: 7869

# 1.0 INNLEDNING

I Norge var det ulovlig å gjennomføre abort frem til 1975 (Abortloven, 1975, §2). Selvbestemt abort ble lovfestet i 1978. I 2022 ble det gjennomført 11 967 aborter i Norge. Totalt 94% av disse var selvbestemt abort som ble utført medikamentelt og over halvparten (55,8%) av disse valgte å utføre aborten utenfor sykehus, i en såkalt hjemmeabort (Folkehelseinstituttet, 2023). Abort er lovlig i Norge, men er fremdeles et tabubelagt og kontroversielt tema i samfunnet (Jettestad, 2019, s.271). Flere land har innført lovforbud mot abort i nyere tid, noe som også gjør temaet dagsaktuelt (Amnesty International, u.å). Et regjeringsutnevnt abortutvalg la 14.12.2023 fram forslag til endringer i dagens lovverk. Utvalget peker på flere av utfordringene vi har funnet i studiene og anbefaler blant annet lovpålagt oppfølging av alle abortsøkende kvinner og økt forskning på temaet (NOU 2023: 29).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valget av temaet kommer av en personlig interesse for kvinnehelse. Gjennom studieforløpet har vi merket begrenset fokus på kvinners individuelle opplevelser i møte med sykepleier under medikamentell abort. Vår kunnskap i løpet av studiene har vært rettet mot ulike former for abort, med hovedvekt på den fysiologiske prosessen. Vi søker å styrke vår egen kompetanse og fremme omsorgen for abortsøkende kvinner ved å tilegne oss ytterligere kunnskap. Det er begrenset tilgjengelig forskning om kvinners opplevelser knyttet til medikamentell hjemmeabort. Vi ble kjent med begrenset litteratur på dette området, noe som understreker behovet for å utforske og bedre forstå abortsøkende kvinner. Verdens helseorganisasjon viser til manglende tilgang til høykvalitets og respektfull abortomsorg, sammen med stigma rundt abort, kan være en trussel mot kvinners fysisk- og mentale helse gjennom hele livet. Abort er globalt sett et svært kontroversielt tema, med problemstillinger knyttet til kjønnslikhet, menneskerettigheter og eksistensielle og etiske dilemmaer (WHO, 2021).

## **1.2 Problemformulering**

Grunnlaget for all sykepleie er respekt for det enkelte menneskets liv, rettigheten til å ta egne valg og iboende verdighet. Sykepleier skal ivareta individets verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Retningslinjene understreker med andre ord at sykepleier skal møte abortsøkende kvinner med respekt og omsorg. Likevel kan mange kvinner føle på dømmende holdninger både i og utenfor helsevesenet.

Sykepleier møter kvinnen under konsultasjon på sykehuset. Sykepleieres rolle er å administrere legemidler og sørge for at kvinnen får smertestillende legemidler med seg hjem (Jerpseth, 2022, s.209). Vi ønsker å identifisere sykepleietiltak som kan øke kvinners opplevelse av ivaretagelse ved medikamentell hjemmeabort. Det kan være nyttig, for å bevisstgjøre sykepleiere om hvilke tiltak som bør prioriteres i møte med denne pasientgruppen.

## **1.3 Hensikt**

*På bakgrunn av kvinners erfaringer med gjennomføring av selvbestemt medikamentell hjemmeabort vil vi belyse hvordan sykepleier kan gi god omsorg i møte med denne pasientgruppen.*

## **2.0 TEORETISK RAMMEVERK**

### **2.1. Abort**

Begrepet abort betyr avbrytelse av et svangerskap, og det skilles mellom spontan- og provosert abort. Ved spontanabort går et svangerskap til grunne av seg selv uten behandling. Ved provosert abort velger kvinnen selv å avbryte et uønsket svangerskap og det utføres enten medikamentelt eller kirurgisk (Kristoff, 2022, s.420-422).

#### **2.1.1 Medikamentell abort**

Ved medikamentell abort tar kvinnen først en tablett per os på sykehuset, noe som starter abortprosessen. Hun kan velge å fullføre aborten inhospitalt eller hjemme dersom hun er frisk, over 18 år, og svangerskapslengden er under ni uker. Etter to døgn settes den andre tablett vaginalt for å fullføre avslutningen av graviditeten. Kvinnen vil kunne oppleve blødninger med koagler, sterke smerter og kraftigere blødning enn ved vanlig menstruasjon. Abortprosessen tar vanligvis mellom 4-6 timer fra tablett innsettes i skjeden til kvinnen aborterer (Helsenorge, 2023).

#### **2.1.2 Sykepleiers rolle ved abort**

I møte med kvinner i en sårbar og blottstilt situasjon er det viktig at sykepleieren er fleksibel, og evner å leve seg inn i den enkelte kvinnes behov (Jerpseth, 2022, s.182-184). Mange kvinner kan oppleve valget om å beholde barnet eller abortere som utfordrende. Det kan oppstå blandede følelser som skam, skyld og sorg, men også lettelse (Jerpseth, 2022, s.208). Sykepleier skal gi grundig og nøytral informasjon for å hjelpe kvinnens avgjørelse. Mange kvinner kan ha behov for å snakke om valget sitt, og det er derfor viktig sykepleiere tar seg tid til å lytte og være til stede for henne (Jettestad, 2019, s.269). Når kvinnen har bestemt seg for abort må sykepleieren støtte henne i valget, og møte pasientene med forståelse og respekt for deres valg av svangerskapsavbrudd (Jerpseth, 2022, s.209). Sykepleieren må legge til rette for å danne en god emosjonell kontakt med kvinnen for å kunne forberede, støtte, veilede og hjelpe pasientene til å mestre svangerskapsavbruddet (Jerpseth, 2022, s.185).

## **2.2 Personorientert kommunikasjon**

God profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. Ved personorientert kommunikasjon ser man ikke mennesket som pasient eller bruker, men som en hel person med ressurser, verdier, ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon. Personorientert kommunikasjon innebærer å aktivt lytte til det den andre sier, men også det som uttrykkes nonverbalt. Nonverbal kommunikasjon kan komme til uttrykk gjennom for eksempel kroppsspråk, stemmebruk, ordvalg og ansiktsuttrykk. Essensen i denne type kommunikasjon er derfor å være aktivt lyttende og til stede slik at den andre opplever å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s.16-17).

## **2.3 Sykepleieteori**

### **2.3.1 Joyce Travelbee**

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee definerer sykepleie som en “mellommenneskelig prosess”, som alltid direkte eller indirekte dreier seg om mennesket foran seg (Travelbee, 1999, s. 29–31). Ifølge Travelbee er ethvert menneske unikt, med ulike behov. Ved denne tilnærmingen, vil man lettere unngå å regne med at andre er lik en selv, og dømme dem for valg som kan stride mot egne verdier eller beslutninger (Travelbee, 1999, s. 57).

### **2.3.2 Menneske-til-menneske-forhold**

Reell kontakt oppstår først når individene i en interaksjon opplever den andre som et menneske. I en pleiesituasjon er sykepleier ansvarlig for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Tillitsforhold skapes når pleier og kvinnen ser forbi roller og anser hverandre som unike individer. Dette kan kun oppnås hvis sykepleieren vet hva de gjør, tenker, føler og erfarer i samspillet med kvinnen, med formål å utøve hjelp (Travelbee, 1999, s.171).



### **2.3.3 Kommunikasjonsprosessen**

Interaksjon mellom sykepleiere og pasient skjer både verbalt og nonverbalt. Kommunikasjon foregår i alle samspill med pasienten og gir sykepleier anledning til å oppnå sitt mål om å kunne hjelpe, og ivareta behovene som uttrykkes i et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s.135). Travelbee framhever at sykepleiere bør tilstrebe å gjennomføre en meningsfull dialog med dem de forholder seg til. En slik dialog omhandler det som er relevant og passende for situasjonen pasienten befinner seg i (Travelbee, 1999, s.148). Sykepleierens kommunikasjon kan bidra til mestring av sykdom og lidelse, eller forsterke opplevelsen av isolasjon og ensomhet (Travelbee, 1999, s.147).

Sykepleier kan benytte ulike teknikker for å oppnå god kommunikasjon. For eksempel kan åpne spørsmål, speiling og parafrasering være nyttig og verdifullt. Åpne spørsmål fungerer som overgangsfaser for å oppfordre pasienten til å fortsette samtalen. I parafrasering gjentas pasientens utsagn omformulert til et spørsmål. Ved å ta i bruk speiling og/eller parafrasering kan sykepleier skape nye ledd i videre kommunikasjon og slik unngå å blokkere utforskningsprosessen. Sjansen til å etablere et tillitsforhold kan lett forspilles dersom forutinntatte holdninger og stereotypier hindrer sykepleier i å anerkjenne pasientens egenverd og rett til å ta selvstendige beslutninger. Ikke minst dersom sykepleier gir inntrykk for at situasjonen er selvforskyldt (Travelbee, 1999, s. 153-165).

