

Kandidatnummer: 10070

Sykepleiers rolle i møte med pasienter som gjennomgår provosert abort og tilgjengelige ressurser

Fagartikkel

Antall ord: 4685

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

Kandidatnummer: 10070

Sykepleiers rolle i møte med pasienter som gjennomgår provosert abort og tilgjengelige ressurser

Fagartikkel

Antall ord: 4685

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Introduksjon: Provosert abort er et omfattende tema. Provosert abort er et gratis tilbud i Norge, og det er over 10 000 som utfører abort i løpet av et år. Selvbestemt abort er akseptert i Norge, men er fortsatt et tabu i samfunnet. Det er viktig å reflektere hvordan abortprosessen fungerer, og hvilken rolle sykepleierne har i møte med pasientene som gjennomgår abort er en viktig del av dette. For å bygge en relasjon til pasienten bruker man kommunikasjon, og da handler det om å være støttende og informativ. For å ivareta pasientene har de behov for støttende personer rundt seg, og en veiledning- og oppfølgingstjeneste slik som Amatheia.

Hensikt: Å undersøke hvilken rolle sykepleiere på gynekologisk avdeling har i møte med pasienter som gjennomgår provosert abort, og hvilke eksterne ressurser de har til disposisjon.

Metode: Det ble brukt kvalitativ forskningsmetode i form av semistrukturerte intervju. Det ble gjennomført seks individuelle intervjuer med sykepleiere med ulik ansiennitet på gynekologisk sengepost og poliklinikk.

Resultat: Sykepleierne kommuniserer med pasientene som gjennomgår provosert abort gjennom kommunikasjon og har en støttende funksjon. Resultatene viste at sykepleierne bygde seg erfaring gjennom årene for å håndtere ulike pasienter, men samtidig blir man aldri utlært innenfor kommunikasjon. En annen utfordring er pasientene som er ambivalente. Resultatet belyser viktigheten av et støtteapparat, og Amatheia.

Konklusjon: Sykepleierne har en støttende og ikke-dømmende rolle i møte med pasienten. Sykepleierne tilpasser seg til hver og en pasient, og veileder ikke ambivalente pasienter. Sykepleierne har begrenset med ressurser og er avhengige av eksterne ressurser som pårørende og Amatheia. Videre konkluderer studien med at det skulle vært en støttebrosjyre tilpasset pasientgruppen, og at sykepleierne ønsker diskusjon blant ansatte rundt erfaringer ved kommunikasjon og ulike pasientmøter.

Abstract

Introduction: Induced abortion has always been a broad and debated subject. Induced abortion in Norway is provided for by the Norwegian government healthcare and is free for those who need. More than 10 000 cases of induced abortion are conducted annually. Self-determined abortion is approved by the state but is still to be accepted by the society. It is important to reflect upon how the procedure is conducted and the importance of nurses and the role they play when it comes to tending the patient. To build a relation with the patient one uses communication, and it is of high importance to be supportive while providing information and education the patients. It is necessary for the patient to be familiar and informed of supportive figures, counseling- and follow up service such as Amatheia.

Aim: To analyze the role nurses have at gynecological departments when tending to patients who go through the induced abortion and what to research the external resources that are available to the patients both before and after the procedure.

Method: Qualitative research methods were used in the form of semi-structured interviews. 6 individual interviews were conducted with nurses of different seniority at gynecological ward and polyclinic.

Results: The nurses communicate with the patients undergoing induced abortion by reading the patient and having a supportive function in practice. The results showed that the nurses built up experience over the years to handle different patients, but one can never be fully taught how to communicate. Another challenge is patients who are ambivalent. The results highlight the importance of a support system and Amatheia.

Conclusion: Nurses have a supportive and non-judgmental role to play when tending patients. The nurses use their whole being as a communication tool to read the patients verbal and non-verbal language. For the nurses it's all about adapting to each patient, and not guide those who are ambivalent. The nurses have limited resources and are dependent on external resources as supportive relatives and friends and Amatheia. Furthermore, the study concludes that there should be a support brochure which is adapted to the represented group of patients. Also, the nurses calls for a systematic discussion among employees about experiences in communication and various patient meetings.

Introduksjon

Provosert abort

Provosert abort er «en kunstig fremkalt abort der et svangerskap blir avbrutt» (1). Provosert abort er et tema som berører mange, spesielt kvinner. Det er omdiskutert, politisert og stigmatisert (2). Et eksempel på at provosert abort er politisert er situasjonen i USA hvor høyesterett ønsker å endre retten til selvbestemt abort, og dette har skapt reaksjoner (3). «I Norge har kvinner rett til å bestemme selv om de vil ta abort i løpet av de tolv første ukene i svangerskapet» (4), og er et gratis tilbud til kvinner i Norge (4). Det er en nedgang i antall provoserte aborter hvert år, som Folkehelseinstituttet (FHI) mener kommer av forebyggende tiltak (5). I 2021 ble det sendt inn «11 937 begjæringer om svangerskapsavbrudd og utført 10 841» (6). 95,3% ble utført som medikamentell prosedyre, resterende som kirurgisk (6). Ansvar for abortene har de siste tiårene blitt forflyttet fra leger til sykepleiere da medisinsk abort er dominerende metode (7). De siste årene har hjemmeabort blitt vanlig (8), og ansvaret har forflyttet seg fra sykepleiere til kvinnen (7). Hjemmeabort fungerer trolig like godt sammenlignet på sykehus, og det er ikke dokumentert komplikasjoner knyttet til hjemmeabort (9). Abortprosessen starter med en abortsamtale på sykehuset (10). Ved ønske om abort tar hun en tablett som stopper svangerskapet, etter to dager kan kvinnen gjennomføre prosessen på sykehuset eller hjemme, om forholdene tilsier det (10).

