

BSYBAC_

Bacheloroppgave i Sykepleie

«Hvordan kan sykepleier, gjennom informasjon og oppfølging, bedre følelsen av ivaretagelse til kvinner som gjennomgår medikamentell abort i hjemmet?»



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 2. januar 2024

X

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

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

[Harold Blackmun](#)

Sammendrag

Bakgrunn

I 2022 ble det utført 11 967 svangerskapsavbrudd hvor 95,1% av disse var selvbestemte (Folkehelseinstituttet, 2023). Dette er et høyt antall pasienter i løpet av et år, hvor ikke alle kjenner på følelsen av tilstrekkelig ivaretagelse. Det er derfor interessant å se på kvinners opplevelse av en medikamentell abort i hjemmet for å identifisere forbedringspotensialer.

Hensikt

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere kan bedre følelsen av ivaretagelse til kvinner som gjennomgår medikamentell abort i hjemmet gjennom informasjon og oppfølging.

Metode

Oppgaven har en integrativ litteraturoversikt som metode. Her har fire artikler blitt analysert ved hjelp av Fribergs analysemodell. Besvarelsen bygger på resultatene fra de vitenskapelige artiklene, egne refleksjoner og relevant litteratur.

Resultat

Resultatene viser at kvinner som gjennomgår en medikamentell abort i hjemmet opplever manglende informasjon. I tillegg opplever flere psykiske ettervirkninger av aborten, og forteller at de kunne ha hatt behov for oppfølging, både med tanke på den fysiske, men også deres psykiske helse.

Nøkkelord: Medikamentell abort, selvbestemt abort, ivaretagelse, informasjon, kommunikasjon og oppfølging.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemformulering.....	1
1.3 Hensikt.....	2
2.0 Teori.....	2
2.1 Medikamentell abort.....	2
2.2 Sykepleiers rolle.....	3
2.3 Kommunikasjon.....	4
2.4 Informasjon.....	5
3.0 Metode.....	6
3.1 Hva er metode?.....	6
3.2 Valg av metode.....	7
3.3 Litteratursøk.....	7
3.3.1 Søkestrategi.....	7
3.3.2 Søkeord.....	7
3.3.3 Avgrensninger.....	8
3.3.4 Valg av databaser.....	9
3.3.5 Valg av artikler.....	9
3.4 Analyse.....	10
4.0 Presentasjon av resultater.....	10
4.1.0 Informasjon.....	11
4.1.1 Utilstrekkelig informasjon.....	11
4.1.2 Individuelt tilpasset informasjon.....	12
4.2.0 Oppfølging.....	12
4.2.1 Mangelfull oppfølging.....	12
4.2.2 Ettervirkninger av aborten.....	13
5.0 Diskusjon.....	14
5.1 Metodediskusjon.....	14
5.1.1 Valg av metode.....	14
5.1.2 Kildekritikk.....	15
5.2 Resultatdiskusjon.....	17
5.2.1 Behov for informasjon.....	17
5.2.2 Oppfølging etter aborten.....	19
6.0 Anvendelse av resultatene i praksis.....	20
Referanser.....	23
Vedlegg.....	26
Vedlegg 1: Søkelogg.....	26
Vedlegg 2: Litteraturmatrise.....	26

[Skriv her]

Kandidatnummer: 1717

[Skriv her]

Antall ord: 7818

1.0 Innledning

I 2022 ble det utført 11 967 svangerskapsavbrudd hvorav 95,1% av disse var selvbestemte. 94,8% av de selvbestemte abortene ble utført medikamentelt (Folkehelseinstituttet, 2023). Medikamentell abort har med andre ord utviklet seg til å bli en vanlig metode for å avslutte uønskede svangerskap. Som sykepleiere står vi overfor utfordringen med å sikre den fysiske helsen til kvinner som gjennomgår denne prosessen, men også deres psykiske helse. I min bacheloroppgave skal jeg se på hvordan informasjon og oppfølging kan forbedre følelsen av ivaretagelse for kvinner som velger en medikamentell abort i hjemmet. Gjennom funn fra utvalgte artikler, teorier, annen eksisterende litteratur og egne refleksjon, er målet med oppgaven å finne ut av hvordan vi som helsepersonell kan styrke sykepleierrollen i å møte behovene til denne pasientgruppen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleiere møter vi ofte mennesker når de er på sitt mest sårbare. Kvinner som gjennomgår abort, er et eksempel på en slik sårbar pasientgruppe. Manglende kunnskap som sykepleier kan føre til at man ikke utfører tilstrekkelig god nok sykepleie. Grunnen til at jeg valgte å skrive om dette teamet, er at mange kvinner fortsatt kan oppleve følelser som skyld og skam da de velger å gå igjennom en selvbestemt medikamentell abort. Jeg ønsker derfor å finne ut av hvordan vi som sykepleiere kan legge til rette for bedre ivaretagelse, og støtte av kvinnen som gjennomgår en selvbestemt medikamentell abort, ved hjelp av bedre informasjon og oppfølging. Abort er også et dagsaktuelt tema, og det diskuteres i skrivende stund om utbedring av aborttilbudet, samt utvidelse av abortgrensen (Hafstad, 2023).

1.2 Problemformulering

Selvbestemt medikamentell abort kan for kvinnen oppleves både psykisk og fysisk belastende. Det er viktig at helsepersonell har god og bred kunnskap innenfor fagfeltet, og er bevisst på hvordan vi kan tilpasse informasjon og legge til rette for god oppfølging av den enkelte både før, og i en sårbar prosess. Ufullstendig opplysning av informasjon og oppfølging kan påvirke kvinnens evne til å håndtere situasjonen på en tilfredsstillende måte, og føre til redusert livskvalitet gjennom bekymringer og smerte. Ny kunnskap kan bidra med å sette et større søkelys på viktigheten av tilpasset informasjon og oppfølging i prosessen av en selvbestemt medikamentell abort, samt øke helsepersonell sin kunnskap om akkurat dette.

1.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan en sykepleier, ved bruk av informasjon og oppfølging kan legge til rette for gjennomføring av selvbestemt medikamentell abort på en skånsom måte. Målet er å se på utfordringer i dagens praksis for å kunne bidra til utviklingen av en bedre ivaretagelse av de kvinnene som gjennomgår en medikamentell abort i hjemmet. Gjennom oppgaven presenteres erfaringer fra pasientenes perspektiv. Ved å se på erfaringer fra kvinnenens perspektiv kan mangler i abortomsorgen komme tydeligere frem.

2.0 Teori

I det kommende kapitlet vil jeg presentere teori som har relevans for min oppgave. Først vil jeg kort skrive om medikamentell abort og hvordan den gjennomføres. Deretter vil jeg ta for meg litt om sykepleierens rolle, etterfulgt av kommunikasjons- og informasjonsteorier.

2.1 Medikamentell abort

I 2022 ble det utført 11 967 svangerskapsavbrudd hvorav 95,1% av disse var selvbestemte. 94,8% av de selvbestemte abortene ble utført medikamentelt (Folkehelseinstituttet, 2023). Grensen for selvbestemt abort i Norge er i dag 12 uker (Abortloven, 1975). For å kunne få utført en medikamentell abort hjemme må man være over 18 år, ha en voksen person tilstede, være frisk, samt ikke være mer enn 9 uker på vei. Når kvinnen kommer til forundersøkelsen på sykehuset vil det bli målt et blodtrykk, samt at hjerte og lunger blir lyttet på. Man vil også ta en vaginal ultralyd for å finne ut av nøyaktig hvor mange uker kvinnen er på vei (Amathea, 2023). Deretter vil kvinnen bli gitt Mifepristone (oralt) mens hun enda er på sykehuset. Denne tabletten påvirker livmoren til å stoppe utviklingen av svangerskapet. To dager etter Mifepristone er tatt skal man ta Misoprostol (vaginalt). Denne tabletten gjør at livmoren trekker seg sammen. Når aborten er i gang, kan man forvente sterke menstruasjonssmerter og blødninger, kraftigere enn en vanlig menstruasjon, med koagler. Det er ikke vanlig med en kontroll etter aborten, dersom kvinnen føler behov for dette er det noe hun på arrangerer selv hos fastlegen (Helsenorge, 2023).

