

Ylva Helén Ronæss 10068

Sandra Fjeld 10035

Hvilke utfordringer møter sykepleiere i sitt arbeid med provosert abort?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7 643

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Wenke Iren Gamme

Juni 2023



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Ylva Helén Ronæss 10068

Sandra Fjeld 10035

Hvilke utfordringer møter sykepleiere i sitt arbeid med provosert abort?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7 643

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Wenke Iren Gamme

Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Bakgrunn og hensikt: Sykepleiere har på global basis en essensiell rolle i abortomsorgen, og får en stadig mer utvidet rolle i Norge. Vi ønsker dermed å utforske hvilke utfordringer sykepleiere møter i sitt arbeid med abort, og hvordan de utfordringene eventuelt påvirker sykepleieutøvelsen.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie hvor vi gjennom strukturert søking i to forskjellige databaser har samlet inn relevante litterære kilder, analysert dem ved bruk av Critical Appraisal skills programme, og fremstilt resultatene.

Resultater: Resultatene viser at det for sykepleiere er emosjonelt utfordrende å jobbe i abortomsorgen. Det framkommer også at det er spesielt psykisk belastende for sykepleieren å håndtere abortmaterialet, forholde seg til senaborter, repetitive aborter eller når kvinnen kommer inn som følge av en voldtekt. Et tidspresset arbeid gjorde abortomsorgen ekstra krevende, da mange opplevde at de ikke fikk gitt god nok omsorg.

Konklusjon: Denne oppgaven konkluderer med at det, basert på de resultater som er presentert, er behov for at større ressurser legges i utdanning av nye sykepleiere, samt støtte og veiledning for sykepleiere som jobber innen abortomsorgen.

ABSTRACT

Background and aim: Nurses have on a global scale, an essential role in abortion care, and have an expanding role in Norway. Our aim is therefore to explore what challenges nurses meet in their work in abortion care, and how these challenges might affect their nursing role.

Method: This assignment is a literary study in which we have, through structured searches in two different databases, gathered relevant literary sources, analyzed them using Critical Appraisal skills programme, and then presented the findings.

Findings: The findings show that for nurses, it is emotionally challenging to work in abortion care. It is especially challenging for the nurse to handle the abortion material, and to relate to late abortions, repetitive abortions or when the woman comes in after being raped. Time limitations made abortion care more challenging since many felt they did not have the means to give adequate care.

Conclusion: This assignment concludes that it, based on the results presented, seems to be a need for more resources to be put into the education of new nurses, in addition to professional guidance and support for those who work in abortion care.

INNHALDSFORTEGNELSE

1 Innledning	1
1.1 Begrepsavklaringer	1
1.2 Introduksjon	2
1.2.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Teori	2
1.3.1 Hva er provosert abort?	2
1.3.2 Juridiske aspekter ved provosert abort	3
1.3.3 Sykepleiers rolle ved provosert abort	4
1.3.4 Joyce Travelbee – det mellommenneskelige aspektet	5
1.3.5 Kvinners erfaringer i møte med provosert abort	5
1.4 Oppgavens hensikt, relevans og problemstilling	6
2 Metode	6
2.1 Hva er en metode?	6
2.2 Litteratursøk	6
2.2.1 PICO-skjema	7
2.2.2 Søketabell	7
2.3 Vurdering og analyse av litteratur	8
2.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.3.2 Prisma flytskjema	9
3 Resultater	10
3.1 Sammenfatning av litteratur	10
3.1.1 Artikkelmatrise	10
3.2 Fremstilling av resultater	13
3.2.1 Viktige aspekter i sykepleien ved provosert abort	13
3.2.2 Erfaringer og utfordringer i arbeidet	14
3.2.2.1 Tidspress	14
3.2.2.2 Å vise betingelsesløs aksept og forståelse	15
3.2.2.3 Emosjonell belastning	15
3.2.2.4 Utdanning, faglig utvikling og samarbeid	16
4 Diskusjon	17
4.1 Emosjonelt krevende arbeid gir behov for utdanning og støtte	17
4.2 Hvordan påvirker verdier og holdninger sykepleieutøvelsen?	18
4.3 Senabort i dagens juridiske landskap	19
4.4 Tidspress i arbeidet: en utfordring for forsvarlig og omsorgsfull sykepleie	20
4.5 Styrker og svakheter i oppgaven	21
4.6 Konklusjon	22
Litteraturliste	23

1 INNLEDNING

1.1 BEGREPSAVKLARINGER

Kvinne: I denne oppgaven kommer vi til å referere til de personene som gjennomgår abort, som "kvinne" eller "kvinnen". Vi er allikevel klar over at ikke alle personer som gjennomgår abort, identifiserer seg som kvinner.

Selvbestemt abort: Kvinnen kan frem til uke 12 i svangerskapet selv bestemme om hun skal gjennomføre abort, uten å måtte søke tillatelse fra abortnemnd (Helsenorge, 2020)

Provosert abort: Kunstig svangerskapsavbrudd ved enten medisinsk eller kirurgisk metode (Nesheim, 2022, avsn. 3).

Senabort: Abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke (Norsk helseinformatikk, 2011)

Empati: Er definert som en følelsesmessig evne til å leve seg inn i andres situasjon (Vetlesen & Nortvedt 1996, som referert i Sneltvedt, 2007, s. 137).

Seksuell og reproduktiv helse: Beskrives som et fysisk, følelsesmessig, mentalt og sosialt velbefinnende i forbindelse med seksualitet og reproduksjon, med rettigheter til å vernes mot sykdom, tvang og overgrep, samt retten til å kunne planlegge svangerskap og fødsel slik en selv ønsker (Nesheim, 2021).

Abortmaterialet: Celler og vev fra fosteret, eventuelt foster, navlestreng og morkake. (NOU 1994:22, s. 18)

Abortomsorg eller abortarbeid: I denne oppgaven brukes disse begrepene som fellesnevner ved alle aspekter i sykepleie til kvinnen som gjennomfører en abort.

1.2 INTRODUKSJON

1.2.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

På verdensbasis regner man med at det utføres 56 millioner provoserte aborter hvert år, og at rundt 45 prosent av disse utføres under forhold som ikke er medisinsk forsvarlige (WHO, 2017, som referert i Nesheim, 2022, Abort på verdensbasis, avsn. 1). Det er ikke bare restriktive lover som sørger for at kvinner må velge utrygge abortmetoder, men også mangel på helsepersonell og ressurser til sykehusene og klinikkene.

I Norge trådte Lov om svangerskapsavbrudd (Abortloven, 1975) i kraft den første januar 1976. Dette var et viktig steg mot norske kvinners frigjøring, og Sommerseth et al. (2022) presiserer at tilgangen på lovlig og trygg abort er essensielt for seksuell og reproduktiv helse som bør likestilles med andre helsetilbud. Ifølge Folkehelseinstituttet (2023) ble det i Norge, i 2022, utført 11 967 aborter, hvorav 95,1 prosent var selvbestemte. Av de selvbestemte abortene var 94,8 prosent utført medikamentelt, og 84,1 prosent ble utført før uke 9 i svangerskapet.

Det norske helsevesenet er under stadig økende belastning. Vi ser på Norsk Sykepleierforbund (u.å., a) sine nettsider at dette skyldes mangel på helsepersonell, men også at stadig flere mennesker trenger behandling. Videre beskrives det at på grunn av det økte presset er sykepleiers rolle i endring, og mange rutineoppgaver vil etter hvert overtas av helsepersonell med lavere kompetansenivå, av pasientene selv eller av deres pårørende. Sykepleiere vil samtidig måtte overta oppgaver fra profesjoner med høyere kompetansenivå.

Det kan for sykepleiere være svært belastende å møte mennesker som befinner seg i smertefulle og emosjonelt krevende situasjoner, da den profesjonelle rollen krever en evne til empati; en evne som - hvis overdreven - kan gjøre det vanskelig å adskille sin egen person og situasjon, fra pasientens (Sneltvedt, 2007, s. 138). Det er i møtet med lidende pasienter at vår oppfatning om hva det innebærer å være menneske, vår sårbarhet og hvilken styrke vi har, kommer fram (Kalfoss, 2020, s. 454).

1.3 TEORI

1.3.1 HVA ER PROVOSERT ABORT?

På Helsenorge (2020) sine nettsider kan vi lese om provosert abort. Kvinnen kan selv velge hvilken type hun ønsker å gjennomføre innenfor lovverkets rammer, og med mindre det foreligger noen medisinsk grunn til at valget hennes er uforsvarlig. I Norge utføres over nitti prosent av abortene medikamentelt, og alternativet er kirurgisk abort.

Medikamentell abort innledes på en gynekologisk poliklinikk, hvor kvinnen får utdelt et medikament som stanser videreutviklingen av graviditeten. Etter at denne tabletten er

inntatt, er abortprosessen startet, og den bør da fullføres. Etter 24-48 timer skal det føres inn to tabletter som vil få livmoren til å trekke seg sammen og støte ut abortmaterialet. Det vil oppstå sterke menstruasjonslignende smerter og kraftig blødning, som vanligvis inneholder koagler. Velger kvinnen å gjennomføre aborten hjemme eller et annet sted utenfor sykehus eller klinikk, vil det være noen forutsetninger: hun må være over atten år og i stand til å sette inn vaginaltablettene selv, svangerskapet må ha vart mindre enn ni uker, og det bør være en annen voksen person til stede under aborten. Blødningen vil avta gradvis i løpet av tre uker, og fire uker etter aborten tar kvinnen en graviditetstest for å forsikre seg om at aborten var fullendt.

Kirurgisk abort er et lite inngrep som varer i cirka ti minutter og foregår ved en utskrapning av abortmaterialet via skjeden, enten under narkose eller lokalbedøvelse. Det utføres kun kontroll i ettertid dersom det foreligger komplikasjoner, som for eksempel feber, økt blødning eller tiltagende smerter.

