

10032 Taran Helene Juvet
10015 Natalie Saastad Steenberg

Selvbestemt abort - en følelsesmessig berg og dalbane

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Ødegaard Fossum
Mai 2023

10032 Taran Helene Juvet
10015 Natalie Saastad Steenberg

Selvbestemt abort - en følelsesmessig berg og dalbane

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Ødegaard Fossum
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Selvbestemt abort - en følelsesmessig berg og dalbane	Dato: 15.05.23
Forfattere:	Taran Helene Juvet, Natalie Saastad Steenberg	
Veileder(e):	Siri Ødegaard Fossum	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Provosert abort, erfaring, psykisk helse, sykepleie	
Antall sider/ord: 42/10911	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Kvinner i Norge har i dag selvbestemt abort til utgangen av uke 12. Kvinner som gjennomfører abort er en sårbar pasientgruppe som kan oppleve psykiske utfordringer som skam, skyld og depresjoner. Ved flere sykehus er det sykepleiere som gjennomfører konsultasjoner, gir informasjon og har ansvar ved innleggelse. Sykepleier har dermed et stort ansvar for ivaretagelse av kvinnes psykiske helse i møte med disse pasientene.</p> <p>Hensikt: Hensikten er å undersøke hvilke erfaringer kvinner og sykepleiere har med oppfølgingen før, underveis og etter en selvbestemt abort, og hvordan oppfølgingen påvirker den psykiske helsen. Partner er ikke inkludert i denne oppgaven, da det er fokus på pasient-sykepleier relasjon.</p> <p>Metode: Litteraturstudie der fem utvalgte kvalitative studier er funnet ved et systematisk litteratursøk i Cinahl og Pubmed. Studiene er analysert med tematisk analyse.</p> <p>Resultat: Studiene viser at kvinnene har delte erfaringer i møte med sykepleier, der de negative erfaringene er relatert til manglende identifisering av deres ambivalens i abortspørsmålet, mangelfull informasjon i forkant av abort og utilstrekkelig forberedelser og oppfølging ved hjemmeabort. Studiene viste også at kvinnen hadde helt klare forventninger til oppfølging fra sykepleier. Sykepleier opplevde ivaretagelsen av kvinnen som utfordrende og relaterte dette til tidspress, et ønske om å ikke påvirke kvinnens avgjørelse og et moralsk ansvar om å identifisere ambivalens hos kvinnen.</p> <p>Konklusjon: Kvinnenes og sykepleierens erfaringer viser en fragmentert abortomsorg med forbedringspotensial i flere ledd. Abort er i seg selv en psykisk påkjenning for kvinnene, og dersom kvinnen har negative erfaringer med oppfølgingen underveis kan dette kunne påvirke deres psykiske helse ytterligere. En helhetlig abortomsorg med klare retningslinjer for oppfølging kan gjøre sykepleier bedre rustet til å ivareta kvinnens psykiske helse.</p>		

ABSTRACT

Title:	Self-determined abortion - an emotional roller coaster	Date: 15. 05.23
Authors:	Taran Helene Juvet, Natalie Saastad Steenberg	
Supervisor(s)	Siri Ødegaard Fossum	
Keywords (3-5)	Provoked abortion, experience, mental health, nursing	
Number of pages/words: 42/10911	Number of appendix: 0	
<p><u>Introduction:</u> Women have self-determined abortion in Norway until the end of week 12. Women who undergo abortions are a vulnerable patient group who may experience mental health challenges such as shame, guilt and depression. At several hospitals, nurses carry out consultations, provide information and have the responsibilities during hospitalization. Therefore nurses have a great responsibility for the safeguarding of the women's mental health when dealing with these patients.</p> <p><u>Purpose:</u> The purpose is to investigate the experiences nurses and women have with follow-up before, during and after the self-determined abortion, and how the follow-up affects the mental health. The partner is not included, as the focus is on the patient-nurse relation.</p> <p><u>Method:</u> Literature review where five qualitative studies were found with a systematic literature search in Cinahl and Pubmed. The studies are analyzed with thematic analysis.</p> <p><u>Results:</u> The studies show that women have mixed experiences when meeting with nurses, where negative experiences are related to a lack of identifying their ambivalence towards abortion, inadequate information prior to the abortion and insufficient preparation and follow-up for home abortions. The studies also show that the women had clear expectations to the follow-up from nurses while the nurses experienced that the care of the woman was challenging and related to time pressure, a desire not to influence the woman's decision and a moral responsibility to identify the ambivalence in the woman.</p> <p><u>Conclusion:</u> The experiences of the nurses and women indicate a fragmented care on abortions with a potential for improvement in several places. Abortion is in itself a mental strain for women and could further impact mental health if the woman has negative experiences with the follow-up. Comprehensive abortion care with clear guidelines for follow-up could ensure that the nurses are better equipped to take of the women's mental health.</p>		

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
1.1	Sykepleiefaglig relevans.....	6
2	Bakgrunn	7
2.1	Kvinnens rettigheter til abort.....	7
2.2	Gjennomføring av provosert abort.....	7
2.3	Psykiske reaksjoner på abort.....	8
2.4	Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer.....	9
2.5	Relasjonsetikk og rettferdighet.....	9
2.6	Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	10
2.7	Hensikt.....	11
2.8	Problemstilling.....	11
3	Metode	12
3.1	Å planlegge søkestrategi.....	12
3.2	Inkludering og ekskluderings kriterier.....	12
3.3	Søkematriser og søkehistorikk.....	13
3.4	Selektering og vurdering.....	15
3.5	Analyse av artikler.....	16
4	Resultater	17
4.1	Sammenfattet resultat.....	22
4.1.1	<i>Kvinnenes følelser relatert til abort</i>	22
4.1.2	<i>Kvinnens erfaring i møte med Sykepleier</i>	22
4.1.3	<i>Kvinnens forventninger til sykepleier</i>	23
4.1.4	<i>Sykepleiers erfaring i møte med kvinner som skal ta abort</i>	23
5	Drøfting	25
5.1	Kvinnenes følelser relatert til abort.....	25
5.2	Kvinnens erfaring i møte med Sykepleier.....	27
5.2.1	<i>Informasjon i forkant av abort</i>	27
5.2.2	<i>Oppfølging ved hjemmeabort</i>	28
5.2.3	<i>En oppfølgingssamtale i ettertid</i>	30
5.3	Kvinnens forventninger til sykepleier.....	31
5.4	Sykepleiers erfaring i møte med kvinner som skal ta abort.....	32
5.5	Metodiske overveielser.....	34

5.6	Bacheloroppgavens relevans for innovasjon i fag- og tjenesteutvikling.....	36
6	Konklusjon.....	37
7	Referanser.....	38

1 Innledning

Innføring av abortloven i 1975 og retten til selvbestemt abort i 1978 ga kvinner rett til å bestemme over sin egen fertilitet og hvor mange barn de skulle ha (Abortloven, 1975). Samtidig markerte dette slutten på en tid med illegale aborter i Norge, noe som kunne gi kvinner irreversible skader eller i verstefall ende med døden (Jerpseth, 2016). Jerpseth (2016) nevner at årsakene til at kvinner ønsker abort er sammensatte og relatert til sosiale, psykiske, fysiske eller økonomiske årsaker. Selv etter snart 50 år med selvbestemt abort preger abortspørsmålet nyhetsbildet i Norge ved jevne mellomrom. Selv i 2023 har det vært flere medieoppslag relatert til kvinnenenes erfaring med abortomsorgen. Ikke sjeldent blir abortspørsmålet diskutert politisk og brukt som forhandlingskort av politikerne. Senest i 2019 ble det gjort endringer i abortloven der muligheten til fosterreduksjon ble innskrenket (Abortloven, 1975). Uavhengig av hvilken side en står på i abortspørsmålet vil politiske endringer i lovverket kunne påvirke befolkningens helse i ulik grad.

Reproduktiv helse blir omtalt som et viktig og positivt begrep, og innebærer blant annet prevensjon, graviditet og abort (NOU 1999:13). På verdensbasis blir fattigdom og kvinnekjønnsdiskriminering fremhevet som en av de største hindrene for en god reproduktiv helse (Jerpseth, 2016). Videre sier Jerpseth (2016) at økt likestilling er en nødvendig forutsetning for å bekjempe farlige aborter og minske mødre-dødeligheten. Kvinner i Norge har i dag gode forutsetninger for en god helse og har lenger levetid enn kvinner bosatt i andre land (NOU 1999:13). Norge har velutviklede helsetjenester, god oppfølging i svangerskap og trygg fødselshjelp. Velutviklede helsetjenester sørger for at aborter utføres på en trygg måte (Austveg, 2017). Det har også blitt gjort endringer i abortlovgivningen tidligere av hensyn til kvinners liv og helse.

I 2022 var det ifølge Folkehelseinstituttet (2023) 11 967 svangerskapsavbrudd i Norge, hvorav 95,1 % var selvbestemte. 84,1 % av disse ble utført før uke ni. Av alle aborter ble 94,8 % gjennomført med medikamenter, som er den mest foretrukne metoden. Aborttallene har de siste årene vært historisk lave, men er nå på vei opp igjen. Siden 2021 har disse tallene steget med 10 % og de er nå tilbake på et nivå en så i 2019 før pandemien.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Gravide kvinner er en del av pasientgruppen sykepleiere kan møte på jobb i alle deler av helsetjenestene, eksempelvis på legevakten, legekontor, gynekologiske avdelinger og på helsestasjoner. I disse situasjonene kan sykepleier møte kvinner som er i en sårbar posisjon, der de nylig har funnet ut av en graviditet. Som sykepleier kan du være den første som får vite om graviditeten og dermed kan du bli en naturlig støtte for kvinnen. En nyoppdaget graviditet kan være psykisk belastende for kvinnen av ulike grunner, særlig dersom graviditeten er uønsket (NHI, 2022). I de tilfellene kvinnene skal gjennomføre en abort er det ofte sykepleiere som møter kvinnen og eventuelt partner på sykehuset, gjennomfører konsultasjon og gir kvinnen informasjon om abortprosessen. På enkelte sykehus som Gjøvik sykehus, har vi gjennom praksis erfart at de har sykepleiedreven abortklinikk. Der gjennomfører også sykepleiere ultralyd og konstaterer lengden på svangerskapet. Når kvinnen gjennomfører abort på sykehuset er det som oftest sykepleiere som ivaretar innlagte kvinner under abortforløpet.

I mange situasjoner kan en sykepleier oppleve at egne verdier og holdninger ikke samsvarer med pasientens avgjørelser. Abort er et av mange tema som kan føre til indre etiske konflikter, der sykepleier må legge til side egne holdninger og verdier for å gi best mulig omsorg for pasienten. Som sykepleier er du bundet til Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer. En av punktene sier at sykepleieren aktivt skal bidra til å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund, 2021). I møte med kvinner som tar abort har derfor sykepleier et særskilt ansvar for å bidra til at kvinnen får den hjelpen hun har behov for.