Abortopplevelsen

Pasienter forbinder en god abortopplevelse med trygghet, tillit til helsepersonell, respekt, god kommunikasjon og tilgang til informasjon (2). «Trygghet og tillitt er grunnleggende for en god relasjon» (17, s.146). Vedrørende hjemmeabort føler kvinner på sårbarhet, skyld og skam, som kan begrunnes med tabu rundt abort i samfunnet (12).

Det foreligger høyere risiko for negative psykologiske utfall dersom pasienten er ambivalent til abortvalget (7). Omtrent 10% av de som kommer til abortsamtale velger å ikke gjennomføre aborten (7). Dersom abortavgjørelsen ikke var pasientens, opplevde de negative følelser i etterkant (13). Norges sykepleierforbund (NSF) sine yrkesetiske retningslinjer sier at «Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres» (14).

Ifølge forskning burde pasienter motta informasjon om psykiske reaksjoner ved abort (12). Pasienter ønsker oppfølgingskonsultasjon med fokus på fysisk og psykisk helse (12). Sykepleiere informerer pasientene at de kan kontakte Amatheia for oppfølging, og ved ambivalens (12). Amatheia er en gratis tjeneste «som supplerer helsetjenesten med veiledning og oppfølging av kvinner, menn og par med ambivalens i et svangerskap, og samtaler etter abort» (15).

Sykepleierrollen

Det kan være utfordrende å identifisere usikre pasienter (7). Det er viktig for sykepleierne at valget er pasientens, da helsepersonell ser på pasienten som beslutningstaker (7). Sykepleiere har et ideal om å være støttende og ikke-dømmende (7). For å oppnå dette er sykepleiere bevisste på eget ordvalg, og velger å ikke spørre direkte om pasienten er sikker i valget da sykepleierne ikke ønsker å skape tvil hos pasientene (7). Erfarne sykepleiere spør mer åpent (7). Ved manglende anerkjennelse og dømmende oppførsel fra helsepersonell, har pasienter opplevd manglende følelse av støtte (2,12).

NSF sier at «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (14). Pasienter fortalte at informasjonen før medisinsk hjemmeabort var mangelfull og misvisende, spesielt om blødninger og smerter, som påvirket opplevelsen av trygghet (12,16). Det finnes ingen nasjonale retningslinjer angående hvilken informasjon som skal gis (12). Pasientene synes det er vanskelig å stille spørsmål til et tema de har lite kunnskap om (12). Samtidig oppfordrer sykepleiere at pasientene stiller spørsmål ved uklarheter under abortsamtalen, og at pasienten tar kontakt ved behov (12).

Flere pasienter følte seg utrygge i abortprosessen ved hjemmeabort, med det var viktig med en partner, familie eller venn tilstede (12). Støtte etter aborten er et viktig aspekt som kan redusere følelsesmessige plager (13,16). Med frykt for å ikke oppleve støtte fra familie og venner, er det ikke alle pasienter som forteller om abortopplevelsen (13).

Forskning viser at pasienter ønsket at helsepersonellet ringte pasientene både under og etter aborten (12). Den egentlige praksisen var at pasientene selv kunne ringe ved spørsmål (12). Selv om helsepersonellet informerte pasientene om lav terskel for å ringe, følte pasientene at det var en usynlig barriere for å ringe (12). Ved unormalt mye blødning hadde pasientene fått informasjon om å kontakte sykehuset (12). Unormalt mye kan være vanskelig å definere, dette skapte usikkerhet blant pasienter om det var nødvendig å ta kontakt (12). Pasienter ønsker en nettside med informasjon fra pålitelige forfattere (16).

Kommunikasjon

«Sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold» (18, s.171), og gjør dette ved hjelp av kommunikasjon (17,18). For å oppnå hensikten med abortsamtalen er det viktig at sykepleierne forstår hva pasienten kommuniserer (19). Sykepleiere må lytte aktiv både til det som sies, men også det som kommer frem ved ikke-verbal kommunikasjon (19). «Å stille spørsmål uten å bli krevende er sentralt når man innleder og bygger opp en relasjon» (19, s.192). Å gi informasjon «på en god måte er å formidle kunnskap som pasienten har behov for, på en slik måte at pasienten er i stand til å ta imot og nyttiggjøre seg informasjonen» (19, s.217). «Som pasient er man i en krevende situasjon, og evnen til å ta imot og huske kan være redusert» (19, s.218). Forskning sier at helsepersonell tilpasser kommunikasjon etter pasientens behov (12).

Gjennom det som er presentert i introduksjonen vil denne studien besvare følgende problemstilling:

Hvilken rolle har sykepleiere ved gynekologisk avdeling i møte med pasienter som gjennomgår provosert abort, og hvilke eksterne ressurser har de til disposisjon?

Metode

Studien er et samarbeidsprosjekt mellom sykepleierutdanningen ved NTNU og Fremtidens Operasjonsrom (FOR). Vi er tre sykepleiestudenter som har samarbeidet om datainnsamling og analyse. Resultatet er ferdigstilt ut ifra individuelle problemstillinger.

Rekruttering og inklusjonskriterier

Rekrutteringen av informanter ble gjort via kontaktpersonen i FOR. Kontaktpersonen sendte e-post til alle sykepleiere ved gynekologisk sengepost og poliklinikk. E-posten inneholdt informasjonsskrivet (Vedlegg 1). Inklusjonskriterier var autoriserte sykepleiere, ulik ansiennitet, og regelmessig i kontakt med den aktuelle pasientgruppen.

Datainnsamling

Litteratursøk ble gjort i PubMed (20) og CINAHL (21). Vi benyttet kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle intervjuer, for å undersøke erfaringer og opplevelser (22). Intervjuene var basert på en intervjuguide (Vedlegg 2), og ble utformet i samarbeid med medstudentene. Intervjuguiden omhandler åpne spørsmål som dekker ulike aspekt ved våre problemstillinger (Vedlegg 2). Det ble gjennomført seks intervju. Intervjuenes varighet var 50-70 minutter, og ble holdt på ulike grupperom i samme bygning som informantene jobber. Dette kan oppleves som en trygghet for informantene (22). Under intervjuene var det alltid to studenter til stede. Én holdt intervjuet og én transkriberte. Oppfølgings spørsmål ble gjort da det var hensiktsmessig.