### **2.3.4 Smerte**

Ifølge Travelbee er det umulig å danne en reell oppfatning av et annet menneskes smerte. Oppfatningen vil i beste fall være basert på gjetninger. Psykisk og fysisk smerte kan ikke skilles - smerten angår hele mennesket. Sykepleiere må derfor huske at hvert menneske er unikt, og reagerer ulikt på smerter (Travelbee, 1999, s. 112-113).

## **2.4 Lovverk**

Kvinneres rett til abort er regulert av abortloven fra 1975. Denne retten gjelder fram til 12. svangerskapsuke (Abortloven, 1975, §2). Lovverket sier videre at alle har rett til etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskap om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging (Abortloven, 1975, §1). Dette vil si at gravide kvinner har rett på informasjon og veiledning om bistanden helsevesenet kan tilby når et svangerskap fører til alvorlige vansker (Abortloven, 1975, §2). Det poengteres også i pasient- og brukerrettighetsloven at alle har rett på informasjon som gir innsikt i egen helsetilstand og den helsehjelpen de mottar, inkludert informasjon om bivirkninger og mulige risikoer av eventuelle behandlinger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasienter har også rett til medvirkning, og det legges stor vekt på pasientens meninger om tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

## **3.0 METODE**

Metoden som brukes er avhengig av hvordan oppgavens hensikt kan belyses optimalt, og forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode brukes ved behov for tallbasert data. Kvalitativ metode søker etter å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måles eller tallfestes (Dalland, 2020, s. 53-54).

### **3.1 Valg av metode**

Vår oppgave tar utgangspunkt i en sammenstillende litteraturoversikt basert på fem kvalitative forskningsartikler. Ifølge Friberg handler en litteraturoversikt om å sammenstille tidligere data fra forskning til en ny helhet som kan overføres til praktisk anvendelig kunnskap (Friberg, 2022, s. 172-174). En litteraturoversikt har til sin fordel å danne en oversikt over tilgjengelige data fra artikler med hovedfokus på resultatene. Videre lages en oversiktstabell der artiklenes likheter og ulikheter sammenlignes, før man tolker og drar konklusjoner hvordan data henger sammen (Friberg, 2022, s. 195-196). Vi har utarbeidet en litteraturoversikt og innhentet data fra flere artikler innenfor vårt valgte tema. Vi har analysert og sammenlignet artiklene, for å danne en ny forståelse rundt temaet medikamentell hjemmeabort.

### **3.2 Søkeprosess**

#### **3.2.1 Valg av databaser**

For å finne forskningsartikler relevante for oppgavens hensikt, utførte vi flere søk i databasene Cinahl, Pubmed og Oria. Oria og Google Scholar ble anvendt i de innledende søkene for å danne en oversikt over aktuell og relevant forskning. Gjennom universitetets bibliotek fikk vi tilgang på sykepleiefaglige databaser. Vi anvendte databasene Cinahl og Pubmed, ettersom dette er databaser som er engelskspråklige. Søkene i Cinahl og Pubmed resulterte i fire av de inkluderte artiklene. Vi spesifiserte søkene ytterligere i Oria som resulterte i en av de inkluderte artiklene. Innledende og oppdaterte søk ble utført i tidsperioden oktober til november 2023.

### **3.2.2 Valg av søkeord**

For å identifisere artikler opp mot oppgavens hensikt startet vi med søkeordene “abort” og “sykepleie”. Søkene på norsk ga få treff, og vi valgte derfor å benytte oss av engelske ord. Majoriteten av søkene vi utførte inneholdt derfor ulike kombinasjoner av søkeordene “induced abortion”, “medical abortion”, “termination of pregnancy”, “experiences”, “women”, “women’s experiences” og “nurse”. Vi så et behov for å spisse søket for å oppnå flere treff. Spesifikke søkeord som “shame”, “worries”, “pain”, “care” og “support” ble da benyttet. Vi valgte å fokusere på abort i første trimester, og det ble derfor naturlig å inkludere søkeordet “first-trimester”. I tillegg til å finne artikler om kvinners erfaringer i møte med sykepleier, ville vi inkludere kvinners erfaringer med oppfølging etter aborten, for å kunne danne et helhetlig overblikk. Vi valgte derfor å inkludere søkeordene “aftercare” og “follow-up”. I søkeprosessen anvendte vi en boolsk søketeknikk, der vi kombinerte søkeordene med operatørene “AND” og “OR”. Vi tok også i bruk trunkering i ett av søkene som resulterte i en av de inkluderte artiklene, noe som ga resultater med ulike varianter av søkeordene (Friberg, 2022, s. 94-96).

### **3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Vi utførte et strukturert litteratursøk, og utarbeidet kriterier for å begrense antall litteraturreff som traff opp mot oppgavens hensikt. Noen slike kriterier var blant annet tidsspenn, geografisk og språklig avgrensning og faglig nivå (Dalland, 2020, s.148). Se tabell 1 for inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier
Publisert i tidsrommet: 2013-2023	Publisert før 2013
Land med overføringsverdi til norsk helsevesen: land i Europa	Land utenfor Europa
Artikler skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk	Alle andre språk
Vitenskapelige artikler som er fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Hjemmet som forskningsarena	Andre institusjoner som forskningsarena (sykehus)
Medikamentell abort i første trimester	Kirurgisk abort, spontanabort, fosterreduksjon, abort på grunn av sykdom hos fosteret eller misdannelser, andre trimester abort
Pasientperspektiv	Pårørende- og sykepleieperspektiv
Artikler som inneholder IMRaD-struktur	Inneholder ikke IMRaD-struktur

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

### 3.3 Valg av artikler

På bakgrunn av oppgavens hensikt, så vi at kvalitative studier ville være mest hensiktsmessig å benytte for å søke etter en økt forståelse av kvinners erfaringer. I kvalitativ metode brukes det ofte fleksible og åpne intervjuer for å sammenfatte data som kan lage en sammenheng og helhet. I vår oppgave kan dette bidra til å gi oss dypere forståelse av fenomener som har med kvinners opplevelse, forventninger eller behov ved medikamentell hjemmeabort (Friberg, 2022, s. 169).

De fem inkluderte artiklene ble valgt på bakgrunn av oppgavens hensikt og hvorvidt resultatene var sammenlignbare med norsk helsevesen. Titlene inneholdt flere av våre søkeord og fanget vår oppmerksomhet. Først leste vi artiklenes tittel og sammendrag for å få innblikk i hvorvidt de var relevante. Etter grundig gjennomlesing satt vi igjen med fem kvalitative artikler med utgangspunkt i data innsamlet fra europeisk helsevesen, med flere interessante funn. Hensikten og resultatene i artiklene oppfylte alle krav vi tidlig satte for litteratursøket, og vi vurderte alle som troverdige på bakgrunn av inklusjonskriteriene. Fire av fem studier ble utført i Norge. Den femte studien ble utført i Skottland, og har god overføringsverdi til det norske helsevesenet. En enkel oversikt over de inkluderte artiklene sees i tabell 2.

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). <i>Kvinneres erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort</i>	Abortomsorg ved hjemmeabort	Belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort	Pasient	Kvalitativ
Aamlid, I. B., Dahl, B. & Sommerseth, E. (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	Utforske kvinners erfaringer med medikamentell abort hjemme i forhold til oppfatningen deres av informasjon gitt før aborten, støtte gjennom prosessen og oppfølgingsprosedyrer.	Pasient	Kvalitativ
Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A. & Harden, J. (2017) <i>Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences</i>	Abortomsorg ved hjemmeabort	Utforske erfaringene til kvinner i Skottland som fullfører medisinsk svangerskapsavbrudd hjemmet, etter administrasjon av mifepriston og misoprostol ved en klinikk	Pasient	Kvalitativ
Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M. & Dahl, B. (2022). <i>No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing</i>	Det emosjonelle aspektet ved medikamentell abort	Utforske følelser og tanker av norske kvinner som har gjennomført medikamentell abort hjemme.	Pasient	Kvalitativ.
Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). <i>Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers</i>	Abortomsorg til ambivalente kvinner	Utforske ambivalente abortsøkende kvinners erfaringer av deres møter med helsepersonell	Pasient	Kvalitativ

Tabell 2: Artikkelloversikt

### 3.4 Analyse

Vi har tatt utgangspunkt i Fribergs fem punkter for analyse av kvalitativ forskning (Friberg, 2022, s. 176-180). De inkluderte artiklene er grundig analysert og delt opp i mindre deler, som deretter utgjør en ny helhet. Samtlige artikler ble nøye gjennomlest flere ganger. Vi leste artiklene med fokus på studienes resultatdel både sammen og hver for oss for å kunne danne en god forståelse av hva de handlet om. Artiklenes resultat ble deretter diskutert for å vurdere de opp mot oppgavens hensikt. For å danne en oversikt, identifiserte vi flere nøkkelfunn fra resultatene i hver artikkel. De ble senere skjematiskert og fargekodet for å lettere identifisere og sammenligne på tvers av studiene, for å finne likheter og ulikheter i artiklenes resultater. Basert på dette utarbeidet vi fire hovedkategorier og elleve underkategorier.

