



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

**Legger sykepleiere godt nok til rette for god psykisk
oppfølging når kvinner gjennomfører provosert
abort?**

Kandidatnummer: 10029

Antall ord: 4719

Abstrakt

Bakgrunn: Artikkelen tar for seg hvordan sykepleiere legger til rette for god psykisk oppfølging når kvinner gjennomfører provosert abort gjennom kategoriene profesjonell intuisjon, kartlegging av psykisk helse og Amatheia.

Objektiv: Å se på dagens praksis sammen med forskning på området. Legger sykepleiere godt nok til rette for god psykisk oppfølging når kvinner gjennomfører provosert abort?

Metode: Kvalitativ studie med fire semi-strukturerte intervjuer ved gynekologisk avdeling, samt strukturert observasjonsstudie ved gynekologisk poliklinikk. I tillegg er det gjennomført et ressursintervju med en ansatt hos Amatheia.

Resultat: Det er tre hovedtemaer i oppgaven; profesjonell intuisjon, kartlegging av psykisk helse og Amatheia. Tema som er diskutert under profesjonell intuisjon er i hvor stor grad denne skal vektlegges i avgjørelsen av kvinnens videre forløp. Kartlegging av psykisk helse ser på dagens praksis i forhold til kvinnens behov, og i hvor stor grad dagens praksis er dekkende. Under Amatheia diskuteres hvilken mulighet kvinnen får til å oppsøke det tilbudet som finnes i dag, og på den måten oppnå valgmuligheter i sitt behandlingsforløp.

Konklusjon: Sykepleiere mangler verktøy og gode rutiner som fanger opp både kvinnens psykiske historie og psykiske behov i forbindelse med provosert abort. Kvinnens behandling og muligheter i behandling baseres i for stor grad på sykepleierens profesjonelle intuisjon, noe som kan føre til ulik i behandling av hver kvinne. Sykepleiere legger derfor ikke godt nok til rette for god psykisk oppfølging når kvinnene gjennomgår provosert abort, da kvinnens behov vurderes i for stor grad av en subjektiv oppfattelse.

Abstract

Background: This article is about how nurses facilitate proper mental follow-up when women go through provoked abortion in the categories intuition, mapping of mental health and Amatheia.

Objective: Observe current practise together with research in this field. Do nurses facilitate psychological follow-up when women perform provoked abortions, in a sufficient means?

Method: Qualitative study with four semi-structured interviews at a gynecological ward. As well as a structured observation study at a gynecological polyclinic. In addition, a resource-interview with an employee at Amatheia is performed.

Results: There are three main categories in this thesis; professional intuition, mapping of mental health and Amatheia. Under professional intuition the category is in what degree it should be emphasized. Mapping of mental health looks at current practise in relation to patients needs and to what degree current practise is adequate. In Amatheia, the discussion refers as to how the patients ability to seek current treatment offerings and in that way acquire options for further treatment.

Conclusion: Nurses lack sufficient tools and routines that detect both the patients mental history and needs in conjunction with a provoked abortion. A womans treatment and options in treatment are based in a too large extent on the nurses professional intuition wich in turn can lead to different treatment of each patient. It seems like nurses do not adequately facilitate proper mental health care and follow-up when a woman undergo provocative abortion, as the needs are considered too largely by a subjective view.

Innledning

Psykiske lidelser fører ofte til dårligere livskvalitet, og kan øke behovet for å ta i bruk andre helsetjenester. Dette kan koste svært mye for enkeltmennesket og dens nærmeste, og kan også gi direkte og indirekte kostnader for samfunnet (1). Det viser seg at 16-22 prosent av befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av et år, og at fåtallet oppsøker psykiatrisk hjelp. Dette forteller oss at mange går rundt med psykiske lidelser uten å få noen behandling for det (1).

Å gjennomgå en abort kan føre til en slik psykisk lidelse for kvinnen, spesielt om hun ikke får opprettholdt behovet for psykisk støtte i forkant, under eller etter aborten. Det ser ut til at det er de som gjennomfører provosert abort som på lang sikt har mest psykiske helseplager. I en studie gjort ved Buskerud sykehus ble 120 norske aborterende kvinner fulgt opp med intervjuer over fem år, hvorav 40 av disse spontanaborterte og 80 utførte provosert abort. Resultatene viser at kvinnene med spontanabort reagerte kraftig kort tid etter aborten, men etter vel et halvt år var deres psykiske tilstand på god vei til å normalisere seg. Kvinnene som utførte provosert abort reagerte ikke fullt så sterkt initialt på aborten, men reaksjonen kom ofte senere og varte lengere (2). Studier viser også at det er et stykke å gå i forhold til å dekke kvinnenes behov utover det medisinske i forbindelse med abort. Skandinaviske studier viser at kvinnene som utfører abort i stor grad er fornøyd med behandlingen de har fått, og at møtet med helsevesenet har følt profesjonelt, trygt og godt. Kvinnene bemerker likevel at fokuset var på det medisinske i forbindelse med aborten, og at det var for lite eller ikke-eksisterende fokus på deres emosjonelle og eksistensielle behov (3, 4). Samtidig viser nyere studier at den største risikofaktoren for å utvikle psykiske problemer i etterkant av en abort ligger i kvinnens psykiske historie. En tidligere historie med psykiske lidelser, uønskede livshendelser eller et ustabil partnerforhold øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser etter abort (5-7). I tillegg viser det seg at kvinner med psykiske utfordringer i forkant av en abort sitter igjen med opplevelsen av å få en mer mangelfull oppfølging under aborten enn friske kvinner (8). Dette viser oss at psykisk historie er en viktig faktor i avgjørelsen av behovet kvinner har for oppfølging før, under og etter en abort. Sykepleiere kan oppnå mye med å ta opp temaet psykisk helse med kvinnene (9).

I Norge har vi en landsdekkende stiftelse som har økt kompetanse knyttet til kvinnens helse og psykososiale utfordringer ved uplanlagt graviditet og provosert abort i Norge (10). Amatheia tilbyr gratis helsetjeneste, og alle abortsøkende kvinner skal ifølge prosedyren (vedlegg 1) informeres om tilbudet de har. Tilbudet til Amatheia har fokus på de psykiske aspektene til kvinnen som gjennomgår et svangerskap eller en abort. De gir informasjon og veiledning knyttet til valget om svangerskap og abort, samtale før og etter abort, i tillegg til flere tjenester forbundet med abort og graviditet (10).

Abort, både spontant og fremprovosert, er relevant for utøvelsen av sykepleie da dette er noe alle sykepleiere som jobber på gynekologisk avdeling eller et akuttmottak vil kunne møte. Abort er ikke en integrert del av sykepleieutdanningen, til tross for at det er sykepleiere som møter disse kvinnene og har stor innvirkningskraft på deres psykiske helse (3, 4). Sykepleiere må ifølge lovverk og retningslinjer sørge for at kvinnene får

tilstrekkelig og god nok informasjon, slik at kvinnen opplever situasjonen mer håndterbar og forutsigbar, samt får mulighet til å oppsøke den hjelp som er tilgjengelig (11-13). Skriftlig informasjon viser seg å ikke alltid være tilstrekkelig, og det må tas hensyn til både kvinnes helsekompetanse og ulike leseferdigheter (14-16). For å kvalitetssikre behandlingen benytter norske sykehus blant annet en nedskrevet prosedyre (vedlegg 1) i møte med kvinnene som søker abort, samt sjekkpunkter i gjennomføringen av samtalen på poliklinikk (vedlegg 2). Kvinnene får også med seg pasientinformasjon (vedlegg 3) før de drar hjem igjen, for å sikre at informasjonen blir husket, oppfattet og forstått.

I tillegg til lovverk og andre verktøy er erfaringskompetanse og profesjonell intuisjon en verdifull og unik kompetanse som vektlegges i sykepleiefaget. Dette er en kompetanse som støttes av både Martinsen, Benner og Wrubel (17, s.22-32, 18, s.30-35). Det viser seg riktignok at å basere seg på profesjonell intuisjon alene kan føre til unøyaktigheter i behandlingen, og kan være vanskelig å kvalitetssikre (19).

Hensikten med studien er å se nærmere på; legger sykepleiere godt nok til rette for god psykisk oppfølging når kvinner skal gjennomføre provosert abort.

Metode

Prosjektet er et samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved NTNU, FOR (Fremtidens Operasjonsrom) og en Gynekologisk avdeling ved et norsk sykehus. Studentgruppen består av fire sykepleierstudenter som har intervjuet sykepleiere ved gynekologisk poliklinikk og sengepost (vedlegg 4). Vi har observert tre abortsamtaler ved gynekologisk poliklinikk (vedlegg 5) og intervjuet en ansatt ved Amatheia (vedlegg 6). I tillegg er det benyttet relevant forskning og litteratur. Dette for å oppnå en helhetlig forståelse av abortprosessen.