1.3.2 JURIDISKE ASPEKTER VED PROVOSERT ABORT

Provosert abort er selvbestemt inntil utgangen av tolvte svangerskapsuke (Abortloven, 1975, §2). Etter dette må kvinnen få tillatelse fra en abortnemnd for å avbryte svangerskapet, som kan innvilges på bakgrunn av spesielle vilkår. Provosert abort etter tolvte svangerskapsuke kan kun gjennomføres på sykehuset eller annen institusjon, og skal utføres av en lege (§3). Etter utgangen av attende svangerskapsuke må det særlige tungtveiende grunner til for innvilgelse til abort, og er det grunn til å anta at fosteret vil være levedyktig utenfor livmor, kan abort ikke innvilges (§2). Fosteret anses som regel for å være levedyktig etter 22 svangerskapsuke (Abortforskriften, 2001, §18).

Alt helsepersonell har i henhold til Abortforskriften (2001, §15) rett til å reservere seg fra å utføre eller assistere ved et abortinngrep, av samvittighetsgrunner. Retten gjelder dog ikke for fritak fra *stell og pleie* av kvinnen før, under eller etter aborten. Retten til fritak gjelder også for å assistere eller utføre medikamentelle aborter, samt rekvirering eller ordinerer av medikamenter som avbryter svangerskapet, selv om kvinnen selv inntar dem.

Den gravide kvinnen kan henvende seg til helsesykepleier, jordmor, eller direkte til poliklinikk/sykehus, og skal tilbys informasjon og veiledning om muligheter for bistand fra samfunnet, samt har krav på rådgivning i beslutningsprosessen om å fullføre eller avbryte svangerskapet (Jettestad, 2019, s. 269).

I et offentlig oppnevnt utvalg vurderes nå et alternativ til dagens abortnemnd (Regjeringen, u.å). Utvalget kan komme med forslag til endringer i praktisering, lov og forskrift, og de skal blant annet ta stilling til å utvide grensen for selvbestemt abort. Innstillingen fra utvalget skal komme mot slutten av 2023.

Samtidig som sykepleiere i abortarbeidet må forholde seg til abortlovverket, skal de også forholde seg til generelt lovverk som omhandler helse- og omsorgsarbeid, blant annet Helsepersonelloven (1999) derunder kravet til forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (§4). Virksomhetens eier og ledelse har et ansvar for å tilrettelegge slik at helsepersonell kan utføre oppgavene i tråd med lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999, §16). Kravet til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er også sentralt i yrkesetiske retningslinjer for

sykepleiere, som bygger på verdiene barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Sneltvedt, 2021). Retningslinjene, som er i tråd med lovverket, innebærer plikter for sykepleiere, og vektlegger det å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund, u.å, b). Viktige plikter som kommer frem handler om å ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet, retten til medbestemmelse, respekt og omtanke overfor pasient og pårørende, samt å være til støtte for kolleger i vanskelige situasjoner.

1.3.3 SYKEPLEIERS ROLLE VED PROVOSERT ABORT

Nortvedt & Grønseth (2020) beskriver at sykepleiers funksjonsområder er helsefremmende og forebyggende, lindrende, behandlende og rehabiliterende, i tillegg til den undervisende og administrative funksjonen. Ifølge Jerpseth (2020) har sykepleieren varierende oppgaver i møte med kvinner som tar abort, som til stor grad avhenger av omstendighetene. Kvinnen som ønsker å gjennomføre en provosert abort, må møtes med forståelse, respekt og støtte, og sykepleieren bør råde ambivalente kvinner til å bruke ekstra tid til å bestemme seg dersom dette er mulig (s. 161). Kvinnen bør få grundig, men nøytral, informasjon slik at hun kan ta sitt eget informerte valg uten påvirkning fra helsepersonell, og hun bør få den tiden hun eventuelt trenger til å prate om sitt valg (Jettestad, 2019, s. 269).

Hvis aborten utføres ved sykehus eller klinikk, blir arbeidsoppgavene til sykepleieren å observere pasientens kliniske bilde for å avdekke eventuelle komplikasjoner (Jerpseth, 2020, s. 162). I tillegg må blødningen undersøkes for avvik i farge og mengde, og hvorvidt den inneholder rester av abortmaterialet. Før og etter inngrepet bør sykepleieren ivareta pasientens velvære, og sørge for at hun er godt smertelindret. Ved store blødninger kan det være aktuelt med væskeinfusjon, for å forhindre hypovolemi, dvs sterkt redusert blodvolum. Det er viktig at kvinnen før hjemreise får informasjon om kliniske tegn til at noe har gått galt, slik som infeksjonstegn, og hva hun kan forberede seg på i forhold til blødning, smerter, fremtidig graviditet og psykiske reaksjoner i ettertid av aborten.

I et foredrag under Stiftelsen Amatheas fagdag (Stiftelsen Amatheia, 2023b), som er en landsdekkende organisasjon som tilbyr oppfølging før og etter abort, legges det fram at det ved flere norske sykehus praktiseres - som et svar på den økende belastningen på helsevesenet - sykepleierassistert abort. Dette innebærer at ansvarsområdene til sykepleieren er å konsultere abortsøkende kvinner, ta imot de som kommer inn for abort, administrere medikamenter, utføre ultralydundersøkelsen, samt å være til stede for kvinnen når hun gjennomgår aborten. Det fremkommer at sykepleieren i praksis utfører nesten hele arbeidet med provosert abort selv, og at legene kun blandes inn i spesielle tilfeller, som ved behov for å ta avgjørelser i nemnd, å godkjenne forordninger samt å stadfeste svangerskapslengden.

1.3.4 JOYCE TRAVELBEE - DET MELLOMMENNESKELIGE ASPEKTET

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn, med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene»

Dette er Joyce Travelbee sin definisjon på sykepleie som beskrevet i Kristoffersen (2019, s. 29). Travelbee legger hovedvekt på viktigheten av å etablere et mellommenneskelig forhold, der relasjonen preges av likeverd og gjensidighet (s. 23). Hvert menneske blir sett på som unik, og den enkeltes opplevelse av lidelse vil være personlig (s. 29). Det er også viktig å trekke frem at det mellommenneskelige forholdet handler, ifølge Travelbee, om et forhold mellom to *personer*, heller enn to *roller* (s. 32). En utfordring for sykepleieren vil være å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger og se pasienten slik hun er (s. 33).

Travelbee trekker frem viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk (s. 35), som handler om å bruke sin kunnskap og personlighet for å bevisst skape en forandring i form av reduserte plager hos andre, og denne evnen må utvikles ikke minst gjennom utdanning. Det krever også at sykepleieren har et gjennomtenkt forhold til egne holdninger og verdier i møte med pasienten.

1.3.5 KVINNERS ERFARINGER I MØTE MED PROVOSERT ABORT

Lurås & Jensen (2022, s. 12) fant at det var lite som indikerte at kvinner fikk mentale utfordringer som følge av provosert abort. De fleste kvinner som opplevde dette, hadde allerede psykiske utfordringer før de ble gravide, for eksempel som følge av fysisk og psykisk vold tidligere i livet, eller andre mentale lidelser.

Ifølge Jerpseth (2020, s. 161) vil kvinner som ønsker å gjennomføre provosert abort oppleve det som svært vanskelig å ta det endelige valget. Det fremkommer at å ta et slikt valg er forbundet med svært blandede følelser, slik som angst, sorg og skyld, men kvinnen kan også samtidig oppleve lettelse (Broen et al. 2006, som referert i Jerpseth, 2020, s. 161). Det at kvinnen velger å gjennomføre selvbestemt abort kan likevel ha mange forskjellige årsaker, men kan være forbundet med skam og for noen være tabubelagt (Jettestad, 2019, s. 271).

Mange kvinner beskrev en opplevelse av å være en ressursbelastning som ikke fortjente omsorg i sammenheng med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort (Sommerseth et al., 2022). De følte det forelå en mangel på personsentrert tilnærming, og møtte en tjeneste preget av rutiner, med hovedfokus på de fysiske aspektene ved aborten. Muntlig informasjon ble oppfattet som mangelfull, og flere hadde ikke fullt ut forstått hva en hjemmeabort innebar, og angret på valget i ettertid. Mangel på tilgjengelighet fra personalet under aborten, en følelse av ensomhet, samt å bli møtt med distansering og mangel på respekt, var sentrale funn fra samme studie.

1.4 OPPGAVENS HENSIKT, RELEVANS OG PROBLEMSTILLING

Som nevnt er retten til en forsvarlig, trygg og lovlig abort et vesentlig tilbud innen seksuell og reprodutiv helse (Sommerseth et al., 2022), og dermed en sentral del av helsetilbudet til alle personer som har mulighet for å bli gravide. I en studie av Mainey et al. (2020) fremkommer det at sykepleiere på globalt nivå har en essensiell rolle i abortomsorgen, og at sykepleierens utvidede funksjon og myndighet i arbeidet vil øke tilgangen på trygg og god abortomsorg for kvinner, spesielt i et allerede presset helsevesen. Også i Norge ser vi at sykepleiere ofte er den sentrale aktøren i abortomsorgen (Stiftelsen Amatheia, 2023, b).

I lys av dette vurderer vi at denne oppgaven tar for seg et tema som er høyst relevant for sykepleiere og har dermed satt opp problemstillingen:

"Hvilke utfordringer møter sykepleiere i sitt arbeid med provosert abort?"

Vi ønsker altså å finne ut hvilke utfordringer sykepleiere møter i sitt arbeid med provosert abort, og gjennom dette vil vi også utforske hvordan sykepleieutøvelsen kan påvirkes av disse utfordringene. Vi håper videre å kunne belyse eventuelle forbedringsbehov i dagens abortomsorg.

2 METODE

2.1 HVA ER EN METODE?

Metoden er det som beskriver prosessen som er brukt for å samle inn de kildene som vil besvare en oppgave eller problemstilling (Thidemann, 2020, s. 74). Oppgaven vi legger fram er en litteraturstudie, som ifølge Magnus & Bakketeig (2000, referert i Thidemann, 2020, s. 77) innebærer å samle inn relevante, litterære kilder, analysere disse, og lage en sammenfattet fremstilling av dem.