2 Bakgrunn

2.1 Kvinnens rettigheter til abort

Gjennom lov om svangerskapsavbrudd har kvinnen fått rettigheter til å ta egne avgjørelser knyttet til abort (Abortloven, 1975). Dersom svangerskapet medfører vansker for kvinnen, skal hun tilbys informasjon og veiledning om hvilken bistand samfunnet kan tilby (Helsedirektoratet, 2023; Abortloven, 1975). Hun skal også opplyses om inngrepets art og virkning. Om kvinnen ønsker ytterligere informasjon, skal dette gis på en slik måte at det kan hjelpe henne å ta en beslutning relatert til sin konkrete situasjon, med sitt verdigrunnlag og livssyn. Helsepersonell plikter å gi informasjon tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, slik at kvinnen blir sikret tolk dersom hun for eksempel er minoritetsspråklig (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999). Dette skal gjøre kvinnen bedre rustet til å ta et selvstendig valg om hva som er best for henne. Informasjon og veiledning bør gis på en objektiv og nøytral måte, der kvinnens ansvar for beslutningen respekteres (Helsedirektoratet, 2023).

Blir en kvinne uønsket gravid har hun til utgangen av uke 12 selvbestemmelsesrett til abort (Abortloven, 1975). Etter utgangen av uke 12 må kvinnen i samråd med lege søke en abortnemnd for å gjennomføre abort (Helsedirektoratet, 2023). Når kvinnen har tatt den endelige avgjørelsen plikter lege å sende henvisning til behandlingsstedet for aborten. I de tilfeller selvbestemmelsesretten gjelder og ingen tungtveiende medisinske årsaker er tilstede, har kvinnen rett til å velge metode for abort og behandlingssted (Abortloven, 1975; Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999).

2.2 Gjennomføring av provosert abort

Før en abort kan gjennomføres må svangerskapets varighet konstateres. Dette gjøres ved å ta utgangspunkt i første dag i siste menstruasjon hos kvinnen og ved klinisk undersøkelse (Norsk gynekologisk forening, 2021). Vaginal ultralyd kan brukes som et supplement. Gjennomføring av abort kan skje ved hjelp av medikamenter eller ved et kirurgisk inngrep (Wyller, 2014). Norsk gynekologisk forening (2021) anbefaler at alle avdelinger kan tilby medikamentell og kirurgisk abort opp til 12. svangerskapsuke, etter dette benyttes medikamentell abort når denne er nemdbestemt.

Selvbestemt medikamentell abort kan gjennomføres hjemmefra inntil uke ti, eller på sykehus inntil uke tolv (Norsk gynekologisk forening, 2021). Ved denne metoden får kvinnen to ulike medikament som gis med 42-48 timers intervall. Ønsker kvinnen å gjennomføre på sykehus blir hun lagt inn som dagpasient når andre dose gis. Andre dose kan også tas hjemmefra dersom kvinnen ønsker å abortere hjemme. For å gjennomføre hjemmefra bør kvinnen ha noen hos seg, ha god språkforståelse, ønske det selv og ikke ha allergi mot medikamentene. Det kan heller ikke være mistanke om ekstrauterin graviditet eller at kvinnen har binyrebarksvikt. Om kvinnen ønsker kirurgisk abort kan dette gjennomføres i hele 1. trimester (Norsk gynekologisk forening, 2021). Ved kirurgisk abort benytter kirurgen et vakumsug og aspirerer ut innholdet i livmoren (Jerpseth, 2016). Det benyttes generell anestesi eller lokalbedøvelse. Det er ingen rutinekontroll påkrevd etter kirurgisk abort (Helse Norge, 2020). Ved medikamentell abort anbefales å ta en graviditetstest etter fire uker for å være sikker på at svangerskapet er avsluttet.

2.3 Psykiske reaksjoner på abort

Psykisk helse handler om hvordan vi føler og tenker (Helse Norge, 2022). Både hvordan man har det med seg selv, i møte med andre i hverdagen og hvordan en takler utfordringer. Kvinner som gjennomfører abort kan oppleve psykiske utfordringer som angst, skam, skyld og depresjoner, der angst er ansett som den vanligste psykiske reaksjonen (Austveg, 2017). En studie av Broen *et al.* (2005) undersøkte den psykiske helsen til kvinner som gjennomgikk abort før svangerskapsuke 13, og de som gjennomgikk spontanabort. Funnene viste en form for lettelse hos kvinnene som gjennomførte provosert abort. Noe som kunne indikere at situasjonen deres i forkant hadde vært vanskelig og stressende. Kvinnene kjente også på følelser som skyldfølelse, angst, skam, sorg, anger og tap. Studien påpekte videre at forekomsten av angst hos disse kvinnene var høyere enn normalbefolkningen.

Belastende stress er ifølge Håkonsen (2014) forbundet med følelser som ubehag, angst, frykt og mistriivsel. Stress kan også aktivere en rekke følelsesmessige reaksjoner, der en ofte ser pasienter som svinger mellom følelser som aggresjon, sinne, apati og depresjon. Disse følelsene er i utgangspunktet normale reaksjoner, men kan også sees som uttrykk på psykiske problemer dersom de blir langvarige (Håkonsen, 2014). I en systematisk oversikt gjennomført av Major *et al.* (2009) evaluerte forfatterne empirisk data som så på sammenhengen mellom kvinnens mentale helse og provosert abort. Denne sammenligningen konkluderte med at de aller fleste kvinner ikke fikk psykiske problemer etter en abort. Psykiske reaksjoner oppsto

likevel hos flere, og reaksjoner som ambivalens, positive og negative følelser var normalt. Noen opplevde også sorg, skyld, depresjon og angst i etterkant. I hvilken grad kvinnene fikk psykiske reaksjoner etter abort varierte ut ifra personlige egenskaper, omstendigheter og forhold i hennes liv når svangerskapet avsluttes. Forfatterne påpekte også at gjennomføringen av aborten eller predisponerende faktorer som påvirker den psykiske påkjenningen, kunne ha noe å si for dette (Major *et al.*, 2009).

2.4 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er retningslinjer for hvordan sykepleieren skal opptre og handle i rollen som fagperson. Disse omhandler forholdet mellom sykepleier og profesjonen, samt sykepleieren i møte med pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet (Norsk sykepleierforbund, 2021). Retningslinjene legger føring for at sykepleiere skal respektere den enkeltes liv og verdighet ved å sette seg inn i lovverk, samtidig som en faglig, juridisk og etisk tar ansvar for egen praksis. Sykepleien som gis skal være helsefremmende og forebygge sykdom.

Grunnlaget for all sykepleie er respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2021). Et prinsipp for verdighet er at den enkelte skal ha frihet til å kunne ta avgjørelser som berører sitt eget liv, samtidig som det oppleves at valgene en tar blir møtt med respekt (Global Dignity, 2022). De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleier ikke skal utnytte pasientens sårbarhet, samt respektere pasientens integritet (Norsk sykepleierforbund, 2021). Dette gjøres ved at sykepleieren opprettholder pasientens rett til medbestemmelse, helhetlig omsorg og fremmer pasientens mulighet til å ta autonome avgjørelser. Samtidig skal sykepleieren gi tilpasset informasjon og forsikre seg om at denne er mottatt.

2.5 Relasjonsetikk og rettferdighet

Kommunikasjon er et viktig redskap for samhandling og relasjon mellom sykepleier og pasient. Det er særlig to viktige aspekter for kommunikasjon i relasjoner – relasjonsetikk og rettferdighetsperspektivet (Eide og Eide, 2017). Relasjonsetikken slik den blir beskrevet i Eide og Eide (2017) baserer seg på Lévinas og Løgstrups etikk. Denne sier at en innenfor den profesjonelle omsorgssituasjonen, skal ha respekt for pasientens autonomi og integritet. Lévinas filosofi påpeker at sykepleieren ikke vil kunne forstå pasienten på alle områder, selv om en føler et moralsk ansvar for dette. I arbeidet med pasienter kan dette bidra til et

kommunikasjonsetisk dilemma. Løgstrup påpeker at man som mennesker har en etisk fordring til hverandre og at det dermed oppstår en maktrelasjon. Maktrelasjonen innebærer at sykepleier må utlevere seg selv i relasjoner, for å opptre personlig for å skape tillitt, forventning om forståelse og aksept. Det kommunikasjonsetiske grunnlaget i Løgstrups relasjonsetikk innebærer at sykepleier skal være imøtekommende, gi omsorg og ikke misbruke makten. Utfordringen i relasjonsetikken er å ha innsikt i hva som er det beste for en annen. En skal ikke krenke andres individualitet, samtidig som en skiller mellom å ta ansvar for og ta ansvaret fra noen. En skal respektere handlingen og reaksjonen til den andre part. En likhet mellom Løgstrup og Levins teorier er at de mener man i møte med mennesker har et etisk ansvar (Eide og Eide, 2017).

Ivaretagelse av rettferdighet handler mye om kommunikasjon, og da spesielt på de tre områdene: å møte med omsorg og respekt, å bistå til ivaretagelse av interesser og å inkludere i avgjørelser (Eide og Eide, 2017). Ivaretar man disse områdene opptrer man etter relasjonsetiske verdier. Alle pasienter har rett til å få en rettferdig behandling og skal møtes med dette i det norske helsevesenet (St. meld. 26 (1999-2000)). Uavhengig av bakgrunn, utfordringer eller årsak til bistandsbehov skal pasienter møtes med respekt og omsorg. I møte med pasienter vil sykepleier har egne meninger og holdninger, og det er dermed viktig å legge disse til side for å gi pasienten et rettferdig møte. Det rettferdige møtet innebærer at sykepleieren ivaretar relasjonsetiske verdiene, møter, støtter og anerkjenner pasienten der de er, på deres premisser med god kommunikasjon (Eide og Eide, 2017).

2.6 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsens omsorgsfilosofi er utviklet gjennom inspirasjon fra flere filosofer og filosofiske tilnærminger (Martinsen, u.å., som sitert i Kristoffersen, 2011). Hun ser på relasjon som det mest fundamentale i menneskelivet, men også i sykepleierens utøvelse av sykepleie. Omsorg for Martinsen er «et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie» (Kristoffersen, 2011, s. 250). Det er ifølge Martinsen tre fundamentale kvaliteter i begrepet omsorg – den sosiale relasjonen, forståelse og holdning. Den sosiale relasjonen knyttes opp til fellesskapet og solidariteten ovenfor andre. Forståelse som kvalitet henger sammen med erfaringen man får gjennom det man gjør med og for andre, slik at man utvikler en forståelse for hvordan en vil reagere i andres situasjon. For at kvaliteten om holdning skal ivaretas, må en ha fokus på gjensidighet. Gjensidigheten kommer frem i samhandlingen med andre ved at man

anerkjenner den andre ut ifra deres situasjon, noe som bidrar til at omsorgen er ekte (Kristoffersen, 2011).

Hvordan sykepleieren handler og møter pasienten, er ifølge Martinsen det omsorg innebærer, og dette er avgjørende i gjennomføringen av sykepleie (Kristoffersen, 2011). Martinsen mener omsorg er hensikten og målet til sykepleieren. Egenomsorg bør en ta avstand fra, da dette bidrar til å ta vekk fokus fra selve omsorgen. I møte med pasienten bør sykepleieren ha fokus på livsmot og fremme dette. Det vil kunne bidra til at pasienten opplever velvære som et direkte resultat av omsorgen. Ifølge Martinsens omsorgsteori skal sykepleier tilstrebe å styrke pasientens egen evne til selvhjulpenhet ved hjelp av de tre fundamentale kvalitetene i omsorg (Kristoffersen, 2011).