Begrunnelse for valgt metode

Det er vanskelig å samle data uten å ha en mening om det du finner, det er dette Dalland kaller førforståelse. I forbindelse med datainnsamlingen ble det lagt merke til at psykisk helse ikke var et tema i samtale med kvinnene. Dette fanget oppmerksomhet, og ble noe som var interessant å se nærmere på (20, s.117-118).

I denne studien er det brukt en kvalitativ tilnærming med semi-strukturerte intervjuer (21, s.78). Hensikten bak den valgte metoden er ønsket om å undersøke og belyse sykepleiernes egne tanker og erfaringer, og hva de vektlegger i møte med kvinner som søker provosert abort. Intervjuene har en fleksibilitet der det ikke er faste svaralternativer, og det er mulig å stille oppfølgings spørsmål (21, s.53).

Dybdeintervjuene skulle i utgangspunktet gjennomføres ansikt til ansikt, men på grunn av Covid-19 pandemien ble det ikke mulig (22). Torsdag 12. mars 2020 ble Norge nærmest stengt ned over natten. Landets sykehus ble satt i beredskap, og landets universiteter ble fysisk stengt. NTNU har i sine retningslinjer stengt all undervisning og oppmøte på campus ut semesteret (22). Det ble istedenfor gjennomført individuelle telefonintervju. Observasjon av abortsamtaler og intervju hos Amatheia ble gjennomført før dette.

Rekruttering

Rekrutteringen ble gjennomført av fagutviklings sykepleier ved avdelingen. Det ble rekruttert til sammen fire sykepleiere med varierende erfaring og alder. To sykepleiere fra gynekologisk sengepost og to fra gynekologisk poliklinikk. Inklusjonskriteriene var at intervjuobjektene måtte være sykepleiere som jobber på gynekologisk avdeling. Gruppen tok selv initiativ til kontakt med Amatheia, og avtalte tidspunkt for et intervju. Fagutviklings sykepleier ga oss mulighet til å observere abortsamtaler på poliklinikk.

Datainnsamling

Til sammen ble det gjennomført fire individuelle telefonintervju, med semi-strukturert intervjuguide som var delt opp i ulike hovedtema. Tema i intervjuguiden ble utformet etter samtale med avdelingen (vedlegg 4). Under observasjonene av abortsamtalene var

fokuset å observere sykepleieren i møte med kvinnene. I etterkant av observasjonene ble det skrevet tre separate loggbøker av studentenes erfaring (vedlegg 5). Det ble ført referat av møtet med Amatheia, som senere er utfylt og godkjent av representanten fra Amatheia (vedlegg 6).

Analyse og tolkning

Intervjuene ble transkribert underveis. For å få en mer helhetlig forståelse leste vi gjennom hvert intervju flere ganger, for deretter å tolke gjennom å dele intervjuene opp i naturlige meningsenheter etter innhold (21, s.91, 23). Det ble laget en samlet systematisk og tematisk oversikt over dataene for å finne sentrale temaer (21, s.90-91). Observasjonene fra abortsamtalene ble systematisert og analysert på samme måte som intervjuene.

Forskningsetiske betraktninger

Informantene ble informert om studien gjennom fagsykepleier, som også bistod i rekrutteringen. Det er innhentet informert, muntlig samtykke fra informantene i forkant av intervjuene, og fra sykepleier og kvinnene ved abortsamtalene. Informantenes anonymitet er ivaretatt ved å utelate arbeidssted og navn. Ingen informasjon om sykepleierne eller de abortsøkende kvinnene ble registrert(23).

Resultat

De ulike kategoriene som presenteres er: profesjonell intuisjon, kartlegging av psykisk helse og Amatheia. Informantene er nummerert.

Profesjonell intuisjon

Et uttrykk som gikk igjen hos informantene var å 'lese pasienten'. Å 'lese pasienten' er en egenskap de bruker for å kunne forstå hvilke behov hver enkelt kvinne har, ved å bruke sin profesjonelle intuisjon og opplevde erfaring. Å 'lese pasienten' er synonymt med å bruke det kliniske blikket eller magefølelsen, og utvikles gjennom faglig erfaring (17, 18). Det går igjen i intervjuene at sykepleierne stoler på denne egenskapen, og de mener den gjør at de oppfatter mer enn hva kvinnen uttaler verbalt. Vurderinger om kvinnen er usikker, trist, ønsker å være alene, trenger støtte eller tar aborten på en god måte er alle områder som ble tatt fram som eksempel på å bruke denne egenskapen.

«Jeg må lese personen. Det er jeg veldig opptatt av. Vi må møte pasientene ut fra de behovene de har, se an følelsene deres når de kommer om morgenen, noen synes det er veldig tøft. Erfaring er nok kjempeviktig på det å lese pasienten.» (2)

«Prøver alltid å føle på hvordan de har det her og nå.» (4)

«Jeg bruker det kliniske blikket. Gjennom å se, lytte og tolke kroppsspråk.» (3)

«Når vi spør hvordan de har det, kan vi ofte se det på kroppsspråket. Men det er nok noen vi ikke fanger opp.» (1)

Kartlegging av psykisk helse

Under observasjonene på poliklinikk fikk vi et innblikk i hvordan den første samtalen med de abortsøkende kvinnene foregikk på poliklinikken. Det ble ikke tatt opp psykisk helse i noen av samtalene vi observerte. Det kommer fram i intervjuene at psykisk helse har vært oppe til refleksjon på avdelingen, da de ser et behov for mer kunnskap på området.

«Vi har snakket mye om at det er for lite om psykisk helse på avdelingen. Hvilke spørsmål vi skal stille, og hvordan vi skal følge opp.» (1)

Sengeposten på sin side stoler på at poliklinikken kartlegger psykisk helse før de kommer opp på sengepost, så de er tydelige på at de ikke har noen kartlegging.

«Det er som regel godt kartlagt før de kommer hos oss.» (2)

På poliklinikken svarer sykepleierne at spørsmålet om hvilke medisiner de går på vil vise om det er psykisk sykdom. Hvis det dukker opp medisiner som vitner om psykisk lidelse der, så blir det et naturlig tema videre.

«Noe annet rundt psykisk helse må det jo være noe diagnoser. Mye angst og depresjon, da hører jeg det på medisiner.» (4)

Amathea

Amathea har stort fokus på psykisk helse i forbindelse med abort.

«Det er viktig at vi tar opp psykisk helse i samtalen, både for å avdekke eventuell tidligere psykiske utfordringer, og nåværende psykisk helse. Å bli uplanlagt gravid kan være en sårbar og vanskelig fase i livet og det er viktig at vi som helsearbeidere oppdager dette for å kunne gi best mulig hjelp. Noen kan da trenge tettere oppfølging etter en abort.» (Amathea)

Informantene ved gynekologisk avdeling mener Amathea er et godt tilbud for kvinnene med tanke på det psykiske aspektet ved en abort. Det kommer fram meninger om at Amathea har mer kunnskap på området, og bedre tid til oppfølging av hver enkelt.

«Amathea er den beste å kontakte om man trenger psykisk oppfølging etter en abort.» (2)

Informantene var ærlige på at ikke alle kvinnene ble muntlig informert om Amathea, men at det står om tilbudet nederst på pasientinformasjonen (vedlegg 6) som kvinnen får med seg. Hvis ikke sykepleieren oppfatter et behov for tjenestene Amathea tilbyr, blir det vurdert som unødvendig. Dette til tross for at informantene mener Amathea er en ypperlig ressurs som har mye kunnskap på området om psykisk helse hos kvinnene.

«Både poliklinikk og sengepost informerer om Amatheia. De aller fleste får informasjon. Ikke alle, det må jeg innrømme.» (2)

«Reaksjoner kan komme etterpå, men da er de ferdig hos oss. Da er det viktig at de kan ta kontakt med Amatheia. Viktig at de får skriftlig og muntlig informasjon om tilbudet.» (2)

«Vi informerer om Amatheia til alle som er usikre, og til alle som trenger samtale etter aborten.» (4)

Diskusjon

Legger sykepleiere godt nok til rette for god psykisk oppfølging når kvinner skal gjennomføre provosert abort?

Ved observasjonsstudiet på poliklinikk reagerte jeg umiddelbart på at psykisk helse ikke var et tema, og ønsket å følge denne tråden videre(20, s.116-117). I tillegg viste forskning meg at psykisk helse i forkant av aborten er avgjørende for hvordan den abortsøkende kvinnen jobber seg gjennom den psykiske påkjenningen en abort kan ha, dermed ble temaet enda mer aktuelt (5-7). Det var interessant for meg å se på hvordan sykepleierne legger til rette for god psykisk oppfølging når kvinnene gjennomfører provosert abort. Diskusjonen er lagt til tre ulike undertema; profesjonell intuisjon, kartlegging av psykisk helse og Amatheia.