2.2 LITTERATURSØK

For å strukturere problemstillingen vår, og finne sentrale begreper til litteratursøket, satte vi opp et PICO-skjema, som er best egnet til kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2021). Dette blir fremstilt under pkt. 2.2.1.

Vi ønsket at søket vårt skulle svare på problemstillingen "Hvilke utfordringer møter sykepleiere i sitt arbeid med provosert abort?", men at søkeordene skulle være nøytrale i forhold til hvorvidt sykepleiere møter på utfordringer eller ikke. Vi begynte så å undersøke databaser. Vi valgte Cinahl og Pubmed, da disse databasene var kjent for oss fra tidligere, og fordi de er anerkjente databaser for forskning innen helsefag.

Alle søkeord vi har brukt har vært MeSH-terms (PubMed) eller Subject headings (Cinahl). Med unntak av én MeSH-term, "Nursing", som ikke fantes som korresponderende Subject heading i Cinahl, har vi brukt nøyaktig samme søkeord i de to databasene, noe som gjorde at vi kunne utføre et identisk strukturert søk i begge databaser. Vi har brukt samme avgrensninger på begge søk: free full text, årstall 2010-2023.

2.2.1 PICO-SKJEMA

P (Population)	I (Phenomenon of Interest)	Co (Context)
Sykepleier Sykepleiere	Opplevelser Erfaringer Ivaretagelse Sykepleiers rolle Sykepleie	Provosert abort Hjemmeabort Sykehus

2.2.2 SØKETABELL

Søkeord	PubMed	Cinahl
1 "Nurses"	8 048	56 933
2 "Nursing"	8 969	
3 "Abortion, induced"	3 329	3 560
4 "Nursing care"	4 778	58 128
Kombinert søk	66 (1 AND 3 OR 2 AND 3 OR 4 AND 3)	85 (1 AND 2 OR 2 AND 3)

2.3 VURDERING OG ANALYSE AV LITTERATUR

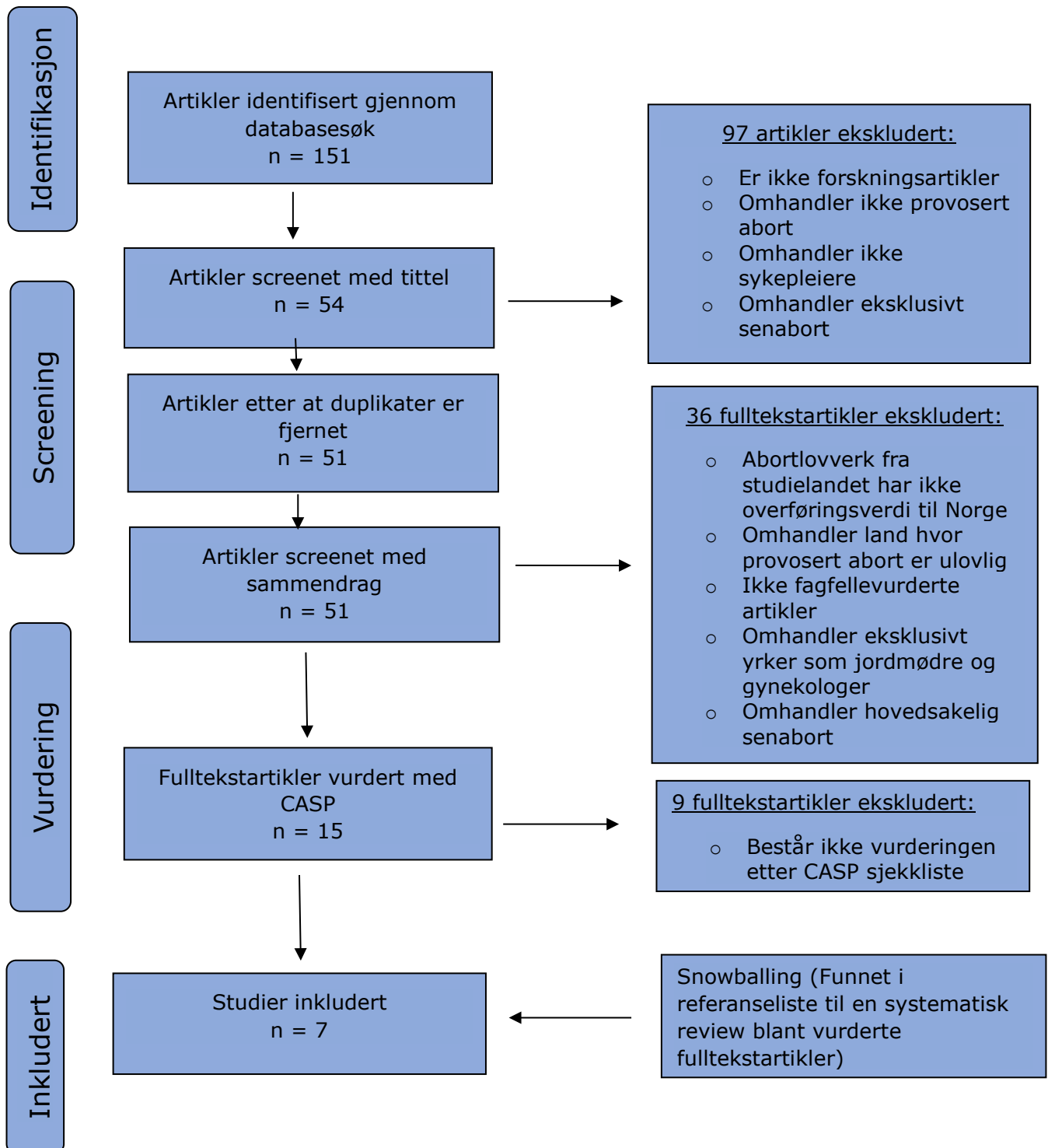
2.3.1 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Av det strukturerte søket ble det totalt 151 treff. For å velge ut så relevante artikler som mulig til å svare på problemstillingen vår, satte vi opp inklusjons- og eksklusjonskriterier, som vist i tabellen under.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler som er fra 2010 eller senere, for å sikre oss så moderne informasjon som mulig	Ikke fagfelleverderte artikler
Artikler fra land hvor abortlovverket har overføringsverdi til Norge, for å sikre at de har relevans til norsk sykepleiepraksis	Land hvor abort er ulovlig, eller på andre måter ikke overførbart til norsk praksis.
Artikler på engelsk, norsk, svensk eller dansk	Artikler som handler om spontanabort eller missed abortion
Sykepleie i forbindelse med provosert abort	Omhandler andre faggrupper enn sykepleiere
Abort i forbindelse med sykehus, poliklinikk eller hjemmet	
IMRAD-struktur	

Basert på våre inklusjons- og eksklusjonskriterier klarte vi å foreta noen store kutt i antall artikler. Vi forholdt oss først overordnet og klarte å luke ut 97 artikler kun basert på tittelen. Vi fjernet så tre duplikater og satt igjen med 51 artikler. Etter å ha lest gjennom sammendraget til disse, satt vi igjen med femten artikler som var relevante for problemstillingen vår. Vi analyserte disse 15 artiklene kritisk ved å benytte CASP sjekklister for kvalitative studier (Critical Appraisal Skills Programme, u.å). Etter å ha vurdert de femten, sto vi igjen med seks artikler. En artikkel ble deretter valgt ut ved snowballing, studien til Kjelsvik et al. (2018). Til slutt sto vi igjen med syv artikler som vi valgte å bruke til vår resultatdel. Utvelgelsen av artikler blir fremstilt steg for steg i Prisma flytdiagrammet under.

2.3.2 PRISMA FLYTSKJEMA



3 RESULTATER

3.1 SAMMENFATNING AV LITTERATUR

Vi har laget en sammenfatning av alle syv forskningsartikler som vi har inkludert i oppgaven vår, og presenterer dem i artikkelmatrisen under.

3.1.1 ARTIKKELMATRISE

Referanse: Calculus Formation: Nurses' Decision-Making in abortion-Related Care (McLemore et al., 2015).

Metode: Kvalitativ studie med intervjuer av sykepleiere i San Fransisco som ikke primært jobber med abort. Totalt 25 sykepleiere ble intervjuet.

Resultater: Artikkelen presenterer hvilke faktorer som var viktige i sykepleiernes bestemmelsesprosess for om de ønsket å delta i abortarbeid eller ikke. Resultatene viste at sykepleiernes vilje til å delta i abortarbeid ble påvirket av å vite hvilken årsak kvinnen hadde for å velge abort. Det fremkommer også at sykepleierne trekker inn kollegaer og andre menneskers meninger og holdninger til abort, og blir påvirket av disse. Resultatene viste også til at flere følte de ikke hadde nok kunnskap i å utføre abortarbeid.

Konklusjon: Studien konkluderer med at funnene kan brukes til å utvikle reflekssive øvelser og simuleringer for å gi helsepersonell en nøytral plattform for å drøfte etisk utfordrende situasjoner. Samtidig poengterer de at det trengs mer forskning som belyser mekanismene som blir brukt for å ta avgjørende valg i de etiske situasjonene helsepersonell ofte står i, samt finne andre faktorer og mekanismer som blir brukt.

Referanse: Nurse practitioners on "the leading edge" of medication abortion care: A feminist qualitative approach (Carson et al., 2023).

Metode: Kvalitativ studie med en kritisk, feministisk tilnærming i intervjuer med kliniske sykepleiere fra alle deler av Canada som tilbyr abort. Forfatterne forklarer i artikkelen at en kritisk feministisk tilnærming la til rette for å undersøke hvordan sykepleierne erfarer å bistå i medisinsk abort, men også hvordan disse erfaringene blir påvirket av kjønnsdynamikken i abortarbeid og sykepleie.