2.7 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet er å undersøke hvilke erfaringer kvinner og sykepleiere har med oppfølgingen før, underveis og etter en selvbestemt abort, og hvordan oppfølgingen påvirker den psykiske helsen. Vi har valgt å utelukke kvinnens partner i oppgaven da det er sykepleier-pasient relasjonen som er i fokus. Vi anerkjenner likevel at partners involvering i abortprosessen kan påvirke den psykiske helsen.

2.8 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta kvinners psykiske helse før, underveis og etter en provosert abort?

3 Metode

I denne bacheloroppgaven er det gjennomført en litteraturstudie, som er en metode for å besvare en problemstilling ved å systematisk samle inn, vurdere og analysere relevant kunnskap om et gitt tema (Aveyard, 2010). Gjennomføring av litteraturstudie består av å samle inn eksisterende kunnskap som er hentet fra blant annet faglitteratur og forskning, for å belyse valgt problemstilling.

3.1 Å planlegge søkestrategi

Å planlegge søkestrategi innebærer å finne emneord og tekstord som kan brukes i oppgavens søk. Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i publikasjoner, bøker og artikler (Helsebiblioteket, 2022a). Dette er også kjent som MeSH ord i databasen Pubmed (Medline). Tekstord er ord i titler og sammendrag. Alle søkeord oversettes til engelsk da dette er språket i databasene. Når søkeord er valgt lages en søkestrategi ved hjelp av et PICO-skjema. PICO-skjema bidrar til å lage systematiske søk ved å klargjøre hva problemstillingen handler om, hvilke tiltak en vil undersøke og hvilken resultater du er interessert i (Grønseth og Jerpseth, 2019).

3.2 Inkludering og ekskluderings kriterier

Hensikten med inkludering- og ekskluderingskriterier er å gjøre utvelgelsesfasen av artikler systematisk og tydeliggjøre hva som er gjort i litteratursøket. For utvelgelse av artikler er en sjekkliste for kvalitative studier benyttet, denne er utformet og hentet fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2022b). Sjekklisten er et verktøy for kritisk vurdering av artiklene som er funnet, og bygger på Critical Appraisal Skills Programme 2018. Ved eventuelle blandingsstudier med kvantitative spørsmål, vil det fremdeles være aktuelt å bruke den samme sjekklisten i vurderingen av artikler. Samtidig kontrolleres det at artiklene følger IMRAD struktur, som er en mye brukt norm for oppbygging av forskningsartikler (Dalland, 2020). Artiklene skal også være fagfellevurderte, som betyr at de er kvalitetsvurdert av forskere på feltet (Sykepleien, 2022). I Norge skal all forskning følge helseforskningsloven (Helseforskningsloven, 2008). Alle artiklene i oppgaven blir kontrollert for forskningsetiske overveielser, som betyr at det er gjort etiske vurderinger av forskningen (Dalland, 2020). Dette inkluderer å ivareta personvern og hindre at de som deltar i forskning blir påført unødvendige belastninger. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Inkluderings- og ekskluderingskriterier

Kriterier	Inkluderingskriterier	Ekskluderingskriterier
Tidsavgrensning	Studier fra 2010 – d.d.	Studier eldre enn 2010
Land	Vestlige land	Alle andre land
Populasjon	Gravide kvinner som ønsker abort	Kvinner som tar abort av medisinske årsaker
IMRAD /fagfelle vurdering	Følger IMRAD struktur Publisert i fagfelle vurdert tidsskrift	Studier som ikke følger IMRAD struktur Studier som ikke er fagfelle vurdert
Psykiske lidelser	Studier av kvinner innenfor den generelle befolkning.	Studier som fokuserer på kvinner med psykiske lidelser
Språk	Studier skrevet på norsk eller engelsk	Studier skrevet på andre språk enn norsk og engelsk

3.3 Søkematriser og søkehistorikk

Alle søkene i denne litteraturstudien er gjennomført i Pubmed(medline) og Cinhal. Det ble først laget et overordnet PICO-skjema med forslag til søkeord, som inkluderte MESH og nøkkelord (kw). Det ble utført håndsøk for å få innsikt i fagkunnskap og hvilke nøkkelord som kunne være relevante. Videre ble det utformet et nytt PICO-skjema som skulle brukes til hovedsøket. C er utelatt da denne ikke var relevant. Da det var ønskelig å se på ivaretagelse av den psykiske helsen hos kvinner som gjennomgår abort, var det viktig å ikke legge føringer for spesifikke følelser i søket. Søkeordene er derfor brede.

Tabell 2. PICO-skjema.

P	P	P	I	O
Kvinner	Abort	Psykisk helse/Følelser	Sykepleie	
- Women	- Abortion - Induced Abortion - Medication abortion - Home abortion - Termination of pregnancy	- Mental health - Women´s Health - Emotions - Emotional	- Nursing - Abortion care - Care	- Follow-up - Experience - Information

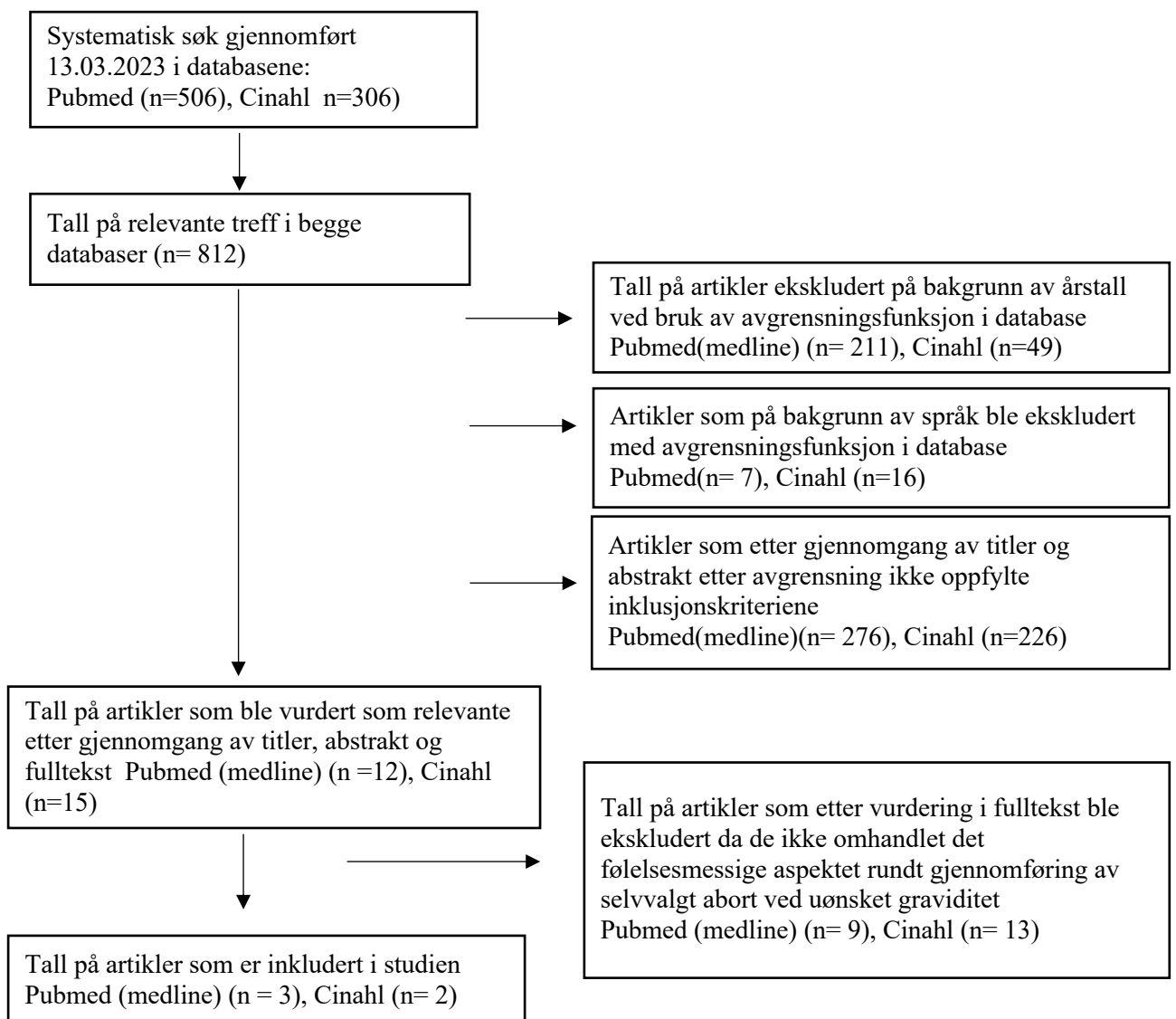
Tabell 3. Søkematrise

Dato: 13.03.23	Databaser	
Søkeord	Pubmed (medline)	Cinahl
1. Women	43,558	38,997
2. Women (kw)	1,177,142	446,601
3. 1 or 2	1,177,142	449,258
4. Abortion (kw)	95,795	22,744
5. Abortion, Induced	42,509	12,390
6. Abortion, Induced (kw)	31,836	12,114
7. Medication abortion (kw)	380	343
8. Home abortion (kw)	17	15
9. Pregnancy termination (kw)	2687	8667
10. 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9	97,523	23,237
11. Mental Health	58,859	54,814
12. Mental Health (kw)	160,180	185,064
13. Women's Health	31,622	46,856
14. Women's Health (kw)	45,707	56,968
15. Emotions	400,464	175,076
16. Emotions (kw)	108,855	54,821
17. Emotional (kw)	199,255	95,809
18. 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	799,553	456,950
19. Nursing	262,791	-
20. Nursing (kw)	646,706	807,847
21. Abortion care (kw)	1449	1042
22. Care (kw)	2,532,895	1,653,170
23. 19 or 20 or 21 or 22	2,900,924	2,129,790
24. Follow up (kw)	1,554,840	315,410
25. Experience (kw)	804,293	312,151
26. Information (kw)	1,581,798	628,216
27. 24 or 25 or 26	3,674,447	1,173,105
28. 3 and 10 and 18 and 23 and 27	506	306

3.4 Seleksjon og vurdering

Det systematiske søket gjorde at vi satt igjen med 506 artikler i Pubmed (medline) og 306 artikler i Cinahl. For å inkludere og ekskludere artikler i treffene våre benyttet vi et flytskjema med utgangspunkt i PRISMA 2020 flow diagram (Haddaway *et al.*, 2022). Flytskjema ble brukt som en mal og tilpasset denne oppgavens inkluderings- og ekskluderingskriterier. To av ekskluderingskriteriene, som gikk på årstall og språk, ble gjennomført i databasen ved hjelp av avgrensning. Resten av seleksjonen og vurderingene er gjort av begge forfatterne. I Cinahl var det ikke mulig å avgrense språk til både engelsk og norsk, og det er derfor kun avgrenset til engelsk. I Pubmed (medline) er både norsk og engelsk valgt som avgrensning. Etter nøye seleksjon og vurdering av treff, satt vi igjen med fem artikler som var relevante for oppgavens problemstilling og hensikt.