Analyse

Analysen er inspirert av Malteruds metode, den går over fire faser og er kalt systematisk tekstkondensering (23). Vi transkriberte underveis i intervjuet i form av sitater, ufullstendige setninger og stikkord. Etter intervjuet renskrev vi i fullstendig setninger. Vi startet analysen ved å skape oss et helhetsinntrykk ved å lese gjennom intervjuene. Deretter jobbet vi med å finne meningsbærende element, og satte de inn i kategorier tilpasset problemstillingen (23). Arbeidet var basert på induktiv tilnærming som er «å trekke slutninger ut fra det enkeltstående til det allmenne (23, s.27).

Tabell 1: Eksempel på analyse fra meningsbærende element til kategori

Spørsmålet	Intervjutekst renskrevet	Meningsbærende element	Kategori
<i>Hvordan kommuniserer du med pasienten for å hjelpe pasienten med å mestre psykiske reaksjoner etter spontanabort?</i>	Åpne spørsmål som ikke fører til ja/nei. Noen vil holde maska og skal klare seg selv, da sier man videre til legen at man observerer at man ikke kommer seg helt inn på pasienten. Må bruker seg selv som et verktøy og se hele pasienten. Man må vite at man har et kroppsspråk som sier mer enn man tror. Spør alltid pasienten hvordan det går, om de er alene eller om noen vet at de er her. Veiledning hos Amatheia hvis man ikke kommer helt til.	Stille åpne spørsmål Sanse Fremme Amatheia Bevisst eget kroppsspråk Kartlegge sosialt nettverk	Lese pasienten Støttende funksjon Eksterne ressurser

Etiske betraktninger

Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv på forhånd (Vedlegg 1). Deltakelsen i studien var frivillig og anonym. Det ble innhentet muntlig samtykke fra informantene før intervjuets start, de ble og informert om at de kunne trekke samtykket (Vedlegg 1). Informantene er anonymisert og kan ikke identifiseres direkte eller indirekte (24). Sitater er omskrevet til bokmål og informantene er nummerert for å bevare informantenes anonymitet.

Resultat

Informantene var seks kvinner fra gynekologisk sengepost og poliklinikk. De hadde 0-21 års erfaring innen feltet, flertallet hadde 0-3 år. Analysen av intervjuene avdekket hvilken rolle sykepleierne har til pasientene, belyser betydningen av skriftlig informasjon og eksterne ressurser. Funnene er representert som tre hovedkategorier med tilhørende underkategorier (Tabell 2).

Tabell 2: Hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Støttende funksjon	Relasjonsbygging på kort tid
	Den gode samtalen
	Informere og normalisere
Sykepleiernes opplevelse med skriftlig kommunikasjon	Viktig med skriftlig informasjon
	Skulle vært en brosjyre som ved spontanabort
Eksterne ressurser	Godt samarbeid med Amatheia
	Pårørende og kartlegge støttespillere

Støttende funksjon

Relasjonsbygging på kort tid

Ved abortsamtale må sykepleieren bygge en relasjon på kort tid da abortsamtalen har en fast tidsramme. Dette fører til at man må tenke på tiden og styre samtalen, samtidig som man skal observere pasienten og tilpasse møtet deretter.

«Det er kort tid å gi sykepleie på. Man må se hele pasienten og tilpasse seg den du møter. Jeg bruker hele meg som et verktøy»

(Informant 1)

«Man må høre på pasienten, men lede dem på stien. Man må lære seg å avbryte på en fin måte»

(Informant 6)

Den gode samtalen

Alle informantene fortalte at pasienter har individuelle behov og reaksjoner, og at informantene må tilpasse seg hver og en. Halvparten av informantene fortalte at de sanser hvordan pasienten opptrer, både verbalt og non-verbalt, for å tilpasse seg pasientene. Ved abortsamtalen er noen pasienter fortsatt usikre på om de skal gjennomføre en abort, og da er det viktig å gi de tid.

«Du må sanse når du begynner å snakke med dem. Ved usikkerhet er det viktig å ta seg tid, slik at pasienten ikke føler seg presset.»

(Informant 4)

«Noen kommer usikre. Viktig å se hvordan de tar det. Viktig å få ut følelsene hun kjenner på. Veldig mange synes det er vanskelig å snakke om, da det er tabu.»

(Informant 1)

Når pasienten kommer til abortsamtalen, er det viktig å være imøtekommende. Alle sa det var viktig å ikke stille spørsmål om valget, da det er et vanskelig valg for pasienten. Det er viktig for informantene at pasienten får en god opplevelse, og at de aktivt lytter til pasienten.

«Ikke spør de om de er sikre på valget, da man aldri er helt sikker. Man kan heller spørre om det er pasientens valg.»

(Informant 1)

«Aktiv lytting er essensielt. Noen pasienter ønsker bare å få ting, da er det viktig at man viser at man er interessert. Andre vil ikke snakke om aborten. Viktig å se hva pasienten trenger og tilrettelegge. Det kan hjelpe å gi øyekontakt for å vise at vi er her for dem.»

(Informant 4)

"Vi sykepleiere er åpne og uavhengige. Pasienten skal sitte igjen med en god opplevelse."

(Informant 2)

To informanter påpekte betydningen av å fremstå profesjonell og strukturere samtalen, og er bevisst på at samtalen ikke går på automatikk.

«Kommunikasjon sier vi hver dag at er vanskelig. Kommunikasjon blir man aldri utlært i. Man blir mer bevisst på det man sier, litt teknikk eller hjelpemidler får folk til å åpne seg. Å lytte er en kunst.»