Profesjonell intuisjon

I intervjuene snakker informantene om 'å lese pasienten' i sine møter med kvinnene for å bedre kunne avklare behov og gi en best mulig behandling. Profesjonell intuisjon kan best defineres som å benytte sin erfaring, kliniske blikk eller 'å lese pasienten' for å avdekke behov, ønsker og følelser ved å fange opp mer enn det kvinnen sier med ord. Informantene mener de ved å observere og av erfaring kan tolke og forstå hvilken betydning kvinnenes kroppsspråk og ordvalg har, og på den måten ha godt grunnlag for å vite kvinnens ønsker og behov. Sykepleierens erfaring og kompetanse er basis for den profesjonelle intuisjonen, som videre blir grunnlaget for kvinnens behandling og muligheter. Informantene legger vekt på at profesjonell intuisjon utvikles gjennom erfaring i yrket, og at de ofte baserer seg på sin intuisjon ved avgjørelsen om kvinnens videre forløp.

Vi skal ha respekt for følelser og den tilgangen det gir til gjenkjennelse av tidligere, lignende erfaringer. I yrkessammenheng gir det grunnlag for vår profesjonelle intuisjon, og kan brukes som en verdifull og unik kompetanse. Ikke bare en kompetanse man kan lese seg til, men en erfaringsbasert kompetanse (17, s.22-32, 18, s.30-35). I lys av tidligere erfart kunnskap får det observerte mening og betydning for pleien. Ved hjelp av profesjonell intuisjon setter man det man registrerer i dag i sammenheng med det man tidligere har sett, erfart og opplevd (15, s.157). Kari Martinsen sier det så fint, at det å være profesjonell ikke står i motsetning til det å være personlig, men at man må våge å sanse for å forstå den syke (17, s.22-32). Vi skal ha respekt for den profesjonelle intuisjonen som den unike kompetansen den er, og bruke den med stolthet i sykepleierfaget (17, s.22-32, 18, s.30-35). Likevel snakker vi om kvalitet i helsetjenestene, noe som forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum (15, s.271-277). For å vite at kvaliteten på den profesjonelle intuisjonen er bra, er det utslagsgivende at sykepleieren er trygg i miljøet den skal utvikle seg i. Dette gir rom for unøyaktighet i den subjektive vurderingen, og gjør det vanskelig å kvalitetssikre, da trygghet også er en subjektiv følelse (19). Baseres for mye av arbeidet på profesjonell intuisjon, uten noen annen form for kontroll, kan det føre til

ulik behandling av hver pasient (17, s.22-32, 18, s.30-35). Enhver pasient i lik situasjon og med tilsvarende behov for hjelp skal kunne forvente å få samme kvalitet på sykepleien (15, s.90-92). Et eksempel er om kvinnen møter en nyutdannet sykepleier i sin konsultasjon, eller en sykepleier med 10 års erfaring. Her vil disse sykepleierne ha ulikt erfaringsgrunnlag som igjen vil gi seg utslag i deres profesjonelle intuisjon. På bakgrunn av dette vil trolig hver sykepleier vurdere situasjonen ulikt, og det vil mest sannsynlig føre til at også det videre forløpet formes deretter. I tillegg kan også sykepleierens dagsform og personlige utfordringer få en innvirkning på konsultasjonen. Det blir med andre ord vanskelig å kvalitetssikre behandlingen hver pasient mottar, da ingen mennesker er like, og dermed vurderer ulikt (17, s.22-32, 18, s.30-35). Som sykepleier er man også pliktig til å kunne faglig begrunne sine profesjonelle handlinger gjennom faglig forsvarlighet. Her kan intuisjon bli et for vagt grunnlag til å kalle det forsvarlig, og ha behov for støtte gjennom andre verktøy for å kvalitetssikres (11).

Kartlegging av psykisk helse

Kvinnenes første møte med helsevesenet i forbindelse med provosert abort er Gynekologisk poliklinikk. Her møter kvinnene til samtale med sykepleier, samt undersøkelse og samtale med lege (vedlegg 1). Informantene oppgir at de har god tid til den første samtalen, og at andre pasienter får vente om samtalen tar lengre tid en antatt. Ikke alle kvinner velger å utføre aborten på sengepost, men heller å gjennomføre aborten hjemme. En kartlegging av psykisk helse skjer derfor på poliklinikken, og sengepost stoler på at poliklinikk tar denne jobben og sender informasjonen videre om det skal være noe å ta tak i. Informantene på sengepost sier derfor at de ikke har noen rutine på kartlegging av psykisk helse på avdelingen, men at de henviser til Amatheia om noe tilfeldigvis skulle oppstå eller oppdages. I våre observasjoner på poliklinikk var heller ikke psykisk helse et tema. På spørsmål om det var noen grunn til at det ikke ble spurt om psykisk helse i samtalen, oppgir sykepleier at det ikke er noen rutine for å spørre om dette temaet, og at rutinen er å spørre om kvinnen går på noen medisiner. Hvis kvinnen svarer at hun går på medisiner som kan vitne om psykiske lidelser, blir det naturlig å ta det opp psykisk helse som et tema videre i forløpet. Det viser seg derimot at ansatte ved sykehuset har tilgang på tidligere journaler og e-meldinger på de abortsøkende kvinnene, men at disse ikke benyttes.

I dag vet vi mye om hva psykisk historie har å si for hvordan kvinnen takler påkjenningen en abort kan gi. En historie med psykiske lidelser, uønskede livshendelser eller et ustabil partnerforhold øker sannsynligheten for at kvinnen vil ha behov for psykisk støtte og oppfølging gjennom en abort, og risikoen for å få en psykisk lidelse i etterkant øker betraktelig (1). Vi vet også at en psykisk reaksjon kan komme senere og vare lengere for kvinnene som utfører provosert abort enn for de som opplever spontanabort (2). Å få en psykisk lidelse oppleves svært belastende for den det angår, og også for dens pårørende. I tillegg blir dette fort en stor kostnad for samfunnet. Det er derfor gunstig å være i forkant av psykiske behov (1).

Sykepleiere på gynekologisk avdeling møter ofte mange kvinner hver dag, noe som kan påvirke den behandlingen hver kvinne får. Det kan føre til at det blir lett å glemme mennesket bak aborten, og at kvinner med samme formål behandles mer likt enn de burde (16, s.128). Alle som er sikker på valget om å ta abort er heller ikke like. Psykisk historie og psykiske behov i forbindelse med aborten vil alltid variere, og kvinnene bør derfor tilbys mulighet til å snakke om sin psykiske helse (2, 5-7). Med å snakke om det, blir det ufarliggjort og normalisert (9). Gjennom kartlegging av kvinnens psykiske helse har sykepleieren god mulighet til å ligge i forkant av de psykiske reaksjonene som kan oppstå, og på den måten tilby kvinnen en behandling som er tilpasset hennes behov. For eksempel ved at kvinnen kommer i kontakt med Amatheia ved et tidligere tidspunkt, og får en tettere psykisk oppfølging(2).

16-22 prosent av Norges befolkningen vil oppleve å få en psykisk lidelse i løpet av et år, uavhengig av abort. Fåttallet av disse vil oppsøke hjelp for sin lidelse (1). Noe som også vil si at langt ifra alle som har eller har hatt psykiske lidelser er medisinert for det. Kvinnens medisinliste blir av den grunn ikke tilfredsstillende grunnlag til å kalles en kartlegging av kvinnens psykiske helse. Til tross for dette spørres det altså ikke om psykisk helse under samtalen på poliklinikken (vedlegg 2), og mange abortsøkende kvinner med psykiske lidelser kan forbli uoppdaget og dermed ikke få den psykiske oppfølgingen de burde hatt.