Tabell 4: PRISMA 2020 flytskjema



3.5 Analyse av artikler

Alle artikler i denne oppgaven er analysert etter tematisk analyse, som er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster (Braun og Clarke, 2006). Metoden er lite avgrenset og vidt brukt i kvalitativ analyse. I tematisk analyse handler det om å bryte opp studiene i mindre deler for å lage koder (som skal bli til tema) og til slutt tolke hva studien handler om. Dette gjøres ved å lese studiene flere ganger for å bli kjent med datamaterialet, der en noterer ned det en tror vil være relevant for problemstillingen. Kun funn relevant til problemstillingen tas med i analysen. Videre grovsorteres det man har funnet ved å sette merkelapper på de meningsbærende enhetene en finner i teksten. Disse skal sorteres under ulike tema. Til slutt går en kritisk gjennom alle temaene for å finsortere disse. For å teste om en har funnet gode tema skal en kunne beskrive omfanget og innholdet i hvert tema med et par setninger. De ulike temaene en sitter igjen med er resultatet av analysen (Braun og Clarke, 2006).

4 Resultater

De viktigste resultatene fra studiene relatert til vår problemstilling er fremsatt i hver sin tabell.

Artikkel 1: Beyond autonomy and care: experiences of ambivalent abortion seekers	
Forfatter(e):	Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Per Nordtvedt, og Eva Gjengedal.
Publiserings år:	2019
Tidsskrift og utgave:	Nursing Ethics, Vol. 26(7-8) 2135–2146
Land:	Norge
Hensikt	Underveis i forberedelsene til abort opplever flere kvinner ambivalens knyttet til avgjørelsen. Studien ønsker å undersøke abort-søkende ambivalente kvinnens erfaring i møte med sykepleier i denne situasjonen.
Metode	Kvalitativt design, med individuelle intervjuer før og etter kvinnene tok sin beslutning om abort. Data er analysert med dialogisk narrativ analyse. 13 kvinner i alderen 18-36 år deltok i studien.
Forskningsetisk vurdering	Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har godkjent studien. Den er designet i samsvar med Helsinkideklarasjonen. Alle deltakerne har skriftlig godkjent sin deltakelse. Alle svar i studien er anonyme, og navn er fiktive.
Hovedfunn/ resultat	Ambivalente kvinner ønsker å ta autonome valg i sin abortprosess. Samtidig involverer de gjerne sine nærmeste og har en forventning til at sykepleier skal involvere seg i prosessen. Erfaringene kvinnene hadde i sitt møte med sykepleier ble inndelt i tre kategorier etter deres opplevelser. De som følte seg respektert av sykepleier, de som følte seg sett og identifisert og de som følte seg forlatt i prosessen.
Relevans for oppgaven:	Studien undersøker ambivalente kvinners erfaring i deres møte med sykepleier.

Artikkel 2: Women´s experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – a qualitative study	
Forfatter(e):	Ingrid Bjerkholt Aamlid, Bente Dahl og Eva Sommerseth.
Publiserings år:	2021
Tidsskrift og utgave:	Sexual & Reproductive Healthcare, vol. 27
Land:	Norge
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke kvinners erfaring med informasjon før abort, samt oppfølging underveis og etter medikamentell abort hjemme.
Metode	Kvalitativt design med en beskrivende og utforskende tilnærming ble brukt. Det ble gjennomført individuelle intervju med deltakerne. 33 kvinner mellom 24-45 år deltok i studien.
Forskningsetisk vurdering	Studien ble gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjon for medisinsk forskning som involverer menneskelige subjekter. Norsk senter for forskningsdata har godkjent studien.
Hovedfunn/ resultat	Studien viste at kvinnene opplevde manglende informasjon og forberedelser i forkant av abort og manglende oppfølging ved hjemmeabort. Kvinnene hadde forventninger til oppfølging av helsepersonell som ikke ble innfridd, og dette påvirket deres opplevelse av støtte i situasjonen.
Relevans for oppgaven:	Studien undersøker kvinners erfaring med informasjon før, underveis og etter en medikamentell abort hjemme.

Artikkel 3: Women´s existential experiences within Swedish abortion care	
Forfatter(e):	Maria L Stålhandske., Maria Ekstrand og Tanja Tydén.
Publiserings år:	2011
Tidsskrift og utgave:	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32:1, 35-41
Land:	Sverige
Hensikt	Studiens hensikt var å se på svenske kvinners opplevelser av abortomsorgen i forhold til deres behov for eksistensiell støtte. Denne støtten omhandler det kognitive og følelsesmessige behovet kvinnen har i forbindelse med selvbestemt abort ved uønsket graviditet.
Metode	Kvalitativ studie med semi-strukturerte dybdeintervjuer og et spørreskjema. Intervjuene startet med utfylling av spørreskjemaet som inneholdt punkter om følelser og sosiodemokratiske data. Dette ble brukt under selve intervjuet. 24 kvinner mellom 21-57 år med erfaring knyttet til abort deltok.
Forskningsetisk vurdering	Studien var godkjent av Den regionale etiske komite i Uppsala. Studien er en del av et program fra Uppsala universitetet og er støttet av rådet for arbeidsliv og sosial forskning.
Hovedfunn/ resultat	Studien viste at kvinnene hadde mange like opplevelser knyttet til abortomsorgen, men at deres behov for involvering fra helsepersonell var forskjellig. Involveringen omhandlet de eksistensielle aspektene og selve abortprosessen. Studien fant tre hovedkategorier med utfordringer knyttet til medisinske prosedyrer, eksistensielle følelser og i hvilken grad de ble involvert i sin egen abort.
Relevans for oppgaven:	Studien ser på kvinners opplevelse av abortomsorgen opp mot deres behov for kognitivt og følelsesmessige behov i forbindelse med selvbestemt abort.

Artikkel 4: Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester	
Forfatter(e):	Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, og Eva Gjengedal.
Publiserings år:	2018
Tidsskrift og utgave:	Journal of Clinical Nursing 27, 4192-4202
Land:	Norge
Hensikt	Studien så på sykepleier sine erfaringer i møte med kvinner som er usikre på om de skal fullføre eller avbryte svangerskapet.
Metode	Kvalitativt design med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Totalt deltok 19 sykepleiere og 1 lege som jobbet i ulike avdelinger på sykehus. Alle deltakerne var kvinner i alderen 24-60 år.
Forskningsetisk vurdering	Studien ble utformet i henhold til Helsinkideklarasjonen. Forskningsgodkjenning ble innhentet fra ledelsen av de ulike deltakende sykehusavdelingene, og Regionutvalget for Medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Alle deltakerne har skriftlig samtykket i sin deltakelse. Alle deltakere er anonymisert.
Hovedfunn/ resultat	Resultatene viste at sykepleier følte ansvar for pasientens velvære, og hadde fokus på at kvinnen skulle være forberedt til aborten. Dette inkluderte å engasjere seg i kvinnenens mulige usikkerhet uten å påvirke deres valg. Gjennom involveringen risikerte sykepleier å bli konfrontert med egne verdier og holdninger knyttet til abort. De ønsket mulighet for debrifing i etterkant av kompliserte saker.
Relevans for oppgaven:	Studien undersøker sykepleier sin erfaring i møte med ambivalente kvinner som skulle ta abort.

Artikkel 5: Women Know Best—Findings from a Thematic Analysis of 5,214 Surveys of Abortion Care Experience	
Forfatter(e):	Monica R. McLemore, Sheila Desai, Lori Freedman, Evelyn Angel James og Diana Taylor.
Publiserings år:	2014
Tidsskrift og utgave:	Women's Health Issues 24(6), 594-599
Land:	Usa
Hensikt	Studiens hensikt er å beskrive og sammenligne kvinners erfaringer og opplevelser innen abortomsorgen.
Metode	Mixed-metod studie der det er brukt tematisk analyse. Spørreskjema ble gjennomført før kvinnene dro fra klinikken. Det inneholdt standardiserte spørsmål og et åpent spørsmål. I analysen ble alle spørsmål og svar inkludert. Deltakere var kvinner over 16 år som søkte kirurgisk abort i første trimester og som behersket engelsk eller spansk skriftlig.
Forskningsetisk vurdering	Det ble innhentet godkjenninger fra University of California, San Francisco; etiske og uavhengige vurderingstjenester for organisasjonen Planned Parenthood, og Kaiser Permanente Northern California.
Hovedfunn/ resultat	Resultatene viste at kvinnene hadde positive opplevelser med abortomsorgen og at flertallet vurderte opplevelsen som bedre enn forventet. Det var to hovedtema som dukket opp etter analysen. De handlet om faktorer på klinikk- og pasientnivå som påvirket hvordan pasienten vurderte sine opplevelser. De negative opplevelsene var knyttet til håndtering av smerter, ventetid for avtaler og oppfølgingen underveis på klinikken.
Relevans for oppgaven:	Studien er relevant fordi den viser kvinners erfaring og opplevelser med abortomsorg.

4.1 Sammenfattet resultat

Etter gjennomføring av analysen er funnene kategorisert i fire ulike kategorier; kvinnenes følelser relatert til abort, erfaring i møte med sykepleier, forventinger til sykepleier og sykepleiers erfaring i møte med kvinner som skal ta abort. Disse kategorier utgjør bacheloroppgavens sammenfattende resultat.

4.1.1 Kvinnenes følelser relatert til abort

Å gjennomføre en abort kan være et vanskelig valg som bringer frem utfordrende følelser (Kjelsvik *et al.*, 2019). Kvinnene som skulle gjennomføre abort kunne kjenne på følelser som ambivalens, nervøsitet og angst for hva omgivelsene ville si om deres valg (McLemore *et al.*, 2014; Kjelsvik *et al.*, 2019). Dette bidro til at de hadde negative tanker om seg selv, og rapporterte om følelser som skam, skyld stigma, flauhet, angst og tristhet relatert til sin avgjørelse (McLemore *et al.*, 2014; Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). De følte seg også sårbare, alene og urolige for det som skulle skje. Mange kvinner hadde også gode opplevelser i sine møter med sykepleier og følte seg ivaretatt i prosessen (Kjelsvik *et al.*, 2019). Flere hadde positive følelser knyttet til møtet med sykepleier, der de følte seg respektert, fikk bekreftelse og ble vist interesse. Flere av kvinnene i studien til McLemore *et al.* (2014) sa de ble møtt med omsorg og støtte fra sykepleier, og at opplevelsen ble bedre på grunn av dette.

I de tilfellene kvinnene opplevde vanskelige følelser i sitt møte med sykepleier ble dette relatert til liten mulighet til å diskutere sin tvil om abortspørsmålet (Kjelsvik *et al.*, 2019; Stålhandske, Ekstrand og Tydén, 2011), sykepleiers fremtreden (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021; Stålhandske, Ekstrand og Tydén, 2011) eller manglende involvering i selve abortprosessen (Stålhandske, Ekstrand og Tydén, 2011). Abort ble av mange beskrevet som en hendelse kvinnene aldri ville oppleve igjen (McLemore *et al.*, 2014).

4.1.2 Kvinnens erfaring i møte med Sykepleier

Informasjon i forkant av abort

Studien til Aamlid, Dahl og Sommerseth (2021) viste at det var stor variasjon i informasjonsbehov- og opplevelsen av om informasjonen som ble gitt var tilstrekkelig. For de som opplevde informasjonen som utilstrekkelig var dette særlig relatert til smerter, blødninger og administrering av smertestillende i abortprosessen.