(Informant 6)

«Samtalen går fort på autopilot.»

(Informant 5)

Informere og normalisere

Informantene var enig i at provosert abort er et tabubelagt tema i samfunnet, forklaringsbehovet til pasientene kan tyde på dette. For å normalisere provosert abort er informantene opptatt av å gi informasjon samtidig som de er bevisst eget kroppsspråk. En informant velger å ikke snakke om forventede følelser knyttet til aborten, siden opplevelsene er ulike. Informantene oppfordrer pasientene til å ringe til avdelingen da det er pasientens ansvar å ta kontakt om de føler noe er galt. For mer informasjon om abort, fortalte tre av informantene at de henviser til nettsiden Helsenorge.

«Noen pasienter har et forklaringsbehov overfor oss sykepleiere. Dette kan tyde på at det er et tabu.»

(Informant 5)

«Jeg vil sette fokus på temaet for å normalisere. Sette seg ned, vise at man har tid og gå gjennom informasjon.»

(Informant 2)

«Viktig at kvinnen ikke føler seg presset. Vite at kroppsspråk sier mer enn man tror. Må vise tydelig med hele kroppsspråket og hele meg at jeg ikke er dømmende.»

(Informant 6)

«Et gjennomgående spørsmål er om de har gjort nå feil. Da må jeg ta meg tid og informere at dette var det valget du følte var best, det er riktig.»

(Informant 4)

«Jeg snakker ikke om forventede følelser, da pasienten kan føle at hun føler feil. Alle pasienter opplever provosert abort forskjellig»

(Informant 1)

«Vi har ingen oppfølging. Pasientene får beskjed om å ta kontakt hvis det oppstår problemer. De har ansvar for å ta kontakt dersom de får symptomer på infeksjon.»

(Informant 5)

Sykepleiernes opplevelse med skriftlig kommunikasjon

Viktig med skriftlig informasjon

Informantene var enige at det er viktig å gi skriftlig informasjon til pasientene, og det oppleves som et hjelpemiddel. Dette på bakgrunn av at pasientene får mye praktisk informasjon muntlig, på kort tid. Pasientene som gjennomgår provosert abort får skriftlig informasjon i form av en prosedyre som er tilpasset helsepersonell.

«Viktig med noe skriftlig. Vi kan gjenta informasjonen mange ganger, men pasienten er ikke psykisk tilstede. Informasjonen går ikke inn.»

(Informant 5)

«Den er veldig praktisk. Hjelp de som en huskeliste til hva de skal gjøre videre. De får ikke den samme støttebrosjyren.»

(Informant 3)

Skulle vært en brosjyre som ved spontanabort

To informanter poengterte at det burde vært en støttebrosjyre for de som gjennomgår provosert abort. De som gjennomgår spontanabort får en brosjyre som er ment å være omtenksum og tilpasset pasientgruppen. Informantenes erfaring med brosjyren til spontanabort er at den er en inngangsport til å snakke om tema og gir både pasientene og sykepleierne økt kunnskap og forståelse.

«Det burde vært en triveligere brosjyre.»

(Informant 2)

«Mange er redd for at de blir sterile. Kanskje mer info om hva abort faktisk innebærer.»

(Informant 3)

«Med brosjyren kan det føles lettere å ta opp tema om psykiske reaksjoner.»

(Informant 1)

Eksterne ressurser

Godt samarbeid med Amatheia

Informantene mener det er tilstrekkelig oppfølging på sykehuset i forhold til tilgjengelige ressurser. Samtidig mener tre informanter at dagens oppfølging ikke er tilstrekkelig for alle. De har likevel et eksternt oppfølgings- og veiledningstilbud via Amatheia.

«Hvis jeg ser noen som har det ekstra tøft er det naturlig å følge opp mer.»
(Informant 2)

«Tenker at ting kan forbedres, men da er det et økonomisk spørsmål.»
(Informant 6)

«For noen blir det aldri nok oppfølging, for andre er det mer enn nok.»
(Informant 5)

Alle informantene informerte pasientene om Amatheia. Det er viktig at sykepleierne er nøytrale. Om pasienten er usikker i valget, henviser de til Amatheia for veiledning. Samtlige var enige i at det er et godt samarbeid med Amatheia, hvor flere av informantene opplevde at pasienter brukte tjenesten. Informantene har ikke direkte kontakt med Amatheia, de bare henviser pasientene.

«Godt samarbeid. De gjør det vi ikke har tid til. Vi har informasjonsbiten, og de veiledningsbiten.»
(Informant 6)

Pårørende og kartlegge støttespillere

Informantene vektla betydningen pasienten har av å ha et støtteapparat rundt seg. Det stilles krav til pasientene som ønsker hjemmeabort. Ett av disse er at pasientene må gi kontaktopplysninger til en person som kan være til stede med pasienten gjennom dagen selve aborten foregår.

«Hvem har de rundt seg? Noen pasienter skal ikke involvere noen og vil gå gjennom det alene, men det er viktig å vite om de har folk rundt seg. Forskning viser at de trenger noen rundt seg.»
(Informant 6)

Pårørende eller partner er hovedsakelig en ressurs for pasienten, men ikke alle har gode hensikter. En av informantene forklarte at det er viktig å vite om valget om abort er pasientens eget valg eller om det er uenighet. Om pasienten virker usikker så er det viktig å snakke med pasienten alene. Pårørende involveres, men fokuset er på pasienten.

«Det er viktig å avklare om valget er pasienten sitt eller om hun føler seg presset av pårørende. Jeg fisker etter svar. Hvis pasienten er nølende, er det viktig å snakke med pasienten alene, slik at de kan få prate om det.»
(Informant 3)

«Pårørende er en ressurs dersom de har gode hensikter.»
(Informant 5)

Diskusjon

Hensikten med studien er å belyse rollen sykepleier har i møte med pasienter som gjennomgår provosert abort, og hvilke eksterne ressursen de har å benytte seg av.