Resultater: Det fremkom av resultatene at selv om sykepleierne selv ikke hadde fått noen trening i abortarbeid under utdanningen, sørget mange av dem for undervisning og kommunikasjon i forbindelse med medisinsk abort. Det fremkom også at sykepleiere som hadde en slik undervisende og veiledende rolle økte interessen blant kollegaer for å implementere medisinsk abort i sin praksis, og at de følte seg mindre isolert. Resultatene viste også at sykepleiere hele tiden navigerte rundt motstand mot abort i helsevesenet, fra kollegaer, arbeidsgivere og bidragsytere og viser til at det er et behov for å normalisere abortomsorgen. Å vekke tillit hos pasientene ble beskrevet som spesielt viktig i arbeidet med en så stigmatisert del av kvinnehelse, i tillegg til bekymringene og usikkerheten rundt selve inngrepet. Like viktig var det å sørge for effektiv behandling.

Konklusjon: Artikkelen konkluderer med behovet for at abortomsorg integreres i sykepleiepensum, og at politikere og helseadministratorer samarbeider med de som arbeider i abortomsorg for å gi et bredt tilbud av seksuell- og reproduktive helsestrategier i primærhelsetjenesten, såvel som i spesialisthelsetjenesten.

Referanse: Walking on a tightrope - Caring for ambivalent women considering abortions on the first trimester (Kjelsvik et al., 2018).

Metode: Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju ble gjennomført med 19 sykepleiere og 1 lege fra forskjellige sykehus i Sør-Norge.

Resultater: Sykepleierne i studien beskrev pasientene sine som sårbare, lettpåvirkelige og muligens ambivalente og at de følte seg ansvarlig for pasientens velvære, men også for å avdekke eventuelle usikkerheter. De fastslo at dette krevde fokusert oppmerksomhet mot alle pasientene. Det var en balansegang mellom være bevisst kvinnens usikkerhet, og å involvere seg i den, uten å påvirke henne i noen retning. Tidspresset gjorde arbeidet utfordrende fordi det var liten tid til konsultasjon av hver kvinne, men også for kvinnene siden svangerskapslengden og tidspresset ikke alltid er forenlig med å kunne ta et valg i ro og mak.

Arbeidet med abort innebar for alle en risiko for at egne verdier og usikkerheter ville konfronteres. Det var heller ingen av sykepleierne som følte at de fikk et godt nok tilbud om samtale etter vanskelige situasjoner.

Konklusjon: Artikkelen viser til at selv om helsepersonellet ser på kvinnen som autonom i sin situasjon, var det vanskelig å ikke bli personlig involvert og stilt overfor egne verdier og sårbarheter. Derfor konkluderes det med at det er behov for et tilbud om debriefing og samtaler etter vanskelige og krevende situasjoner. Helsepersonellet ettersøkte og et tilbud om utdanning, og samarbeid med andre profesjoner, i arbeidet med ambivalente gravide kvinner.

Referanse: Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses (Lindström et al., 2011).

Metode: Kvalitativ metode, hvor fokusgruppe-diskusjoner med 25 gynekologer og 15 sykepleiere/jordmødre ble utført ved tre sykehus i Sverige. De brukte i tillegg et spørreskjema for å samle inn kvantitativ bakgrunnsdata om deltakerne.

Resultater: Det fremkom at det ikke var noen tvil, for noen av yrkesgruppene, angående ønsket om å delta i abort, til tross for å ha erfart komplekse og vanskelige situasjoner. Å håndtere følelser og maskere dem var en stor del av arbeidet. Alder hos pasientene kom frem som en viktig faktor i sykepleieutøvelsen og holdningene til helsepersonellet. Personalet fikk sjelden tilbud om veiledning og profesjonell utvikling. Utviklingen av abortmetoder hadde mye å si for erfaringene, og tverrfaglig samhandling var viktig. I fremtiden så de for seg mer ansvar for sykepleiere, samt kvinnene som utførte abort, og en økning i hjemmeaborter. Dette ville utfordre sykepleierrollen og kvinners rett til å få støtte og hjelp var viktig.

Konklusjon: Artikkelen konkluderer med at det er et behov for et felles forum for refleksjon og fortløpende veiledning for å kunne promotere kvinnehelse. I tillegg vil sykepleiere og jordmødres ansvarsområder i abortomsorgen fremover øke med den økende andelen medisinske aborter som utføres.

Referanse: The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study (Mauri & Squillace., 2017).

Metode: Kvalitativ metode, med semi-strukturerte intervjuer av 22 sykepleiere og 2 jordmødre ved fem abortklinikker i Milano, Italia. En fenomenologisk fremgangsmåte ble brukt for å analysere dataene.

Resultater: For å mestre ivaretagelsen av kvinner som avslutter et svangerskap, var tverrsektorielt samarbeid og kommunikasjon viktig. Språklige og kulturelle forskjeller mellom pasient og sykepleier hadde innflytelse på sykepleien, og psykisk omsorg var vanskeligere enn fysisk. For å forbedre profesjonelle holdninger var det viktig med deling av opplevelser, profesjonell opplæring og veiledning, samt psykisk støtte til sykepleierne. En mestringsstrategi var å distansere seg, og endringene i abortmetoder førte til økte krav i rollen som sykepleiere. Voldtekt og senabort vekket sterke følelser, og positive opplevelser var knyttet til valg om å fortsette svangerskapet.

Konklusjon: Artikkelen gir et sammenligningsgrunnlag med liknende arbeid fra andre land, og at intervjuobjektene foreslår strategier som kan forbedre sykepleien til kvinner som gjennomgår abort. Slike strategier var blant annet tverrfaglig samarbeid, kontinuerlig opplæring og økt variasjon i sykepleieoppgaver. Forfatterne konkluderer med at funnene kan brukes i en bredere klinisk setting.

Referanse: The changing body work of abortion: a qualitative study of the experiences of health professionals (Purcell et al., 2017).

Metode: Kvalitativ metode, der det ble utført semi-strukturerte intervjuer av 17 sykepleiere, 8 leger, 7 clinical support workers, og 5 sonografer. Disse ble rekruttert fra to sykehus og et senter for seksuell og reproduktiv helse i Skottland.

Resultater: Deltakerne beskrev utfordringer og suksesser i abortarbeidet, som fokuserte rundt kroppslige og emosjonelle faktorer. Maskering av egne følelser og et ikke-dømmende arbeid var viktig, og ambivalente følelser til arbeidet kunne dukke opp. Utfordringer dreide seg om å se svangerskapsproduktet, senabort og tidsbegrensningene i organiseringen av arbeidet. "Hvem utfører aborten" er et spørsmål som dukker opp sammen med medisinsk -og hjemmeabort da reduksjonen av direkte arbeid mot kvinners kropp reduseres, og standardisert informasjon var en bekymring og utfordring.

Konklusjon: Artikkelen konkluderer med at resultatene øker forståelsen for erfaringene til de som jobber innen abortomsorg; dvs. de utfordringene de møter i å balansere kvinners behov med begrensningene til helsevesenet, og endringene i arbeidet etter innføringen av medisinsk hjemmeabort. Artikkelen belyser også et behov for å se på de langvarige virkningene av en tidlig medisinsk abort, hvilken erfaring personalet har med organiseringen av abortarbeid, samt oppfatningen helsepersonell som ikke jobber med abort har.

Referanse: Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses (Nicholson et al. 2010).

Metode: Kvalitativ metode, med intervjuer og spørreskjemaer i en gruppe på syv gynekologiske sykepleiere. Disse ble analysert med fortolkende fenomenologisk analyse.

Resultater: Betingelsesløs aksept var viktig i abortarbeidet og ble brukt som et verktøy, selv om dette kunne bli utfordret i visse situasjoner. Mestringsstrategier i arbeidet var deling, distansering og maskering av egne følelser. Å møte pasientens psykiske behov var en nøkkelrolle, sammen med en empatisk og ikke-dømmende holdning. Stor arbeidsmengde og travel arbeidshverdag kom frem som en utfordring, og individuell informasjon var vanskelig, i tillegg til senabort. Erfaringer fra privatlivet og arbeidslivet ble trukket inn i tilnærmingen til arbeidet, og holdninger i rollen kunne endres med tiden. Utfordringen i sykepleieledet tjeneste var økt ansvar og økt volum av pasienter, og de var bekymret for desensitivisering i møte med provosert abort. Alle var enige om at å jobbe med andre sykepleieoppgaver ga en sunn balanse.

Konklusjon: Artikkelen konkluderte med at sykepleie innen abort involverte utfordringer og fordeler. Opplæring av personalet burde legge til rette for forståelse av disse prosessene og måter å mestre disse og konsekvensene. Forskjeller og likheter i arbeidet og hvordan personalet opplever dette burde bli reflektert over og anerkjent innen tjenesten. Selv om kulturell kontekst og spesifikke prosedyrer kan avvike fra hverandre, er abort et fenomen verden over, og sykepleieprinsippene har relativt like verdier. Disse kan få en påkjenning i abort konteksten.

3.2 FREMSTILLING AV RESULTATER

For å presentere de viktigste resultatene fra de syv artiklene i temaer, har vi brukt Aveyards tematiske analysemodell (Thidemann, 2020, s. 96).

3.2.1 VIKTIGE ASPEKTER I SYKEPLEIEN VED PROVOSERT ABORT

Purcell et al. (2017, s. 85) viste til at en viktig oppgave i abortomsorgen var å ta seg tid til å møte pasientens situasjonsbetingede sosiale og emosjonelle behov, og i Kjelsvik et al. (2018, s. 4196) presiseres viktigheten av at kvinnene skulle føle seg respektert. Å vekke tillit hos pasientene ble i Carson et al. (2023, s. 693) dratt frem som essensielt, fordi å gjennomføre en abort ble ansett som stigmatiserende, samtidig som kvinnen også kunne føle seg utrygg rundt selve inngrepet. I Purcell et al. (2017, s. 83) belyses tillit som viktig i forbindelse med fysiske oppgaver, for eksempel ultralydundersøkelsen. Det ble fremhevet at å sørge for at kvinnen får gjennomført aborten snarest mulig var viktig for å sørge for omsorgsfull behandling og psykisk velvære hos pasienten, da det å gå ufrivillig gravid over tid kunne ha negative konsekvenser for den mentale helsen (Carson et al., 2023, s. 694; Purcell et al., 2017, s. 87).