På den andre siden er det en risiko for at kvinnen lukker seg inne om utfordrende spørsmål kommer uforberedt eller for tidlig i samtalen. Psykisk helse kan oppleves som et utfordrende spørsmål i den forstand at det kan være både følsomt og tabu for kvinnen. I en dialog sitter begge representanter med en viss forventning om den andre parten i forhold til hvordan de skal snakke sammen. At begge holder temaet, er høflige og ønsker hverandre godt er noen av disse. Hvis sykepleieren kommer med et spørsmål om psykisk helse for brått i samtalen, kan dette bryte med forventningen til kvinnen. I tillegg kan kvinnen føle at temaet er svært belastende, og ofte står selvtillit, selvrespekt og selvfølelse på spill (16, s.37-39, s.198-201). Selv om informantene oppgir at de kan ta seg god tid til hver samtale, kan det likevel bli for kort tid til å skape tillit. Og hvis det er rullet å etablere seg et tillitsforhold mellom dem, kan et utfordrende spørsmål som kommer uforberedt på kvinnen føre til at tilliten mellom dem brytes (16, s.198-201). Det kan bety at man ikke nødvendigvis kommer noe lenger i kartlegging av psykisk helse selv om man implementerer det i samtalen på poliklinikk, og heller gjøre mer skade enn nytte (16, vedlegg 5). Dette kan føre til at man i et forsøk på å kartlegge psykisk helse, kan ende opp med å få kvinnen til å lukke seg og at det kommer fram mindre informasjon enn det hadde gjort om samtalen fortsatte uten å ta opp temaet (16, s.37-39).

Det kan også være utfordrende for sykepleieren å ta opp et så følsomt tema. Det er en forutsetning at sykepleier føler seg kompetent til å håndtere kvinnens reaksjon og den informasjonen som eventuelt måtte komme. Det er viktig for kvinnen som åpner seg å bli møtt med åpenhet og forståelse, derfor må sykepleieren ha kunnskap om kvinnens reaksjonsmønster og være forberedt på det som måtte komme for å mestre denne rollen. Å bli spurt om et så følsomt og til dels tabubelagt tema som psykisk helse kan være, kan oppleves ubehagelig, og støtten underveis i samtalen blir fort avgjørende for

hvor mye kvinnen forteller. For sykepleieren vil det derfor være avgjørende å tilegne seg nok kunnskap om hvordan de skal håndtere psykiske reaksjoner på en best mulig måte. Dette for å kunne dra nytte av kartleggingen i den grad at kvinnen ønsker å åpne seg, og for å være komfortabel i samtalen om temaet psykisk helse. Det vil også si at det er en forutsetning at alle sykepleiere er like kunnskapsrike for å kunne tilby den samme behandlingen til alle kvinnene (16, s.37-39, 198-201).

Amathea

Informantene er enige om at ikke alle kvinnene informeres om Amathea. Profesjonell intuisjon benyttes i vurderingen om kvinnens behov for psykisk støtte under abortprosessen. Informantene anser det ikke nødvendig å nevne Amathea så lenge kvinnen virker sikker i sin avgjørelse om å ta abort, samt ikke oppgir andre psykiske plager. Dette vises også på sjekkpunktene sykepleieren går igjennom i samtalen på poliklinikk (vedlegg 2). De er likevel raske til å anbefale kvinnene å kontakte Amathea om en psykisk reaksjon skulle oppstå eller oppdages, og ved usikkerhet rundt valget om å ta abort (vedlegg 4 og 5). I våre observasjoner på poliklinikk ble ingen av kvinnene vi observerte muntlig informert om tilbudet Amathea har. I samtale med sykepleier etter observasjonene oppgis også her at det ligger en profesjonell intuisjon til grunn for beslutningen. Det ble ikke ansett nødvendig å nevne Amathea, da kvinnen ble oppfattet som sikker og trygg på valget om å ta abort.

I prosedyren (vedlegg 4) til norske sykehus står det klart at helsepersonell er forpliktet til å informere om Amatheas tilbud, og av den grunn står informasjonen om Amathea skriftlig på pasientinformasjonen (vedlegg 6). Sykepleiere har en plikt til å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon som pasienten forstår, og som gir innsikt i egen helsetilstand (12). Tilpasset informasjon vil blant annet bety at kvinnene får informasjon om det som er nyttig å ha kunnskap om i forbindelse med provosert abort. For mye informasjon kan oppleves belastende, og kan lett prelle av. Det er ingen hensikt å gi informasjon om ikke kvinnen hører, forstår eller husker den. Det er derfor viktig at samtalen er godt planlagt og strukturert på en slik måte at den ikke gir informasjon som er overflødig (16, s.217-236). For mange kan det være unødvendig å nevne Amatheas tilbud, og kanskje være informasjon som nettopp burde siles ut for å gi plass til viktigere faktorer. Kvinnene kan for eksempel ha undersøkt tilbudet selv, ikke ha behov for psykisk oppfølging eller det kan være nok å få den med seg skriftlig (2, 14, 16, s.217-236). På den andre siden kan fordelene med å plukke opp de som vil komme til å ha behov for psykisk støtte gjennom aborten, sees som større enn ulempen med at noen får informasjon de ikke har behov for (5-7). Informasjon kan gi kvinnen mulighet til å ta kontroll over sin egen situasjon.

Det er ikke uvanlig at kvinnene selv oppsøker informasjon om aborten på blant annet internett i forkant av første møte på poliklinikken (16, s.217-236). Amathea har også en nettside som er lett tilgjengelig ved et internettsøk i forbindelse med abort (10). Likevel må det tas hensyn til kvinnes ulike helsekompetanse når de kommer til avdelingen, da de har ulik forutsetning for å forstå og anvende den informasjonen de finner (16, s.217-

236). I tillegg kan det hende kvinnen ikke forutser behovet for psykisk oppfølging under eller etter aborten, og dermed ikke finner Amatheas nettside relevant (2, 10). Det kan derfor være nyttig å få informasjon om tilbudet Amatheia har av sykepleieren på poliklinikk for å få en forsikring om at dette tilbudet er noe hun kan benytte, og at det kan komme behov senere i forløpet som gjør det mer aktuelt å oppsøke. Man kan heller ikke ta utgangspunkt i at alle kvinnene er oppdatert på informasjonen som er tilgjengelig (2, 5-7, 16, vedlegg 2).

Psykiske reaksjoner i forbindelse med en abort kan, som sagt, være mange og vanskelige å forutse, og reaksjonen kan like godt komme før, under eller etter aborten er gjennomført (2, 5-7). Å gi informasjon om behandlingstilbud kan bidra til å gi forutsigbarhet i behandlingen, og gi kvinnen verktøy til å ta kontroll over sin situasjon om en psykisk utfordring skal oppstå. En grunnregel i å gi informasjon til pasienter er at informasjonen ikke er kommunisert før den er gitt og forstått, da det kan være vanskelig for pasienten å få med seg alt som blir sagt i en ny, emosjonell og stressende situasjon (16, s.217-236). I tillegg vet vi at helseinformasjon kan være vanskelig å lese for mange, og at det av den grunn er mange som unngår å lese den (14). Det er relativt mye tekst på pasientinformasjonen, samtidig står informasjonen om Amatheia plassert nederst (vedlegg 3). Det gjør at mange trolig ikke vil få med seg informasjonen om Amatheia, og det kan i tillegg bli vanskelig å kvalitetssikre om informasjonen er forstått når informasjonen ikke leveres muntlig (14, 16, s.217-236, vedlegg 3).

Oppgavens styrker og svakheter

I oppstarten av datainnsamling ble landet nærmest stengt ned over natten på grunn av Covid19-epidemien (22). Dette fikk konsekvenser for datainnsamlingen i form av at det ikke lenger var mulig å komme inn på sykehusområdet. Intervjuene måtte derfor gjennomføres via telefon og ikke ansikt til ansikt som først planlagt. Dette gjør at man mister dimensjonen kroppsspråk og øyekontakt gir til intervjuet. I tillegg ble det ikke mulig å observere flere samtaler på poliklinikk som ønsket, og som kunne gitt observasjonene større tyngde i form av mer data å basere oppgaven på.

Det var ingen personlig tilknytning mellom studenter og informanter som deltok i datainnsamlingen, og informantene ble informert om sine rettigheter i forbindelse med deltakelsen på forhånd. Spørsmålene i intervjuguiden var semi-strukturerte, noe som ga rom for lange svar og oppfølgingsspørsmål. Å ha data fra både poliklinikk, sengepost og Amatheia, samt både intervju og observasjoner gir datainnsamlingen dybde, og et helhetsbilde av abortprosessen. Vi var fire studenter som samarbeidet med datainnsamlingen, noe som kvalitetssikrer arbeidet.

Konklusjon

Legger sykepleiere godt nok til rette for god psykisk oppfølging når kvinner skal gjennomføre provosert abort?

Sykepleiere mangler verktøy og gode rutiner som fanger opp både kvinnens psykiske historie og psykiske behov i forbindelse med provosert abort. Kvinnens behandling og muligheter i behandling baseres i for stor grad på sykepleierens profesjonelle intuisjon, noe som kan føre til ulik i behandling av hver kvinne. Sykepleiere legger derfor ikke godt nok til rette for god psykisk oppfølging når kvinnene gjennomgår provosert abort, da kvinnens behov vurderes i for stor grad av en subjektiv oppfattelse.