2.2 Sykepleiers rolle

Sykepleieren har en sentral rolle når det kommer til omsorg, informasjon og oppfølging. For å kunne gi god omsorg og informasjon er det nødvendig med god kommunikasjon. Dette er derfor alle temaer som jeg ønsker å ta for meg i teoridelen for å senere kunne reflektere over hvordan sykepleiere, ved hjelp av god informasjon og oppfølging kan legge til rette for bedre ivaretagelse for kvinner som skal gjennomgå en medikamentell abort hjemme.

«Omsorg er et grunnleggende trekk ved den menneskelige eksistens og samhandling og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie» (Kristoffersen et al., 2021). Kari Martinsen viser til tre dimensjoner av omsorgsbegrepet som hun mener er viktig (Martinsen, 1990, s.62 sitert i Kristoffersen et al., 2021 s.267). Hun mener at omsorg er et rasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep, men at den moralske siden er overordnet de andre. Moralen vil vise seg i måten vi utøver omsorg på. Den rasjonelle omsorgen går ut på at den ene i relasjonen er forpliktet til å yte hjelpen som den andre har behov for. For å kunne gjøre dette bør en prøve å sette seg i den andres situasjon for å tenke seg til hvordan en selv ville ha blitt behandlet (Martinsen, 2003b s.81, sitert i Kristoffersen et al., 2021 s.267). Martinsen forklarer at omsorg ikke bare er en grunnholdning, men også i høyeste grad en praktisk handling. Hun mener at man må delta aktivt og praktisk i den andres lidelse. Selv om vi ikke kan kjenne pasientens smerte kan vi likevel gjenkjenne situasjonen ut fra egen erfaring, og derfor forstå pasienten (Martinsen, 1990, sitert i Kristoffersen et al., 2021 s.268). Omsorgens moralske side handler om å utføre en handling som er til den andres beste. Martinsen deler moralen inn i den primære moralen og den sekundære moralen. Den primære moralen er en spontan og ubegrunnet moral, mens den sekundære moralen baserer seg på normer og regler. En kombinasjon av disse to er sentralt for å utøve god sykepleie (Martinsen, 2003b, s.77 sitert i Kristoffersen et al., 2021 s.269).

En av sykepleierens mange roller for å ivareta helhetlig sykepleie er å sørge for fysisk og psykisk støtte til pasienten. Sykepleierens støtte har som mål å styrke pasientens evne til å kontrollere og gjennomføre bestemte handlinger, eller til å ta bestemte valg. Dette kan sykepleiere gjøre ved hjelp av sitt nærvær, berøring eller blikk. I andre situasjoner kan det være at sykepleieren er nødt til å benytte seg av verbal oppmuntring eller direkte fysisk støtte (Orem 2001, s.17, sitert i Kristoffersen et al., 2021 s.247).

For å sikre ivaretagelse av pasienter og deres rettigheter har Norsk Sykepleierforbund kommet opp med yrkesetiske retningslinjer. Dette skal være grunnfundamentet når det kommer til utøvelsen av sykepleie. Disse retningslinjene bygger på både lovverk og etiske prinsipper. I de yrkesetiske retningslinjene står det i punkt 1.1 at «Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og understøtter menneskets ressurser, mestring, håp og livsmot» (NSF, 2021).

2.3 Kommunikasjon

For å etablere et godt menneske-til-menneske-forhold skriver Trevelbee at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper. Når mennesker møtes, kommuniserer de både verbalt og ikke-verbalt. Travelbee skriver også at for å kunne planlegge sykepleie som samsvarer med pasientens behov, kreves grundig kjennskap til pasienten og dens individuelle behov (Travelbee, 1971, sitert til i Kristoffersen et al., 2021 s.256-257).

Som sykepleier møter man ofte mennesker i kriser eller vanskelige situasjoner. Det er derfor viktig å være bevisst på måten vi kommuniserer på. Ikke-verbal kommunikasjon er en måte som vi kommuniserer på hele tiden, men som vi ikke nødvendigvis alltid er så bevisst på. Ikke-verbal kommunikasjon vil si at man kommuniserer uten å bruke ord, eksempelvis gjennom kroppspråk. Eide og Eide (2017, s. 137) skriver at ikke-verbale uttrykk må fortolkes, noe vi gjør hele tiden. Det er viktig å ikke bare være bevisst på egen ikke-verbal kommunikasjon, men også å lytte til pasientens ikke-verbale språk. På denne måten vil en kunne oppfatte viktig informasjon som ikke nødvendigvis ville ha kommet frem gjennom en dialog (Eide & Eide, 2017 s.136). Ikke-verbal, bekreftende informasjon kan bidra til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon hos pasienten. Denne typen kommunikasjon kan også bidra til at den andre parten åpner seg og deler tanker og følelser (Eide & Eide, 2017 s.137).

Ved ikke-verbal kommunikasjon er det viktig å være bevisst på om man omfattes kongruent eller inkongruent. Dersom man er kongruent vil det si at det ikke-verbale samstemmer med det verbale. For eksempel kan man spørre hvordan pasienten har det, samtidig som en viser interesse med et smil og god øyekontakt. Dersom en oppfattes inkongruent, vil ikke det verbale og ikke-verbale stemme overens. Dette kan for eksempel være at en leser i papirer, ser på klokken og skriver når en spør pasienten hvordan en har det. Da vil man, ved hjelp av det

ikke-verbale språket, signalisere at en ikke setter pasientens interesser i fokus (Eide & Eide, 2017 s.137).

Gode kommunikasjonsferdigheter er et grunnleggende hjelpemiddel som skal hjelpe oss å forstå pasienten og relasjonen, samt å gi bedre hjelp og støtte. Det er også et hjelpemiddel for å styrke følelsen av trygghet. Det er derfor viktig at vi i en kommunikasjonssituasjon er til stede, at vi lytter aktivt til hva pasienten vil formidle (Eide & Eide, 2017 s.39-40).

2.4 Informasjon

Å gi informasjon på en god måte handler om å formidle kunnskap som pasienten har behov for, på en slik måte at pasienten er i stand til å ta imot og anvende den på en fordelaktig måte for seg selv. Formidlingen og tilpasningen av informasjon krever omtanke. Pasientene skal både høre, forstå og huske nødvendig informasjon, samt at de skal føle seg ivaretatt underveis i prosessen. Det er viktig å anerkjenne at pasienter som er i krevende og sårbare situasjoner, kan ha begrenset evne til å motta og huske informasjon som er blitt gitt (Eide & Eide, 2017 s.2017-218). Eide og Eide skriver at hjelperne har tre hovedoppgaver når en er i en informasjonssamtale. Disse tre oppgavene handler om at en skal undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap, å skaffe informasjonen samt planlegge og identifisere mål, og til slutt å informere på en god måte gjennom dialog og samhandling (2017, s.218). Eide og Eide skriver for å oppleve mestring og selvbestemmelse kreves det kunnskap. De skriver også at i formidlingen av informasjon bør en ta stilling til om informasjonen som helsepersonellet gir er fullstendig, forutsigbar og forståelig (2017 s.219). Pasienter kan ofte oppleve at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon, selv om helsepersonell på den andre siden mener at informasjonen er gitt. Dette kan være fordi helsepersonell ikke har fremhevet viktigheten av informasjonen, at relasjonen ikke er trygget nok, eller at pasienten ikke er mottakelig for informasjon. En bør derfor tenke på det som en grunnregel at informasjon ikke er kommunisert med mindre den er oppfattet og forstått av den andre parten. Det kan være fornuftig å strukturere informasjonen og gi pasienten knagger å henge det på, da dette skal gjøre det lettere for dem å huske (Langewitz mfl. 2015, sitert i Eide & Eide, 2017 s.219). I noen tilfeller kan det også være hensiktsmessig å gi digital eller skriftlig informasjon i forkant eller etterkant som ekstra støtte. Informasjonen som gis skal bidra til forutsigbarhet, slik at pasienten vet hva som skal skje og hvordan en skal forholde seg til det. Informasjonen som gis skal formidles på en slik måte at pasienten forstår hva helsepersonellet prøver å fortelle.