Oppfølging ved hjemmeabort

Å gjennomføre medikamentell abort hjemmefra hadde både positive og negative sider (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). Kvinnenes erfaring varierte fra de som syntes det var trygt å være i eget hjem, til de som syntes det var direkte uansvarlig å gjennomføre en abort hjemme uten helsepersonell til stede. Kvinnene som gjennomførte abort hjemme hadde høy terskel for å ta kontakt ved spørsmål og usikkerhet. De savnet helsepersonellens tilstedeværelse og ønsket seg tilbud om oppfølging i etterkant av aborten.

4.1.3 Kvinnens forventninger til sykepleier

I abortprosessen opplevdes sykepleier som den erfarne parten, noe som ga kvinnene ulike forventninger i møte med dem (Kjelsvik *et al.*, 2019). Studien til Kjelsvik *et al.* (2019) viste at kvinnene allerede i første møte på sykehuset hadde klare forventninger til å kunne prate om sine tanker eller usikkerhet rundt abortvalget. I studien til Stålhandske, Ekstrand og Tydén (2011) fremkom det at kvinnene skulle ønske at sykepleier hadde stilt spørsmål til deres avgjørelse, til tross for at denne kanskje hadde blitt det samme. At det ikke ble spurt om de følelsesmessige og moralske aspektene rundt aborten var en lettelse for mange. Andre savnet muligheten til å snakke om sitt valg. Når valget var tatt var det flere kvinner som ønsket at de hadde fått mer bekreftelse og støtte fra sykepleier (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021).

4.1.4 Sykepleiers erfaring i møte med kvinner som skal ta abort

Gjennom studien til Kjelsvik *et al.* (2018) kom det frem at sykepleiere følte ulikt ansvar i håndteringen av kvinnens ambivalens knyttet til abort. Det var viktig for sykepleierne å fremstå som nøytrale, samtidig som det var utfordrende å finne balansen mellom å gi omsorg, vise forståelse og ikke påvirke kvinnenes valg. For å ikke påvirke valget unngikk sykepleierne direkte spørsmål knyttet til avgjørelsen. Dersom kvinnen var ambivalent og etterspurte ultralydbilder pleide sykepleier å avslå dette. Begrunnelsen var at de ikke ønsket å påvirke kvinnens avgjørelse ved å vise bildene.

Forberedelse av informasjon til kvinnene som skulle gjennomgå abort ble rapportert som tidvis utfordrende i studien til Kjelsvik *et al.* (2018). Spesielt var dette relatert til mengden informasjon og om kvinnene burde se ultralydbildet. For sykepleier var det viktig å være realistisk ovenfor kvinnene og forberede dem på hva man opplever i en abort. Dette var i noen tilfeller utfordrende, da kvinnene hadde ulikt behov for tid og oppmerksomhet for å dekke

sine følelsesmessige behov. Sykepleiers tidsbegrensninger spilte også en rolle her. De kvinnene som var usikre kunne vise dette på ulike måter. Sykepleiere rapporterte at det var utfordrende å oppdage usikkerhet.

I studien til Kjelsvik *et al.* (2018) følte sykepleierne et ansvar overfor kvinnene når de overrakte den første aborttablett. Spesielt gjaldt det usikre kvinner, der sykepleierne ville forsikre seg om at de hadde fått nok informasjon for å forstå hva som vil skulle skje i prosessen. Dersom kvinnen var nølende forsøkte sykepleier å finne ut hva dette skyltes. Hos kvinnene som nølte med å ta tablett, rapporterte noen av sykepleierne at de så det som sin etiske plikt å holde denne tilbake. I de tilfellene ba de kvinnene tenke lengre på sitt valg og de fikk tilbud om å komme tilbake.

5 Drøfting

Vår problemstilling ønsker å få svar på hvordan sykepleier kan ivareta kvinners psykiske helse før, underveis og etter en provosert abort. Når den psykiske helsen drøftes, har vi valgt å legge vekt på de følelsesmessige erfaringene kvinnene hadde under gjennomføring og hva dette kan føre til. Begrepene sykepleier og helsepersonell vil bli brukt om hverandre i drøftingen. Årsaken til dette er noen av forskningsartiklene og teori konsekvent benytter begrepet helsepersonell. I noen av eksemplene kan det være andre helsepersonellgrupper det henvises til. I den grad vi er sikre på at det er sykepleier det omhandler, eller at drøftingen er overførbar til denne gruppen er det begrepet sykepleier som blir benyttet.

5.1 Kvinnenes følelser relatert til abort

Å gjennomføre en abort er for mange kvinner svært krevende og kan bringe frem utfordrende følelser. I disse situasjonene er det viktig at sykepleier har kunnskap om kvinnenes reaksjonsmønstre og hvordan de kan møte kvinnen for å ivareta deres psykiske helse. Flere av studiene viste at kvinnene slet med følelser som ambivalens, nervøsitet og skam (McLemore *et al.*, 2014; Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021; Kjelsvik *et al.*, 2019). De følte seg også sårbare og urolige for det som skulle skje. I slike tilfeller kan også pasienter skjule følelsene sine, der de 'tar seg sammen' for å ikke vise sin svakhet ovenfor andre (Håkonsen, 2014). Her er det viktig at sykepleier vet at denne typen følelser er normale hos pasientene og at de aksepteres som normale reaksjoner. Dette kan bidra til bedre ivaretagelse av kvinnens psykiske helse.

I de situasjonene kvinnene var ambivalente opplevde mange å bli oversett, og at det ikke fantes rom for å diskutere deres tvil om abortspørsmålet (Kjelsvik *et al.*, 2019). Noen opplevde at det var forventet at de som studenter eller enslige tok abort (Stålhandske, Ekstrand og Tydén, 2011). For disse kvinnene var det spesielt vanskelig å snakke om deres ambivalente følelser. I rollen som sykepleier må man være oppmerksom på at mange kjenner på ambivalens knyttet til sin avgjørelse. I de tilfellene sykepleier identifiserer ambivalens bør de bidra til å støtte og styrke kvinnene som står ovenfor valget. Dette kan gjøres ved å for eksempel bruke stillhet aktivt i kommunikasjonen, noe som formidler at man har tid til å lytte og bryr seg om det som plager kvinnen (Håkonsen, 2014). Det kan gi kvinnen rom til å fortelle om tingene det kan være vanskelig å få sagt. Sykepleier kan også gi kvinnene mer betenkningstid. I studien til Kjelsvik *et al.* (2019) rapporterte kvinnene at de satte pris på at

de fikk denne ekstra tiden og ble lyttet til. Dette er i samsvar med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, der sykepleier skal fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, 2021). Dersom sykepleier identifiserer ambivalens, men ikke møter kvinnen på dette, kan det derimot føre til at kvinnen tar en avgjørelse hun kan ha vansker med. Dette kan føre til psykiske reaksjoner i etterkant.

Sykepleiers fremtreden er i tillegg til ambivalens noe mange kvinner opplever som utfordrende. I studien til Stålhandske, Ekstrand og Tydén (2011) ble helsepersonell beskrevet som nøytrale, noe som bidro til at flere av kvinnene opplevde at de ikke ble møtt på sine følelsesmessige behov. Når helsepersonell bevisst unngikk å snakke om de emosjonelle sidene ved abort, førte dette til at kvinnene opplevde dem som distanserte. Dette kan føre til at dialogen uteblir og det skapes avstand mellom kvinnen og sykepleier. I de tilfellene kvinnene føler seg ivaretatt er dette relatert til sykepleiers omsorg, støtte, følelsen av å bli respektert og dedikasjon fra sykepleier (Kjelsvik *et al.*, 2019; McLemore *et al.*, 2014). Dette står i kontrast til følelsene kvinnene fikk når helsepersonell oppfattes som kalde og kliniske (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). Samtidig må vi erkjenne at sykepleier kan ha vansker med å forholde seg til personer som preges av negative følelser (Eide og Eide, 2017). Noe som kan være tilfelle med mange av disse kvinnene. Sykepleiers distansering kan være en måte å beskytte seg selv på, fordi det kan oppleves tungt og slitsomt å forholde seg til andres negative følelser (Eide og Eide, 2017). På en annen side kan distanseringen føre til en manglende ivaretagelse av kvinnens psykiske helse, da de ikke blir møtt på de negative følelsene.

I hvilken grad kvinnene opplevde involvering i egen abortprosess varierte. Noen syntes det var trygt å gi fra seg kontrollen slik at de unngikk eksistensielle utfordringer, andre ønsket at de fikk være mer involvert i prosessen (Stålhandske, Ekstrand og Tydén, 2011). I de tilfellene kvinnene opplevde at sykepleier tok kontrollen over gjennomføringen, kunne dette føre til at de mistet integriteten og kontrollen over seg selv. Denne typen påkjenninger og belastninger kan føre til stress for kvinnen. Samtidig kan en uønsket graviditet i seg selv føre til stress (Broen *et al.*, 2005). Kvinnens opplevelse av stress vil påvirkes av faktorer som forutsigbarhet, kontroll over varighet av situasjonen, mening i situasjonen og sosial støtte (Håkonsen, 2014). Det å vite når aborten skjer, og hvilke sanseintrykk man kan få i situasjonen, kan redusere ubehaget og den følelsesmessige aktiviseringen stress gir. Derfor vil en opplevd mening med situasjonen og sosial støtte påvirke kvinnens stressopplevelse (Håkonsen, 2014). Hun vil kunne tåle påkjenningene bedre dersom hun forstår hensikten med

den. Dette kan sykepleier bistå med ved å gi kvinnen støtte, forutsigbarhet og gode forberedelser ved å forklare de ulike delene av abortprosessen før, under og etter gjennomføring.

5.2 Kvinnes erfaring i møte med Sykepleier

5.2.1 Informasjon i forkant av abort

Abort er en tidkrevende prosess, der det er viktig at kvinnene har riktig og nok informasjon slik at de er forberedt. Flere av studiene viste at kvinnene opplevde informasjon i forkant av aborten som mangelfull, noe som påvirket deres opplevelse (Kjelsvik *et al.*, 2019; Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021; McLemore *et al.*, 2014). I en fersk studie fra Sommerseth *et al.* (2022) opplevde også kvinnene at informasjonen de fikk var vanskelig å forstå. Lovverket er tydelig på at kvinnen skal tilbys informasjon og veiledning før gjennomføring av abort (Abortloven, 1975). Dersom kvinnen opplever informasjonen som mangelfull og vanskelig å forstå, kan dette vise at sykepleier ikke har sørget for at informasjonen ble mottatt og forstått slik lovverket krever (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999). Pasienten kan også oppleve å ikke ha fått informasjon, selv om helsepersonell mener dette er gitt (Eide og Eide, 2017). Eide og Eide (2017) nevner at årsaken til dette kan være at informasjonen som gis blir borte i kvinnens kaos av inntrykk i situasjonen. Sykepleier kan også ha brukt vanskelige medisinske ord som ikke er forståelige for kvinnen. Samtidig er det vanskelig for sykepleier å ha fullstendig oversikt over alt kvinnen trenger å få informasjon om (Eide og Eide, 2017). I slike tilfeller nevner Eide og Eide (2017) at sykepleier bør kartlegge kvinnens behov for informasjon. På en annen side kan også sykepleier bevisst ha forsøkt å skåne kvinnene for alt de kan oppleve i en abort, og dermed utelatt informasjon. Selv om intensjonen fra sykepleier kan være god, kan en slik situasjon føre til mistillit fra kvinnen. Når kvinnen gir sykepleier tillitt i en situasjon slipper man kontrollen og tar en risiko (Eide og Eide, 2017). Til gjengjeld forventer kvinnen at hun får den hjelpen hun trenger og at sykepleier vil henne vel. Dersom kvinnenes opplevelser ikke samsvarer med informasjonen de har fått, kan de oppleve at sykepleier ikke tenker på kvinnens beste. Sykepleier har dermed en stor makt i denne situasjonen som ikke bør misbrukes (Eide og Eide, 2017).