Referanseliste

1. folkehelseinstitutt N. Psykisk helse i Norge. Folkehelseinstituttet; 2018.
2. Broen AN, Moum T, Böttker AS, Ekeberg O. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosom Med.* 2004;66(2):265-71.
3. Petersen MN, Jessen-Winge C, Møbjerg ACM. Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis.* 2018;16(7):1537-63.
4. Stålhandske ML, Ekstrand M, Tydén T. Women's existential experiences within Swedish abortion care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2011;32(1):35-41.
5. van Ditzhuijzen J, Ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten C, Vollebergh WAM. [Abortion and the risk of mental disorders]. *Tijdschr Psychiatr.* 2018;60(8):527-35.
6. Steinberg JR, Laursen TM, Adler NE, Gasse C, Agerbo E, Munk-Olsen T. Examining the Association of Antidepressant Prescriptions With First Abortion and First Childbirth. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(8):828-34.
7. van Ditzhuijzen J, ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception.* 2015;92(3):246-53.
8. Wallin Lundell I, Öhman SG, Sundström Poromaa I, Högberg U, Sydsjö G, Skoog Svanberg A. How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* 2015;20(3):211-22.
9. helse M. Spør mer - fordi det er viktig: Verdensdagen for psykisk helse; 2020 [Available from: <https://verdensdagen.no/2020/01/21/spor-mer-fordi-det-er-viktig/>].
10. Amatheia. Amatheia [Available from: www.amatheia.no].
11. Lov om helsepersonell m.v., (1999).
12. Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999).
13. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, (2014).
14. Lundetræ EGoK. Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien*. 2014;1:9.
15. Kristoffersen NJ. Grunnleggende sykepleie 1. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016. 386 s. p.
16. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017. 420 s. p.
17. Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforl.; 2000. 173 s. ill. p.
18. Konsmo T. En hatt med slør-: om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori. [Oslo]: TANO; 1995. 221 s. p.
19. Kahneman D, Klein G. Conditions for intuitive expertise: A failure to disagree. *American Psychologist.* 2009;64(6):515-26.
20. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 257 s. p.
21. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017. 267 s. p.
22. NTNU. NTNU korona. 2020.

23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.

Vedlegg 1 – Prosedyre

Abortus provokatus

Forfatter: Ingvild Brenna, Gunvor Langebrekke Eikeland, Merete Fuglesang Myklebost, Lene Hejna Pedersen
Godkjent av: Ingrid Volløyhaug

Hensikt Omfang : Arbeidsbeskrivelse Ansvar

Fremgangsmåte
Søknad om provosert abort

Valg av metode

- Medikamentell abort er standardmetode.

Gyldig fra: 26.02.2019 Revisjonsfrist: 25.02.2022

Revisjon: 3.8
ID: 12079

Abortus provokatus

Hensikten er å sikre god behandling av kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd etter [Lov om svangerskapsavbrudd](#). Se også [Abortforskriften](#).

Gjelder gravide kvinner som har begjært svangerskapsavbrudd. Et foster som har CRL < 66mm, BPD <26mm og femur <12 mm defineres som innenfor grensen for selvbestemt abort. Prosedyren omhandler også medikamentell abort etter nemndbehandling.

Lege, sykepleier og jordmor. Helsepersonell kan søke om fritak fra å assistere ved eller å utføre inngrepet.

Søknad om provosert abort kan fremmes gjennom primærlege, men kvinnen kan også henvende seg direkte for å avtale tidspunkt for time. En skal tilstrebe å kalle kvinnen inn til første konsultasjon snarest mulig. Det er en fordel om klamydiaprøve er tatt hos egen lege.

Hjemmeabort tilbys før uke 9 til kvinner over 18 år som snakker norsk eller engelsk og kan ha en voksen person hjemme hos seg når aborten gjennomføres. Det er en fordel om reisevei til sykehus er under en time, bruk skjønn.

Kirurgisk abort velges på indikasjon som for eksempel behov for narkose ved gynekologisk undersøkelse eller tidligere veldig dårlig erfaring med medisinsk abort (indikasjon avklares med overlege).

Tidsakse ved abort:

1. Poliklinisk konsultasjon.
2. Inntak Mifegyne. 2 dager før abortdagen. Bare ved medikamentell abort, ikke kirurgisk.
3. Abortdagen. På gynekologisk dagpost eller hjemme.
4. Kontroll u-hcg 4 uker etter aborten.

1.0 Poliklinisk konsultasjon

Sykepleierkonsultasjon:

På poliklinikken får pasienten time 15 minutter før legekonsultasjonen for samtale med sykepleier.

Abortus provokatus

- Sykepleier informerer om hvordan aborten foregår •
- Bestill tolk til Abortdagen hvis behov.
- Sjekkpunkt:

o "Begjæringomsvangerskapsavbrudd" skal være underskrevet

o Rhesustypingskalforeliggevedsvangerskapsom \geq uke9+0påabortdagen.

o Klamydiaprøveanbefalestattavalle,obligatoriskforkvinner<25år.

o HepatittprøveogHIVtasavallepasientersomharværtirisikosituasjoner(Kvinnen skal informeres om at disse tas).

o PasientskalinformeresomAmathea,somerenstatsstøttetoggratis veiledningstjeneste. Personalet ved Amathea har lang erfaring innen spørsmål knyttet til uplanlagt graviditet og abort. Tlf. 815 32 005. Gynekologisk avdeling har samarbeidsavtale med Amathea, og vi er forpliktet til å informere om tjenestene Amathea tilbyr.

[Surgical Termination of Pregnancy](#) (Gyldig, passert revisjonsfrist) [Medical termination of pregnancy](#) (Gyldig, passert revisjonsfrist)

[Pasientinformasjon - Abort etter nemndbehandling](#)

Legekonsultasjon:

- Avklar om kvinnen har spørsmål. •
- Fullfør anamnese og sjekk hjerte/lunge-status.
- Gi prevensjonsveiledning.
- Gi informasjon om aborten og mulige komplikasjoner
- Gynekologisk undersøkelse med eventuelt klamydiaprøve.

o Svangerskapslengdeskal bestemmes med ultralyd. Skjermensnues bortfrakvinnen. Det skal ikke legges ultralydbilder i journal. CRL og gestasjonslengde skrives i Natus. Er det tvillinger angis det.

Sykepleier oppretter Nytt Svangerskap i Natus og fyller inn anamnese under fanene: "Levevaner", "medikamenter", "sivil status", begjæring, klamydia, BT, puls. Mål vekt og angi høyde.

Innhent skjema med pasientopplysninger som pasienten har fått tilsendt og sørg for at opplysningene legges inn i Natus.

Innhent underskrevet skjema om at informasjon om aborten og u-hcg-kontroll er gitt. Original skannes. Pasienten får med kopi.

[Pasientinformasjon - Kirurgisk abort](#) (Gyldig, passert revisjonsfrist) [Pasientinformasjon - Kirurgisk abort](#) (Under utforming)

Pasientinformasjon - Medikamentell abort (Gyldig, passert revisjonsfrist) Pasientinformasjon - Medikamentell abort (Høringsrunde)

Pasientinformasjon - Hjemmeabort (Gyldig, passert revisjonsfrist) Pasientinformasjon - Hjemmeabort (Høringsrunde)

Kvinnen skal spørres om hun ønsker veiledning i forhold til abortvalget. Ved behov anbefales veiledning hos Amatheia. Sosionom kan brukes ved mere sammensatte problemstillinger (henvisning sendes i Doculive).
[Sosionom - Abort - sosionombistand før og etter svangerskapsuke 12](#)

Ved ektrauterin graviditet eller annet patologisk svangerskap håndteres dette i henhold til

Er svangerskapet så tidlig kommet at en ikke kan si sikkert om det er intrauterint kan kvinnen velge blant følgende alternativer:

funn. Dokumentasjon i Doculive.

aborten gjennomføres på vanlig måte mens- hcg kontrolleres når hun tar Mifegyn og etter en uke slik at eventuelle ektrauterine svangerskap fanges opp.

abortbehandling avventes og hunkommert tilbake for kontroll med ultralyd etter en uke

Dersom svangerskapslengde er over grensen for selvbestemt abort (CRL>66mm og BPD>26 mm) og kvinnen opprettholder begjæring om abort, skal kvinnen møte i sykehusets abortnemnd (se under). Gi pasienten informasjonsskrivet «Informasjon til deg som skal søke om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke». Se under relatert.

Prevensjon

- P-piller, p-plaster eller p-ring kan påbegynnes abortdagen eller påfølgende dag.
- Ved kirurgisk abort kan spiral eller Nexplanon legges inn samtidig med inngrepet.