Selv om sykepleieutøvelsen i abortarbeidet var avhengig av kvinnens individuelle behov og årsak for aborten, var mellommenneskelige egenskaper, ikke-dømmende holdninger, god veiledning, empati, og omsorg, samt å holde personlige følelser utenfor, viktige fellesnevner for at kvinnen følte seg ivaretatt (Nicholson et al., 2010, s. 2250; Purcell et al. 2017, s. 85). I tillegg beskrives det å kunne være fleksibel i sitt følelsesregister, for å klare å møte alle de forskjellige følelsene de aborterende kvinnene kunne vise, som en viktig personlig egenskap for å sikre god ivaretagelse av pasienten (McLemore et al., 2015, s. 226).

Å informere pasienten om de forskjellige aspektene ved aborten går igjen som en sentral oppgave (Kjelsvik et al., 2018; Lindström et al., 2011; Mauri & Squillace, 2017; Purcell et al., 2017). Ved medikamentell hjemmeabort kunne kvinnen bli overlatt til seg selv å bedømme hva hun kunne forvente og hva som eventuelt var abnormt, kun basert på muntlig veiledning og standardiserte instruksjoner (Purcell et al., 2017, s. 88). Sykepleierne i Mauri & Squillace (2017, s. 230) trakk fram at det for kvinnen oppleves som mindre belastende med medikamentell abort enn kirurgisk abort, både fysisk og psykisk, men presiserer at det stiller høyere krav til sykepleieren om å gi god informasjon.

Det var viktig å ha en evne til å lese kvinners emosjonelle tilstand for å effektivisere samhandling med kvinnene i praktiske oppgaver (Purcell et al. 2017, s. 84), og bruke det som et verktøy for å fange opp ambivalens og usikkerhet (Kjelsvik et al. 2018, s. 4196). Personlige erfaringer fra tap eller egen abort ble brukt som et verktøy for å vise mer støtte og empati overfor kvinnene (McLemore et al. 2015, s. 225), og sammen med profesjonelle erfaringer kunne det gi følelsen av økt kompetanse og selvtillit, evnen til å stå i vanskelige situasjoner, og å forbedre sykepleier-pasient-forholdet (Nicholson et al. 2010, s. 2251).

3.2.2 ERFARINGER OG UTFORDRINGER I ARBEIDET

3.2.2.1 TIDSPRESS

Arbeidet med abort ble beskrevet som preget av tidspress (Nicholson et al., 2010; Purcell et al., 2017), og sykepleierne følte at de behandlet kvinnene på et "samlebånd", noe de mente kunne redusere den personsentrerte og emosjonelle omsorg kvinnen hadde behov for (Purcell et al., 2017, s. 85). Det ble fremhevet noen fordeler ved sykepleie-assistert abort, som at færre helsepersonell ble involvert i arbeidet med pasienten, og at sykepleieren fikk større myndighet (Nicholson et al. 2010, s. 2251).

I Mauri & Squillace (2017, s. 230) fremheves medikamentell abort som fordelaktig, da mindre tid ble brukt på å assistere ved den metoden, enn ved kirurgisk abort. Det hevdes også i samme studie at det emosjonelle aspektet ved abortomsorgen var mer krevende enn det fysiske, spesielt da helsepersonellet manglet kompetanse på området (Mauri & Squillace 2017, s.230). Det ble i Purcell et al. (2017, s. 84) dratt frem at det å vise empati i abortomsorgen var forventet av sykepleiere, men at siden den empatiske egenskapen ble regnet for "å være menneskelig" kunne det undergrave det emosjonelle og fysiske arbeidet som faktisk kreves i arbeidet med abort.

Å kunne være sikker på at kvinnen selv var helt sikker i avgjørelsen sin var viktig for sykepleieren (Lindström et al., 2011; Nicholson et al., 2010), og ble av noen sykepleiere hevdet å redusere sjansen for indre moralsk konflikt (Mauri & Squillace, 2017, s. 229). I et arbeid preget av tidspress var det ekstra utfordrende å konsultere ambivalente kvinner, og det var viktig for sykepleieren å forholde seg nøytral for å ikke påvirke pasientens valg (Kjelsvik et al. 2018, s. 4196), og noen sykepleiere fortalte at de nektet å gi det initielle medikamentet til kvinnen dersom hun viste tegn til usikkerhet eller nøling (s. 4197).

På grunn av den subjektive opplevelsen hver kvinne vil ha av aborten følte sykepleiere at det kunne være utfordrende å gi god nok informasjon om aborten, men fremhever at helsepersonell burde gi kvinnen realistiske forventninger til smerter, blødning og annet ubehag uten å skremme henne (Kjelsvik et al. 2018, s. 4197; Lindström et al. 2011, s. 546).

3.2.2.2 Å VISE BETINGESELØS AKSEPT OG FORSTÅELSE

For noen sykepleiere var det lettere å sympatisere med pasienten, og dermed velge å delta i abortarbeidet, når årsaken til kvinnens valg var kjent (McLemore et al. 2015, s. 227). I Nicholson et al. (2010, s. 2248) var betingelsesløs aksept et verktøy som ga rom for forståelse og empati for kvinnen, og noen sykepleiere fortalte at de i noen tilfeller rettferdiggjorde aborten med at den var bedre enn alternativene som ulovlig abort, uønsket graviditet eller ved mistanke om at barnet potensielt i framtiden kunne bli vanskjøttet.

Egne verdier og holdninger kan komme i konflikt i møte med kvinnens valg, og det kunne for mange være viktig å minne seg selv på at det var kvinnens eget autonome valg (Kjelsvik et al. 2018, s. 4198). I McLemore et al. (2015, s. 224) følte sykepleierne de vaklet mellom personlige holdninger og følelser - slik som fordommer, meninger om kroppsautonomitet og selvbestemmelse, samt at de sammenlignet seg og sine egne erfaringer med kvinnene - og sine profesjonelle holdninger til arbeidet.

3.2.2.3 EMOSJONELL BELASTNING

Sykepleieres emosjonelle respons knyttet til arbeidet med provosert abort kunne være sorg, tristhet og en følelse av å ikke klare å akseptere situasjonen (Mauri & Squillace, 2017, s. 228-229), og spesielt krevende situasjoner oppsto ved repetitiv abort, som vekket følelser som tristhet og maktesløshet (Lindström et al, 2011, s. 545), frustrasjon, sinne og hjelpeløshet (Mauri & Squillace 2017, s. 228), eller når kvinnen kom inn for å avbryte svangerskap som var et resultat av voldtekt (Mauri & Squillace 2017, s. 230).

Det ble ansett som særlig følelsesmessig utfordrende å forholde seg til senaborter (Lindström et al., 2011; Mauri & Squillace, 2017; Nicholson et al., 2010; Purcell et al., 2017;). Det å se abortmaterialet ved en medisinsk abort var for mange krevende (Purcell et al., 2017, s. 87), og flere syntes det var vanskelig når fosteret hadde velutviklede fysiske trekk, da det minnet dem om potensialet for liv (Nicholson et al., 2010, s. 2250-2251).

Flere sykepleiere nevnte også at de unngikk å dvele ved resultatene av aborten: "[...] that you're terminating all these fetuses" (Purcell et al., 2017, s. 85). Noen sykepleiere hadde behov for å emosjonelt distansere seg fra kvinnens avgjørelse, samtidig som de likevel var tydelige på sin profesjonalitet (Mauri & Squillace 2017, s. 230; Nicholson et al. 2010, s. 2248; Purcell et al. 2017, s 85). Å måtte føre inn vaginal-tablettene for pasienten, innebar en aktivt utførende rolle i aborten, og noen mente det var utfordrende

at de da ikke hadde den kroppslige og symbolske distansen mellom sykepleier og prosedyre (Purcell et al. 2017, s. 88). Sykepleiere snakket om å "skru av" tanker og følelser under visse vanskelige situasjoner (Nicholson et al. 2010, s. 2250), og jobbe mer mekanisk (Mauri & Squillace, 2017, s. 230). Andre la vekt på at det å jobbe med andre oppgaver enn abort vil kunne gi en sunn balanse, og redusere risikoen for desensitivering (Nicholson et al. 2010, s. 2251).

Flere følte at de ikke ble beskyttet fra påkjenningen av å håndtere abortmaterialet, og følte en negativ påvirkning når en kollega tok i bruk reservasjonsretten, da det ble økt belastning på dem som valgte å ikke gjøre det (Nicholson et al., 2010, s. 2251). Noen sykepleiere, som vanligvis jobbet i fødselsomsorgen, så på abort som en dødsprosess, noe som kunne komplisere forventningene de hadde til omsorgsarbeidet (McLemore et al. 2015, s. 225). Mange hadde behov for psykologisk støtte på arbeidsplassen (Mauri & Squillace 2017, s. 229- 230), og flere nevnte at de følte seg følelsesmessig overlatt til seg selv i mangel på tilbud om dette, og en følelse av å måtte undertrykke egne følelser (Kjelsvik et al. 2018, s. 4197-4198). Noen følte lite støtte fra private omgivelser (McLemore et al. 2015, s. 226), selv om mange hadde behov for det (Nicholson et al. 2010, s 2250).

3.2.2.4 UTDANNING, FAGLIG UTVIKLING OG SAMARBEID

I Mauri & Squillace (2017, s. 228) ble det uttrykt en mangel på integrering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som gjorde det vanskelig å ha en kontinuitet i pleien kvinnene mottok. Andre steder ble sykepleieren sett på som bindeleddet mellom de to instansene fordi de sørget for et tilgjengelig tilbud også utenfor de store byene (Carson et al., 2023, s. 693).