Studien forteller at provosert abort er et tabubelagt tema i samfunnet og gjør temaet dagsaktuelt. Situasjonen i USA (3) belyser at det er omdiskutert og et globalt tema. For å kunne diskutere temaet er kunnskap viktig.

Støttende funksjon

Hva må sykepleier gjøre for at pasienten skal føle seg tilstrekkelig ivaretatt? Blant annet er det viktig for pasientene med god kommunikasjon (2). Hva god kommunikasjon er kan oppleves ulikt av pasientene og sykepleierne. Faktorer som er viktig for en god abortopplevelse for pasientene er blant annet tillit til helsepersonell og følelsen av trygghet. Å tilpasse kommunikasjonen etter pasientenes behov anses av informantene i studien som en nødvendighet, og kan bidra til en god abortopplevelse (2). Travelbee påpeker viktigheten av å skape menneske-til-menneske forholdet, slik at avstanden mellom sykepleieren og pasienten ikke blir for stor (17). Informantene i studien er imøtekommende og lytter aktivt til pasientene, samtidig som de sanser. Dette skaper en raskere relasjonsbygging og kunnskap om pasientens behov (19). Til tross for bevissthet rundt dette understrekte informantene at relasjonsbygging på kort tid er utfordrende. Det er viktig å ta høyde for pasientens verbale og non-verbale språk (19), for å formidle på pasientene sine premisser.

Grunnet kort tid til abortsamtalen poengterer informantene i studien at det er viktig med en strukturert samtale. En godt strukturert samtale bidrar til «å fokusere på det som er faglig viktig» (19, s.117). På den andre side kan en strukturert samtale være negativt, da studien påpeker at det er risiko for at samtalen går på automatikk. Informantene anser det som viktig å gi pasienter tid til å kjenne på og bearbeide følelser, og informantene er opptatt av at pasienten skal ha en god opplevelse. Grunnet kort tidsramme er det nødvendig for sykepleier å holde struktur slik at tilstrekkelig informasjon kan bli gitt.

Andre faktorer som bidrar til en god abortopplevelse for pasientene er å bli behandlet med respekt og som beslutningstaker (13). For pasientene som er ambivalente i valget er det viktig med bekreftende kommunikasjon, slik at pasienten føler seg forstått da ambivalente pasienter har høyere risiko for negative psykologiske utfall (7). Dette gjelder omtrent 10% av de som kommer til en abortsamtale (7). Både studien og forskning påpeker balansen sykepleierne må ivareta i møte med pasientene, de skal være støttende samtidig som nøytrale og ikke utføre veiledning. Det handler om å involvere seg i kvinnens eventuelle usikkerhet uten å påvirke beslutningen (7). Informantene i studien sa det er viktig at sykepleier også er bevisst på hvordan man kommuniserer, verbalt og non-verbalt. Kroppsspråket sier mer enn man tror, blant annet om man er innstilt på å lytte (19).

Er det galt å spørre pasienten direkte om de er sikre i valget? Sykepleierne må være påpasselig at de ikke stiller spørsmål som er for krevende før en relasjon er bygd (19). Alle informantene i denne studien var tydelige på at de ikke spør pasientene direkte om pasienten er sikker. Informantene begrunnet dette med at de ikke ønsker å plante tvil hos pasienten da de opplever at pasienten aldri er helt sikker. Dette underbygges også av forskning (7). Sykepleiere med lengre erfaring spør pasienten mer direkte (7). En av informantene i studien med lengre erfaring sa at hun velger å spørre om det er pasientens

valg, men heller ikke hun spør om pasienten er sikker. Det kan tyde på at sykepleiere med lengre erfaring føler seg tryggere i rollen. I USA bruker de et hjelpemiddel i form av et spørreskjema for å avdekke usikkerhet (7). Fra egenerfart praksis er terskelen lavere for å være ærlig ved å skrive eller krysse av på et ark, enn å snakke med noen man ikke er trygg på.

Tilgang til informasjon er også en faktor som kan bidra til en god abortopplevelse (2,13). Informantene i studien påpeker at det er viktig å gi informasjon til pasientene og normalisere provosert abort. NSF påpeker viktigheten av «å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (14). Pasienter forventer at sykepleierne skal si alt av informasjon, samtidig som informasjonen er tilpasset individet, og at sykepleier kontakter pasientene før, under og etter abortprosessen (12). Forskning og denne studien forteller at sykepleierne forventer at pasienten tar kontakt ved behov, da de har informert om lav terskel for å ringe. Likevel føler pasientene at det er en usynlig barriere som gjør at de ikke tar kontakt med helsepersonell, enkelte er usikre på om smertene eller blødningen er ille nok til å ringe (12). Forskning forteller at pasientene får informasjon om å ta kontakt om de blør unormalt mye, definisjonen på mye er vanskelig å vite (12). På nettsidene til Helsenorge betyr dette at man «fyller 6 nattbind på to timer» (10). Forskning viser også at pasientene opplevde abortopplevelsen vondere enn opplyst av sykepleiere, og mente sykepleierne holdte igjen informasjonen fordi de ikke ønsket å skremme pasientene (12). Dette gjelder spesielt ved hjemmeabort da pasientene kan oppleve utrygghet, selv om FHI rapporterer at hjemmeabort fungerer like godt som på sykehus (14). Pasientene mener det er misvisende informasjon både på internett og fra helsepersonell, og uttrykker et behov for nasjonal informasjon av pålitelige forfattere (16). Om det ikke er noe pålitelige internettkilder er pasientene redd det kan dukke opp dårlig informasjon som propaganda og skrekkhistorier (16). Sterke meninger om provosert abort påvirker mennesker og det kan påvirke valget til en abortsøkende kvinne. To av informantene i studien henviser pasientene til nettsiden til Helsenorge for mer informasjon.