Da kan det være greit å bruke språk som pasienten også forstår seg på, og unngå medisinske fagtermer (Eide & Eide, 2017 s.219).

Det som Eide og Eide skriver er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven. I § 3-2 står det at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (1999). Videre står det i § 3-5 under «informasjonens form» at helsepersonell skal tilpasse informasjonen til mottakerens individuelle forutsetninger. Dette innebærer mottakerens alder, modenhet, kultur, erfaringer og språkbakgrunn. Vi plikter oss å formidle informasjonen på en hensiktsfull måte, samt forsikre seg om at mottakeren har forstått innholdet og betydningen, i den grad det er mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette kommer også frem i de yrkesetiske retningslinjene punkt 1.3 hvor det står at «Sykepleieren sikrer at pasienten og pårørende mottar informasjon, veiledning og opplæring på en måte som er tilpasset deres kultur, språkferdigheter, kognitive funksjon og psykiske behov. Sykepleieren sikrer at informasjonen er forstått.» (Norsk sykepleierforbund, 2023).

3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg ta for meg hva metode er, og hvilken metode jeg har valgt å benytte i min oppgave. Etterfulgt av dette, skal jeg belyse fremgangsmåten jeg har brukt for å komme frem til de valgte artiklene. Dette inkluderer forberedelser til søket, avgrensninger, samt søkets gjennomførelse. Til slutt vil jeg ta for meg hvordan jeg analyserte artiklene etter endt søk.

3.1 Hva er metode?

Dalland (2012 s.112) skriver i sin bok om «metode og oppgaveskriving» at metode er en fremgangsmåte vi tar i bruk for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap på. Metoden hjelper oss med å samle inn relevante data til undersøkelsen vår. I empiriske studier kan vi benytte oss av kvalitative eller kvantitative data, eller en kombinasjon av begge, såkalte «mixed methods». Når vi velger en metode er det fordi vi mener dette vil gi oss gode data for å kunne fremstille spørsmålet på en faglig interessant måte (Olav Dalland, 2012 s.111).

Valget av hvilken metode som skal benyttes avhenger derfor av hva det er som skal undersøkes i oppgaven. En kvantitativ metode vil benyttes dersom det er ønskelig å innhente data som er målbare. Kvantitative metoder tar sikte på å fremhente bred analyse. Kvalitativ

metode brukes dersom de dataene man ønsker å innhente ikke lar seg måle. Denne metoden benyttes når forskeren ønsker å få en mer helhetlig og dyp forståelse av problemstillingen (Dalland, 2012 s.112-113).

3.2 Valg av metode

Jeg har benyttet meg av integrativ litteraturoversikt etter Fribergs modell (2022 s.196) i min oppgave. Metoden benyttes ved å utføre en datareduksjon i form av å finne artikler som er relatert til den valgte problemstillingen, og videre sammenligne resultatene for så å trekke en konklusjon (Friberg, 2022 s.195-196). Jeg tenker at fordelen med integrativ litteraturoversikt er at metoden inkluderer forskningsstudier som benytter seg av både kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette gir en bredere forståelse av et emne ved å ta hensyn til ulike perspektiver og tilnærminger. Fire vitenskapelige artikler sammen med annen relevant litteratur og teori, samt egne refleksjoner danner en ny helhet. To av studiene jeg har valgt å benytte meg av er kvalitative, mens de andre to er mixed-methodes da disse inneholder både kvalitative og kvantitative data.

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Søkestrategi

For å komme frem til relevante søkeord tilknyttet min problemstilling, benyttet jeg meg av PICO-modellen. Ved hjelp av denne kom jeg frem til at søkeordene: «abortion», «woman's health», «abortion care», «women's experience», «existential», «home abortion», «experiences», «Scandinavia», «induced abortion» og «information». For å finne frem til ulike relevante artikler satte jeg sammen de ulike søkeordene i forskjellige kombinasjoner hvor jeg bandt søkeordene ved hjelp av «AND». Grunnen til at jeg valgte å søke med engelske ord på databasene var fordi søke-treffene økte betydelig, og jeg fant flere artikler om ønsket tema. Se vedlegg 1 for en detaljert oversikt over hvilke søkeord som ble brukt for å finne de ulike artiklene.

3.3.2 Søkord

For å igangsette søket av relevante artikler, tok jeg i bruk PICO-skjemaet. Dette er et godt verktøy for å finne gode søkeord relatert til valgt problemstilling. Etter å ha identifisert gode og relevante søkeord, startet jeg prosessen med å kombinere dem i ettersom hvilke treff jeg ønsket å få opp på databasen. Søkene avgrenset jeg ved hjelp av inklusjons-og

eksklusjonskriterier. Jeg valgte å kombinere søkeordene ved hjelp av «AND», slik at treffene skulle inneholde alle utvalgte nøkkelordene. Videre valgte jeg å utføre søkene på engelsk, for at søkeresultatene skulle utvide seg ytterligere.

Den første artikkelen brukte jeg søkeordene (abortion) AND (woman's health) AND (abortion care) AND (women's experience) AND (existential). På dette søket fikk jeg 4 treff hvor jeg valgte å kun lese ett av sammendragene da det kun var denne som var relevant med det søket jeg hadde valgt. Denne studien inneholdt relevante funn for min oppgave, og jeg valgte derfor å inkludere den.

Den andre artikkelen fant jeg ved hjelp av søkeordene (Scandinavia) AND (induced abortion) AND (Information). Her fikk jeg opp 47 artikler, og leste 2 sammendrag. Etter å ha lest disse fant jeg ut at en av de var relevante for oppgaven.

Til tredje og fjerde artikkel benyttet jeg meg av søkeordene (home abortion) AND (experiences), hvor jeg fikk 88 treff. Jeg leste sammendraget til fire av disse, og endte opp med to relevante artikler.

3.3.3 Avgrensninger

For å avgrense oppgaven har jeg benyttet meg av ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier da jeg skulle gjøre litteratursøk. Dette for å forsikre meg om at jeg inkluderte relevante artikler tilknyttet min problemstilling som er hvordan sykepleiere igjennom informasjon og oppfølging kan bedre kvinners opplevelse av medikamentell abort i hjemmet.

Inkluderingskriteriene jeg satte for artiklene var at artiklene skulle være fagfellevurderte (peer reviewed) og kvinnene i studiene måtte ha gått igjennom en selvbestemt medisinsk abort hjemme. I tillegg måtte artiklene være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk da dette er språk jeg behersker og forstår. Eksklusjonskriteriene var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, for å gjøre oppgaven så relevant og aktuell som mulig. Jeg ekskluderte forskningsartiklene som fant sted utenfor Skandinavia. Dette var for å rette oppgaven min mest mulig mot et helsevesen som lignet det vi har i Norge. Artikler som ikke var kompatible til norske sykehus ble derfor ekskludert.

3.3.4 Valg av databaser

For å finne relevante artikler til oppgaven min utførte jeg søk i databasene PubMed, Cinahl, Medline, Scopus og SweMed+. Dette er alle anerkjente databaser som inneholder et stort utvalg kvalitetsartikler innenfor sykepleiefaget. Artiklene jeg valgte å inkludere i min oppgave, ble hentet fra PubMed.