Informasjonen som gis før en abort bør bidra til å gjøre situasjonen mer forutsigbar for kvinnen (Eide og Eide, 2017). Flere av kvinnene som tok abort ønsket at informasjonen de fikk i forkant var mer personlig tilpasset, og at deres kunnskap om prosessen ble kartlagt på

forhånd (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). Dersom sykepleier kartla hva kvinnene trengte informasjon og kunnskap om, kunne dette gitt dem en bedre mestring av sin abortsituasjon. En kvinne i studien til Aamlid, Dahl og Sommerseth (2021) opplevde at forberedelser i forkant bidro til at hun forsto informasjonen bedre. Økt kunnskap gir en følelse av kontroll, både det å ha kunnskap om situasjonen i seg selv og det å vite hva en skal gjøre i situasjonen man er i (Eide og Eide, 2017). Flere i studien til Aamlid, Dahl og Sommerseth (2021) opplevde at de på grunn av uerfarenhet ikke visste hva de burde stilt spørsmål om. Digital eller skriftlig informasjon kan bidra til at kvinnen får bedre forutsetninger før konsultasjon. Denne informasjonen kan inneholde tema som smerter, blødninger og administrering av smertestillende, som var punkter kvinnene opplevde ofte ble underkommunisert (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021).

5.2.2 Oppfølging ved hjemmeabort

Ved hjemmeabort er kvinnen uten fysisk tilgang på helsepersonell og må håndtere prosessen på egenhånd. I Norge gjennomføres nesten 95% av alle aborter hjemmefra ved bruk av medikamenter (Folkehelseinstituttet, 2023). Dette krever derfor god forberedelse fra sykepleier i forkant. I studien fra Sommerseth *et al.* (2022) opplevde kvinnene at eneste forskjellen mellom hjem og sykehuset var stedet tablettene ble inntatt. Det gjorde det fristende for mange å være hjemme i kjente omgivelser. Opplevelsene kvinnen har etter hjemmeabort er delte (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). Noen følte seg trygge og vel ved at de er hjemme, mens andre følte det var uansvarlig at aborten gjennomføres uten helsepersonell til stede. Sistnevnte er særlig relatert til smerten aborten medfører. En gjentakende utfordring ved hjemmeabort var kvinnes savn etter tilstedeværelse og trygge rammer fra helsepersonell (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021; Sommerseth *et al.*, 2022). For noen ble redselen så stor at de var redd for å dø under behandlingen. Når aborten gjennomføres hjemme anbefales det at man har med seg en voksen person over 18 år (Helse Norge, 2020). I de fleste tilfeller vil dette være en venn eller nær familie. Utfordringen er at disse som oftest ikke har kjennskap til hva et normalt abortforløp er, noe som medførte at kvinnene i studien til Sommerseth *et al.* (2022) opplevde hjelpen og støtten som begrenset. Dersom kvinnene hadde hatt kontakt med sykepleier underveis kunne dette gitt de trygghet og gjort dem mer komfortable (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). Samtidig ville de fått bedre anledning til å stille spørsmål, og ifølge enkelte håndtert smerten bedre.

Når en kvinne sendes hjem for gjennomføring av abort skal hun få med smertestillende medikamenter fra sykehuset (Helse Norge, 2020). I flere tilfeller opplevde kvinnene likevel utilstrekkelig smertelindring, samtidig som de var usikre på dosering og intervall (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). Dette er svært uheldig, da en vet at kvinner kan oppleve mindre stress i forbindelse med smertene, dersom hun kan kontrollere varigheten av disse selv (Håkonsen, 2014). På abortdagen hadde kvinnene som oftest fått et telefonnummer de kunne ringe ved spørsmål, de hadde likevel høy terskel for å ta kontakt da de visste sykepleier var opptatt (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). De ønsket heller ikke å være en byrde og syntes det var vanskelig å vite når de burde ta kontakt. Spørsmål rundt smertelindring er en av flere utfordringer som kunne vært løst dersom kvinnen fikk klare anbefalinger for når hun skulle kontakte sykepleier, eller at sykepleier ringte dem underveis i forløpet. Bedre oppfølging underveis kan bidra til at kvinnen blir mindre urolig og usikker, noe som vil kunne redusere risiko for uheldige psykiske påkjenninger. Med bakgrunn i disse erfaringene bør sykepleier gi god informasjon om de ulike alternativene for abort, samtidig som de forsøker å identifisere kvinnene som trenger mer støtte og oppfølging enn de vil få hjemme. Dette kan hindre at kvinnene samtykker til abort hjemme på feil grunnlag (Sommerseth *et al.*, 2022).

I de yrkesetiske retningslinjene står det klart at sykepleier skal ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2021). Kvinner som følte seg overlatt til seg selv kan man anta at i liten grad følte seg ivaretatt. På en annen side kan sykepleier tro at kvinnene som vil være hjemme ønsker å være i fred i en vanskelig prosess. De kan dermed tenke at deres behov for omsorg blir ivaretatt på denne måten. De kan også ha forventninger til at kvinnene selv tar kontakt dersom de har behov for dette. Dette står i kontrast til Martinsens omsorgsteori der yrkesmessig omsorg kjennetegnes ved at sykepleier gjør en aktiv handling til beste for pasienten (Kristoffersen, 2011). Dermed burde sykepleier ha undersøkt kvinnens behov for omsorg i denne situasjonen. Verken i lovverket eller på nettsidene til helsedirektoratet er det gitt anbefalinger for hvilken informasjon og omsorg, kvinnen skal få underveis og etter gjennomført medisinsk abort (Helsedirektoratet, 2023; Abortloven, 1975). Manglende offentlige anbefalinger bidrar til at oppfølging blir tilfeldig og ustrukturert, og dette gjør det utfordrende for sykepleier å vite hvilken oppfølging som bør gis. Dersom kvinnene hadde blitt tilbudt en samtale med sykepleier underveis i abortforløpet, kunne dette bidratt til at de følte seg mindre alene i prosessen. Samtalens innhold kunne vært relatert til kvinnens smerter, følelsesmessige påkjenninger og hvordan det hadde gått i forløpet så langt.

Dette kunne muligens gitt kvinnene en bedre opplevelse av ivaretagelse, samtidig som sykepleier kunne avdekke hvilke kvinner som hadde mer behov for oppfølging.

5.2.3 En oppfølgingssamtale i ettertid

For mange kvinner kan gjennomføringen av abort være noe de tenker mye på i etterkant, og mange sitter også igjen med følelser de trenger å prosessere (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021; Sommerseth *et al.*, 2022). Regjeringen vedtok i 2020 at alle som gjennomgikk en spontanabort skulle få oppfølging fra helsepersonell (Stortinget, 2023). Likevel finnes det per i dag ikke en samlet oversikt over hvilken oppfølging som gis. Dette viser at tiltaket i seg selv ikke ble systematisert og iverksatt. Kvinnene som gjennomgår provosert abort er utelatt i innstillingen fra 2020 uten at årsaken til dette fremkommer. Studier har vist at det var få som fikk tilbud om oppfølging etter abort, og at de aller fleste ikke hadde kontakt med klinikkene etter konsultasjon (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021; Sommerseth *et al.*, 2022). De som hadde blitt tilbudt oppfølging opplevde dette som en fysisk undersøkelse med liten eller ingen mulighet for en gjennomgang av deres abortprosess (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). Det vil samtidig være kvinner som ikke ønsker en samtale i etterkant (Stålhandske, Ekstrand og Tydén, 2011; Sommerseth *et al.*, 2022). Dette kan relateres til vanskelige følelser de har opplevd i prosessen som skam og dårlig samvittighet (Sommerseth *et al.*, 2022). I dagens samfunn kan abort oppleves som tabu, noe som også kan føre til at kvinnene ikke ønsker å prate mer om det de har vært gjennom.

I mars 2023 ble utredningen Den store forskjellen – om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse publisert (NOU 2023:5). Den viser til nyere forskning fra blant annet Sommerseth *et al.* (2022) som viser at mange opplever mangelfull oppfølging etter abort. Et foreslått tiltak er tiltak 45, som inkluderer et offentlig tilbud om gratis oppfølgingssamtale til alle som har gjennomgått abort (NOU 2023:5). Ikke alle kvinner har behov for oppfølging, da flere føler seg ferdig med prosessen i etterkant (Sommerseth *et al.*, 2022). Dersom dette iverksettes må sykepleier være bevisst på at en slik forespørsel kan oppleves som belastende for enkelte. På den annen side vil spørsmålet om oppfølging kunne identifisere de som står i fare for å få mentale helseproblemer tidligere (NOU 2023:5). Studier har vist at det er lite som antyder at kvinner får mentale utfordringer som følge av en abort. De som har lidelser før graviditeten, vil likevel ha en økt risiko for utfordringer i etterkant (Lurås og Jensen, 2022). Dersom sykehuset iverksetter oppfølgingssamtaler med sykepleier, vil en kunne identifisere de med økt risiko slik at de får den hjelpen de trenger.

5.3 Kvinnens forventninger til sykepleier

Hvilke forventninger kvinnen har til sykepleier kan variere ut fra hennes behov. Mange kvinner har klare forventninger til både helsepersonellens involvering i prosessen og oppfølgingen på sykehuset (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021; Kjelsvik *et al.*, 2019). Forventninger kan innebære et rettferdig møte hvor sykepleier møter, støtter og anerkjenner kvinnen med god kommunikasjon (Eide og Eide, 2017). Flere kvinner ønsket at sykepleier stilte spørsmål ved deres avgjørelse om abort (Stålhandske, Ekstrand og Tydén, 2011; Kjelsvik *et al.*, 2019). Dette handlet om at kvinnene var usikre og trengte en mulighet for en samtale rundt dette (Kjelsvik *et al.*, 2019). Når en kvinne møter en sykepleier for abortkonsultasjon, vil hun kunne forvente at sykepleier opptrer empatisk med interesse for hennes situasjon. Empati kan forstås som den viktigste evnen til å innhente informasjon for å forstå en annens liv (Eide og Eide, 2017). Dermed er det en svært viktig egenskap for helsepersonell for at de skal kunne opptre støttende og være til hjelp på den andres premisser.

Når valget var tatt forventet kvinnene mer støtte og bekreftelse fra helsepersonell (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021). De ønsket å få støtte og anerkjennelse for valget de hadde gjort. I mange tilfeller følte de seg alene, urolige og oppfattet at sykepleier manglet engasjement i deres sak. Dette kan tyde på at kvinnen og sykepleier har ulike forventninger til involvering. I yrkesetikk er det sentralt å respektere pasientens autonomi (Eide og Eide, 2017). Dette kan bidra til at sykepleier unngår å involvere seg ved å gi kvinnene denne støtten. Samtidig vil det ikke alltid være klart for sykepleier hva som forventes av dem. En forventningsavklaring i første møte kan bidra til å avklare dette. Når kvinnen først har tatt valget er det svært viktig at sykepleier støtter henne, møter henne med forståelse og respekterer valget (Jerpseth, 2016). Ved at sykepleier bekrefter at de ikke har tatt et feil valg, kan dette bidra til at kvinnen opplever å få den støtten hun trenger (Aamlid, Dahl og Sommerseth, 2021).