Hovedkategorier:	Underkategorier:
Kvinneres behov for forberedende informasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Forberedelse for abortprosessen</i></li> <li>- <i>Informasjon om forventet smerte og blødning</i></li> </ul>
Kvinneres behov for omsorg og støtte fra sykepleier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Å bli møtt med omsorg og respekt</i></li> <li>- <i>Sykepleierens holdninger i møte med kvinnen</i></li> <li>- <i>Behov for dialog med sykepleier</i></li> <li>- <i>Behov for oppfølging etter aborten</i></li> </ul>
Kvinneres utfordrende følelser rundt valget om abort	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Kvinnenes ambivalente følelser</i></li> <li>- <i>Følelser av skyld og skam omkring valget</i></li> </ul>
Kvinneres opplevelse av hjemmet som abortarena	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Kjente omgivelser under abortprosessen</i></li> <li>- <i>Usikkerhet uten sykepleier til stede</i></li> <li>- <i>Valg av abortarena</i></li> </ul>

Tabell 3: Hoved- og underkategorier

## **4.0 RESULTATER**

### **4.1 Kvinners behov for forberedende informasjon**

#### **4.1.1 Forberedelse for abortprosessen**

Funnene tyder på at flere av kvinnene savnet persontilpasset informasjon. Mange opplevde informasjonen som ble gitt før aborten utilstrekkelig og vanskelig å forstå (Aamlid et al., 2021; Røseth et al., 2022). En kvinne påpekte at hun hadde foretrukket å bli spurt på forhånd hva hun allerede visste om abortprosessen, slik at sykepleier fikk bedre forståelse for hennes behov (Aamlid et al., 2021, s.2). Mange kvinner beskrev informasjonen de fikk om abortprosessen som mangelfull, og ikke i samsvar med det de fleste av dem opplevde (Sommerseth et al., 2022, s.7). Informasjonen om abortprosedyren og utdrivelsen av embryoet ble beskrevet som utilstrekkelig, og flere følte seg uforberedt på hendelser som forekom under og etter aborten. Samme kvinner understreket viktigheten av korrekt og god informasjon, og mente det ville hjulpet dem til å håndtere abortprosessen bedre (Aamlid et al., 2021, s. 3).

Informasjonen kvinnene fikk om hjemmeabort ble fremstilt som en ukomplisert prosess å gjennomføre (Sommerseth et al., 2022, s.7). Flere opplevde at informasjonen var utilstrekkelig for å kunne vurdere uventede, helsemessige følger av aborten. Dette resulterte i at de nølte med å ringe sykehuset for mer informasjon eller hjelp, og led i stillhet (Røseth et al., 2022, s.9). Funnene er ikke entydige i de fem artiklene. I studien til Purcell et al. (2017, s. 2004) fremkommer det at kvinnene mente at informasjonen tilfredstilte deres behov.

#### **4.1.2 Informasjon om forventet smerte og blødning**

Mange av kvinnene var uforberedt på hvor smertefull en medikamentell abort var (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). Noen oppga at sykepleier hadde fortalt dem at de kunne forvente litt mer smerter enn ved menstruasjon, mens de i virkeligheten opplevde smerter tilsvarende en fødsel (Aamlid et al., 2021, s. 3). Flere kvinner opplevde også redsel for å dø under aborten (Sommerseth et al., 2022, s.8).

En kvinne fortalte at hun hadde blitt informert av sykepleier at hun ville oppleve blødning tilsvarende menstruasjon i ca. to uker. Da blødningen fortsatte etter to uker, ble hun bekymret over at noe kunne være galt. Kvinner i samme studie som tidligere hadde gjennomgått abort



eller fødsel, opplevde smerten som mindre intens. De følte seg i bedre stand til å takle smertene og var mer forberedt på prosessen (Aamlid et al., 2021, s.3). Utilstrekkelig informasjon fra sykepleierne om forventet blødning fikk ulike utslag hos kvinnene. Mens noen oppfattet kraftig blødning som en indikator på at aborten var effektiv, bekymret andre seg for om behandlingen var vellykket når blødningen var relativt lett (Purcell et al., 2017, s. 2004). En kvinne uttalte;

“Det var ingen som forberedte meg på hvor vanvittig smertefullt dette var. Det er det jævligste jeg har vært med på, det er mye verre enn å føde. Jeg husker jeg tenkte at dette her kan ikke være normalt, for hadde det vært normalt, så hadde man jo ikke blitt sendt hjem til det.” (Sommerseth et al., 2022, s.8)

## **4.2 Kvinners behov for omsorg og støtte fra sykepleier**

### **4.2.1 Å bli møtt med omsorg og respekt**

Funn viser at flere kvinner følte at det ikke var noen som brydde seg om hvor sterke smerter de hadde, eller hvor redde de var. Kvinnene savnet å føle seg sett og respektert, og opplevde lite empati og omsorg fra sykepleiere gjennom abortprosessen (Sommerseth et al., 2022, s.8). Da kvinnene tok den første tablett som avsluttet fosterets liv, ble de overlatt til seg selv (Sommerseth et al., 2022, s.6). Noen kvinner uttrykte at de hadde satt pris på en mer respektfull og omsorgsfull tilnærming under konsultasjonen før aborten (Aamlid et al., 2021, s.3). Andre kvinner har følt seg sett av sykepleieren og satt pris på at hen viste interesse og dedikasjon i møte med dem. En kvinne formidlet at å bli behandlet med respekt og anerkjennelse var betryggende i en komplisert situasjon (Kjelsvik et al., 2019, s. 2139).

### **4.2.2 Sykepleierens holdninger i møte med kvinnen**

Flere av kvinnene følte seg sårbare og eksponert i møte med sykepleiere. De oppfattet spørsmål om valget om å ta abort som et krav om forklaring og rettferdiggjørelse. Dette økte skamfølelsen og førte til at de unngikk dypere samtaler og framskjøvt abortavtalen og prosedyren (Røseth et al., 2022, s.10). Andre funn viser at sykepleiere ble oppfattet som kliniske og kalde (Aamlid et al., 2021, s.3). Noen av kvinnene ble møtt med kommentarer som; “vet du ikke hvordan du blir gravid”. En kvinne betegnet konsultasjonen som en “fordømmende stillhet”, andre opplevde at de ble møtt med en dømmende holdning (Sommerseth et al., 2022,

s. 5). Noen opplevde også at sykepleiere viste bilder og snakket om hva de så selv om kvinnene ikke ønsket informasjonen (Sommerseth et al., 2022, s.6).

### **4.2.3 Behov for dialog med sykepleier**

Flere av kvinnene som var usikre om å ta abort, uttrykte skuffelse over at det ikke ble lagt til rette for en åpen samtale om ulike muligheter og snakket mer om de kompliserte følelsene rundt abort. De uttrykte at de kanskje hadde endret avgjørelsen sin dersom sykepleier hadde gitt dem anledning til å reflektere (Røseth et al., 2022, s. 10). Noen kvinner fortalte at de prøvde å prate om det vanskelige valget, men opplevde å bli avvist med; “dette er ditt valg, du trenger ikke prate med oss om det”, eller at det ikke var mer tid til å overveie beslutningen om abort (Sommerseth et al., 2022, s.5). En kvinne trodde utfallet kunne blitt annerledes dersom hun hadde blitt møtt med forståelse og dialog rundt beslutningen (Sommerseth et al., 2022, s. 6). En annen kvinne opplevde at det verste var mangelen på engasjementet fra sykepleiere. Hun beskrev at hun følte seg som på en produksjonslinje, bare en av mange (Kjelsvik et al., 2019, s. 2141). En kvinne uttalte seg slik;

“Da jeg kom for å ta den pillen, så sa de at når du tar den, så slutter alt liv. Da sa jeg: ‘Nei, vi tenker litt på det’, og hun svarte: ‘Ja, men du har ikke noe mer tid å tenke på nå’, og jeg sa: ‘Ok, ja, nei, da tar jeg den pillen her, da’. For meg var det ganske brutalt. Jeg var ikke sterk nok til å si stopp.” (Sommerseth et al., 2022, s. 6).

### **4.2.4 Behov for oppfølging etter aborten**

De fleste kvinnene ønsket en oppfølgingskonsultasjon i ukene etter aborten, med fokus på mental- og fysisk helse (Aamlid et al., 2021, s.3). Flere av dem fikk liten eller ingen oppfølging etterpå, og hadde ingen videre kontakt med sykehuset etter første konsultasjon (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). Noen få fikk tilbud om en oppfølgingskonsultasjon, men opplevde den mest som en fysisk undersøkelse hvor det var lite rom for debriefing av abortopplevelsen (Aamlid et al., 2021, s.3).