3.3.5 Valg av artikler

Valg av artikler ble basert på deres evne til å kunne svare på problemstillingen. Kravet til artiklene var at de skulle være fagfellevurderte. I prosessen benyttet jeg meg også av tidligere nevnte inklusjons- og eksklusjonskriterier for å begrense søket ytterligere. Siden oppgaven min har fokus på selvbestemt medikamentell abort hjemme måtte artikler som omhandlet spontanabort, kirurgisk abort samt medikamentell abort på sykehus ekskluderes. Studiene fremhever pasientperspektivet i et lys som påvirker sykepleieperspektivet.

Til slutt endte jeg opp med fire hovedartikler som jeg valgte å inkludere i min oppgave. Tabell 1 viser en enkel oversikt over valgte artikler. Artiklene oppfylte inklusjons kravet og viste til funn som gjorde det mulig å svare på hensikten i oppgaven.

Tabell 1: Enkel oversikt over valgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Artikkel 1: Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022). No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing.	Kvinneres erfaringer av å ha gjennomgått en medikamentell abort i hjemmet.	Hensikten var å se på hvordan kvinner mestrer det følelsesmessige aspektet i tilknytning av en medisinsk abort i hjemmet.	Pasientperspektiv	Kvalitativ studie. Individuelt intervju med 22 kvinner.
Artikkel 2: Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E., & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: A Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study.	Kvinneres følelse av bekymringer, redsel og forberedelser knyttet til indusert abort.	Hensikten var å utforske kvinners bekymringer, redsler og forberedelser knyttet til opplevelsen av å ha gjennomgått en indusert abort.	Pasientperspektiv	Mixed-metodes. Nettbasert undersøkelse av 185 kvinner. Totalt fem åpne spørsmål ble ledsaget av selvrapporterte spørsmål med rangeringsskala.
Artikkel 3: Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021).	Kvinneres opplevelse av informasjon, støtte og oppfølging ved en	Hensikten var å utforske kvinners opplevelser knyttet til	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode. Individuelt intervju med 23 kvinner.

Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study.	medisinsk abort hjemme.	informasjon og støtte som de fikk når de skulle gjennomføre en medikamentell abort hjemme, samt oppfølging etter aborten.		
Artikkel 4: Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home.	Kvinnens opplevelse av en tidlig medikamentell abort i hjemmet.	Hensikten var å vurdere kvinners opplevelse av å gjennomføre en tidlig abort, samt undersøke deres oppfatning om informasjonen som ble gitt i forkant av aborten.	Pasientperspektiv	Mixed-methodes studie. 119 kvinner ble intervjuet over telefon. Hovedsakelig flervalgsspørsmål, men også åpne spørsmål.

3.4 Analyse

Ifølge Friberg (2022) kan man se på analysearbeid som en bevegelse fra helhet til deler, for så å gå fra deler til en ny helhet. I analysen av forskningsartiklene benyttet jeg meg av Fribergs analysemodell som et rammeverk. For å få en grundig forståelse av artikkelens innhold leste jeg gjennom disse flere ganger, særlig med fokus på resultatene i artikkelen. Henholdsvis ble hovedfunnene fra artikkelen listet opp og sammenlignet. Dette bidro til å skape en lett oversikt over hva som skulle analyseres (Friberg, 2022). De aktuelle temaene ble delt inn i hoved- og underkategorier som kommer tydelig frem i tabell 2 i resultatkapitlet.

4.0 Presentasjon av resultater

Med formål om å svare på problemstillingen har jeg brukt artikler hvor pasientenes erfaringer tilknyttet deres abortopplevelse kommer frem. Funnene fra studiene belyser hvordan bedring av informasjon og oppfølging er nødvendig for å legge til rette for bedre ivaretagelse av kvinnene under en abort. Funnene er systematisert i tabellen nedenfor, med tilhørende underkategorier som gjentok seg i artiklene.

Tabell 2

Hovedkategori	Underkategori
---------------	---------------

Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Utilstrekkelig informasjon • Individuelt tilpasset informasjon
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelfull oppfølging • Ettervirkninger av aborten

4.1.0 Informasjon

4.1.1 Utilstrekkelig informasjon

I studien til Georgsson et al. (2019), Hedqvist et al.(2016) og Aamlid et al. (2021) rapporterte kvinnene om utilstrekkelig informasjon i forkant av aborten. I studien til Georgsson et al. forteller kvinnene at de opplevde å få dårlig og utilstrekkelig informasjon om aborten, men også at informasjonen de hadde mottatt var inkongruent med deres faktiske erfaring av aborten. Kvinnene i Georgsson et al. (2019 s.382) sin studie forteller også om mangel på informasjon om hva de kunne forvente seg i tiden etter aborten.

I Røseth et al. (2022 s. 3) sin studie skriver de: «Many felt that the information they received about bleeding and pain related to the abortion was insufficient, and some women said that in hindsight they would have chosen to terminate the pregnancy in the hospital if they had known that would happen».

I likhet med Røseth et al.(2022), la forskerne i Hedqvist et al. (2016, s.51) sin studie frem statistikk som viste at flere av kvinnene hadde rapportert om utilfredsstillende informasjon. De skriver at 1/3 av kvinnene rapporterte om utilstrekkelig informasjon på ulike områder, hvor blødning og smerter ble mest omtalt.

Kvinnene i studien til Aamlid et al. (2021, s2) uttrykte at de ønsket mer individtilpasset informasjon. Selv om noen følte at de fikk nok informasjon, var det likevel andre som følte at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon. En kvinne i studien til Aamlid fortalte:

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. I remember they told me that the abortion would start when I took the misoprostol medicine at home. But I was so young and immature that I didn't realize what I was going to go through, what I

experienced as a childbirth. I really wasn't prepared for that at all. I was just so scared.
(Aamlid et al., 2021 s.2)

Selv om en del av kvinnene i studiene rapporterer om utilstrekkelig informasjon, var det også kvinner som følte de var tilfreds med informasjonen de hadde mottatt. Den ene kvinnen i Aamlid sin studie fortalte i intervjuet: «I felt like everything went by the book, as to what I expected ...» (2021 s.3). Disse tre studiene belyser at mangel på informasjon var et grunnleggende element som førte til at kvinnene opplevde usikkerhet rundt aborten hjemme.

4.1.2 Individuelt tilpasset informasjon

I studien til Aamlid et al. (2021, s.3) kommer det frem at kvinnene ytret et ønske om at informasjonen de mottok burde vært mer detaljert og individualiserttilpasset. Den ene kvinnen i studien kunne tenkt seg at helsepersonellet spurte om hva hun allerede kunne fra før av, for at de skulle få en større forståelse av hva hennes behov og ønsker var. Videre i samme studie står det at noen kvinner fortalte at de hadde fått informasjon om hva de skulle forvente seg av aborten, men at dette ikke hadde blitt lagt frem på en slik måte at kvinnene forstod eller var forberedt på hva som kom til å skje.

I studien til Hedqvist et al. (2016, s. 50) viser de til behovet for tilrettelagt informasjon da de fant at kvinner som tidligere hadde vært gravide, hatt barn og/eller har hatt en tidligere abort, kunne rapportere om lavere smerte knyttet til aborten i forhold til de som var gravide for 1. gang.

4.2.0 Oppfølging

Kvinnene opplevde ulik oppfølging i etterkant av aborten. Noen kvinner følte den oppfølgingen de fikk var nok, mens andre kunne tenkt seg mer oppfølging eller et tilbud om en oppfølgingstime både med tanke på det fysiske, men også det psykiske. Flere av kvinnene fra de ulike studiene kjente på ubehagelige følelser som følge av aborten.