I møte med sykepleier ble det identifisert tre ulike erfaringer kvinnene opplevde (Kjelsvik *et al.*, 2019). Av disse møter kun to verdiene innenfor relasjonsetikken – de som følte seg respektert og de som følte seg sett og identifisert. Sykepleiere er gjennom yrkesetiske retningslinjer pliktige til å yte omsorgsfull helsehjelp (Norsk sykepleierforbund, 2021). Likevel viste erfaringer fra studien til Kjelsvik *et al.* (2019) at noen av kvinnene følte seg forlatt i prosessen. Dette kan tyde på fravær av omsorgsfull helsehjelp. Hvordan sykepleiere møter og handler ovenfor sine pasienter er avgjørende for å kunne si noe om omsorgen som

ytes (Kristoffersen, 2011). Yter sykepleiere omsorgsfull helsehjelp vil dette kunne møte pasientens forventninger til dem.

5.4 Sykepleiers erfaring i møte med kvinner som skal ta abort

Sykepleierne i studien til Kjelsvik *et al.* (2018) opplevde kvinnene som møtte til abort som ambivalente, sårbare og lett påvirkelige. De følte derfor ansvar for å avdekke deres usikkerhet. I noen tilfeller måtte de observere sammenhengen mellom den verbale kommunikasjonen og atferden for å oppdage usikkerhet. De stilte også direkte og indirekte spørsmål knyttet til kvinnens valg. Sykepleierne som erfarte disse situasjonene, opplevde at de ikke hadde tid til å ta alvorlige samtaler om komplekse følelser og livssituasjoner. På en annen side følte de det som viktig å være realistiske ovenfor kvinnene, og forberede de på hva man opplever i en abort (Kjelsvik *et al.*, 2018). Manglende tid kan bidra til at kvinnens usikkerhet ikke avdekkes. Som sykepleier er dette trolig ikke til å unngå, da en uansett aldri vil kunne forstå en pasient fullt og helt (Eide og Eide, 2017). Likevel kan dette føre til at sykepleier havner i et etisk dilemma mellom tidspress og ivaretagelse av kvinnene. De sykepleierne som føler ansvar, men som ikke har mulighet til å oppfylle dette risikerer å bli utsatt for moralsk stress (Aakre, 2016). Det kan også være emosjonelt belastende å sette andres følelser og behov foran sine egne (Eide og Eide, 2017). Dette kan føre til at omsorgen som gis kvinnen blir dårligere, og dermed påvirkes også kvaliteten av tjenesten. Samtidig vil sykepleier over tid opparbeide seg kunnskap om pasientgruppen. Med tiden kan dette bidra til at de blir bedre til å avdekke usikkerhet på tross av tidspress. Dette kan gi bedre helsehjelp for kvinnene på sikt.

I de ulike delene av abortomsorgen kan det oppstå situasjoner som sykepleier oppfatter som utfordrende og som fører etiske dilemmaer. I studien til Kjelsvik *et al.* (2018) kom det frem at flere sykepleiere opplevde det utfordrende dersom kvinnen nølte med å ta tablett som starter aborten. Dersom kvinnen nølte forsøkte sykepleieren å finne ut om det skyldes usikkerhet rundt valget, eller den krevende situasjonen i seg selv. Noen av sykepleierne rapporterte at de i disse tilfellene så på det som sin etiske plikt å holde tablett tilbake. Kvinnen fikk da mer tid til å tenke over valget og tilbud om å komme tilbake senere. På en side ønsker sykepleier å unngå at kvinnen tar et feil valg for seg selv, og dermed bidrar dette til å styrke henne egen evne til selvhjulpenhet slik Kari Martinsen omsorgsteori påpeker (Kristoffersen, 2011). På en annen side kan denne involveringen bidra til å påvirke kvinnens valg, fordi sykepleier bevisst bidrar til at valget ikke blir tatt ved å holde tilbake tablett. Her

oppstår det et dilemma mellom sykepleiers plikt til nøytralitet etter lovverket og sykepleiers ansvar for å handle etter yrkesetiske retningslinjer (Helsedirektoratet, 2023; Norsk sykepleierforbund, 2021).

En annen etisk utfordring oppsto i situasjoner der kvinnene ønsket å se ultralydbilder, men sykepleier avslo fordi de ikke ønsket å påvirke kvinnens valg om abort (Kjelsvik *et al.*, 2018). I de tilfellene sykepleier ikke utleverer ultralydbildet er dette et direkte brudd på kvinnens rett til medvirkning og innsyn i egen journal (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999). Dersom sykepleier unnlater å vise kvinnen bilde vil ikke kvinnens rett til medvirkning oppfylles. Sykepleier har kun lov til å unnlate informasjon dersom dette er nødvendig for å hindre liv eller alvorlig helseskade for kvinnen selv (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999). Dette vil gjelde for få kvinner. Dermed må en konstatere at sykepleier bryter kvinnens medvirkning- og innsynsrett, selv om dette kanskje gjøres ubevisst. Studien til Stålhandske, Ekstrand og Tydén (2011) viser at det var nettopp det å se ultralydbilde som gjorde kvinnene klar over hva de skulle gå gjennom. Samtidig kommer det frem at sykepleier kjente på utfordringer omkring hvilken informasjon de skulle dele med kvinnen (Kjelsvik *et al.*, 2018). Hadde likevel kvinnene fått sett bildet kunne dette ført til at aborten ble revurdert (Sommerseth *et al.*, 2022). Om kvinnene ser bildet og dermed velger å avstå fra abort, kan dette vise at kvinnen var på vei til å ta feil valg for seg selv. En må dermed anta at det ikke er sykepleiers handling som påvirker valget, men kvinnens eget ønske. Å ikke få se ultralydbildet er et eksempel på en maktrelasjon mellom sykepleier og pasient, der sykepleier tar ansvar fra pasienten i stedet for å ta ansvar for pasienten (Eide og Eide, 2017). Dette kan ha negativ innvirkning på kvinnens psykiske helse, selv om handlingen kan være utført i beste mening.

Alle sykepleiere har verdier og holdninger knyttet til sitt eget livssyn, men i arbeid med kvinner som skal ta abort må disse legges til side. I abortomsorgen vil sykepleierne tidvis måtte konfrontere egne verdier, noe som kommer frem i studien til Kjelsvik *et al.* (2018). Studien viste at sykepleierne ofte følte et ansvar for å støtte og gi omsorg til kvinner som hadde behov for dette. Samtidig hadde de også selv behov for debrifing etter utfordrende og kompliserte konsultasjoner. Dersom en opplever situasjoner som er motstridende mot egne verdier og holdninger, kan en anta at dette bidrar til en indre etisk konflikt for sykepleierne.

Flere studier har pekt på sykepleiernes utfordringer med egne følelser knyttet til abort (Nicholson, Slade og Fletcher, 2010; Gould *et al.*, 2012). Disse viste at sykepleierne tidvis kan oppleve vansker med å kontrollere egne følelser, noe som kan bidra til en opplevd dømmende holdning ovenfor kvinnen. I de tilfellene kvinnene opplever en dømmende holdning fra sykepleier, vil dette kunne føre til at kvinnen ikke får et rettferdig møte der hun blir anerkjent på sine premisser (Eide og Eide, 2017). Dersom sykepleier bryter med normen om å være rettferdig vil det være vanskelig å skape tillitt og trygghet i relasjonen med kvinnen. Uavhengig av sykepleiers egne verdier og holdninger, skal kvinnen møtes med respekt og sykepleier skal respektere kvinnens rett til å ta valg (Norsk sykepleierforbund, 2021). Om sykepleieren likevel har en konflikt med egne verdier kan en av samvittighetsgrunner få fritak fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd (Helsedirektoratet, 2023). Dette fritar bare fra noen av oppgavene og sykepleier må likevel gi kvinnen pleie før, under og etter abort.

5.5 Metodiske overveielser

Samlet sett anser vi at litteraturstudien og metodikken benyttet i denne som godt egnet til å svare på vår hensikt og problemstilling. Vi har likevel stått ovenfor noen metodiske utfordringer det er verdt å nevne.

I oppgaven er det lagt opp til mange søkeord i søkematriksen, da en på grunn av oppgavens problemstilling relatert til psykisk helse ikke ønsket å legge føringer for spesifikke følelser i søket. Det ble derfor lagt opp til et bredt søk for å unngå cherry-picking, der en bevisst eller ubevisst leter etter studier som støtter synet i den retningen en ønsker (NTNU, 2023). Et bredt søk førte til mange treff i begge databaser. Ideelt sett ville det vært bedre med færre funn for å spare tid og arbeid, men vi innså raskt at mange av studiene var irrelevante for vår problemstilling. Vi ønsket derfor ikke å begrense søket ytterligere for å unngå at relevante studier gikk tapt.

Alle studiene i denne oppgaven kom fra vestlige land, da det var ønskelig med land med sammenlignbar abortomsorg. To av studiene skiller seg likevel ut, deriblant en svensk studie fordi Sverige tillater selvbestemt abort til uke 18 (Abortlag, 1974). Denne ble likevel inkludert da den ikke fokuserte på svangerskapsukene, og var relevant for vår hensikt og problemstilling. Den andre studien kom fra USA, som til tross for at de er vestlige har svært ulike abortlover i de ulike statene. Denne så på erfaringen kvinnene hadde med abortomsorg

og i hvilken grad disse sto til forventningene. Med bakgrunn i ulike abortlover og et konservativt syn på abort i flere stater, kan en svakhet med studien være forventningene kvinnen har til abortomsorgen. Dersom hennes forventning i utgangspunktet er lav, kan hun være fornøyd med oppfølgingen hun får dersom den er bedre enn forventet. Dette kan påvirke studiens generalisering, slik at den kanskje ikke er overførbar til norske forhold (Dalland, 2020). Studien er likevel inkludert da datamaterialet var omfattende og den ble ansett som relevant for vår problemstilling.

Når det kommer til alder på studiene, strekker de seg fra 2011 til 2021. Vi valgte å ekskludere studier eldre enn 2010 fordi det skjer mye innen medisinsk forskning på ti år. Vi antok dermed at dette kunne påvirke resultatene fordi de ikke ville være relevante og dermed ikke svare på problemstillingen (Dalland, 2020). Resultatene viste mye av de samme funnene selv om aldersspennet var ti år. Kvinners erfaring påvirkes ikke av årene som har gått, selv om en må anta at det kan ha blitt lettere å snakke om psykisk helse i 2021 enn tilbake i 2011. Det må også nevnes at oppgaven burde inkludert flere studier som viste sykepleiers erfaringer med abortomsorg. I denne oppgaven er kun en studie inkludert, noe som er en svakhet fordi vi kun får et perspektiv og dermed ikke vet om resultatene er generaliserbare for andre sykepleiere (Dalland, 2020).