## **4.3 Kvinners utfordrende følelser rundt valget om abort**

### **4.3.1 Kvinnenes ambivalente følelser**

Studiene til Røseth et al. (2022) og Sommerseth et al. (2022) viser at flere kvinner opplevde ambivalente følelser og tanker. Noen hadde vansker ved det å “leke Gud”; å ha makten til å ende et liv som var “ment å bli født” (Røseth et al., 2022, s.7). De fleste hadde likevel fattet en avgjørelse før oppmøte til avtalen på sykehuset. De ville få aborten gjennomført så raskt som mulig og beskrev ventetiden som svært vanskelig. Det faktum at fosteret var i live, medførte at ventetiden ofte innebar ambivalente og vanskelige følelser. En kvinne beskrev tiden som; “absurd, forferdelig og smertefull” (Røseth et al., 2022, s. 10). Flere av kvinnene var fortsatt i tvil når de møtte helsetjenesten. Mange av kvinnene ønsket å se ultralydbildene, men ble nektet; “Jeg spurte, men de sa: ‘Nei, du får ikke .... Jeg var jo egentlig litt i tvil om jeg skulle ta abort, så hvis jeg hadde fått sett bildene, så hadde det kanskje vært annerledes.” (Sommerseth et al., 2022, s. 6).

### **4.3.2 Følelser av skyld og skam omkring valget**

Gjennomgående funn i flere av studiene viser at kvinnene opplevde følelser av skyld og skam (Aamlid et al., 2021; Kjelsvik et al., 2019; Røseth et al., 2022). Flere av kvinnene følte de hadde satt seg selv i en situasjon hvor de ikke kunne klage eller be om omsorg og led dermed i skamfull stillhet. De fortalte kun et fåtall venner og familiemedlemmer om graviditeten, andre fortalte det ikke til noen. Kvinnene tidde på grunn av det generelle stigmaet relatert til abort (Røseth et al., 2022, s.8-9). I en annen studie fremkommer det at kvinnene forstod at de skulle gjennomgå noe som var lovlig, men som de likevel oppfattet som skambelagt (Sommerseth et al., 2022, s.5)

## **4.4 Kvinneres opplevelse av hjemmet som abortarena**

### **4.4.1 Kjente omgivelser under abortprosessen**

Flere kvinner i en av studiene beskrev at komfort og privatsfære var hovedgrunnen til å velge hjemmet som arena for aborten. De ble også fortalt at medikamentell hjemmeabort var standardprosedyre, noe som medførte at de fleste følte seg relativt trygge med å utføre inngrepet hjemme. Mange følte at de ville mangle privatliv og verdighet på sykehuset, og noen foretrakk å reise hjem fordi de var ukomfortable med at avdelingen var plassert i tilknytning til barsel-tjenestene. Flere var også bekymret for å bli dømt av pasientene (Purcell et al., 2017, s. 2003). Kvinnene i studien til Aamlid et al. (2021, s.3) fortalte at de følte seg komfortable med å være hjemme fordi de hadde fått et telefonnummer de kunne ringe underveis i prosessen.

### **4.4.2 Usikkerhet uten sykepleier til stede**

Flere av kvinnene savnet tilstedeværelse og kontakt med sykepleiere (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022.). Mange trodde i utgangspunktet at de skulle føle seg trygge hjemme, men opplevde situasjonen som ensom, smertefull og skremmende (Røseth et al., 2022, s. 8). Flere ønsket at en sykepleier hadde ringt dem underveis i prosessen. Dette kunne medført at de følte seg tryggere og mer komfortable med å være hjemme (Aamlid et al., 2021, s. 4). Selv om de fleste fulgte anbefalingen om å ha noen til stede hos seg, opplevde de situasjonen som utrygg og uforsvarlig (Sommerseth et al., 2022, s.8).

### **4.4.3 Valg av abortarena**

Et fåtall av kvinner fikk valget om å gjennomføre aborten på sykehus eller hjemme. De som fikk valget, følte seg hørt i prosessen. Andre kvinner følte ikke at de fikk et reelt valg, og noen opplevde å samtykke til medikamentell hjemmeabort på feil grunnlag. Noen oppfattet valget som et spørsmål om hvor de ville ta de resterende tablettene (Sommerseth et al., 2022, s.7). Det varierer hvorvidt kvinnene oppfattet at de hadde et valg mellom hjemme- eller sykehusabort. Noen oppfattet abort som «standard praksis», og at abort på sykehus var forbeholdt unntakstilfeller. For de kvinnene som utførte aborten hjemme, var gode helsefaglige råd og informasjon fra sykepleier avgjørende for å sikre komfort (Purcell et al., 2017, s. 2003).

## **5.0 DISKUSJON**

### **5.1 Metodediskusjon**

#### **5.1.1 Sammenstillende litteraturoversikt**

Vi mener å ha svart på oppgaven på en tilfredsstillende måte ved vårt valg av metode. Gjennom sammenstillende litteraturoversikt har vi dannet oss en oversikt over hvilken kunnskap og forskning som eksisterte rundt temaet. Målet var å sammenstille forskningen i de kvalitative artiklene, og omsette den til økt kunnskap og ny, helhetlig forståelse rundt problematikken om hjemmeabort. Vi har ved bruk av denne metoden identifisert flere nøkkelfunn fra artiklenes resultatdel, og har hele tiden holdt oppgavens hensikt opp mot analysearbeidet. Vi så dette som viktig for ikke å spore av fra hensikten. En annen fordel ved metoden er at vi lettere gjenkjente studier av god kvalitet og troverdighet. Vi har derfor inkludert fagfellevurderte artikler med IMRaD-struktur. Vi har også dannet oss en forståelse av hva som er relevant forskning og om riktig metode var brukt av de ulike forskerne (Friberg, 2022, s. 172-176). En ulempe ved bruk av sammenstillende litteraturoversikt kan være å velge studier som understøtter personlige synspunkter (Friberg, 2022, s. 187). Vi har tilstrebet å være kritiske overfor oss selv og hvilke artikler vi har valgt gjennom analyseprosessen. Vi har valgt artikler som svarer på oppgavens hensikt, og ikke egne forutinntatte meninger.

#### **5.1.2 Kvalitativ tilnærming som metode**

Kvalitative artikler ble valgt ut fra tilgjengelig forskning som omhandlet vårt tema og i tillegg var relevant for norsk helsevesen. Ettersom hensikten med oppgaven var å belyse kvinners erfaringer og opplevelser rundt medikamentell hjemmeabort, anså vi kvalitativ metode som mest hensiktsmessig. Kvalitative artikler har til sin fordel å gi økt dybdeforståelse av temaet og gir innsikt i informantenes egne opplevelser og erfaringer rundt medikamentell hjemmeabort (Dalland, 2020, s. 55). De fem kvalitative studiene kan bidra til å belyse faktorer som kan være med på å påvirke sykepleierens holdninger, utøvelse av omsorg og ivaretagelse av pasientgruppen. Dette kan videre underbygges av uttalelser fra informantene.

Vi kunne valgt en kvantitativ artikkel for å støtte opp resultatene våre, ettersom det ofte inkluderer flere informanter og gir målbare enheter (Dalland, 2020, s. 54). Tidlig i prosessen inkluderte vi en kvantitativ studie. Denne ble senere utelukket grunnet studiens mixed methods.

Dette kan sees som en svakhet, men vi konkluderte likevel med at de inkluderte artiklene hadde et innholdsrikt og tilstrekkelig datamateriale for å besvare oppgavens hensikt.

### **5.1.3 Kildekritikk**

For å vurdere artiklenes gyldighet undersøkte vi den faglige bakgrunnen til forskerne. Samtlige av forskerne har sykepleiefaglig bakgrunn. Noen av forskerne har også videreutdanninger innenfor andre retninger i helsesektoren som professor i helse- og sosialvitenskap, undervisningslektorer, førsteamanuensis, psykologer og sosiologer med forskningsfokus på seksuell og reproduktiv helse. Forskernes faglige kompetanse og bakgrunn tyder på forståelse for medmenneskelig og medisinsk aspektet. For å sikre at tidsskriftene hvor artiklene ble publisert var fagfellevurdert, søkte vi opp ISSN-nummeret til hver artikkel i Kanalregisteret (Kanalregisteret, u.å). Alle inkluderte artikler var fagfellevurdert og publisert i troverdige tidsskrifter.

Vi oppdaget tidlig i analyseprosessen at noen av forskerne har forsket sammen på flere prosjekter. To av forskerne går igjen i tre av studiene, mens tre andre forskere går igjen i to. Dette ser vi kan være en svakhet. Vi valgte likevel å inkludere artiklene opp mot deres ulike hensikter og resultater. Ettersom vi ønsket artikler fra Norge, og vi fikk få treff på søkene våre, så vi det likevel som hensiktsmessig og relevant å inkludere dem.