Sykepleiere i flere av studiene uttrykte et behov for bedre utdanning og veiledning i emosjonell støtte til pasienter, og i abortarbeidet i sin helhet (Carson et al., 2023; Lindström et al., 2011; Mauri & Squillace, 2017, s. 229; McLemore et al., 2015; Nicholson et al., 2010). Sykepleierne i Kjelsvik et al. (2018, s. 4197) beskriver at selv om de hadde den tekniske kunnskapen for å utføre abort, manglet de kompetanse for å håndtere emosjonelle og moralske utfordringer.

Sykepleiere som jobbet med abort kunne føle seg motarbeidet av kollegaer (McLemore et al. 2015, s. 226), og noen unngikk helt å samarbeide med de kollegaene som ikke lot seg påvirkes av oppfordringer om å følge sin profesjonelle plikt (Carson et al. 2023, s. 691). Andre fortalte om utfordringene ved det tverrfaglige samarbeidet på grunn av et medisinsk hierarki, og at deres effektivitet i arbeidet ble redusert, og deres profesjonelle autoritet ble undergravd når de for eksempel ble nedprioritert ved bestilling av ultralydundersøkelse for en abort (Carson et al. 2023, s. 692). Sykepleierne i Mauri & Squillace (2017, s. 230) følte at et tverrfaglig samarbeid i team med andre sykepleiere, leger, tolk, psykologer og sosialarbeidere var grunnleggende i arbeidet i arbeidet med abort. For å takle for eksempel kvinner som gjennomgår abort grunnet voldtekt følte respondenter at samarbeid med krisesenter for voldtekt var nødvendig (Mauri & Squillace, 2017, s. 229).

4 DISKUSJON

4.1 EMOSJONELT KREVENDE ARBEID GIR BEHOV FOR UTDANNING OG STØTTE

Molven (2016, s. 234-238) forklarer kravet om faglig forsvarlighet og omsorg (Helsepersonelloven, 1999, §4) som at helsepersonell må sørge for at de holder seg faglig oppdatert, at personalet skal ha adekvat kompetanse innen faget, samt at de vedkjenner seg sine kunnskapsmessige begrensninger og mangler. Videre beskrives det at å yte omsorgsfull hjelp baserer seg på pasientens rimelige krav på å bli ivaretatt og vist respekt, bli møtt med verdighet, innlevelse og imøtekommenhet, men at dette kravet bør stilles ulikt til helsepersonell etter hvilken grad av erfaring og kvalifikasjoner individet har. Helsepersonelloven (1999, §16) sier også at virksomheten skal legge til rette for at personalet kan utøve yrket i tråd med sine lovpålagte plikter, slik som for eksempel kravet om forsvarlighet og omsorg.

Selv om mange omtalte arbeidet abort som viktig, engasjerende og meningsfylt (Kjelsvik et al., 2018; Lindström et al., 2011; Nicholson et al., 2010; Purcell et al. 2017), opplevde de fleste sykepleiere en emosjonell belastning i sitt arbeid med provosert abort (Lindström et al., 2011 s. 545; Mauri & Squillace, 2017, s. 228-229; Nicholson et al., 2010, s.2250; Purcell et al., 2017, s.81), og mange følte at de manglet kompetanse i å håndtere emosjonelle og moralske utfordringer og etterlyste et tilbud om faglig utvikling og veiledning i dette (Carson et al., 2023, s. 694; Kjelsvik et al. 2018; Lindström et al., 2011, s. 547; Mauri & Squillace, 2017), samt et tilbud om psykologisk støtte på arbeidsplassen (Kjelsvik et al. 2018, s.4198; Mauri & Squillace, 2017, s. 229-230).

Emosjonell distanse i yrkesutøvelsen kan føre til at pasientene opplever sykepleieren som lite empatisk og at hun kun utfører oppgaver fokusert på det fysiske aspektet (Sneltvedt, 2007, s. 139), noe vi ser av de norske kvinnenes erfaringer i Sommerseth et al. (2022), samt av de mange sykepleiere som snakket om å «skru av» tanker og følelser (Nicholson et al. 2010, s. 2250), eller å jobbe "mekanisk" som en måte å beskytte seg fra den emosjonelle belastningen (Mauri & Squillace, 2017, s. 230). Det er nærliggende å forstå dette som at det er vanlig å bruke emosjonell distanse som en form for mestringsstrategi.

Sykepleiere i så og si alle studier vi har inkludert i oppgaven vår uttrykker et behov for bedre veiledning og utdanning i abortarbeid (Carson et al., 2023; Kjelsvik et al., 2018; Lindström et al., 2011; Mauri & Squillace, 2017, s. 229; McLemore et al., 2015; Nicholson et al., 2010). Andre sykepleiere mente i tillegg at livs- og arbeidserfaring var viktig i arbeidet, samt at det øker kompetanse og selvsikkerhet (Mauri & Squillace, 2017, s. 230; Nicholson et al. 2010, s 2251; Purcell et al., 2017, s. 84). Dette argumentet undergraver viktigheten av en bred utdanning, fordi det kan indikere at god omsorg forutsetter at sykepleieren har lang livs- og arbeidserfaring. Når kravet til helsepersonell om å utføre faglig forsvarlighet og omsorg i sitt arbeid må forventes ut fra personalets kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4), kan det være aktuelt å spørre seg om helsepersonell har større muligheter for å oppfylle sine lovpålagte plikter hvis de har en

god nok utdanning som sikrer dem kvalifikasjonene som trengs for å yte faglig forsvarlighet og omsorg.

I en undersøkelse i tidsskriftet *Sykepleien* (Bergsagel, 2023) avdekkes det at sykepleierstudenter ikke på langt nær får den praksisundervisningen de skal ha, selv om klinisk praksis skal utgjøre halvparten av studieløpet, og at de aller færreste i det hele tatt er innom svangerskaps- /barselomsorg i sine praksisstudier. Dette underbygger det faktum at helsetilbudet til kvinner nedprioriteres i sykepleierutdanningen, noe også Carson et al. (2023, s. 694) trekker fram i sin studie, og argumenterer for at bredere utdanning og fokus på kvinnehelse ville øke tilgangen på likeverdige helsetjenester. Også i en pressemelding på nettsidene til Stiftelsen Amatheia (2023a) opplyser de at på grunn av kutt i statsbudsjettet for år 2023 måtte de legge ned seks kontorer, og opplyser at det vil ramme tjenestetilbud som for eksempel undervisning og helsetilbud innen kvinnehelse og tilbudet for kvinner og par som trenger oppfølging i forbindelse med abort, noe som kan øke belastningen ytterligere på de øvrige tilbudene i helsevesenet.

Det har også vist seg av flere resultater at sykepleiere har følt seg motarbeidet av kollegaer som selv ikke ønsker å delta i abortarbeid (Carson et al. 2023, s. 691; McLemore et al. 2015, s. 226), eller at det medisinske hierarkiet sørget for at arbeidet deres ble nedprioritert i tilgangen på ressurser (Carson et al. 2023, s. 692), og dette kan være med å underbygge at kvinnehelse, derunder abortomsorgen, blir nedprioritert, og at dette i stor grad påvirker sykepleien kvinnene mottar.

4.2 HVORDAN PÅVIRKER VERDIER OG HOLDNINGER SYKEPLEIEUTØVELSEN?

Vi har sett at de sentrale begrepene i Joyce Travelbees' definisjon på sykepleie er å vise empati, og å kunne ta del i pasientens psykiske tilstand, og en forutsetning for dette er at sykepleieren legger vekk forutinntatte oppfatninger (Kristoffersen, 2019, s. 33). Sykepleiere har på sin side rapportert at det har vært lettere for dem å forholde seg positivt til kvinnens valg og føle empati, dersom begrunnelsen for valget blir kjent for dem (McLemore, 2015, s. 227), eller når de minnet seg selv på kvinnens autonomi (Kjelsvik et al. 2018, s. 4198; Purcell et al., 2017, s. 85), og noen brukte betingelsesløs aksept for kvinnens valg som et redskap til å klare å vise forståelse og empati (Nicholson et al. 2010, s. 2248).

Studien av Sommerseth et al. (2022) opplyser på sin side om tilfeller hvor kvinnene i møtet med helsepersonell følte på mer skam og stigmatisering. Dette kan samlet tyde på at ikke alle som jobber med provosert abort, uavhengig av hvor liberalt samfunnet eller lovverket i landet er, har kapasitet til å vise empati og ubetinget omsorg for alle kvinner, selv når kvinnen utøver sin fulle rett i henhold til lovverk og sin kroppslige autonomi. Videre kan dette indikere at det er et behov for å legge mer ressurser inn i arbeidet med å normalisere abortomsorgen på lik linje som andre helsetilbud, i Norge og internasjonalt. På den annen side fremkommer det i en svensk studie av Andersson et al. (2014, s. 17), med hensikt om å undersøke kvinners forventninger og erfaringer ved å gjennomføre provosert abort etter tolvte uke, at kvinnene opplevde å bli bedre behandlet enn de hadde forventet, og at de fleste følte på lettelse etter aborten. Også en stor kvantitativ studie fra USA (Taylor et al., 2013) som så på erfaringene til 9 087 kvinner

som hadde gjennomgått en abort, og fant at omtrent 75 prosent av kvinnene var positivt overrasket over opplevelsen de hadde, og at over 80 prosent anså at helsepersonalet gav dem utmerket omsorg i forbindelse med aborten.

Samlet kan dette indikere at kvinner som har et uønsket svangerskap eller som velger å gjennomføre en provosert abort av andre grunner, kan legge en følelse av skyld og skam over på seg selv og muligens påvirker dette hvordan de forventer å bli møtt av helsepersonell og andre. Dette kan føre til at opplevelsen i møtet med helsepersonellet blir farget av pasientens egne forventninger (Andersson et al. 2014, s. 17).

4.3 SENABORT I DAGENS JURIDISKE LANDSKAP

Norge står overfor muligheten for en utvidelse av grensen for selvbestemt abort (Regjeringen, u.å.). Samtidig ser vi at senaborter kan være spesielt følelsesmessig utfordrende for sykepleiere (Lindström et al., 2011; Mauri & Squillace, 2017; Nicholson et al., 2010) og at tidspunktet for aborten påvirker villigheten til å delta i utføringen (Purcell et al. 2017).