4.2.1 Mangelfull oppfølging

I studien til Aamlid et al., (2021) kommer det frem at flertallet av kvinnene ikke fikk tilbudet om en oppfølgingstime i etterkant av aborten, og hadde ingen videre kontakt med sykehuset etter konsultasjonen de hadde i forkant av aborten. Disse kvinnene ble bedt om å ta en

gravitetstest fire uker etter aborten for å tilse at aborten var fullført. De få kvinnene som ble tilbudt en oppfølgingstime etter aborten opplevde dette mer som en fysisk eksaminasjon med lite eller ingen tid til å snakke om det psykiske aspektet. Kvinnene forteller at de kunne tenkt seg at denne timen hadde fokus på den psykiske så vel som den fysiske helsen deres. I de fleste tilfellene mottok kvinnene et telefonnummer som de kunne ringe dersom de hadde spørsmål i forbindelse med aborten. Grunnet mangelfull informasjon synes damene det var vanskelig å vite når det var grunn til å ringe. I studien til Aamlid et al. (2021 s.3-4) forteller en kvinne at hun dannet seg en «usynlig barriere» som gjorde terskelen for å ringe inn til klinikken høyere. Disse kvinnene hadde foretrukket at helsepersonellet tok initiativ til samtalen og ringte de først

I Hedqvist et al. (2016 s. 51-52) er det beskrevet at noen av kvinnene ikke opplevde å få tilbudet om en oppfølgingstime etter aborten. I denne studien kommer det frem at alle kvinnene mottok et nummer til avdelingen som de kunne ringe til.

I studien til Røseth et al. (2022 s.11) kommer det frem at de fleste av kvinnene uttrykte et ønske om å komme seg videre i prosessen uten noen oppfølging. Disse kvinnene måtte aktivt gå inn for å verken snakke eller tenke på aborten for å komme seg videre. De kjente ikke på det samme behovet for oppfølging som noen av kvinnene i de andre studiene.

4.2.2 Ettervirkninger av aborten

I studien til Røseth et al. fortalte flere kvinner om følelsene og tankene de satt igjen med i etterkant av aborten. Noen var lettet over at den vonde perioden rundt aborten var over, mens andre kvinner slet mer med vanskelige tanker. En av kvinnene som opplevde dette fortalte “I struggled with that for many, many days afterwards. It was so creepy, it was so scary, it was so shameful ...” (Røseth et al., 2022 s.11). Andre kvinner informerte også om at de slet med å distansere seg emosjonelt fra aborten. De kunne tenke tilbake på aborten selv etter at det hadde gått en stund, ofte år etterpå. Kvinnene rapporterte om følelser som skyld, skam og sorg. En kvinne i studien uttrykte at hun kunne tenke på aborten i lang tid etter. Kvinnen tenkte på når barnet ville vært født, og hvordan situasjonen kunne ha blitt. Videre forteller kvinnen at hun ikke har noe å være flau over, men at disse tankene forsterket realiteten hennes rundt aborten (Røseth et al., 2022 s.11).

Kvinnene i Georgsson et al. (2019) sin studie fortalte om emosjonell belastning i etterkant av aborten. De fortalte at de kunne kjenne på disse følelsene opp til flere år etter aborten. I

studien skriver de «unexpected feelings after the abortion included grief, depression, disconnection, loneliness, fear, shame, emptiness and panic» (Georgsson et al., 2019 s.383).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere valgt metode samt være kritisk til valg av artikler.

5.1.1 Valg av metode

Metoden jeg har benyttet meg av i oppgaven min er en integrativ litteraturoversikt. Her har jeg samlet sammen fire relevante artikler, som jeg tenker er relevante for min problemstilling. Fordelen med integrativ litteraturoversikt er at metoden inkluderer forskningsstudier som benytter seg av både kvalitativ og kvantitativ forskning. Denne metoden innebærer også at man skal være kritisk til metodene som brukes i studiene som er inkludert, samt å vurdere kvaliteten på funnene. Dette bidrar til å bedømme styrker og svakheter ved eksisterende forskning samt identifisere eventuelle kunnskapshull. Ved hjelp av Fribergs analysemodell (2022) har jeg brutt ned artiklene, og benyttet meg av hovedfunnene for å komme frem til en ny helhet.

To av de anvendte artiklene er kvalitative studier, mens de to andre er både kvalitative og kvantitative. Sistnevnte kalles for mixed-methodes. Fordelen med kvalitativ metode er at man vil innhente mer helhetlig forskning som også går i dybden av informantenes perspektiver. I kvalitativ forskning er det som regel færre deltakere, da innhenting av informasjon fra deltakerne vil kreve mer tid og ressurser. Dette vil si at man vil innhente dyp og helhetlig kunnskap, men breddekunnskapen vil være begrenset. Fordelen med å benytte seg av kvantitative studier er at man vil kunne innhente bred forskning. Kvalitativ metode har også en fordel at den kan innhente informasjon fra mange informanter da forskningen ikke krever særlig dybdeinformasjon fra informantene (Dalland, 2012 s.112-113). I denne studien kunne det vært fordelsaktig å benytte seg av utelukkende kvalitative studier, da det er kvinnenes opplevelser vi ønsker å se nærmere på. Men på en annen side kan det være fordelaktig å benytte seg av forskning som både er kvalitativ og kvantitativ, da dette vil gi oss forskning som både er dyp, men også bred.

Eva Sommerseth og Bente Dahl er begge medforfattere i artiklene «No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing» og «Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study». At begge er forfattere i disse artiklene kan bli sett på som en svakhet da forfatterne setter sitt preg på studiene, selv om de skal være objektive og presentere data fra informantene. Deres refleksjoner kan derfor ha kommet flere ganger, noe som kan ha vært med å farge resultatene som jeg har valgt å inkludere i min oppgave. På en annen side kan det bli sett på som en styrke at disse forfatterne er med i flere studier da det kan tyde på at forskerne har bred faglig kunnskap og god innsikt innenfor fagfeltet.

5.1.2 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode vi bruker for å forsikre oss om at en kilde er sann. Vi må derfor karakterisere og vurdere de kildene vi benytter oss av. (Dalland, 2012 s.67) Kildene må også vurderes ut ifra relevans og kvalitet. For å vurdere dette mener Dalland (2012) at det er behov for informasjonskompetanse. Studiene jeg valgte i min oppgave baserte seg på forskning fra Sverige og Norge, noe som gjør at funnene og resultatene i artiklene mine er kompatible til det norske helsevesenet. Intervjuene er utført på norsk/svensk som forskerne har vært nødt til å oversette til engelsk i sin studie. Det må tas høyde for mistolkninger. Dersom noe er mistolket kan dette også ha hatt innvirkning på min tolkning av artiklene. For å kvalitetssikre dette best mulig har jeg benyttet meg av ordbok for å sikre at oversettelsen blir så lik som mulig. Som kvalitetssikring valgte jeg å benytte meg av fagfelleverderte artikler samt at studiene ikke skulle være eldre enn 10 år. Artiklene delte også en del av de samme funnene. Dette styrker troverdigheten, da det indikerer en enighet om de samme resultatene.

Forskernes bakgrunn

Da jeg skulle vurdere artikkelens pålitelighet valgte jeg å se på forskernes bakgrunn og kompetanse. Forskerne har bakgrunn fra områder som sykepleie, jordmor, psykologi, helsesykepleie og professor, flere av dem innehar også doktorgrad. Mange av forskerne har publisert andre artikler som er utgitt innenfor lignende eller samme fagområde. Bakgrunnen og erfaringene deres kan bidra til å styrke troverdigheten til studiene.