### **5.1.4 Studiens informanter**

I de inkluderte artiklene gjennomførte totalt 113 kvinner i alderen 18-45 år medikamentell hjemmeabort, og 13 kvinner som var ambivalente. Informantene i Aamlid et al. (2021), Røseth et al. (2022) og Sommerseth et al. (2022) ble rekruttert gjennom sosiale medier. Dette gjør utvelgelsesprosessen av informanter tilfeldig. Både Aamlid og Sommerseth påpeker at rekruttering gjennom sosiale medier har positive og negative sider. At informantene er spredt over hele landet, og dermed representerer flere norske helseforetak, er en fordel. På den andre siden kan det tenkes at kvinner med negative opplevelser har lavere terskel for å delta i studiene enn de med positive opplevelser. I studien til Kjelsvik et al. (2019) ble informantene rekruttert fra seks ulike poliklinikker i Norge. Informantene i studien til Purcell et al. (2017) ble rekruttert gjennom tre klinikker i et NHS-område i Skottland. Ved å rekruttere fra flere poliklinikker oppnås et bredere resultat, som trolig kan gi økt forståelse av ulikheter og likheter ved ivaretagelsen av kvinnene uavhengig av lokasjon.

Mens informantene i studiene til Aamlid et al. (2021), Purcell et al. (2017), Røseth et al. (2022) og Sommerseth et al. (2022) ble rekruttert etter aborten, ble de i studien til Kjelsvik et al. (2019) rekruttert i forkant. Disse kvinnene ble intervjuet både før og etter de hadde tatt en beslutning. Ved å inkludere en studie der informantene ble rekruttert før de utførte aborten, oppnår vi mer bredde/variasjon i resultatene. I alle studiene ble det gjennomført individuelle intervjuer.

### **5.1.5 Studienes land, språk og forskningsarena**

Vi ønsket forskning fra land med god overføringsverdi til det norske helsevesenet, og satte tidlig inklusjonskriterier til land i Europa. Fire av de inkluderte artiklene er utført i Norge, mens den femte er gjennomført i Skottland. Vi har tolket og vurdert funnene som overførbare til behandling av medikamentell abort til norsk helsevesen. Oppgavens hensikt ga begrensninger til forskningsarena. Vi benyttet oss derfor kun av studier som omhandlet hjemmet. Dette på bakgrunn av at stadig flere kvinner velger å utføre aborten hjemme, og det er vanskelig å ivareta denne pasientgruppen sammenlignet med de som utfører aborten inhospitalt (Folkehelseinstituttet, 2023).

Vi inkluderte forskningsspråkene norsk, svensk, dansk og engelsk ettersom dette er språk vi behersker. Fire av de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk. Vi har lagt merke til at det norske språket er begrenset sammenlignet med det engelske, og det kan vanskeliggjøre oversettelsen. Språklige nyanser kan bli misoppfattet, men vi har brukt ordbok for å sikre kvaliteten i oversettelsen.

### **5.1.6 Studienes perspektiv**

Opgaven har utelukkende et pasientperspektiv fordi vi ønsket å undersøke fenomener som omhandlet kvinnenes opplevelse av medikamentell hjemmeabort. Dette vurderte vi som fornuftig å bruke ettersom oppgavens hensikt tar sikte på å identifisere kvinners behov for omsorg ved en medikamentell hjemmeabort. Vi ekskluderte pårørende- og sykepleieperspektiv på grunn av manglende relevans. Til ettertanke, dersom oppgavens hensikt hadde tillatt det, ville det vært interessant og innhentet data fra et sykepleieperspektiv. Det kunne også vært interessant å sammenligne om kvinnenes opplevelse samsvarer med sykepleiers møte med pasientgruppen.

### **5.1.7 Egen utførelse**

Underveis i analyseprosessen oppdaget vi at artiklene til Aamlid et al. (2021), Røseth et al. (2022) og Sommerseth et al. (2022), hadde innhentet data fra flere av de samme informantene. En av årsakene til at vi ikke fanget dette opp tidligere, var ulike førsteforfatter i artiklene, studiene var publisert i forskjellige tidsskrifter og til ulike tider. Vi fikk imidlertid mistanke da vi sammenlignet funnene og dataene i studiene, og så at antallet informanter, tidspunkt for intervju m.m. i stor grad virket å samsvare hos forskerne. Vi kontaktet Eva Sommerseth, medforfatter i tre av studiene. Hun bekreftet at dataene i hovedsak er innhentet fra samme informanter. Vi anerkjenner at det kan være en svakhet for oppgaven at de tre studiene baseres på data fra samme informanter. Især gjelder dette i forhold til ønsket om å identifisere klare tendenser vi kan dra konklusjoner fra. Flere uavhengige studier, med et større antall informanter som representerte et bredere lag av befolkningen, ville antakelig gi et annet grunnlag for våre vurderinger. Vi valgte likevel å inkludere de tre studiene fordi vi fant lite ytterligere forskning utført i Norge om temaet. Som abortutvalget påpeker i sin uttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet, mangler det imidlertid forskning utført i Norge på dette temaet (NOU 2023:29). Vi valgte derfor å bruke de tre studiene vi fant.

At tre av studiene i oppgaven baserer seg på samme informanter, stiller selvsagt spørsmål ved om de er representative for et bredt antall kvinner som har utført selvbestemt hjemmeabort i Norge. Studiene kan derimot si oss noe om hvordan kvinner erfarer selvbestemt medikamentell hjemmeabort. Ved nærlæsning ser vi imidlertid at forskjellige forskere har hatt ulike vinklinger i spørsmålene til informantene og ulike hensikter med studiene sine. De har gjort ulike funn og dermed kommet frem til ulike resultater. Vi mener derfor at de inkluderte artiklene, på tross av ønsket om et bredere materiale å hente opplysninger fra, hjelper oss med å svare på oppgavens hensikt.



## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Kvinners behov for forberedende informasjon

I de inkluderte studiene fremkommer det at flere kvinner opplevde informasjonen de mottok i forkant av aborten som mangelfull og utilstrekkelig (Aamlid et al., 2021; Røseth et al., 2022; Sommerseth et al., 2022). Dette strider mot pasient- og brukerrettighetsloven hvor kvinner har rett på informasjon om egen helsetilstand og innholdet av helsehjelpen som tilbys, inkludert informasjon om bivirkninger og mulige risikoer knyttet til behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Når kvinner velger medikamentell hjemmeabort, er møtet på sykehuset ofte den eneste arenaen hvor sykepleiere har muligheten til å ivareta kvinnen og hennes behov (Jerpseth, 2022, s.209). Det innledende møtet er derfor eneste muligheten sykepleieren har til å danne en relasjon med kvinnen (Travelbee, 1999, s.157). Ifølge Travelbee holdes sykepleier ansvarlig for å danne en mellommenneskelig-relasjon med pasienten (Travelbee, 1999, s.172). Når sykepleier og pasienten anerkjenner hverandre som unike individer, går de utover rollen som kun “sykepleier” og “pasient”, og det dannes en relasjon. Travelbees teori understreker betydningen av å møte mennesker med en åpenhet og forståelse for at behov vil uttrykkes ulikt (Travelbee, 1999, s. 57). Praktisk kan dette føre til bedre samspill, og gi dypere forståelse av kvinnens behov, følelser og bekymringer. Denne mellommenneskelige relasjonen kan skape et mer empatisk og støttende miljø, som er spesielt viktig for abortsøkende kvinner.

Abortsøkende kvinner kan befinne seg i en sårbar og blottstilt situasjon hvor de har behov for anerkjennelse fra sykepleier. Derfor kan det være en fordel dersom sykepleiere kan fremvise evnen til å leve seg inn i den enkelte kvinnens behov (Jerpseth, 2022, s.182-184). Flere funn tyder på at kvinnene savnet persontilpasset informasjon fra sykepleiere (Aamlid et al., 2021; Røseth et al., 2022). God profesjonell kommunikasjon er faglig fundert og personorientert, og er et viktig verktøy for sykepleiere i møte med abortsøkende kvinner for å oppnå god pasientbehandling. Dersom sykepleier møter kvinnen som et menneske fremfor en pasient, kan kvinnen anerkjennes som menneske med egne ressurser og verdier (Eide & Eide, 2017, s.16-17).

Manglende informasjon medførte at flere kvinner følte seg uforberedt på hvor smertefull medikamentell abort ville være (Aamlid et al., 2021, s. 3). Funnene støttes av tidligere forskning

hvor kvinnene følte seg uforberedt på de fysiske reaksjonene relatert til utdrivelseprosessen, og sammenlignet det med fødsel (Georgsson et al., 2019). Flere oppga å savne realistisk informasjon om hva som kunne forventes relatert til blødning og smerter i abortforløpet (Aamlid et al., 2021, s. 3). Dette stemmer overens med studien til Georgsson et al. (2019), hvor kvinner også uttrykte dårlig forberedende informasjon i forkant. Informasjonsmangelen medførte at flere kvinner fryktet at de skulle dø under prosessen (Aamlid et al., 2021, s. 3). I tidligere forskning, med et sykepleieperspektiv, uttrykte sykepleiere at de ikke ønsket å skremme kvinnene, men at de samtidig følte seg forpliktet til å forberede dem på hva kvinnene kunne forvente av smerter. Sykepleierne diskuterte derfor seg imellom om de pakket inn informasjon for mye i samtalene med kvinnene (Kjelsvik et al, 2018, s. 4197). I de inkluderte studiene bekrefter kvinnene denne antakelsen, hvor de opplevde utilstrekkelig informasjon angående smertenivået (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). Ifølge Travelbee vil forståelsen av en persons smerte være basert på gjetninger, og videre beskriver Travelbee at smerten ikke kan skilles - den angår hele mennesket (Travelbee, 1999, s. 112-113). Sykepleier har derfor en viktig rolle i å forberede kvinnene som skal gjennomføre hjemmeabort. De kan bidra til å skape en forutsigbarhet mange av kvinnene savnet, og kan hjelpe sårbare kvinner å mestre situasjonen. (Jerpseth, 2022, s.182-185).