Klamydia

- Dersom svar ikke foreligger avventes evt behandling til svar foreligger. •

Sykefravær

Fravær mer enn en dag etter aborten er sjelden nødvendig. Kvinnen skal bruke egenmelding.

Nemndbehandling

Som hovedregel bør kvinnen ha resept på sikrest mulig prevensjon klar etter inngrepet. Hun bør oppfordres til å bruke mer sikker prevensjon enn kondom.

Ved medisinsk abort kan Nexplanon legges inn eller Depo Provera settes den dagen hun får Mifegyn.

Spiral kan legges inn samme dag som medikamentell abort eller hos egen lege etter et par uker. Hvis spiral legges inn samme dag som aborten sjekker legen med ultralyd at kaviteten er tom før spiralen legges inn.

Hvis klamydiaprøve er positiv og kvinnen ikke allerede har fått behandling, gis Doxycyclin (Dumoxin / Doxilin) 100 mg No 15. Dssn: 1 tabl x 2 i 7 dager (blå resept § 4, pkt.1)

Ved positiv klamydiaprøve informeres hun om partnerbehandling og smittesporing. Funn og tiltak dokumenteres i Doculive og kopi sendes fastlegen eller Venerologisk poliklinikk som tar hånd om partnerbehandling og smittesporing. Venerologisk poliklinikk tar imot pasienter med veneriske sykdommer. Henvisning er ikke nødvendig. Tlf nr (728)22050.

Når svangerskapet er over grensen for selvbestemt abort (CRL > 66 mm, BPD > 26 mm, femur > 12 mm) og kvinnen opprettholder begjæring om abort, skal hun møte i sykehusets abortnemnd. En tilstreber å få opprettet denne en av de nærmeste dagene.

Abortnemnden består av seksjonsoverlege ved Gynekologisk avdeling (eller stedfortreder) og en oppnevnt allmennpraktiker.

Gi pasienten informasjonsskrivet « Informasjon til deg som skal søke om abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke». Se under relatert

Før pasienten møter i nemnd skal samtale med sosionom vurderes, og sosionom skal eventuelt utarbeide en sosialrapport. Henvisning skal sendes i Doculive.

Hvis svangerskapsavbruddet innvilges, gi pasienten [Pasientinformasjon - Abort etter nemndbehandling](#)

Ved avslag i nemnd får kvinnen umiddelbart avslaget skriftlig. Det er fra 15.02.2010 opprettet sentral klagenemnd for abortsaker, se «Sentral klagenemnd for abortsaker» under relatert.

- Kvinnen kan når som helst trekke abortsøknaden.

2.0 Inntak Mifegyne

3.0 Abortdagen

- På morgenen abortdagen taes følgende medisiner (ordineres i kurve av lege):
 - o Cytotec(misoprostol)0,8mg–4tabletter0,2mgfuktesogsettesvaginaltavsyrkepleier eller av kvinnen selv (abortfremkallende). Kvinnen holder sengen den første timen etter at Cytotec er satt. Deretter skal kvinnen være oppe.
 - o Ibuprofen800mg.Tablettenesvelges(smertestillende).
 - o Paracet2g.–4tabletter500mgsvelges(smertestillende).
 - o Dexamethason8mg-2tabletter4mgsvelges(Kvalmeforebyggende).
- Videre kan følgende medisiner gis ved behov (ordineres i kurve av lege): o Paracetamol1gpox4
 - o Ibuprofen400mgpo x4
 - o Oxynorm5mgpoinntilx3ellermorfin2,5-5mgim/ivinntilx3. o Afipran(metoklopramid)10mgpo/im/ivinntilx3.
- Kvinnen observeres i forhold til blødning og smerter. Hun aborterer vanligvis innen 6 timer.
- Rhesus

For å starte abortprosessen tar kvinnen Mifegyne (mifepriston) 200 mg som svelges med litt vann.

Dette foregår på poliklinikken i ukedagene og på gyn generell sengepost i helgene. Sykepleier på poliklinikken leverer, i så fall, papirene til gyn generell. Mifegyne kan unntaksvis sendes med pasienten ved for eksempel lang reisevei el. Dokumenter i så fall i Natus årsak til dette

Dersom kvinnen er plaget med kvalme bør en tilby kvalmestillende, 10 mg Afipran (metoklopramid), sammen med Mifegyne. Dersom kvinnen kaster opp innen to timer etter inntak av Mifegyne, må hun komme tilbake og få ny tablett.

Medikamentell behandling

To dager etter inntak av Mifegyne møter kvinnen for å få gjennomført aborten.

Ved svangerskapslengde fra uke 11+0 skal kvinnen så langt det er mulig abortere på et engangsbekken som settes på toalettet.

Dersom kvinnen ikke har kvittert etter 4 timer gies 2 tabletter Cytotec buccalt, dette gjentas hver 3.time inntil pasienten kvitterer, maksimalt 4 ganger.

Dersom kvinnen ikke viser tegn til å abortere vurderes revisio neste dag. Hun skal ha ny dose med cytotec 4 tabletter vaginalt på morgenen. Dersom det er fullt operasjonsprogram kan hun eventuelt spise frokost før kl 8. og faste etter det.

Svangerskapsproduktene håndteres som biologisk avfall. Foster og placenta legges i en liten kanyleboks som merkes med blå «Smitteavfall» - lapp og settes på avfallsrommet til gyn generell. Kryss av for patologiavfall og merk med dato og avdeling.

Dersom kvinnen uopfordret ønsker det kan hun velge minnelund som beskrevet under Håndtering av fostervev etter nemndbehandling.

Dersom kvinnen er Rhesus negativ og svangerskapslengde er over uke 9+0 på Abortdagen, gis intramuskulær injeksjon med Anti-D immunoglobulin innen 72 timer etter innrepet.

Fyllutogsendmedpasienteninformasjonsheftemedokumentasjonpåatinjeksjonener satt.

- Klamydia

- o Hvisklamydiaprøveerpositivogkvinnenikkealleredeharfåttbehandling,kontaktselege. Behandling er Doxycylin (Dumoxin/Doxylin) 100 mg No 15. Dssn: 1 tablett x 2 i 7 dager (blå resept § 4, pkt.1). Pasient ringes opp og informeres om partnerbehandling og smittesporing. Funn og tiltak dokumenteres av sykepleier og notat sendes fastlege.

- Dersom svar ikke foreligger, kontrolleres dette av sykepleier på dagposten påfølgende dag. Dokumenteres også i Natus.

- Venerologiskpoliklinikktarhåndompartnerbehandlingogsmittesporing.Henvisninger ikke nødvendig. Tlf nr (728)22050. Sett pasienten i kontakt med poliklinikken ved behov.

- Utreise

- o Nårblødningengenogsmerteneavtarogkvinnenfølersegiformtildetdrarhunjem.

- o Sykepleier informerer pasienten om forholdsregler.

- o Sykepleier avklarer om pasienten har spørsmål, informere om Amatheia.
- o Sykepleier sjekker at pasienten har fått tilbud om prevensjon
- o Sykepleiersjekker om pasientene er informert om å kontrollere u-hcg 4 uker etter aborten.
- o Sykepleier dokumenterer i NATUS. Se relatert.

Hjemmeabort

- Fyll ut «hjemmeabort flytskjema» (se relatert).
- Sjekk klamydia.
- Gjenta informasjon om forholdsregler og u-HCG-kontroll.
- Dokumenter i NATUS.

Kirurgisk abort

- Vakuumaspirasjon utføres i generell anestesi, som oftest maskenarkose.
- Dersom kvinnen ønsker spiral eller Nexplanon kan dette settes inn samtidig med inngrepet.
- Tiltak ved klamydia: Samme som ved medikamentell abort.
- Pasienten minnes på å ta u-hcg 4 uker etter aborten.
- Dokumenter i NATUS

Sykepleier ringer pasienten etter kl. 13.00 abortdagen (sykepleier på poliklinikken i ukedagene, sykepleier på sengepost i helg).

Cytotec 0,8 mg - 4 tabletter a 0,2 mg fuktes med litt vann og settes vaginalt på morgenen på dagposten av sykepleier eller av kvinnen selv. Kvinnen holder sengen den første timen etter at Cytotec er satt.

Rhesus negative skal ha intramuskulær injeksjon med Anti-D immunoglobulin innen 72 timer etter inngrepet uavhengig av svangerskapslengde.