Informanter

I studien til Røseth et al. har de intervjuet 22 kvinner fra Norge i alderen 24-45 år. I Aamlid et al. sin studie har de intervjuet 23. kvinner i alderen 24-45 år. Det kan tenkes at disse to studiene har et utvalg av de samme kvinnene, da beskrivelsen av deltakerne i begge artiklene er like. Dersom dette er sant kan det ha påvirket resultatene mine, da det kan ha blitt mindre variasjon i resultatene. Alle kvinnene hadde norsk opprinnelse med unntak av en. Kvinnene ble intervjuet i en setting der de selv følte seg mest komfortable. Studien til Georgsson et al. (2019) inkluderte 182 kvinner fra Sverige hvorav 95 av disse gjennomgikk en medikamentell abort i første trimester. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 32 år. Kvinnene gjennomførte her en nettbasert undersøkelse. Hedqvist et al. sin studie inkluderte 119 kvinner. De utøvde en tverrsnittstudie hvor gjennomsnittsalderen var 26 år. I denne studien ble kvinnene intervjuet over telefon. Variasjonen på alderen og livserfaringene til kvinnene i studien varierer. Dette kan være positivt da det vil gi oss et større perspektiv på kvinnenes erfaringer.

I Georgsson et al. (2019) sin studie inkluderes ikke utelukkende kvinner som har gjennomgått en medikamentell abort i første trimester. Dette kan anses som en studiens sårbarhet, da ulike abortforløp kan påvirke kvinnenes meninger og opplevelser. Likevel er studien nøye strukturert med bruk av tabeller, noe som gjør det lett å skille mellom opplevelser og meninger blant kvinner i ulike abortsituasjoner. Andre inklusjon/eksklusjonsstrategier på informantene er beskrevet i litteraturmatriksen i vedlegg 2.

Forskningsarena og land

Studien til Røseth et al. (2022) og Aamlid et al. (2021) er begge utført i Norge. Jeg mener dette er fordelaktig da jeg ønsket at resultatene fra artiklene skulle være relevante og anvendbare for det norske helsevesenet. Studien til Georgsson et al. (2019) og Hedqvist et al. (2026) er utført i Sverige. I Sverige sier abortloven at man har mulighet til å gjennomføre en selvbestemt medikamentell abort frem til uke 18 (1177, 2019). I Norge er grensen for selvbestemt medikamentell abort frem til uke 12 (Abortloven, 1975). En bakside med å bruke de svenske studiene når abortgrensene er forskjellige er at behovet for informasjon og oppfølging hos de svenske kvinnene kan være større da de er lengre på vei når aborten gjennomføres. Tross denne forskjellen tenker jeg at artiklene og dens resultater er relevante for oppgaven min, da det kan tenkes at det svenske helsevesenet er kompatibelt med det norske.

Etiske overveielser

De etiske retningslinjene er ivaretatt i samtlige av artiklene da de blant annet ivaretar anonymiteten til alle kvinnene. I artiklene til Hedqvist et al. (2016), Røseth et al. (2022) og Aamlid et al. (2021) er det spesifisert at alle kvinnene har fått skriftlig og muntlig informasjon om studien. De fikk også informasjon om at studien var frivillig, noe som betydde at kvinnene kunne trekke seg når som helst dersom dette var ønskelig. I studien til Georgsson et al. (2019) kommer det fram at kvinnene i studien kunne velge hvilke spørsmål de ønsket å svare på. Abort kan for mange være sårbart og vondt. Muligheten for å da kunne være anonym og velge å ikke svare på enkelte spørsmål, kan derfor ses på som en trygghet for mange. Samtlige av studiene er godkjent av etiske komitéer.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere kan bedre følelsen av ivaretagelse til kvinner som gjennomgår medikamentell abort i hjemmet gjennom informasjon og oppfølging. I dette kapitlet vil jeg diskutere hovedfunnene, tidligere presentert i resultatkapitlet, opp mot relevant teori, samt egne refleksjoner.

5.2.1 Behov for informasjon

I tre av fire av artiklene rapporterte kvinnene om at de opplevde å få utilstrekkelig informasjon, særlig rundt smerter, blødning og gjennomførelsen av selve aborten. Tross dette var det også noen kvinner som følte at de fikk tilstrekkelig informasjon. Dette kan tyde på at informasjonsbehovet vi har er svært varierende og individuelt. Når man står i en slik sårbar situasjon, har man ofte et stort behov for informasjon og kunnskap om en rekke ulike forhold. Økt kunnskap gir en følelse av kontroll og er en forutsetning for selvbestemmelse og opplevelse av mestring (Eide & Eide, 2017 s.218-219). Det er derfor viktig at vi som helsepersonell tilstreber å gi pasienten fullstendig og forståelig informasjon for å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig for pasientene. Forskning viser at pasienter kan føle at de ikke har fått informasjon, selv om helsepersonell har gitt tilstrekkelig informasjon. Eide & Eide (2017 s.2019) skriver at dette grunner i at pasienten befinner seg i en situasjon hvor de opplever å bli overøst av inntrykk og informasjon. Det kan tenkes at kvinnene som rapporterte om at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon muligens har fått det, men ikke var mottakelig for å ta den til seg, grunnet situasjonen de var i og det stresset det påførte de. Det kan derfor være viktig at helsepersonell som skal gi informasjonen fremhever at

informasjonen kvinnen nå skal få er relevant og viktig, og sørger for å ha hennes fulle oppmerksomhet (Eide & Eide, 2017 s.119). Eide & Eide (2017 s.219) skriver at det også kan være lurt å strukturere samtalen, samt finne knagger en kan henge informasjonen på. Dette kan gjøre det lettere for pasienten å huske informasjonen som blir gitt.

Det er en mulighet for at behovet for informasjon også kan basere seg på hvor mye forkunnskap kvinnene har om abort og selve abortprosessen. Dersom de har gått igjennom dette før, har lest seg opp eller kjenner noen som har gjennomgått en abort, kan det tenkes at en ikke føler på et like stort informasjonsbehov som de kvinnene som ikke innehar den samme forkunnskapen. Dette kan altså være en av flere grunner til kvinnenenes delte meninger om tilstrekkelig informasjon. Søren Kirkegaard (1994) skriver at det handler om å møte mennesket der det er. Altså at vi skal tilpasse informasjon ut ifra den enkeltes behov. En måte å tilpasse informasjonen til den enkeltes forutsetninger kan inkludere å intervju kvinnen før informasjonssamtalen. Dette vil bidra til å kartlegge hennes eksisterende kunnskapsnivå.

Det er ikke utenkelig at kvinnene i Georgsson et al. (2019), Hedqvist et al. (2016) og Aamlid et al. (2021) ikke har mottatt tilstrekkelig informasjon. Dette kan det være flere grunner til. Det kan for eksempel grunne i dårlige rutiner, urutinert helsepersonell, travelhet eller språkbarrierer. Kvinnene har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven rett på tilstrekkelig informasjon og skal informeres om bivirkninger og risikoer (1999 § 3-2). Som helsepersonell plikter vi å formidle informasjonen til pasientene på en måte slik at de forstår den, og vi skal i den grad det er mulig forsikre oss om at de har forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 3-5). Loven sier altså ikke bare at kvinnene har rett på tilstrekkelig informasjon, men den skal også tilpasses til den enkeltes behov. Dette vil si at det muligens ikke vil være nok å gi kvinnene et informasjonsark, men at informasjonen også må forklares og forenkles muntlig til kvinnen. Eide & Eide (2017, s.218) skriver at en skal undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap. Dette kan være greit å kartlegge i samtalen med kvinnene for å vite hva de kan fra før av. Ved å innhente denne typen informasjon, er det lettere å tilrettelegge informasjonen de skal få. Det er tenkelig at dette kan være utfordrende å overføre til praksis sett i lys av den tidspressede situasjonen som helsepersonell står i. Samtidig er dette noe kvinnen har rett på, og vi som helsepersonell bør derfor tilstrebe mer

5.2.2 Oppfølging etter aborten

I dag er det ingen rutine at kvinner som har gjennomgått en medikamentell abort får en oppfølgingstime i etterkant (Helsenorge, 2023). I funnene kom det frem at flere av kvinnene ønsket en kontroll etter aborten, både med tanke på det fysiske og det psykiske.