### **5.2.2 Kvinners behov for omsorg og støtte fra sykepleier**

Resultater fra studiene gir variert innsikt i hvordan kvinner opplever medikamentell hjemmeabort, og behovet deres for omsorg og støtte fra sykepleier. Flere av kvinnene i studien til Sommerseth et al. (2022) opplevde betydelig smerte, og følte seg ukomfortable gjennom abortprosessen, uten tilstrekkelig støtte og omsorg fra sykepleiere. Noen opplevde møtet med sykepleier som empatiløst, og flere beskrev at de ble overlatt til seg selv når de tok tablettene som avsluttet fosterets liv (Sommerseth et al., 2022, s.7). Imidlertid rapporterte kvinner i studien til Kjelsvik et al. (2019) positive møter hvor sykepleieren viste interesse og dedikasjon. Dette viser at det kan eksistere ulikheter i sykepleiers tilnærming overfor kvinnene, som understreker nødvendigheten av en mer omsorgsfull og helhetlig tilnærming med abortsøkende kvinner.

Videre peker resultatene mot kvinners behov for dialog med sykepleiere. De som var usikre på valget om abort, uttrykte skuffelse over at det ikke ble lagt til rette for en åpen samtale rundt følelsene deres, og antydte at en slik samtale kunne medført en endring i avgjørelsen (Røseth

et al., 2022, 10). For å møte kvinnenes behov kan sykepleiere benytte seg av ulike kommunikasjonsteknikker som åpne spørsmål, speiling eller parafrasering for å oppnå god kommunikasjon og oppfordre henne til å fortsette samtalen. Det kan bidra til at sykepleieren kan utforske kvinnenes individuelle tanker og følelser, som ellers kunne blitt undertrykt (Travelbee, 1999, s. 154-156). God kommunikasjon innebærer imidlertid at man også oppfatter det som uttrykkes nonverbalt; kroppsspråk, ordvalg og ansiktsuttrykk. Det er derfor fordelaktig at sykepleiere er aktivt lyttende og til stede, slik at kvinnene opplever å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Kvinner har behov for en lyttende og tilstedeværende sykepleier. Dette støttes opp om i Travelbees sykepleieteori, hvor hun framhever at sykepleieren bør tilstrebe en meningsfull dialog med pasientene hun forholder seg til (Travelbee, 1999, s.148).

Flere av kvinnene fikk ikke oppfølging etter aborten, og hadde ingen ytterligere kontakt med sykehuset etter første konsultasjon (Aamlid et al., 2021; Sommerseth et al., 2022). Kun få fikk tilbud om oppfølgingskonsultasjon. Universitetssykehusene i Norge understreker at det normalt ikke tilbys oppfølgingsstimer etter aborten (Oslo universitetssykehus, u.å; Stavanger universitetssykehus, u.å; Akershus universitetssykehus, u.å; Haukeland universitetssykehus, u.å; St.Olavs Hospital, u.å; Universitetssykehuset Nord-Norge, u.å). Etterkontrollen innebærer at kvinnene skal bekrefte at behandlingen er vellykket ved å ta graviditetstest hjemme, fire uker etter aborten. Imidlertid henviser universitetssykehusene i Stavanger, Nord-Norge og Haukeland til Amatheas stiftelsen for rådgivning og psykososial støtte. Amatheas er en statlig støttet stiftelse som tilbyr oppfølging før, under- og etter abort. I tillegg tilbys samtaler ved usikkerhet i svangerskapet. (Stiftelsen Amatheas, 2023).

Mesteparten av informantene oppga at de savnet en oppfølgingskonsultasjon i ukene etter aborten, med fokus på både fysisk og psykisk helse (Aamlid et al., 2021, s.3). Dette behovet er fanget opp av det regjeringsoppnevnte abortutvalget, som foreslår lovfestet rett til oppfølging etter abort (NOU 2023:29).

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene er det sykepleiers oppgave å ivareta det enkelte menneskets verdighet, integritet og retten til å ta et valg. Dette inkluderer også utøvelse av faglig forsvarlig, respektfull tilnærming og omsorgsfull hjelp i møte med den abortsøkende kvinnen (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

### **5.2.3 Kvinners utfordrende følelser rundt valget om abort**

Mange kvinner kan oppleve valget om abort eller å beholde barnet som særdeles utfordrende. Motstridende følelser kan oppstå, og sykepleiere må legge til rette for at kvinnene skal få rom til å prate om utfordrende følelser (Jerpseth, 2022, s.208). Noen kvinner beskrev ventetiden som svært vanskelig å forholde seg til (Røseth et al., 2022, s. 10). Nyhetsbildet viser til lang ventetid grunnet økt pågang hos helsevesenet i Norge, og belastningen for kvinnene øker betraktelig med ventetid opp mot tre uker før de får utført medikamentell hjemmeabort (Hansen & Ording., 2023).

Flere av studiene viser at kvinnene opplever skam og skyld i forbindelse med aborten (Aamlid et al., 2021; Kjelsvik et al., 2019; Røseth et al., 2022). Det er bekymringsfullt at selv om abort er lovlig, rapporterte flere kvinner at de følte skam knyttet til deres valg (Sommerseth et al., 2022). Mange kvinner følte de hadde satt seg selv i situasjonen, og at de derfor ikke kunne klage eller be om omsorg fra sykepleier. Som følge led de i stillhet (Røseth et al., 2022, s.8). Dette kan sees i sammenheng med at flertallet av kvinnene valgte å dele graviditeten kun med et fåtall venner og familie, mens andre valgte å ikke fortelle det til noen. Den selvpålagte tausheten kan være en konsekvens av stigmaet knyttet til valget om å ta abort (Røseth et al., 2022, s.9). Det kan tenkes at kvinner som frykter dømmende reaksjoner fra samfunnet, kan oppleve en forsterket følelse av skam. For å redusere skamfølelsen kan sykepleieren bidra til å skape et trygt og ikke-dømmende miljø, hvor kvinnene kan uttrykke følelsene fritt. Det kan gi kvinnene en følelse av å bli sett og hørt. Kvinnene fryktet at de måtte rettferdiggjøre valget sitt i møte med sykepleier. Der sykepleiere stilte kvinnene spørsmål rundt valget om abort, medførte dette en økning i den allerede eksisterende skamfølelsen, som resulterte i at mange fremkynnet avtalen og abortprosedyren (Røseth et al, 2022, s. 10). Lignende funn sees også i Georgsson et al. (2019) hvor kvinner opplevde en respektløs tilnærming og bebreidelse fra sykepleiere. Yrkesetiske retningslinjer understreker imidlertid at sykepleiere skal unngå diskriminerende atferd og respektere pasientens verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Abortsøkende kvinner skal møtes med respekt, uten fordømmende holdninger. Dette kan sees i lys av Travelbees teori, som innebærer å tilby omsorg og støtte uten å la personlige tanker påvirke pleien som gis (Travelbee, 1999, s.57).

Måten sykepleieren kommuniserer på kan bidra til at kvinnene mestrer situasjonen bedre, eller - tvert imot - forsterker opplevelsen av ensomhet (Travelbee, 1999, s. 147). Kommunikasjonen

bryter fort sammen dersom forutinntatte holdninger og stereotypier hindrer sykepleieren å etablere et forhold til kvinnen og anerkjenner henne som et unikt individ, eller dersom sykepleieren uttrykker at situasjonen kvinnen står i er selvforskyldt (Travelbee, 1999, s. 153-165).

## **5.2.4 Kvinnens opplevelse av hjemmet som abortarena**

Studiene viser at mange av kvinnene følte seg trygge i egne omgivelser, men at aborten ble en negativ opplevelse når sykepleiere ikke var til stede under prosessen (Aamlid et al., 2021; Purcell et al., 2017; Røseth et al., 2022; Sommerseth et al., 2022). Selv om flere valgte hjemmeabort, opplevde de prosessen som ensom, smertefull og skremmende. Dette kan tyde på at tilstedeværelse av sykepleiere, selv gjennom telefonsamtaler, kan bidra til at kvinnene føler seg tryggere og mer komfortable med å gjennomføre aborten hjemme (Aamlid et al., 2021, s.4).