Medikamentell abort etter nemndbehandling

Ved svangerskapslengde >16 uker skal svangerskapsavbruddet gjennomføres på Fødeavdelingen. (Se relatert «Pasientforløp for medikamentell abort > ga16 på sosial indikasjon etter nemndbehandling».) Før uke 16 er kvinnen er innlagt på avdeling for Generell Gynekologi på abortdagen. Ved utviklingsavvik, se også prosedyre

[FØDE - SFM - Svangerskapsavbrudd på grunn av utviklingsavvik](#)

Arbeidsbeskrivelse

- Pasienten trenger ikke å være fastende abortdagen.
- Blodtrykk og puls måles og fylles inn i kortjournal.
- På morgenen abortdagen tas følgende medisiner
 - o Cytotec 0,8mg - 4 tabletter a 0,2mg fuktes med litt vann og settes vaginalt av sykepleier/jordmor eller av kvinnen selv. Kvinnen holder sengen første timen etter at Cytotec er satt. Deretter skal hun være oppe.
 - o Ibuprofen 800mg per os (smertestillende)
 - o Paracet 2g - 4 tabletter a 500mg per os (smertestillende)
 - o Dexamethason 8mg - 2 tabletter a 4mg per os (kvalme forebyggende)

Videre kan følgende medisiner gis ved behov o Paracetamol 1 g p o x 4

o Ibuprofen 400 mg p o x 4

o Oxynorm 5 mg p o i n t i l x 3 eller morfin 2,5-5 mg i m / i v i n t i l x 3. o

Afipran (metoklopramid) 10 mg p o / i m / i v i n t i l x 3.

Kvinnen skal abortere på engangsbekken. •

Placenta skal undersøkes av sykepleier, ved tvil om den er komplett kontaktes lege.

Håndtering av fostervev etter nemndbehandling Følgende gjelder ved utviklingsavvik hvor foster skal obduseres

Følgende gjelder foster som ikke skal obduseres

Som hovedregel settes fosteret på minnelund uten navn (anonymt).

Fosteret dekkes med kompresser og legges i pussbekken. Pussbekkenet legges oppi

Sykepleier/jordmor gjør klar pasientrom og legger frem nødvendig utstyr (steril saks, hansker, blåkladd, store bleier, engangsbekken).

Dersom kvinnen ikke har kvittert etter 4 timer gies 2 tabletter Cytotec buccalt, dette gjentas hver 3. time inntil pasienten kvitterer, maksimalt 4 ganger. Dersom kvinnen fortsatt ikke har kvittert konferer med lege.

Ved Rhesus negativ og Klamydia positiv gjøres samme tiltak som ved medikamentell abort. Ved utviklingsavvik; kontroller om Anti-D immunoglobulin allerede er gitt.

Når fosteret er abortert skal navlestrengen klippes over med steril saks. En avventer 1 time for å observere om placenta kvitteres spontant. Hvis ikke, kontaktes lege.

Gynekologisk undersøkelse gjøres av lege hvis kvinnen blør rikelig eller det er mistanke om at aborten ikke har vært komplett. Ved inkomplett abort gjøres revisio, evt MVA.

Ved utviklingsavvik kan vi være hjelpelige dersom foreldre ønsker å se fosteret. Forbered foreldrene på hvordan fosteret ser ut.

Følg prosedyre [Perinatalmedisinske obduksjoner](#). Sosionom ved SFM avtaler med kvinnen/paret angående hvordan fosteret skal håndteres etter obduksjonen.

Dersom pasienten selv ytrer ønske om det, kan følgende alternativer velges: Se [Pasientinformasjon - Abort etter nemndbehandling](#) og [Pasientinformasjon - Håndtering av fostervev](#) (se relatert):

Placenta håndteres som biologisk avfall.

Minnelund/gravlund med navn: Fyll inn og legg ved «Skjema til kirke vergen» i tillegg til «Skjema til minnelund» når esken sendes til patologen (se relatert).

Fosteret håndteres på samme måte som annet biologisk materiale ved sykehuset. Foster og placenta legges i en liten kanyleboks som merkes med blå «Smitteavfall» - lapp og settes på avfallsrommet til gyn generell. Kryss av for patologiavfall.

Avskjedsseremoniell er begravelse av fosteret.

Dersom pasienten velger minnelund på hjemmeplassen, eller eget gravsted, kontaktes sosionom ved SFM for å ta seg av det praktiske.

Dokumentasjon

- Hele abortforløpet dokumenteres i NATUS.
- Komplikasjoner eller behov for tilleggsbehandling som feks revisio dokumenteres i Doculive.

Referanser

"Lov om svangerskapsavbrudd" av 13.juni 1975,
Abortforskriften

[Veileder i generell gynekologi 2015](#)

Up to Date <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/handbok-for-abortnemndarbeid>

Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial.Hognert H, Kopp Kallner H, Cameron S, Nyrelli C, Jawad I, Heller R, Aronsson A, Lindh I, Benson L, Gemzell-Danielsson K.Hum Reprod. 2016 Nov;31(11):2484-2490. Epub 2016 Sep 22.

Vedlegg 2 – Sjekkpunkter ved samtale på poliklinikk

Vi har ikke mal, men bruker NATUS; journal som brukes ved kvinners graviditet

Der spørres det om

- Siste menstruasjon
- Allergier/ sykdom
- Faste medisiner
- Røyking, snusing og alkohol
- Antall graviditeter; ekstra uterint svangerskap, spontanabort før etter uke 12, tidligere aborter
- Sivilstatus, utdanning, jobb
- Underskrive svangerskapsavbrudd begjæring
- Kartlegge om kvinnen er uskikker
- Usikker kvinne; kontakter Amatheia; samtalepartner veiledning
- Sykehuset driver ikke veiledning, men informerer pasienten
- Spørsmål om pasienten brukte prevensjon da hun ble gravid
- Spør om hun har resept på prevensjon
- Høyde/vekt/Blodtrykk

Vedlegg 3 – Pasientinformasjon

Pasientinformasjon medikamentell abort

Du har nå vært til samtale hos lege og sykepleier. Dette informasjonsskrivet forteller deg hvordan aborten vil foregå.

1. Inntak av Mifegyne, dato: _____

For å starte abortprosessen får du en tablett, Mifegyne® (Mifepriston). Mifegyne® kan gi blødning, lette magesmerter eller kvalme. Dersom du har vondt og trenger smertestillende behandling, kan du bruke vanlige smertestillende som for eksempel Paracetol® eller Ibux®. En sjelden gang starter aborten allerede nå og du kan få blødning.

Ta kontakt med sykehuset dersom:

- Du kaster opp innen 2 timer etter inntak av Mifegyne.
- Du blør kraftig eller får sterke smerter.

2. Dagbehandling (to dager etter inntak Mifegyne)

Får å gjennomføre aborten vil du få Cytotec som gjør at livmoren trekker seg sammen og livmorhalsen åpnes opp. Svangerskapsproduktene vil komme ut.

Tidspunkt: _____

(Oppmøte 6. etg, Kvinne Barn Senteret, Gynekologisk Dagpost)

Du bør ikke kjøre bil denne dagen.

- Du kan gjerne ha med en person som følge. Vedkommende kan være med deg på avdelingen men kan ikke være på rommet hos deg siden det er tomannsrom. Etter at du har fått Cytotec vil du etter en time være oppe og kan gå rundt i avdelingen.
- Du kan spise frokost før du kommer.
- Du vil få 4 tabletter Cytotec i skjeden. Du må ligge en time etter at disse medisinene er satt.
- Du vil få smertestillende - og kvalmeforebyggende medisiner.
- Du kan få kraftige menstruasjonsmerter. Rikelig blødning med klumper er normalt. I noen tilfeller vil fosteret være stort nok til at du vil kunne se det.
- Hvis det går mer enn 4 timer før du aborterer får du mer Cytotec.
- Det vanlige er at du vil være i avdelingen i 4-6 timer. I noen tilfeller vil behandlingen være lenger, og det kan bli nødvendig med innleggelse.

Etter aborten

Blødning

- Menstruasjonslignende blødning er vanlig den første uken.
- Mindre blødning eller brunlig utflod er normalt de neste 2-3 ukene.
- Unngå bading og samleie så lenge du blør.
- Vi anbefaler at du bruker bind og unngår tampongbruk i denne perioden.
- Menstruasjonen kommer vanligvis tilbake 4-6 uker etter aborten.
- Den første menstruasjonen kan være kraftigere og mer langvarig enn tidligere.

Etterkontroll

4 uker etter aborten skal du ta en graviditetstest. Ta kontakt med sykehuset dersom den er positiv.

Kvinner har eggløsning som normalt etter aborten, og du kan derfor bli gravid 2 uker etter behandlingen. Det anbefales derfor at du starter med prevensjon allerede samme dag som aborten.

Hvis du har kommet lengre enn 9 svangerskapsuker og har blodtype Rhesus negativ får du ei sprøyte med immunglobulin Anti-D antistoff før du drar hjem.

Ta kontakt med sykehuset dersom

- Positiv graviditetstest.
- Smerter og kraftig blødning.
- Illeluktende utflod.
- Du får feber over 38 grader.