I en artikkel skrevet av Broen et al. (2005) fant de at kvinner som hadde gjennomgått provosert abort kjente på langvarige reaksjoner som angst og depresjon. Videre i studien fant de at disse kvinnene også opplevde følelser som skyld og skam. En annen studie fant at 85% av kvinnene som hadde gjennomgått en provosert abort opplevde minst én psykisk reaksjon (Fergusson et al., 2009 s.425). Ubehagelige tanker og følelser ble også belyst i resultatene fra Røseth et al. (2022) og Georgsson et al. (2019). Siden selvbestemt medikamentell abort fortsatt er et tabubelagt tema er det mulig at dette også er en bidragsyter til at kvinnene kjenner på enda mer skam og skyld. Med grunnlag i disse artiklene kan det se ut til at behovet og ønske om oppfølging i etterkant av en abort er stort. Oppfølgingen av kvinnen krever ressurser som helsepersonell, tid og økonomi, og man er derfor avhengig av at det bevilges mer penger, samt flere ansatte på avdelingen.

På den annen side kan behovet for oppfølging også være en konsekvens av manglende informasjon før aborten. Dersom kvinnene får tilstrekkelig informasjon om mulige psykiske reaksjoner etter aborten, er det sannsynlig at de vil være bedre rustet til å håndtere slike reaksjoner dersom de skulle oppstå. Som nevnt tidligere skriver Eide & Eide (2017 s.2019) at ved å legge til rette for tilstrekkelig kunnskap, vil pasienten oppleve mestring. Dette synliggjør viktigheten av at sykepleiere gjør en tilstrekkelig jobb i forkant av aborten, både når det kommer til informasjonen som blir gitt, men også hvordan man møter og forholder seg til kvinnen. Det er viktig at en sykepleier opptrer nøytralt, men likevel støttende under en slik prosess. Ved å virke avvisende eller ikke imøtekommende, kan det være mulig at kvinnens følelse av skyld og skam styrkes, noe som muligens kan gi de større psykiske ettervirkninger. I de etiske prinsippene punkt 1.1 står det at «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og understøtter menneskets ressurser, mestring, håp og livsmot» (NSF, 2021). Det er sannsynlig at dersom sykepleierne gjør en god jobb i forkant av aborten ved å støtte og å gi tilstrekkelig informasjon kan styrke kvinners følelse av mestring, og derfor også deres psykiske helse i etterkant av aborten. På den andre siden kan dette bli sett på som en

verdikonflikt fra sykepleierens side, da det kan tenkes at sykepleierne ikke ønsker å blande seg for mye inn i kvinnens situasjon.

6.0 Anvendelse av resultatene i praksis

Ved gjennomførelse av en abort har sykepleier en sentral rolle når det kommer til ivaretagelsen av kvinnen. Gjennom resultatene belyses forbedringspotensialer. I min oppgave la jeg hovedfokus på hvordan sykepleiere kan bedre kvinners følelse av ivaretagelse ved hjelp av bedre informasjon og oppfølging. Jeg ønsker derfor å komme med konkrete forslag for å bedre kvinners opplevelse under en selvbestemt medikamentell abort.

- For å legge til rette for individtilpasset informasjon bør sykepleiere kartlegge hvilken kunnskap kvinnen innehar fra før. Dette kan for eksempel gjøres i form av spørsmål i forkant av informasjonssamtalen. Dette gjør at sykepleier kan tilrettelegge informasjonen til kvinnen etter hennes behov.
- Det er viktig at alle kvinnene blir møtt på samme måte og får den samme informasjonen. For å sikre at alle kvinnene har fått informasjon de har krav bør det utarbeides standardiserte informasjonsskjema som sykepleierne kan benytte seg av systematisk. Det bør utvikles separate skjemaer, både for sykepleierne som mottar telefonhenvendelser fra kvinner som søker abort, og for de som utfører samtalene ved den fysiske konsultasjonen. Dette for å forsikre seg om at all informasjon som skal formidles, er blitt gitt.
- I tillegg til skriftlig og muntlig informasjon kan det være en idé å lage innspilte videoer med informasjon som man kan henvise kvinnen til. Når kvinnen ringer inn til poliklinikken og forteller at hun ønsker en abort kan hun bli henvist til en lenke eller qr-kode på avdelingen sin nettside som tar de videre til en informasjonsvideo. Her kan kvinnen få informasjon om abortprosessen og eventuelt danne seg spørsmål frem til hennes fysiske time på poliklinikken. Ved å se på informasjonsvideoen i forkant er kvinnen opplyst om prosessen og kan tenke på spørsmål som de eventuelt ønsker å ta opp under informasjonssamtalen.
Etter den fysiske informasjonssamtalen kan kvinnen få en ny lenke eller qr-kode som henviser hun til en ny video som snakker om det samme som er blitt snakket om på

informasjonssamtalen. Kvinnen kan ha vært lite mottakelig for informasjonen da hun fikk den. Dette kan derfor være fordelaktig da hun kan gå tilbake å se på videoen dersom det er noe hun lurer på. Det kan også være enklere for kvinnen å se på videoen enn å lese på papirene som hun får med seg fra sykehuset.

- I dag er det ingen fast rutine at kvinnene får en oppfølgingstime etter den medikamentelle aborten. Kvinnene får beskjed om at de skal ta en graviditetstest etter 4 uker for å se til at aborten har vært vellykket (Helsenorge, 2023). En kunne derfor ha hatt det som rutine at kvinnene blir tilbudt å dra på legesenteret til fastlegen sin, eller på helsestasjonen til en sykepleier, helsesykepleier eller jordmor for å ta graviditetstesten. På denne måten kunne de også fått en fysisk sjekk, samt at kvinnene kunne ha snakket åpent om hvordan de synes aborten gikk for seg. Under oppfølgingstimen kan helsepersonell også ta opp den psykiske helsen til kvinnen, og vurdere om hun har behov for videre samtaler.
- Et annet forslag til å bedre oppfølgingen til kvinnene er at sykehusene legger det inn som en rutine at de ringer kvinnene etter utført abort. Dette for å tilse at alt har gått riktig for seg, og at alt står bra til med kvinnen. Dette gir kvinnen en mulighet til å spørre om spørsmål hun eventuelt har. I tillegg til dette burde alle kvinner få tildelt et nummer under informasjonssamtalen som hun kan ringe når som helst underveis i prosessen. Det bør også informeres om at det skal være lav terskel for å benytte seg av telefonnummeret, slik at kvinnen ikke avstår fra å ta kontakt da hun kan føle på at spørsmålet ikke haster eller anses som alvorlig nok. Dette gjør at kvinnene kan få rask tilbakemelding på spørsmålene de måtte ha, og forhindrer at de opplever unødvendig usikkerhet i den situasjonen de står i.
- Når kvinnen er på sykehuset, bør hun informeres både skriftlig og muntlig om Amatheia. Amatheia er en statsstøttet og gratis veiledningstjeneste som man kan ta kontakt med både før, under og etter aborten. Her kan man ringe inn eller skrive meldinger direkte på nettsiden med kvalifisert helsepersonell. På Amatheia kan man også avtale samtaler, enten på telefon, via videosamtale eller på et av Amatheia sine kontorer. Her er det mulighet for oppfølging dersom kvinnen skulle se behovet for dette.