Samlet kan dette indikere at vi vil se en økning i bruk av reservasjonsretten (Abortforskriften, §15) ved en lovendring. Nicholson et al. (2010, s. 2251) beskriver en negativ innvirkning på sykepleiere når en kollega velger å reservere seg, fordi det kan føre til at den emosjonelle belastningen blir høyere for de som ikke gjør det. Økt arbeidsmengde og tidspres på grunn av rolleendring og oppgavedeling skaper, ifølge Nicholson et al. (2010), en følelse av økt pasientvolum hos sykepleierne. En lovendring vil altså kunne ha betydning for sykepleiernes *forventning* til et økt antall senaborter, men vil det bety det i praksis?

Abortloven (1975, §1) setter søkelys på forebyggende abortarbeid, så et økt antall senaborter er ikke et ønsket resultat. Lindström et al. (2011, s. 545) drar fram det de opplever som vondt i at liv kan reddes fra uke 22, men at aborter kan utføres etter uke 18. Dette kan sammenlignes med hva lederen for Jordmorforbundet tenker om å utvide abortloven: «Jordmødre vil være med å berge liv, samtidig som det vegg i vegg blir abortert foster som er kommet tilnærmet like langt i fosterutviklingen» (Hærnes, 2022). Man kan likevel argumentere med at dette allerede er noe som foregår på norske sykehus, da det er dit kvinnen kommer etter godkjent nemndbehandlet begjæring (Abortloven, 1975, § 3).

Det fremheves dog at kvinnen som regel ønsker at aborten utføres snarest mulig, og at det er essensielt for hennes mentale velvære (Carson et al, 2023, s. 694; Purcell et al., 2017, s. 87). Dette underbygges av tall fra Folkehelseinstituttet (2023), som viser at de fleste svangerskapsavbrudd skjer i løpet av de første åtte ukene, uavhengig av muligheten for å få det utført opp til uke tolv. Studien til Lindström et al. (2011) er gjennomført i Sverige, der abortlovverket per dags dato tilbyr selvbestemt abort opp til uke atten uten å oppgi spesifikke grunner for dette (s. 542). I Sosialstyrelsen (2023) kommer det fram at 94 prosent av alle aborter i Sverige allikevel skjedde før uke tolv i 2022. Til sammenligning skjer 95,1 prosent av svangerskapsavbrudd i Norge før uke tolv (Folkehelseinstituttet, 2023). Dette kan indikere at en lovendring ikke nødvendigvis betyr en økning i antall aborter etter uke 12, slik sykepleiere ser ut til å bekymre seg over.

4.4 TIDSPRESS I ARBEIDET: EN UTFORDRING FOR FORSVARLIG OG OMSORGSFULL SYKEPLEIE

Utfordringene i arbeidet dreier seg ofte rundt følelsen av å ikke ha tid til det sykepleierne anser å være viktig i møte med kvinnene, og det å måtte omstille seg raskt mellom de store forskjellene i pasienters krav og behov (Nicholson et al., 2010, s. 2250). På en annen side peker noen på fordelene med at medikamentell abort er mindre tidkrevende enn kirurgisk abort (Mauri & Squillace, 2017, s. 230). Likevel kan idealet om individuell omsorg bli satt i fare etter higen å arbeide på en tidseffektiv måte, og ville begrense sykepleiers mulighet til å engasjere seg i kvinnen og hennes emosjonelle omsorgsbehov (Purcell et al., 2017, s. 85). Dette understøttes av Joyce Travelbee, som legger vekt på at sykepleierne må etablere et mellommenneskelig forhold til pasienten for å forstå enkeltmenneskets individuelle behov (Kristoffersen, 2019).

Det er også et krav om forsvarlig helsehjelp basert på individuelle vurderinger (Meld.st.34 (2015-2016), s. 52). Konflikt mellom tid og andre ressurser reflekterer helsetjenesten bredt: «Somebody up there [management] thinks they walk in, take a tablet and go home [...]» (Purcell et al., 2017, s. 86). Sykepleierens dilemma ligger ofte i skvisen mellom pasientenes behov og rettigheter på den ene siden, og tjenestens organisering og ressurser på den andre, fordi tjenesten enten mangler kapasitet eller er organisert på en måte som gjør det vanskelig å imøtekomme pasienters behov (Tønnesen, 2021, s. 212). Samtidig rapporterer flere sykepleiere å gi mer tid enn de har for å imøtekomme kvinnenes behov (Purcell et al., 2017, s. 86). En rettferdig fordeling i prioritering av ressursene i helsetjenesten innebærer at alle har krav på en akseptabel minstestandard av helse- og omsorgstjenester (Meld.st.34 (2015-2016)). Dette betyr også at sykepleiere må vite hvor grensen går for hva som anses som forsvarlig og omsorgsfull hjelp i henhold til minstestandarden.

Det framkommer at det mellommenneskelige møtet har blitt mindre med utviklingen av medikamentell abort og ikke minst hjemmeabort (Mauri & Squillace, 2017; s. 230). Dette kan være en fordel i forhold til kvinners autonomi og frihet, da pasienten kan få velge selv om hun vil utføre den medikamentelle aborten på sykehuset eller hjemme (Helsenorge, 2020). Samtidig ser man at mange kvinner opplever at de ikke har noe valg, eller at valget er tatt på feil grunnlag på grunn av manglende informasjon, vanskeligheter med å forstå informasjonen, og at oppfølgingen etterpå, samt hvorvidt helsepersonell var tilgjengelige underveis, var mangelfullt (Sommersteth et al., 2022, s. 7). Sykepleiere føler at tiden ikke tillater å gi de ambivalente kvinnene god nok informasjon og veiledning i konsultasjons-sammenheng (Kjelsvik et al., 2018) og selv om kvinner som regel ikke får negative mentale konsekvenser av å gjennomgå abort (Jettestad, 2019, s. 12), ser vi at ambivalente kvinner kan ha høyere risiko for negative psykiske reaksjoner (Broen et al., 2010; Cameron, 2010).

Noen sykepleiere følger allikevel opp kvinnen med samtaler i løpet av aborten hjemme (Lindström et al., 2011), og noen er bekymret for hvordan den standardiserte informasjonen som gis passer for kvinnen, da opplevelse av smerte og bivirkninger er subjektivt (Purcell et al., 2017). Hjemme har ikke helsepersonell noe kontroll over kvinnens opplevelse, og kan ikke hjelpe dem med for eksempel smertelindring (Purcell et al., 2017, s. 89). Kvinner selv beskriver smerter som står i sterk kontrast til informasjonen de fikk i forkant, og flere følte at situasjonen var utrygg og uforsvarlig,

selv med en pårørende tilstede, da de ikke kjente til hva som var et normalt abortforløp (Sommerseth, 2022, s. 8). Individuelt tilpasset informasjon er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5). Det kan dog være vanskelig å vurdere om informasjonen sykepleieren gir er godt nok tilpasset kvinnen som mottar hjelp, da man ikke kan observere forløpet (Purcell et al., 2017, s. 89). På bakgrunn av disse subjektive opplevelsene til kvinner som utfører provosert abort utenfor sykehus, kan det være aktuelt å stille spørsmålet om denne moderne abortmetoden legger til rette for at sykepleier kan oppfylle sine lovpålagte plikter.

4.5 STYRKER OG SVAKHETER VED OPPGAVEN

Studien til Mauri & Squillace (2017) har deltagere fra syv sykehus, hvorav deltagere fra fire av dem kun har erfaring fra medikamentell abort, og de andre tre sykehusene kun utfører kirurgisk abort, og resultatene i studien spesifiserer ikke alltid hvilke erfaringer som er knyttet til hvilken abortmetode. Dette kan føre til at erfaringer og utfordringer ved kirurgisk abort kan bli diskutert i sammenheng med medikamentell- eller hjemmeabort i vår oppgave. Dette kan være tilfelle ved flere av artiklene som ikke eksklusivt tar for seg medikamentell abort (Kjelsvik et al., 2018; Mauri & Squillace, 2017; McLemore et al., 2015; Nicholson et al., 2010).

I kvalitative studier er antallet deltagere ofte for lite til å kunne være representativt for et helt samfunn eller land, selv når studien får frem nyanser og forskjeller i erfaringer og synspunkt. Dette gjelder for stort sett alle kvalitative artikler inkludert i denne oppgaven, selv om studien til Broen et al. (2010) har et utvalg på 120 kvinner. Sommerseth et al. (2022) baserer seg på kun 24 kvinner kommer det likevel fram at abortene var utført på sykehus eller klinikker som spredt over et stort geografisk område i Norge, noe som allikevel kan styrke funnene fra studien om at det Norske aborttilbudet er mangelfullt.

Geografiske særpreg, variasjoner i abortlovene, samfunnets infrastruktur og kulturelle normer og verdier kan ha en innvirkning på sykepleien og hvordan sykepleierne forholder seg til abort. For eksempel går det faktisk at Italia er et katolsk land igjen flere steder i Mauri & Squillace (2017). Religiøse holdninger kan altså påvirke arbeidet deres, selv om lovverket er liberalt. Det samme gjelder for den amerikanske studien av McLemore et al. (2015), hvor det er ekstremt store variasjoner i holdningene til abort på tvers av landet, selv om artikkelen ble publisert før opphevelsen av Roe v. Wade i 2022 (MSI Reproductive choices, u.å). I tillegg hadde de forskjellige deltakerne i denne studien ikke nødvendigvis opplevd å jobbe med abort. Denne studien fortalte noe om forutinntatte holdninger og verdier, men spesifiserer ikke nødvendigvis så godt hvilke utsagn som kommer fra en erfaren eller uerfaren sykepleier innen abortarbeid. Poenget med utvalget var for å finne ut hvilke faktorer sykepleiere tar hensyn til når de skal avgjøre om de vil delta i abortarbeidet eller ikke, og artikkelen belyser hva sykepleierne fant utfordrende når de sto overfor dette valget, og vurderes på den måten å være relevant for vår studie.