Risiko

Det er ingen alvorlige komplikasjoner knyttet til metoden. Det hender at livmoren ikke blir helt tømt. Da kan du få vedvarende blødninger og legen vil vurdere om du trenger mer medisiner eller utskrapning. En sjelden gang oppstår betennelse i livmoren.

Råd og veiledning

Kvinner reagerer ulikt på det å ta abort. De fleste vil føle seg lettet etter inngrepet, men samtidig er det ikke uvanlig å føle seg nedstemt. Dersom du trenger noen å snakke med, kan du ringe Amatheia som er en statsstøttet og gratis veiledningstjeneste. Personalet ved Amatheia har lang erfaring innen spørsmål knyttet til uplanlagt graviditet og abort. Tlf. 815 32 005. Du finner også god informasjon på www.amatheia.no

Gynekologisk poliklinikk mandag til fredag 08:00- 15:30

: 72 574474

Ved akutt behov på kveld og natt kan du ringe gynekologisk sengepost : 72 574472

Vedlegg 4 - Intervjuguide sengepost og poliklinikk

Sengepost intervjuguide:

Innledning:

- Hvilken utdanning har du, og når tok du utdanningen din?
- Hvor lenge har du jobbet ved avdelingen?
- Har du annen relevant erfaring fra før?
- Har du erfaringer fra tidligere som har vært nyttige å ha med i denne jobben?
- Hvordan opplever du arbeidsmiljøet ved avdelingen?
- Hva tenker du om provosert abort?
- Hva er sykepleierens rolle i møte med abortsøkende kvinner?

Påvirkning

- Hva tenker du om den påvirkningskraft man har som sykepleier når det kommer til det vanskelige valget?
- Tror du kvinner kan være tilbøyelig til å endre mening etter samtaler med helsevesenet?
- I hvor stor grad oppfordres kvinnen til å reflektere over eget valg?
- Hvordan anerkjenne at dette kan være vanskelig, uten å pålegge kvinnen skyldfølelse eller følelser som ikke utgangspunktet ikke er det?

Samtaler

- Hvilke vurderinger gjør du deg i møte med pasientene som ønsker provosert abort?
- Hvor rutinepreget er du i møte med kvinnene som ønsker provosert abort?
- Hvor bevisst er du på ordvalg og kroppsspråk til pasientene dine?
- Hvordan kan man fange opp signaler på kvinner som trenger å prate?
- Møter du kvinner som er usikre på sitt valg?
- Hvordan hjelper du kvinnene som er usikre i sitt valg?
- Kan du møte kvinner som er usikre på sitt valg da de er i gang med abortprosessen?
- Er det spesielle utfordringer/hensyn å ta når det gjelder abort etter uke 12?

Oppfølging:

- Kartlegger man pasientens psykiske helse?
- Får alle kvinnene informasjon om videre oppfølging før-under-etter provosert abort?
- Hvordan vurderer sykepleier hvorvidt pasienten har behov for oppfølging?

Dersom kvinnen har behov for ytterligere oppfølging i ettertid av aborten, tror du det kan det være en hindring at de da må oppsøke et helt nytt tilbud?

Struktur og Ressurser:

Er det mye tid til refleksjon på avdelingen?

Hvor mye av jobben du gjør er det fastsatte prosedyrer eller maler for?

Opplever du å ha god nok tid til å følge opp pasientene dine?

Hvordan er opplæringen til nyansatte med tanke på det å møte kvinner som ønsker abort?

Pasientomsorg og Pasientsikkerhet:

Hvordan danner du som helsepersonell gode relasjoner til pasientene du møter?

Hvordan gir du god sykepleie/omsorg til disse kvinnene?

Hvor stor plass tenker du partner skal ha i en slik situasjon?

Kommer mange kvinner hit uten å snakke med noen som står dem nær først?

Poliklinisk intervjuguide:

Innledning:

Hvilken utdanning har du, og når tok du utdanningen din?

Hvor lenge har du jobbet ved avdelingen?

Har du annen relevant erfaring fra før?

Har du erfaringer fra tidligere som har vært nyttige å ha med i denne jobben?

Hvordan opplever du arbeidsmiljøet ved avdelingen?

Hva tenker du om provosert abort?

Hva er sykepleierens rolle i møte med abortsøkende kvinner?

Samtaler

Hvilke vurderinger gjør du deg om pasienten i samtalen?

Hvor lang tid har du per samtale?

Hva i samtalen er fastsatt i rutine og skjema som må fylles ut, og hvor mye styrer du selv?

Hva er betydningen av ditt ordvalg og kroppsspråk i møte med pasientene?

Hvordan kartlegger dere pasientens psykiske helse før eller under samtalen?

Hvordan vurderer du hvilket behov kvinnen har for ekstra oppfølging/støtte under/etter aborten?

Møter du kvinner som fremstår usikre på sitt valg?

Hva har din erfaring å si i vurderingen av pasientens behov for videre oppfølging?

Hva tenker du om kvinner som returnerer for abort gjentatte ganger?

Er det spesielle utfordringer/hensyn å ta når det gjelder abort etter uke 12?

Påvirkning

Hva tenker du om den påvirkningskraft man har som sykepleier når det kommer til valget om å avslutte svangerskapet?

Tror du kvinner kan være tilbøyelig til å endre mening etter samtaler med helsevesenet?

I hvor stor grad oppfordres kvinnen til å reflektere over eget valg?

Hvordan anerkjenne at dette kan være vanskelig, uten å pålegge kvinnen skyldfølelse eller følelser som i utgangspunktet ikke er der?

Oppfølging:

Får alle kvinnene informasjon om videre oppfølging før-under-etter provosert abort?

Er ditt inntrykk at alle kvinnene informeres om Amatheia?

Hvordan vurderer sykepleier hvorvidt pasienten har behov for oppfølging?
Kommer mange kvinner hit uten å snakke med noen som står dem nær først?

Dersom kvinnen har behov for ytterligere oppfølging i ettertid av aborten, kan det være en hindring at de da må oppsøke et helt nytt tilbud?

Struktur og Ressurser:

Er det mye tid til refleksjon på avdelingen?

Hvor mye av jobben du gjør er det fastsatte prosedyrer eller maler for?

Opplever du å ha god nok tid til å følge opp pasientene dine?

Hvordan er opplæringen til nyansatte med tanke på det å møte kvinner som ønsker abort?

Hjemmeabort

Hva tenker du om hjemmeabort som en mulighet for kvinner som ønsker provosert abort?

Hvor stor selvbestemmelse har kvinner selv i valget om de skal ta hjemmeabort eller på sykehus?

Opplever du at pasientene føler seg trygge ved hjemmeabort?

Opplever du at pasienten får god nok oppfølging ved hjemmeabort?

I hvor stor grad informeres kvinnene godt nok til å kunne ta en selvstendig beslutning?

Tusen takk for at du ble med!

Vedlegg 5 – Observasjon poliklinikk

Systematisk observasjon av sykepleier ved abortsamtale, strukturert etter disse punktene:

Verbal kommunikasjon

- Ordvalg

Nonverbal kommunikasjon

- Kroppsspråk
- Berøring
- Blickkontakt

Var det åpenhet for spørsmål fra pasient?

Hvor stor del av samtalen ble brukt til informasjon?

Forsikret sykepleier seg om at informasjonen var forstått?

Spørsmål i etterkant av observasjon: Hvilke inntrykk fikk sykepleier av pasienten?

Vedlegg 6 - Intervjuguide Amatheia

Spørsmål til møte med Amatheia

Tirsdag 10.03.2020 kl. 10.00

Hvilken utdanning har dere som jobber her?

Hvor mye blir tjenesten brukt?

Hvor mye tid har dere til hver samtale?

Hvordan fungerer veiledningen, og hvordan arbeider man?

Er dere statlig støttet?

Er det noen spesielle utfordringer?

Hvordan er det å snakke med par om graviditeter som skal avsluttes? Påvirker det samtalen om partner er tilstede?

Opplever dere at noen som kommer til dere angrer etter en abort? Hvordan følges det opp?

Hvordan følges psykisk helse opp?

Får kvinnene oppfølging over tid eller enkeltsamtaler, og hvordan håndteres gjengangere av tilbudet?

Klarer dere å nå ut til målgruppen?

Hvordan er dere bevisst på ordvalg og kroppsspråk?

Kan det være et hinder at kvinnene må oppsøke et nytt tilbud for oppfølging?

De som kommer hit, hva har de å si om opplevelsen fra sykehuset?

Hvordan oppleves samarbeidet mellom dere og sykehuset?

Er det noen problemstillinger knyttet til abort før eller etter uke 12?