Det er viktig å informere pasienten på en måte som oppleves relevant, sånn at pasienten både forstår og husker det nødvendige (21). Forskning viser at pasienter savner informasjon (2), blant annet om psykiske reaksjoner. Både informantene og forskning belyser at det er lite fokus på psykiske reaksjoner knyttet til abort, noe pasientene skulle fått informasjon om (12). Likevel tyder studien på at det er tilfeller der informantene kan gjenta informasjon uten at pasientene klarer å motta informasjonen. Det kan forklares med at pasienter i en krevende situasjon har svekket evnen til å motta og huske informasjon (19). Dermed hjelper det ikke nødvendigvis at sykepleierne gjentar og gir mer informasjon. Samtidig gjelder ikke dette alle og sykepleieren må tilpasse informasjonen til mottakeren.

Sykepleiernes opplevelse med skriftlig informasjon

Pasientene som gjennomgår provosert abort, får et ark med prosedyren som er ment for helsepersonell. Ifølge studien finnes prosedyren på flere språk, noe som sørger for at kvinner med språkvansker, også får med seg den viktige informasjonen. Fordelen med dagens prosedyre kan være at den normaliserer abortprosessen på en måte som andre prosedyrer ved sykehus. Informanter fra studien påpeker at det skulle vært en brosjyre tilpasset pasientene som gjennomgår provosert abort, slik det er ved spontanabort. En fordel med brosjyren kan være at det oppleves enklere å ta innover seg informasjonen når den er tilpasset mottaker, slik som informantenes erfaring med spontanabortbrosjyren. En ulempe med skriftlig informasjon er at alle ikke alltid kjenner seg igjen i det som er skrevet.

Samtidig oppleves skriftlig informasjon som et hjelpemiddel når pasienten er i en krevende situasjon hvor muntlige informasjon kan være vanskelig å håndtere ifølge studien.

Eksterne ressurser

Det er misforhold i hva pasientene ønsker av oppfølging og hva som er mulig med tilgjengelige ressurser. Studien tyder på at sykehuset ikke har ressurser til å ivareta oppfølgingen av pasientene i ettetid, og lener seg på samarbeidet de har med Amatheia, som informantene mener er et godt samarbeid. Amatheia er det eneste lavterskeltilbud innenfor abortveiledning i Norge, og er tilgjengelige fysisk og via telefon på hverdager fra kl.8 til kl.18 (15). Hvem pasientene skal kontakte utenom disse tidene har ikke informantene opplysninger om, bortsett fra at pasientene kan ringe til avdelingen ved behov. Er dette et dekkende tilbud? Studien sier at for flertallet pasientene er det nok oppfølging, men for noen er det aldri nok. Forskning sier at ved hjemmeabort kan pasienter føle på både sårbarhet, skyld og skam (12) og ambivalente pasienter har høyere risiko for negativ psykologiske reaksjoner (7). Man kan ikke forutsi når en pasient får psykiske reaksjoner. Skal man derfor la være å tilpasse for de som har større behov for oppfølging? Studien sier at der er begrensede ressurser, men at de likevel ønsker å forbedre oppfølgingen. Samtidig er det vanskelig å dekke alle behov, og derfor kan det tenkes at fokuset er på de tiltakene som dekker flertallets behov. Forskning belyser pasienters ønske om oppfølgingskonsultasjon etter abort for fysisk og psykisk helse (12). Informantene i studien forklarte at det ble kun satt opp oppfølging på sykehus ved komplikasjoner under aborten, og det er pasientene selv som avtaler oppfølging via Amatheia. Selv om det finnes et oppfølgingstilbud tyder det på at folk er usikre om det er behov å ta kontakt og redde for å være til bry (12).

Samtlige informanter mener det er viktig at pasientene har et støtteapparat rundt seg. Ved hjemmeabort er det et krav å oppgi en kontaktperson sykepleierne kan kontakte under selve abortprosessen, for å høre hvordan det går med pasienten. Ikke alle pårørende har lik hensikt som pasienten. Informantene må sanse for å vurdere pårørendes hensikter. Ved gode hensikter er pårørende viktige støttespillere. Forskning påpeker at pasientene synes det er en trygghet å ha pårørende til stede ved hjemmeabort, og opplever støtte og færre negative psykologiske reaksjoner (12). Om pårørende er uenige med pasienten og pasienten ikke føler seg som beslutningstaker, opplever informantene i studien utfordringer og negative følelser mellom pasient og pårørende (13). NSF's yrkesetiske retningslinjer sier at ved interessekonflikt skal pasienten prioriteres (14). I slike tilfeller forteller informantene i studien at det er viktig å snakke med pasienten alene for å prøve å hjelpe.

Forskningen belyser et behov for forbedring i rådgivning- og kommunikasjonsferdigheter (16), og et nasjonalt fagforum der helsepersonell kan dele erfaringer og utvikle det gynekologiske feltet (7). Informantene i studien støtter seg på kollegaer for å diskutere, og noen informanter uttrykket ønske om mer kompetanse i kommunikasjon, og tid til å utveksle erfaringer.

Styrker og svakheter

En styrke med studien er at den er basert på individuelle intervju av sykepleiere med ulik erfaring, som opplevdes engasjerte og faglig interesserte. Informantene var både fra sengepost og poliklinikk, som gir et større bilde av abortprosessen. At studien representerer kun en avdeling på ett sykehus kan være en svakhet. En annen svakhet er at det kun var kvinnelige informanter. En utfordring var å finne relevant forskning fra

Skandinavia, blant annet fordi provosert abort omtales på ulike måter i ulike land, og fordi det finnes relativt lite forskning innen feltet i forhold til andre tema. Det var ikke mulighet å ta lydopptak av intervjuene, som er en svakhet grunnet manglende kvalitetssikring, hvor informasjon kan ha gått tapt under bearbeiding av intervjuene. Metode og studie kan bære preg av egne oppfatninger og subjektive tolkninger av temaet.