Ifølge abortloven har kvinnene rett til å utføre aborten i annen institusjon dersom aborten utføres før utgangen av 12.svangerskapsuke som statsforvalteren har godkjent. Loven presiserer at kvinnen har rett til å velge å utføre aborten utenfor sykehuset (Abortloven, 1975, §3). Universitetssykehusene i Norge informerer på sine nettsider at kvinner står fritt å velge om de vil fullføre aborten hjemme dersom forholdene ligger til rette for det (Akershus universitetssykehus, u.å; Oslo universitetssykehus, u.å; Haukeland universitetssykehus, u.å; Stavanger universitetssykehus, u.å; St.Olavs Hospital u.å; Universitetssykehuset Nord-Norge, u.å). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) sier at pasienter har rett til medvirkning i valg angående tilgjengelige, forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Med andre ord har kvinner rett til å medvirke i valget hvor de ønsker å fullføre aborten, altså også kunne velge å utføre den på sykehus. Statistikk fra Folkehelseinstituttet (2023) viser at hele 55,8% av medikamentelle aborter utført i 2022 ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, ble gjennomført hjemme. Dette kan være ønsket av kvinnene selv, men funn i studiene tilsier at flere ikke følte at de hadde et valg. Noen ble ikke gitt dette valget, mens andre oppfattet det som at hjemmeabort var standardisert praksis (Purcell et al., 2017; Sommerseth et al., 2022).

## 6.0 Konklusjon

Basert på våre tolkninger av studiefunnene, ser vi at flertallet av kvinnene manglet tilstrekkelig og personorientert informasjon før aborten. Sykepleiere spiller en sentral rolle i å møte abortsøkende kvinners behov og bidra til en trygg, respektfull og empatisk opplevelse. Dette krever ikke bare faglig kompetanse, men også forståelse for komplekse følelsesmessige reaksjoner, og en kontinuerlig innsats for å forbedre praksis og omsorgsstandard i det norske helsevesenet. Spesielt er informasjonsgapet knyttet til forventede smerter og fysiske reaksjoner bekymringsfullt, og dette strider mot pasient- og brukerrettighetsloven. Også abortutvalget uttaler seg om manglende informasjon:

“Utvalgets kunnskapsinnhenting gir et klart bilde av at gravide ikke alltid mottar korrekt og tilstrekkelig informasjon om aborten eller prosessen. Dette gjelder både de juridiske sidene av en abort og medisinske forhold ved selve aborten. Hvilken informasjon som gis til kvinnen virker noe tilfeldig og opp til det enkelte sykehus.” (NOU 2023:29, s.15).

Vi synes det er bekymringsfullt, og understreker behovet for abortsøkende kvinner i en så sårbar situasjon som medikamentell hjemmeabort, hvor behovet for trygghet og personorientert sykepleie blir tydelig. Våre funn indikerer også betydelig variasjon i kvaliteten på sykepleieres kommunikasjon med kvinnene. Vi etterlyser derfor en mer omsorgsfull og helhetlig tilnærming. Mange kvinner uttrykker behov for bedre dialog, åpnere samtaler om følelser, og oppfølging under og etter aborten. Dette viser mangler og peker på hvor viktig det er å revidere dagens praksis.

Funnene viser også at de fleste kvinnene ikke i tilstrekkelig grad har fått diskutert de komplekse følelsene de opplever rundt aborten, noe som understreker at inngrepet går langt utover det medisinske og krever en mer helhetlig forståelse av deres individuelle behov. Kvinnenes opplevelse av ensomhet og usikkerhet ved hjemmeabort indikerer et behov for bedre tilrettelegging og oppfølging. Helsevesenet må sikre at kvinnene får et reelt valg, og opplever trygghet og støtte, spesielt når de velger å gjennomføre aborten hjemme. Den lovfestede muligheten for kvinner til å velge hvor aborten skal gjennomføres må respekteres, og det bør vurderes om abort på sykehus kan utføres ved avdelinger som ikke er tilknyttet barsel. Vi etterlyser større fagkompetanse på området og en mer omsorgsfull og helhetlig tilnærming til kvinnene. Slik vi ser det, bør vi som sykepleiere bidra til å redusere stigmatisering, også innen

eget fagmiljø. Vi ser imidlertid at dette ikke er en oppgave som kan pålegges. Sykepleiere som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å assistere ved selvbestemt abort, bør unntas fra dette.

## **7.0 Anvendelse i praksis**

Avslutningsvis har vi formulert konkrete forslag basert på våre funn, med sikte på tiltak vi mener kan bidra til å forbedre sykepleieres praksis i møte med kvinner som søker selvbestemt medikamentell abort.

Sykepleiere bør i praksis legge til rette for en personorientert tilnærming i det første møtet med kvinnen. Dette involverer grundig skriftlig og muntlig informasjon, samt sikring av at kvinnen har mottatt og forstått informasjonen. For å tilby effektiv smertebehandling er det viktig at sykepleieren kartlegger og forstår kvinnenes individuelle smerteopplevelse. Sykepleieren må opprettholde ikke-dømmende holdninger og møte kvinnene med respekt og empati i deres valg. Å legge til rette for åpen dialog om potensielle utfordrende tanker og følelser er essensielt for abortsøkende kvinner. Det bør også tilbys oppfølgingstimer, med informasjon om Amatheastiftelsen for de som ønsker det. Tydelig informasjon om kvinnens rett til å velge hvor aborten utføres, enten det er hjemme eller på sykehus, er avgjørende. Vi tenker at et tilbud om sykepleierstyrt, poliklinisk abort, hvor kvinnene har tilgang på sykepleiere ved behov, kan være et godt alternativ til sykehusinnleggelse eller hjemmeabort. Det bør gis prioritet til egne kurs for å styrke sykepleiers kunnskap i møte med kvinner som søker medikamentell abort.

## REFERANSER

- Aamlid, I. B., Dahl, B. & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures - A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2021, (vol.27)1-6 <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?q=abortloven>
- Akershus universitetssykehus. (u.å). *Medikamentell hjemmeabort*. Helse Sør-Øst. Hentet 11. desember 2023 fra <https://www.ahus.no/behandlinger/medikamentell-hjemmeabort/>
- Amnesty International. (u.å). *USAs abortlover*. Amnesty. Hentet 8.november 2023 fra <https://amnesty.no/usas-abortlover>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg). Gyldendal.
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg). Gyldendal Akademisk.
- Friberg, F. (2022). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. utg.). Studentlitteratur AB.
- Folkehelseinstituttet. (2023, 8.mars). *Aborttall for Norge*. Hentet 3. november 2023 fra <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(5), 380-389. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>
- Hansen, B. & Ording, O. (2023, 17. september). Slår abort-alarm: - Ny trend. *Dagbladet, Kvinnehelse*. Hentet 09. desember 2023 fra <https://www.dagbladet.no/nyheter/slar-abort-alarm-ny-trend/80150783>.
- Haukeland universitetssykehus. (u.å). *Abort - planlagt abort*. Helse Bergen. Hentet 11. desember 2023 fra <https://www.helse-bergen.no/behandlinger/abort-planlagt-abort>
- Helsedirektoratet. (2023, 29.juni). *Abortmetoder*. *Helsenorge.no*. Hentet 6.november 2023 fra <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>
- Jerpseth, H. (2022). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer: Abort. I D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6.utg., s.206-208). Gyldendal Akademisk.



- Jettestad, M. (2019). Selvbestemt abort. I M.L. Hagtvedt & S. Holan (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (3.utg., s.267-271). Fagbokforlaget.
- Kanalregisteret. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregisteret. Hentet 19.november 2023 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?a=true&tv=true>
- 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. *Journal for Clinical Nursing*, 27(21-22), 4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>
- 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. *Nursing Ethics*, 26 (7-8), 2135-2146. <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>
- Kristoff, A. (2022). Sykdommer knyttet til svangerskap og fødsel. I.S.Ørn & E.B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3.utg, s.419-437). Gyldendal.
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 02. november 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- 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/>
- Oslo universitetssykehus. (u.å). *Medikamentell hjemmeabort*. Helse Sør-Øst. Hentet 11.desember 2023 fra <https://www.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?q=pbrl>
- Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A. & Harden, J. (2017). Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(13),2001-2008. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14690>
- 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>
- Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien Forskning*. 2022; 17 (89883): e-89883. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>