Det må også nevnes kildebruk, der studien til (Sommerseth *et al.*, 2022) som ikke er en del av våre resultater har fått mye plass i diskusjonsdelen. Resultatene i denne studien hadde relevans for vår problemstilling og er derfor benyttet mye i drøftingen (Dalland, 2020). En svakhet ved vår kildebruk er kapittelet om Kari Martinsens omsorgsfilosofi, der det er benyttet sekundærkilde fordi vi ikke fikk tak i primærkilden. Når en annen forfatter har bearbeidet teksten først kan dette bety at det opprinnelige perspektivet i teksten kan ha blitt endret, noe som kan påvirke kvaliteten på vår oppgave (Dalland, 2020). Sekundærkilden er likevel benyttet da dette er en anerkjent lærebok benyttet på sykepleiestudiet. En endring av meningsinnholdet i teksten kan også være en utfordring ved oversettelse av studiene fra engelsk til norsk, da dette innebærer en viss risiko for feil oversettelse (Dalland, 2020).

5.6 Bacheloroppgavens relevans for innovasjon i fag- og tjenesteutvikling

Funnene i denne litteraturstudien viser at kvinner som skal ta abort kan ha ulike behov en sykepleier må ivareta før, underveis og etter abort. De kan ha behov for informasjon, trygghet i prosessen, samtaler, tid og omsorg fra sykepleier. De som opplever situasjonen som følelsesmessig utfordrende kan også ha vansker med å ta til seg informasjon. Noe som betyr at sykepleier må være forberedt på å stille spørsmål flere ganger, gjenta seg selv og finne måter å gi informasjon på som blir forstått. Det vi kan lære i denne sammenhengen er at pasientene i vanskelige situasjoner kan ha flere ulike behov de forventer at sykepleier dekker. Disse funnene er overførbare til andre deler av helsetjenestene.

I tillegg viser funnene i denne oppgaven at det er flere tiltak som kan utvikles videre. I løpet av denne oppgaven er det ikke funnet standardisert digital eller skriftlig informasjon som gis til kvinnene som møter til en abortkonsultasjon. Her er det mulighet for å arbeide videre med utarbeidelse av skriftlig informasjon som gis til alle som skal ta abort for å forberede dem bedre til prosessen. Vi har heller ikke funnet en systematisering av telefonsamtaler underveis i abortforløpet hjemme, noe mange av kvinnene savnet. Dersom dette iverksettes kan en bidra til å dekke kvinnenens behov for oppfølging og trygghet underveis. Basert på våre funn virker det også som mange ønsker å få en oppfølgingsamtale i etterkant, fordi de har følelsesmessige behov de trenger å prate om. En slik samtale kan også bidra til å finne de kvinnene som kan ha fått psykiske reaksjoner de trenger hjelp til å bearbeide. Disse tiltakene kan bidra til at kvinnene får bedre informasjon og oppfølging før, underveis og etter gjennomføring av abort. Samtidig må vi være bevisste på at ikke alt kan standardiseres. Det individuelle fokuset er viktig og dette er noe en sykepleier må ta hensyn til.

For å utvikle sykepleiefaget over tid må vi ha evnen til å tenke nytt for å levere gode sykepleietjenester i fremtiden (Norsk sykepleierforbund, 2017). Når kvinner som utfører abort har negative opplevelser med oppfølgingen gjennom flere år, viser dette et utviklingsområde innenfor abortomsorgen. Det betyr at vi må arbeide videre med de erfaringene vi gjør oss under praksis. Underveis i arbeidet med denne oppgaven ble utredningen: Den store forskjellen – om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse publisert (NOU 2023:5). Denne setter fokus på kvinnehelse og pekte også på et behov for bedre oppfølging etter provosert abort. Med denne frisk i minne har vi et håp til at abortomsorgen kvinnene får i Norge forbedres de neste årene, og at det arbeides videre med bedre abortomsorg for å ivareta kvinnenens psykiske helse.

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke erfaringer kvinner og sykepleiere har med oppfølgingen før, underveis og etter en selvbestemt abort, og hvordan oppfølgingen påvirker den psykiske helsen. Problemstillingen var følgende: Hvordan kan sykepleier ivareta kvinners psykiske helse før, underveis og etter en provosert abort?

Funnene i denne litteraturstudien viser at kvinnene som møter til abort har ulike individuelle ønsker og behov for støtte i situasjonen. Dette bidrar til at deres erfaringer blir delte, da deres ulike forventninger ikke alltid blir møtt av sykepleier. I de tilfellene kvinnene hadde negative erfaringer var dette relatert til manglende oppfølging og identifisering av deres ambivalens i abortspørsmålet, mangelfull informasjon i forkant av abort og utilstrekkelig forberedelser og oppfølging ved hjemmeabort. Sykepleierne som skulle ivareta kvinnene erfarte at ivaretagelsen kunne være utfordrende, og relaterte dette til tidspress, et ønske om å ikke påvirke kvinnens avgjørelse og et moralsk ansvar for å identifisere ambivalens hos kvinnen.

Kvinnenes og sykepleierens erfaringer viser at vi har en fragmentert abortomsorg med forbedringspotensialer i flere ledd. Abort er i seg selv en psykisk påkjenning for kvinnene, og dersom kvinnen har negative erfaringer med oppfølgingen underveis vil dette kunne påvirke deres psykiske helse ytterligere. I hvilken grad disse påkjenningene vil påvirke kvinnene i det lange løp fremkommer ikke, men studiene viser at mange av kvinnene har vanskelige følelser relatert til sin abortopplevelse i etterkant. Kvinnene bør gis rett til en bedre oppfølging gjennom hele abortforløpet, der sykepleier møter de individuelt på de følelsesmessige behovene de har. For at sykepleier skal kunne ivareta kvinnens psykiske helse på best mulig måte er det nødvendig at det iverksettes en mer helhetlig abortomsorg, der sykepleier har klare retningslinjer med tiltak å forholde seg til. Dette vil gjøre sykepleierne bedre rustet til å ivareta kvinnenens psykiske helse før, underveis- og etter en provosert abort.

7 Referanser

Abortloven (1975) *Lov om svangerskapsavbrudd* Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/pro/NL/lov/1975-06-13-50> (Hentet: 20. April 2023).

Austveg, B. (2017) *Abort : en etisk argumentasjon*. Oslo: Humanist forl.

Aveyard, H. (2010) *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide*. Berkshire: Berkshire: McGraw-Hill Education.

Braun, V. og Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative research in psychology*, 3(2), s. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Broen, A. N. *et al.* (2005) The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study, *BMC Med*, 3(1), s. 18-18.

<https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-18>

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 7. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet (2023) *Fakta om abort (med 2022-tal)*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>

(Hentet: 06.04.2023 2023).

Global Dignity (2022) *Verdighetsprinsippene*. Tilgjengelig fra:

<https://www.globaldignitynorge.no/om-verdighet/> (Hentet: 29.12.2022 2022).

Gould, H. *et al.* (2012) Patient Education and Emotional Support Practices in Abortion Care Facilities in the United States, *Womens Health Issues*, 22(4).

<https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.04.003>

Grønseth, R. og Jerpseth, H. (2019) *Bacheloroppgaven i sykepleie : praktiske råd i skriveprosessen*. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Haddaway, N. R. *et al.* (2022) PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis, *Campbell Syst Rev*, 18(2), s. e1230-n/a. <https://doi.org/10.1002/c12.1230>

Helse Norge (2020) *Abortmetoder*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/> (Hentet: 21. april 2023).

Helse Norge (2022) *Hva er psykisk helse?* Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/> (Hentet: 08. Mai 2023).

Helsebiblioteket (2022a) *Søkeord*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-34-sokeord> (Hentet: 10.12.2022 2022).

Helsebiblioteket (2022b) *Sjekklist*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering> (Hentet: 10.12.2022 2022).

Helsedirektoratet (2023) *Abort (svangerskapsavbrudd) – Veileder til forskrift*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift> (Hentet: 20.04.2023 2023).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 08. mai 2023).

Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jerpseth, H. (2016) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer, i Almås, H., Stubberud, D.-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie : 2*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 133-168.

Kjelsvik, M. *et al.* (2018) Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester, *J Clin Nurs*, 27(21-22), s. 4192-4202.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14612>

Kjelsvik, M. *et al.* (2019) Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers, *Nurs Ethics*, 26(7-8), s. 2135-2146. <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>

Kristoffersen, N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. r. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 207-280.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (1999): Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>.

Lurås, S. I. og Jensen, K. T. (2022) Kvinners mentale helse etter en provosert abort – en scoping review, *Sykepleien forskning (Oslo)*, (90993), s. e-90993.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.90993>

Major, B. *et al.* (2009) Abortion and Mental Health: Evaluating the Evidence, *Am Psychol*, 64(9), s. 863-890. <https://doi.org/10.1037/a0017497>

McLemore, M. R. *et al.* (2014) Women Know Best—Findings from a Thematic Analysis of 5,214 Surveys of Abortion Care Experience, *Womens Health Issues*, 24(6), s. 594-599.

<https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.07.001>

NHI (2022) *Mental helse i svangerskapet*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselse/livsstil/svangerskap-gode-rad/mental-helse-i-svangerskapet/> (Hentet: 29.12.2022 2022).

Nicholson, J., Slade, P. og Fletcher, J. (2010) Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses: Termination of pregnancy services, *Journal of advanced nursing*, 66(10). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x>

Norsk gynekologisk forening (2021) *Veileder i gynekologi*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/> (Hentet: 7. Desember 2022).

Norsk sykepleierforbund (2017) *Politisk plattform for innovasjon og tjenesteutvikling*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/revidert-plattform-innovasjon-og-tjenesteutvikling-2017-2020.pdf> (Hentet: 04.05.2023 2023).

Norsk sykepleierforbund (2021) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 23.02.2023 2023).

NOU 1999:13 (1999) *Kvinnens helse i Norge* Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.

NOU 2023:5 (2023) *Den store forskjellen: Om kvinnens helse og betydningen av kjønn for helse* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NTNU (2023) *Bias og cherry-picking*. Tilgjengelig fra: <https://systemlit.wordpress.com/bias-og-cherry-picking/> (Hentet: 28.04.2023 2023).

Sommerseth, E. *et al.* (2022) Kvinnens erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort, *Sykepleien forskning* 2022(17). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>

St. meld. 26 (1999-2000) (1999) *Om verdier for den norske helsetenesta*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/3c27979f412e4c7fbd494634a5280c74/no/pdfa/stm199920000026000dddpdfa.pdf> (Hentet: 23. April 2023).

Stortinget (2023) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om styrkede abortrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/nm/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Innstillingar/Stortinget/2019-2020/inns-201920-374s/?all=true> (Hentet: 21.04.2023 2023).

Stålhandske, M. L., Ekstrand, M. og Tydén, T. (2011) Women's existential experiences within Swedish abortion care, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 32(1), s. 35-41.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.545457>

Sykepleien (2022) *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel> (Hentet:

11.12.2022 2022).

Wyller, V. B. B. (2014) *Syk : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin : B.2 : Syk 2 : kapittel 12-24*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Aakre, M. (2016) *Jakten på dømmekraft : praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aamlid, I. B., Dahl, B. og Sommerseth, E. (2021) Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study, *Sex Reprod Healthc*, 27, s. 100582-100582.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>