Kliniske implikasjoner

Denne studien gir kunnskap om sykepleieres erfaring, og kan dermed gi innspill og styrke fagutviklingen ved gynekologiske avdelinger. Det er mindretall som er misfornøyde etter gjennomgått abort. Likevel er det et tabubelagt tema i samfunnet, og det er behov for forbedring og mer forskning på områder om hvordan sykepleiere kan bidra til en god abortopplevelse (16). Det er et behov fra informantene i studien om mer kunnskap om kommunikasjon. Samtidig som det er uttrykt et behov for at sykepleierne kan dele erfaringer med andre helsepersonell for å utvikle sine ferdigheter videre.

Konklusjon

Sykepleiere har en støttende og ikke-dømmende rolle. De skal støtte pasientens beslutning, henvise videre ved ambivalens, skape trygghet, informere og normalisere abort. Det finnes ingen nasjonal veileder eller mal på hva en abortsamtale skal innebærer, og pasienter kan oppleve å få ulik informasjon. Ved å ha en nasjonal veileder vil man skape trygghet for sykepleierne, og minske misinformasjon pasienter kan oppleve. Informantene i studien opplever at ikke alle pasienter deler følelser og tanker, og det kan tenkes at de ikke deler det med noen andre heller. Derfor er det viktig for informantene å skape en relasjon, til tross for at det er utfordrende på kort tid. Det er et ønske fra informantene om en brosjyre som er tilpasset pasientgruppen, grunnet positive opplevelser med brosjyren ved spontanabort. Informantene ønsker at brosjyren kan svare på vanlige spørsmål som pasientene har, og fungere som en trygghet, spesielt for pasientene som ikke har noen å dele bekymringene med. Det kan være en barriere for pasientene å ta en telefon for å spørre. Informantene ønsker mer veiledning innen kommunikasjon, og mulighet for å dele erfaringer med kollegaer. Informantene er enige i at det er et godt samarbeid med Amatheia og det tyder på at de er avhengige av eksterne ressurser for å kunne møte pasienters behov for oppfølging.

Litteraturliste

1. Nesheim BI. abort. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2021 [sitert 29. mai 2022]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/abort>
2. Altshuler AL, Ojanen-Goldsmith A, Blumenthal PD, Freedman LR. A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Soc Sci Med.* 1. oktober 2017;191:109–16.
3. Shahibzadeh R. Politico: USAs høyesterett vil endre retten til abort [Internett]. NRK. 2022 [sitert 31. mai 2022]. Tilgjengelig på: https://www.nrk.no/urix/politico_-usas-hoyesterett-vil-endre-retten-til-abort-1.15952400
4. Helsenorge. Til deg som vurderer abort [Internett]. Helsenorge.no. 2017 [sitert 14. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort/>
5. Løkeland-Stai POS av: M. Fakta om abort (med 2021-tal) [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 10. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>
6. Rapport om svangerskapsavbrot 2021 [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 12. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/2022/rapport-om-svangerskapsavbrot--2021/>
7. Kjelsvik M, Tveit Sekse RJ, Moi AL, Aasen EM, Gjengedal E. Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *J Clin Nurs.* 2018;27(21–22):4192–202.
8. Abortpille gir kortere ventetid og tidligere aborter [Internett]. Kilden. [sitert 15. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://kjonnsforskning.no/nb/2015/06/abortpille-gir-kortere-ventetid-og-tidligere-aborter>
9. Folkehelseinstituttet (FHI). Er medikamentell abort hjemme like effektivt som på sykehus? [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2022 [sitert 15. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/2020/er-medikamentell-abort-hjemme-like-effektivt-som-pa-sykehus/>
10. Helsenorge. Abortmetoder [Internett]. Helsenorge.no. 2020 [sitert 18. februar 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/#medikamentell-abort>
11. Helgesen AK. Sosial kontakt. I: Grimsbø GH, redaktør. Grunnleggende sykepleie: Bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016. s. 146.
12. Aamlid IB, Dahl B, Sommerseth E. Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. *Sex Reprod Healthc.* 1. februar 2021;27:100582.
13. Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives. *Perspect Sex Reprod Health.* 2011;43(2):103–9.
14. NSF. Yrkesetiske retningslinjer [Internett]. nsf.no. 2019 [sitert 15. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
15. Om Amatheia - Stiftelsen Amatheia [Internett]. [sitert 27. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://amathea.no/om-amatheia/>
16. Georgsson S, Krautmeyer S, Sundqvist E, Carlsson T. Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 3. september 2019;24(5):380–9.
17. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1999. 287 s. (Universitetsforlagets sykepleieklassikere).
18. Kristoffersen NJ. Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I: Grimsbø GH, redaktør. Grunnleggende sykepleie: Bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016. s. 34–5.
19. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2019.
20. PubMed [Internett]. PubMed. [sitert 5. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
21. CINAHL [Internett]. [sitert 5. mai 2022]. Tilgjengelig på:

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=0&sid=28efc9ae-7bea-4223-adea-4b0713ef465e%40redis>

22. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 257 s.

23. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2017. 27- s.

24. NSD. Norsk senter for forskningsdata - Vanlige spørsmål [Internett]. NSD.no. [sitert 5. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/vanlige-sporsmal>

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap



Vil du delta i vårt forskningsprosjekt ved avdeling for generell gynekologi?

Invitasjon til å delta i vårt forskningsprosjekt

Vi inviterer deg som er sykepleier ved avdeling for generell gynekologi, til å delta i vår datainnsamling i forbindelse med vår prosjektbachelor. Vi går 3. året på sykepleie ved NTNU. Prosjektet vårt er en del av et oppdrag for Fremtidens Operasjonsrom, og blir gjennomført via samarbeid mellom studenter på NTNU.

Formålet med studien er å se på hvordan sykepleiere følger opp psykiske behov og kommuniserer med pasienter som gjennomgår spontan og provosert abort.