I konklusjonen av denne studien fremheves sykepleierens avgjørende rolle i å ivareta kvinner som gjennomgår selvbestemt medikamentell abort. Gjennom utforsking av teoretiske perspektiver, analyser av relevante funn, og identifisering av mulige forbedringer i praksis, har denne oppgaven satt søkelys på viktigheten av fullstendig informasjon og behov for oppfølging. I skrivende stund diskuteres det nå om å styrke kvinners rett til råd, veiledning og oppfølging, samt utvide grensen for selvbestemt abort til uke 18 (Anne Hafstad, 2023). Kvinnehelse er nå mer fremtredende enn tidligere, men det er likevel nødvendig med mer forskning innenfor abortområdet. Denne oppgaven har bare berørt overflaten av et komplekst emne, og det er nødvendig med kontinuerlig innsats for å styrke praksis og forske videre på måter å forbedre sykepleiernes evne til å ivareta kvinner gjennom selvbestemt abort. Ved å opprettholde et fokus på empati, respekt og informert omsorg, kan sykepleiere spille en sentral rolle i å legge til rette for en trygg og støttende opplevelse for kvinner i denne situasjonen. Gjennom oppgaven har jeg merket meg spørsmål som det behøves mer forskning på:

- Mer forskning på psykiske etterfølger av abort.
- Undersøke eventuelle kulturelle eller sosiale faktorer som kan påvirke denne prosessen, med sikte på å utvikle enda mer tilpassede og individuelt tilrettelagte omsorgsstrategier.

Referanser

1177. (2019). *Abortlagen*. 1177. <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/abortlagen/>

Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd (LOV-1975-06-13-50)*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>

Amathea. (2023, desember 13). *Medisinsk abort*. Stiftelsen Amathea.

<https://amathea.no/abort/hvordan-foregar-abort/medisinsk-abort/>

Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study.

BMC Medicine, 3(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-18>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal.

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.). Gyldendal.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2009). Reactions to abortion and subsequent mental health. *British Journal of Psychiatry*, 195(5), 420–426.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066068>

Folkehelseinstituttet. (2023, mars 8). *Aborttall for Norge*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

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

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>

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>

Helsenorge. (2023, juni 29). *Abortmetoder*. Helsenorge.

<https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>

Kirkegaard, S. (1994). *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. I: Kierkegaard S. Samlede værker. Bd. 18*. Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., & Simen A. Steindal. (2021). *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon (Bd.1)* (Gro Hjelmeland Grimsbø, Red.; 4. utg.). Gyldendal.

Norsk sykepleieforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

NSF. (2021). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

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>

Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100582. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrønsinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24.10.23	PubMed	Abortion AND woman's health AND abortion care AND women s experience AND existential	Peer reviewed, 2013-2023	4	1	1	1
26.10.23	PubMed	Home abortion AND experiences	Peer reviewed, 2013-2023	88	4	2	2
26.10.23	PubMed	Scandinavia AND induced abortion AND Information	Peer reviewed, 2013-2023	47	2	1	1

Vedlegg 2: Litteraturmatrikse

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode/ analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Relevans for oppgaven
Røseth, I., Sommerseth, E., Lyberg, A., Sandvik, B. M., & Dahl, B. (2022). <i>Health Care for Women International</i> . Norge.	No one needs to know! Medical abortion: Secrecy, shame, and emotional distancing.	Hensikten var å se på hvordan kvinner mestrer det følelsesmessige aspektet i tilknytning av en medisinsk abort i hjemmet.	Pasient	Kvalitativ studie hvor kvinnene ble intervjuet individuelt. Det ble brukt en intervjuguide på 22 kvinner som besto av tre åpne spørsmål angående kvinnens generelle opplevelse. De ble oppfordret til å snakke fritt om opplevelsen sin. Intervjuene varte mellom 19 og 71 minutter.	22 kvinner fra Norge som hadde gjennomgått en medikamentell abort i hjemmet før uke 12 i svangerskapet	Kvinnene opplevde aborten som vanskelig og kjente på en følelse av skyld, skam, uansvarlighet og mangel på kontroll. Flere opplevde aborten som ensom og skremmende seanse. Flere benyttet seg av emosjonell distansering som mestringsstrategi Følelsesmessige reaksjoner i	Studien belyser tydelig at abort fortsatt knyttes til en følelse av skyld og skam. Den belyser følelsene og tankene som kvinnene kan sitte med i etterkant av aborten. Studien viser at vi som helsepersonell kan styrke kvinners som skal gjennomgå en abort ved hjelp av tilstrekkelig informasjon og god å bli møtt på en fin måte.

						ettertid av aborten.	
Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E., & Carlsson, T. (2019). <i>The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care Sverige.</i>	Abortion-related worries, fears and preparedness: A Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study.	Hensikten var å utforske kvinners bekymringer, redsler og forberedelser knyttet til opplevelsen av å ha gjennomgått en indusert abort.	Pasient	Mixed-methods studie. Web-basert studie bestående av 185 kvinner som besvarte åpne spørsmål og ga retrospektive selvrapporterte vurderinger.	182 svenske kvinner som hadde gjennomgått en abort. Her er alle typer abortmetoder inkludert. Studien skiller imidlertid godt mellom de ulike metodene ved hjelp av tabeller. Det var totalt 73% som gjennomførte studien	Redsel knyttet til selve abortprosessen, samt fysiske og psykiske reaksjoner. Uforventede hendelser knyttet til aborten, komplikasjoner og dårlig oppfølging av helsepersonell. Utilstrekkelig informasjon som fører til usikkerhet blant kvinnene.	Kvinnene forteller om at det er behov for bedre og mer detaljert informasjon for å kunne håndtere aborten på en best mulig måte. Utilstrekkelig informasjon fører til usikkerhet og står i fare for å bli utsatt for uforutsette hendelser underveis og etter aborten.
Aamlid, I. B., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). <i>Sexual & Reproductive Healthcare Norge.</i>	Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study.	Hensikten var å utforske kvinners opplevelser knyttet til informasjon og støtte når de skulle gjennomføre en medikamentell abort hjemme, samt oppfølging etter aborten.	Pasient	Kvalitativ studie hvor de intervjuet 23 kvinner individuelt. En intervjuguide bestående av tre åpne spørsmål. Kvinnene ble oppfordret til å dele opplevelser og erfaringer fritt underveis i intervjuet. Intervjuene varte mellom 19 til 71 minutter, som ga en snitt-tid på 47 minutter.	23 kvinner fra Norge som hadde gjennomgått en provosert abort før uke 12 i svangerskapet.	Kvinnene opplevde utilstrekkelig informasjon i forkant av aborten, hvor spesielt blødning og smerte ble trukket frem som mangelfullt. Mangel på bekreftelse av helsepersonell som gikk ut over kvinnes følelse av støtte i prosessen. Oppfølgingen og tilgangen til helsepersonell under og etter aborten og hvilken påvirkning dette hadde på kvinnene.	Kvinnene savnet mer detaljert og individualisert informasjon. Andre følte at de fikk tilstrekkelig informasjon. Mangel på omsorg i tilnærmingen med helsepersonell. Flere savnet en oppfølging etter aborten som hadde fokus på både det fysiske og psykiske.
Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). <i>Sexual & Reproductive Healthcare Sverige</i>	Women's experiences of having an early medical abortion at home.	Hensikten var å vurdere kvinners opplevelse av å gjennomføre en tidlig abort, samt undersøke deres oppfatning om informasjonen som ble gitt i forkant av aborten.	Pasient	Mixed-methods studie. Tverrsnittstudie hvor 119 kvinner ble intervjuet over telefon. Hovedsakelig flervalgsspørsmål, men også åpne spørsmål. Telefonintervjuene varte mellom 5 og 31 minutter som ga et gjennomsnitt på 12 minutter.	119 kvinner som hadde gjennomgått en medikamentell hjemme abort i første trimester.	Utilstrekkelig informasjon om smerte og blødning. Kvinner som ikke har gjennomgått tidligere abort opplever mer smerte. Utilstrekkelig smertelindring.	Kvinnene i studien rapportert om utilstrekkelig informasjon. Noen opplevde også at de mottok nok informasjon i forkant. Studien viser også at det kan være greit å innhente informasjon om pasientens tidligere erfaringer/kunnskap for å kunne legge best mulig til rette for pasienten.