- Stavanger universitetssykehus. (u.å). *Abort - planlagt abort*. Helse Stavanger. Hentet 11. desember 2023 fra <https://www.helse-stavanger.no/behandlinger/abort-planlagt-abort/>
- Stiftelsen Amatheia (2023). *Om Amatheia*. Stiftelsen Amatheia. Hentet 13.12.2023 fra <https://amathea.no/om-amatheia/>
- St. Olavs Hospital. (u.å). *Medikamentell hjemmeabort*. Helse Midt-Norge. Hentet 11. desember 2023 fra <https://www.stolav.no/behandlinger/abort-medikamentell-hjemmeabort/>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg). Gyldendal Akademisk. Universitetssykehuset Nord-Norge. (u.å). *Abort, medikamentell hjemmeabort*. Helse Nord RHF. Hentet 11. desember 2023 fra <https://www.unn.no/behandlinger/abort-medikamentell-hjemmeabort/>
- World Health Organization. (2021, 25.november). *Abortion: Fact sheets*. World Health Organization. Hentet 29. desember 2023 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
30.10	Oria	Abort og sykepleie	År: 2013-2023 Fagfelleverderte tidsskrifter	4	3	2	1
31.10	Cinahl	Induced abortion OR termination of pregnancy AND women AND nurse* AND experiences	År: 2013-2023 Peer reviewed	20	3	1	1
31.10	Pubmed	Induced abortion AND women AND experiences AND worries	År: 2013-2023 Peer reviewed	11	1	1	0
1.11	Cinahl	Induced abortion OR abortion AND women's experiences AND support AND follow up OR aftercare	År: 2013-2023 Peer reviewed	10	2	1	1
2.11	Pubmed	Medical abortion AND women's experiences AND shame	År: 2013-2023 Peer reviewed	13	1	1	1
2.11	Pubmed	Induced abortion AND women's experiences AND pain	År: 2013-2023 Peer reviewed	64	2	1	0
9.11	Pubmed	Induced abortion AND experiences AND care AND first-trimester	År: 2013-2023 Peer reviewed	78	5	2	1

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e)	Sommerseth, E., Sandvik, B.M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A.
Årstill Tidsskrift Land	2022 Sykepleien Forskning Norge
Artikkel tittel	Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort
Hensikten med studien	Å belyse norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ metode. Utforskende og beskrivende design med individuelle intervjuer. Intervjuene varte fra 19-71 minutter. Intervjuene ble utført der kvinnene ønsket det, i skjermede omgivelser, ofte på nærliggende høyskoler eller universiteter eller i eget hjem. På grunn av avstand ble noen intervjuet over videosamtale. Det ble benyttet en intervjuguide bestående av åpne spørsmål. Dataene ble analysert med systematisk tekstkondensering.
Utvalg/populasjon	24 kvinner fra Norge, som hadde gjennomført medikamentell abort hjemme før utgangen av 12. svangerskapsuke.
Hovedfunn/resultater	Kvinnene trakk i hovedsak frem negative erfaringer i møte med helsepersonell. Hovedfunnene var at kvinnene opplevde å være en ressursbelastning som ikke fortjente omsorg. De møtte med en rutinepreget tjeneste som fokuserte på de fysiske aspektene fremfor en personsentrert tilnærming. Kvinnene opplevde også mangel på valgfrihet, medbestemmelse og forberedthet.
Forfatter(e)	Aamlid, I.B., Dahl, B. & Sommerseth, E.
Årstill Tidsskrift Land	2021 Sexual & Reproductive Healthcare Norge
Artikkel tittel	Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures - A qualitative study
Hensikten med studien	Å utforske kvinners erfaringer med medikamentell abort hjemme i forhold til oppfatningen deres av informasjon gitt før aborten, støtte gjennom prosessen og oppfølgingsprosedyrer.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ metode med individuelle intervjuer. Intervjuene varte fra 19 til 71 minutter. De fant sted der deltakerne følte seg komfortable, for noen var dette hjemme, for andre på jobb. På grunn av lange avstander ble noen kvinner intervjuet over telefon eller videosamtale. Det ble benyttet en intervjuguide bestående av tre åpne spørsmål, som kvinnene skulle besvare. Datainnsamlingen ble analysert med en systematisk tekstkondensering.
Utvalg/populasjon	23 kvinner i alderen 24 til 45 år. Alle deltakerne hadde utført en medikamentell hjemmeabort før 12.svangerskapsuke. Alle deltakerne unntatt en var av norsk opprinnelse.
Hovedfunn/resultater	Tre temaer ble identifisert fra analysen:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kvinnene opplevde informasjonen som ble gitt på forhånd av aborten som utilstrekkelig, spesielt med tanke på blødninger og smerter. Og de uttrykte hvordan dette påvirket følelsen av trygghet.</li> <li>2) Kvinnene opplevde manglende anerkjennelse fra helsepersonell. De opplevde at støtten under og etter aborten var utilstrekkelig og de ville ha foretrukket mer hjelp og informasjon gjennom hele prosessen.</li> <li>3) Kvinnene oppfattet tilgang til helsepersonell under aborten hjemme som utilstrekkelig, og dette påvirket følelsen av velvære. De savnet tilstedeværelse av helsepersonell under prosessen.</li> </ol>
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A. & Harden, J. 2017 BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology Skottland
Artikkeltittel	Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences
Hensikten med studien	Å utforske erfaringene til kvinner i Skottland som fullførte medisinsk svangerskapsavbrudd hjemmet, etter administrasjon av mifepriston og misoprostol ved en klinikk
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ metode med individuelle intervjuer. Intervjuene ble gjennomført 3-5 uker etter svangerskapsavbruddet, på et sted kvinnene valgte eller på telefon. En temaguide ble utviklet for å strukturere intervjuene. Datainnsamlingen ble analysert tematisk ved å bruke en tilnærming basert på Framework-metoden.
Utvalg/populasjon	44 kvinner i Skottland som hadde gjennomgått en medikamentell abort før 63 dagers svangerskapsalder, og fullførte svangerskapsavbruddet hjemmet. Kvinnene ble rekruttert fra tre klinikker i et NHS-område fra januar til juli 2014
Hovedfunn/resultater	<p>Sentrale temaer dukket opp fra analysen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grunner til å velge å selvbehandle hjemme</li> <li>- tilrettelegging for selvbehandling og forventninger</li> <li>- opplevelser av å komme hjem</li> <li>- selvadministrering og overvåking av behandlingsfremgangen</li> <li>- støtte for selvbehandling</li> </ul> <p>Deltakerne opplevde at selvadministrasjon av misoprostol og selvbehandling hjemmet var akseptabelt og/eller foretrukket, spesielt der dette ble opplevd som en beslutning tatt i fellesskap med helsepersonell.</p>
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B.M. & Dahl, B. 2022 Health Care for Women International Norge
Artikkeltittel	No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing
Hensikten med studien	Å utforske kvinners erfaringer knyttet til å utføre en medisinsk abort hjemme.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Kvalitativ metode med individuelle intervjuer. Intervjuene varte mellom 10 og 71 minutter. Kvinnene valgte selv stedet for intervjuene. Noen følte seg mest komfortable hjemme, mens andre foretrakk en nøytral setting. Det ble benyttet en

	intervjuguide bestående av tre åpne spørsmål, som kvinnene skulle besvare. Dataene ble analysert ved hjelp av Giorgis deskriptive fenomenologiske metode.
Utvalg/populasjon	22 kvinner som hadde utført en medisinsk hjemmeabort før 11+6 ukers svangerskapsalder. En deltaker bodde i Storbritannia, mens de resterende deltakerne var bosatt i Norge. Kvinnene var i alderen 24-45 år.
Hovedfunn/resultater	Kvinnene i denne studien beskrev at de opplevde ambivalente følelser og tanker knyttet til valget av abort. De opplevde også aborten som vanskelig, både følelsesmessig og personlig, med følelser av skyld og skam. Ved å velge å fullføre aborten hjemme ble kvinnene skjermet fra andres fordømmende øyne, men dette kunne også føles som en form for straff. Kvinnene følte at de ikke var i stand til å klage eller be om nødvendig omsorg, fordi de selv hadde satt seg i denne situasjonen. Følelsesmessig distansering fra svangerskapet ble en mestringsstrategi for kvinnene, for å redusere smertefulle følelser av sorg, skyld og skam.
Forfatter(e)	Kjelsvik, M., Sekse, R.J.T., Moi, A.L., Aasen, E.M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E.
Årstall Tidsskrift Land	2019 Nursing Ethics Norge
Artikkelittel	Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers.
Hensikten med studien	Å utforske ambivalente abortsøkende kvinners erfaringer av deres møter med helsepersonell
Perspektiv	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Dataene ble samlet inn gjennom to individuelle intervjuer med hver kvinne. Kvinnene ble intervjuet både før og etter de hadde tatt en beslutning om å avbryte svangerskapet. Intervjuene varte mellom 60 og 140 minutter, og tok utgangspunkt i en intervjuguide. Dataene ble analysert med dialogiske narrative analyser.
Utvalg/populasjon	13 kvinner i alderen 18-36 år som var usikre på å avslutte deres svangerskap under første trimester.
Hovedfunn/resultater	De ambivalente gravide kvinnene forsøkte å ta autonome beslutninger samtidig som de involverte sine nærmeste og helsepersonell i prosessen. Følgende tre typer fortellinger om kvinners erfaringer med møte med helsepersonell ble identifisert: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de respekterte kvinnene</li> <li>- de identifiserte kvinnene</li> <li>- de forlatte kvinnene</li> </ul> <p>Selv om kvinnene anså seg selv som autonome og ansvarlige for sine endelige avgjørelser, ønsker de at helsepersonell var involvert i deres situasjon. Helsepersonellet bidro ved å muliggjøre eller forhindre muligheten til å ta beslutninger i henhold til kvinnes verdigrunnlag.</p>