Hvordan du kan delta

Vi skal innhente data gjennom individuelle intervju. Dersom du ønsker å intervjues, ta kontakt med oss eller fagutvikler. Intervjuet vil vare 30-60 minutter. Det vil ikke bli tatt lydopptak under intervjuet, men det tas skriftlig notater. Intervjuene blir nummerert.

Hva skjer med datainnsamlingen?

Tre bachelorer blir offentliggjort via NTNU Open, og det er mulighet for tre fagartikler som blir publisert i egnede journaler.

Frivillig deltakelse og mulighet til å trekke ditt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du deltar, kan du trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Personvern

Alle opplysninger og innsamlede data blir anonymisert og slettet etter publisering.

Har du spørsmål? [Ta kontakt med oss!](#)

Din mening og erfaring er viktig for oss. Vi håper du kan hjelpe oss ved å delta!

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide
Introduksjon
Spørre om sykepleieren har lest informasjonsskrivet Informere om studien generelt og formålet med intervjuet spesielt. Minne om at informanten kan trekke sitt samtykke, uten begrunnelse.
Bakgrunnsinformasjon
Hvor mange år med relevant erfaring? <ul style="list-style-type: none">- 0-3 år- 4-9 år- 10-19 år- 20-29 år- 30+ år
Hovedtema 1 - Spontanabort
Oppfølging og hjelpemidler
Hvordan er oppfølgingen av pasienter som opplever spontanabort? <ul style="list-style-type: none">- Føler du den er tilstrekkelig?<ul style="list-style-type: none">- Hvorfor / Hvorfor ikke?- Hvordan opplever du å følge opp pasienter som spontanaborterer?- Føler du at du har nok tid til å følge opp pasienten?- Hvordan tilrettelegger du for pasienter til å mestre psykiske reaksjoner etter gjennomgått spontanabort? Er det noe du vektlegger eller setter spesielt fokus på? <p>Har dere noen tiltak for å ivareta pasientens psykiske helse?</p> <p>Vi har hørt og fått sett noen brosjyrer, blir disse brukt? Bruker du den?<ul style="list-style-type: none">- Opplever du det som et hjelpemiddel?<ul style="list-style-type: none">- Blir det enklere å snakke om tema?- Hvordan opplever du pasienten sin opplevelse med brosjyren?<ul style="list-style-type: none">- Er det et hjelpemiddel for de/bruker de brosjyren?<p>Hvordan jobber dere med pårørende (nære personer)?<ul style="list-style-type: none">- Involveres de i arbeidet?<p>Hvordan erfaring har du med samarbeid med Amatheia? (jobbmessig sett)</p></p></p>

Opplever du at spontanabort er tabu?

- Påvirker det deres måte å jobbe på?

Opplever du at samfunnet eller for eksempel politiske rammer påvirker deres arbeidsmåte?

Opplever du bedring/forverring i måten å jobbe på nå kontra før? Hvordan er sykepleierens rolle nå vs før?

Ønsker du flere/mindre hjelpemidler å bruke?

Kommunikasjon

Hvordan kommuniserer du med pasienten for å hjelpe pasienten med å mestre psykiske reaksjoner etter spontanabort?

Hva vektlegger du i samtale med pasienten?

Hvilke tegn ser du etter hos pasienten?

Hva er viktig i kommunikasjonen?

- Er det noe man bør gjøre ?
- Ikke bør gjøre?

Noen spesifikke kommunikasjonsredskap?

Hovedtema 2 - Provosert abort

Oppfølging og hjelpemidler

Hvordan er oppfølgingen av pasienter som opplever provosert abort?

- Føler du den er tilstrekkelig?
- Hvorfor / Hvorfor ikke?
- Hvordan opplever du å følge opp pasienter som spontanaborterer?
- Føler du at du har nok tid til å følge opp pasienten?

Har dere noen tiltak for å ivareta pasientens psykiske helse?

Vi har hørt og fått sett noen brosjyrer, blir disse brukt?

- Opplever du det som et hjelpemiddel?
 - Blir det enklere å snakke om tema?
- Hvordan opplever du pasienten sin opplevelse med brosjyren?
 - Er det et hjelpemiddel for de/bruker de brosjyren?

Hvordan jobber dere med pårørende?

- Involveres de i arbeidet?

Hvordan erfaring har du med samarbeid med Amatheia? (jobbmessig sett)

Opplever du at spontanabort er tabu? Påvirker det deres måte å jobbe på?

Opplever du at samfunnet eller for eksempel politiske rammer påvirker deres arbeidsmåte?

Opplever du bedring/forverring i måten å jobbe på nå kontra før? Hvordan er sykepleierens rolle nå vs før?

Ønsker du flere/mindre hjelpemidler å bruke?

Er det forskjell på medikamentell og kirurgisk abort?

- Ifht. kommunikasjon?
- Oppfølging?

Kommunikasjon

Hvordan kommuniserer du med pasienten for å hjelpe pasienten med å mestre psykiske reaksjoner etter provosert abort?

Hva vektlegger du i samtale med pasienten?

Hvilke tegn ser du etter hos pasienten?

Hva er viktig i kommunikasjonen?

- Er det noe man bør gjøre ?
- Ikke bør gjøre?

Burde det skje noen endringer på noen områder?

Hovedtema 3 - Forskjeller og likheter

Om de opplever forskjeller i møte med pasienten som gjennomgår provosert abort og spontan abort?

Forbereder man seg ulikt til møtet?

Får man brukt sine sykepleieferdigheter i disse møtene? Ulike sykepleieferdigheter i de ulike møtene? (profesjonell innstilling)

Noe ferdigheter du føler at mangler? Som du mangler kompetanse på? Skulle opplæringen / kurs vært annerledes?

Hvordan opplever du som kvinne selv møte med kvinnehelse-problematikk?

Avslutning

(Se over spørsmål og svar - oppfølgingsspørsmål)

Er det noe du ønsker å tilføye?