Arbeidsoppgaver for sykepleiere kan variere med geografiske forskjeller, på tvers av land, men også innad i landene, noe som betyr at alle funn ikke nødvendigvis er overførbare til praksisen og erfaringene i arbeid med abort ved sykehusene i Norge.

Samtidig er prinsippene for sykepleie bygget på felles verdier, og det at flere av funnene i studiene samsvarer med hverandre, øker troverdigheten for at erfaringene og utfordringene er overførbare til norsk kontekst. Resultater som kommer frem fra noen studier kan være preget av at det er eldre, slik som McLemore et al., Nicholson et al., Lindström et al. og Taylor et al., som ble publisert i henholdsvis 2015, 2010, 2011 og 2013.

Studien til Carson et al. (2023) baserer seg på intervjuer med "nurse practitioners", som i Norge kan sammenliknes med sykepleiere som har videreutdanning. Allikevel baserer ikke artikkelen seg på opplevelser og erfaringer som er spesifikt knyttet til sykepleiernes arbeidsoppgaver, men omhandler mer det store bildet rundt for eksempel behovet for utdanning, likeverdige helsetjenester, nedprioritering av kvinnehelse, og i den sammenheng kan artikkelens hovedpoenger likevel overføres til alle land som tilbyr aborttjenester.

Foruten å nevne at forfatterne ikke har noe "bias" i studiene, er det ingen av følgende studier som har gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningene av data i forhold til problemstilling, datainnsamling eller analyse og funn - noen har beskrevet nøye hvordan de gikk frem for å passe på at funnene ble riktig fremstilt, ved bruk av bl.a flere som har analysert individuelt, at deltakerne selv gikk gjennom for å verifisere tolkningen eller fikk reflektert utsagn tilbake, for å sikre riktig forståelse (Lindström et al. 2011; Mauri & Squillace 2017; Nicholson et al., 2010; Purcell et al. 2017;). I Lindström et al. (2011) var det kun fem jordmødre/sykepleiere i hver gruppe i fokusgruppediskusjonene, der det beste antallet for funn i høy kvalitet var seks til åtte. Det betyr at disse funnene kan være preget av å ikke ha fått frem forskjellene godt nok. Funnene i Nicholson et al. (2010) er ikke nødvendigvis overførbare til sykepleiere som er nye innen arbeid med abort, da de fleste deltakerne hadde lang erfaring, det samme gjelder for Kjelsvik et al. (2018).

4.6 KONKLUSJON

Av resultatene vi presenterer i vår oppgave kommer det fram at det for sykepleierne var emosjonelt krevende å jobbe med abort, selv om de opplevde arbeidet som viktig og meningsfylt. Vi har sett at det å håndtere abortmaterialet var emosjonelt krevende, spesielt i tilfeller som senabort, i tillegg til at mange følte at de ikke klarte å gi god nok psykososial støtte til kvinnene som gjennomfører aborten.

Den største utfordringen for at sykepleiere klarte å utføre faglig forsvarlig pleie og omsorg, og andre lovpålagte plikter, var tilsynelatende mangelen på adekvat utdanning innenfor abortomsorg, et mangelfullt tilbud på faglig veiledning og utvikling på arbeidsplassen, samt et arbeidsmiljø preget av tidspress.

Basert på resultater og teori som belyses i denne oppgaven kan det virke som at mer ressurser bør legges i å sørge for at sykepleierstudenter får en bred utdanning som også dekker abortomsorgen. Det bør også legges bedre til rette for at sykepleiere som jobber innen abortomsorgen får den støtte og veiledning de har behov for, slik at de kan utføre sykepleie i samsvar med lover og forskrifter.

LITTERATURLISTE

- Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd*. (FOR-2001-06-15-635). Lovdata. [Forskrift om svangerskapsavbrudd \(abortforskriften\) - Lovdata](#)
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata. [Lov om svangerskapsavbrudd \[abortloven\] - Lovdata](#)
- Andersson, I-M., Christensson, K. & Danielsson-Gemzell, K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS ONE*, 9(12), 1-22. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0115957>
- Bergsagel, I. (2023). *Sykepleierstudenter får ikke praksisen de har krav på*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2023/04/sykepleierstudenter-far-ikke-praksisen-de-har-krav-pa>
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2010). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 85(3), 317-323. <https://doi.org/10.1080/00016340500438116>
- Cameron, S. T. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 24(5), 657-665. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.001>
- Carson, A., Cameron, E. S., Paynter, M., Norman, W. V., Munro, S. & Martin-Misener, R. (2023). Nurse practitioners on "the leading edge" of medication abortion care: A feminist qualitative approach. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 686-697. <https://doi.org/10.1111/jan.15487>
- Critical appraisal skills programme.(u.å). *CASP qualitative studies checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Folkehelseinstituttet. (2023, 08. mars) *Aborttall for Norge*. FHI. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september) *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#>
- Helsenorge. (2020, 31. juli) *Abortmetoder*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/#medikamentell-abort>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)
- Hærnes, N. (2022, 2. juni). Jordmorforbundet: - Dagens abortgrense bør bestå.
 Sykepleien. [Jordmorforbundet: - Dagens abortgrense bør bestå \(sykepleien.no\)](#)
- Jerpseth, H. (2020). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, 133-168). Gyldendal.
- Jettestad, M. (2019). Selvbestemt abort. I Hagtvedt, M. L. & Holan, s (red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (3. utg., s. 267-272). Fagbokforlaget.
- Kalfoss, M. H. (2020). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, 453-483). Gyldendal.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope - Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 4192-4202.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14612>
- Kristoffersen, N. J. (2019). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal.
- Lindström, M., Wuff, M., Dahlgren, L. & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 542 – 548.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00862.x>
- Lurås, S. I. & Jensen, K. T. (2022, 23. desember). *Kvinnens mentale helse etter en provosert abort - en scoping review*. Sykepleien.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.90993>
- Mainey, L., O'Mullan, C., Reid-Searl, K., Taylor, A. & Baird, K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 29(9-10), 1513-1526. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>
- Mauri, P. A. & Squillace, F. (2017). The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(3), 227-232.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1318846>
- McLemore, M. R., Kools, S. & Levi, A. J. (2015). Calculus Formation: Nurses' Decision-Making in abortion-Related Care. *Research in Nursing Health*, 38(3), 222-231. <https://doi.org/10.1002/nur.21655>

- Meld.st.34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste: Melding om prioritering*. Regjeringen. [Meld. St. 34 \(2015-2016\) \(regjeringen.no\)](#)
- Molven, O. (2016). *Helse og jus*. (8. utg.) Gyldendal
- MSI Reproductive choices. (u.å). *When abortion rights are under attack, Nesheimwe feel it around the world. But together we can #ProtectChoice*. Hentet 27.05.2023 fra: https://www.msichoices.org/get-involved/campaign-with-us/the-impact-of-roe-v-wade-on-global-abortion-rights/?gclid=CjwKCAjw1MajBhAcEiwAagW9MfkqHNmBO2qzSEfK7OTrzhIWXIEDusm0shqQXHJ7JagCh67IdYYpSxoCMR4QAvD_BwE#
- Nesheim, B-I. (2021, 25. februar). *Reproduktiv helse*. Store medisinske leksikon. https://sml.snl.no/reproduktiv_helse
- Nesheim, B-I. (2022, 5. desember). *Abort*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/abort>
- Nicholson, J., Slade, P. & Fletcher, J. (2010). Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2245-2256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x>
- Norsk Helseinformatikk. (2011, 7. november) *Senabort*. NHI. <https://nhi.no/familie/graviditet/symptomsjekker/senabort/>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å., a). *Nye roller for sykepleiere*. Hentet 22. mai, 2023, fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/nye-roller-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbund (u.å., b). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 22. mai 2023, fra [Yrkesetiske retningslinjer](https://www.nsf.no/yrkesetiske-retningslinjer)
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G, Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., 17-39). Gyldendal
- NOU 1994:22. (1994). *Bruk av celler og vev fra aborterte fostre*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/27026d3e47dd4a3683cedd9171e71d90/no/pdfa/nou199419940022000dddpdfa.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)
- Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A. & Harden, J. (2017). The changing body work of abortion: a qualitative study of the experiences of health professionals. *Sociology of Health & Illness*, 39(1), 78-94. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12479>
- Regjeringen. (u.å). *Abortutvalget*. Hentet 21 mai 2023 fra [Abortutvalget - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/abotutvalget)

- Sneltvedt, T. (2007). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (1. utg, 135-148). Gyldendal
- Sneltvedt, T. (2021). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S Brinchmann (red.), *Etikk i Sykepleien* (5.utg, s. 97-109). Gyldendal
- Socialstyrelsen. (2023, 4 mai). *Statistik om aborter 2022*.
[Statistik om aborter 2022 \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)
- Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). *Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort*. Sykepleien.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>
- Stiftelsen Amatheia (2023 a, 30. januar). *Kuttet med 25%: Nå rammes kvinnehelsen*.
<https://amathea.no/blog/2023/01/30/kuttet-med-25-na-rammes-kvinnehelsen/>
- Stiftelsen Amatheia (2023 b, 19. april). *Fremtidens abortoppfølging* [Video]. Facebook.
<https://www.facebook.com/stiftelsenamathea>
- Taylor, D., Postlethwaite, D., Desai, S., James, A. E., Calhoun, A. W., Sheehan, K. & Weitz, T. A. (2013). Multiple determinants of the abortion care experience: from the patient's perspective. *American journal of medical quality*, 28(6), 510-518.
<http://doi.org/10.1177/1062860613484295>
- Thidemann, I-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2. utg). Universitetsforlaget
- Tønnesen, S. (2021). Prioriteringer i sykepleie. I B. S. Brinchman (red.). *Etikk i sykepleien* (5. utg, s. 191-225). Gyldendal

