



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Provosert abort- eit vanskeleg val

Line Haugland og Silje Breidvik

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap/Institutt for
helse- og omsorgsvitskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Solveg Nelly Sægrov

Innleveringsdato: 1. Juni 2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Tittel: Provosert abort- eit vanskeleg val

Bakgrunn for val av tema: I 2017 blei det registrert 12 733 provoserte abortar i Noreg. Med tanke på at det er så mange som vel å gjennomfører ein provosert abort, ynskjer vi å sjå nærare på dette temaet. Provosert abort er gjerne eit tabubelagt tema som ein snakkar lite om, og dermed tenker vi at det er utfordrande for ei kvinne å gjennomgå ein slik prosess.

Problemstilling: Korleis yte god sjukepleie til kvinner som gjennomgår provosert abort?

Metode: Oppgåva er ein litteraturstudie der vi har gjort søk i databasane; Akademisk serche elite, inkludert Chinahl og Medline der vi fann alle våre seks artiklane. I tillegg gjorde vi søk på Ovid medline, som gav resultat. Vi har også nytta oss av pensumlitteratur og anna litteratur knytt til temaet, då pensum aleine ikkje dekkja nok. Sjukepleiarteoretikar vi har valt å bruke er Joyce Travelbee og omsorgsteoretikaren Kari Martinsen.

Funn og konklusjon: Våre funn viser at kvinnene ynskjer å bli møtt med forståing og respekt i møte med helsevesenet. Mange har stort behov for grundig og utfyllande informasjon i forbindelse med abortprosessen. Måten informasjon blir gjeven på kan ha mykje å seie, noko som gjer til at sjukepleiarar må tenkje på si haldning i møte med kvinna. Tryggleik er eit nøkkelord for å skape tillit mellom sjukepleiar og abortsøkjande kvinner. Oppleving av abortprosessen blant kvinnene hang ofte saman med smerteoppleving og smertelindring.

Nøkkelord: Sjukepleie, medikamentell bort, smertelindring, informasjon og trygghet.

Innholdsfortegnelse

1	Innleiing.....	1
1.1	Problemstilling	2
1.1.1	Avgrensing.....	2
2	Metode	3
2.1	Val av litteraturstudie som metode	3
2.2	Søkeprosess	4
2.3	Kjeldekritikk.....	5
3	Teori.....	7
3.1	Kommunikasjon	7
3.2	Informasjon	8
3.3	Mottaking og samtale	8
3.4	Kari Martinsen.....	9
3.5	Joys Travelbee	10
3.6	Medikamentell abort	10
3.6.1	Medikamentell abort gjennomført heime	11
3.6.2	Medikamentell abort gjennomført på sjukehus.....	11
3.7	Smerte.....	11
3.8	Lovverk	12
4	Resultat/funn.....	14
5	Drøfting.....	18
5.1	Sjuepleiar si rolle	18
5.2	Informasjon	21
5.3	Smerte.....	23
5.4	Autonomi	24
5.5	Reaksjonar på abort.....	25
6	Konklusjon	27
7	Bibliografi	28
8	Vedlegg 1: Søkeprosess	30
9	Vedlegg 3: Begjæring om svangerskapsavbrot	33

1 Innleiing

Temaet i vår oppgåve er provosert abort før svangerskapsveke 12. Vi har valt å ha fokus på svangerskapsavbrot gjennomført medikamentelt. Inspirasjonen for val av tema fekk vi av å lese ei oppgåve som tok for seg medikamentell abort. Me opplever dette som eit tabubelagt tema, noko som kan gjere det vanskeleg for kvinna og eventuelt hennar partner å ta dette valet. "Mange abortpasientar opplever at det ikkje er sosialt eller kulturelt akseptert å sørgje over eit svangerskap dei sjølv har valt å avbryte" (Huser, 2005, s. 203). Vi tenker å ta for oss korleis møte med helsepersonalet opplevast for kvinna, og korleis sjukepleiar kan ivareta desse kvinnene.

I følge helseinstituttet vart det utført 12 733 svangerskapsavbrot i Noreg i 2017. Av alle avbrota var 95,7% sjølvbestemde og 4,3% var behandla i abortnemnda. Ei begjæring om svangerskapsavbrot etter utgangen av svangerskapsveke 12 vert behandla i ei abortnemnd (Nesheim, 2014). 81,2% av svangerskapsavbrota var utførde før svangerskapsveke 9. Sidan 2008 har nesten ni av ti abortar blitt utført medikamentelt (Folkehelseinstituttet, 2018). I 1979 tredde den gjeldande abortlova i kraft, den seier at sjølvbestemt abort inntil 12 svangerskapsveke er lovleg (Jettestad, 2010, s. 256).

Det er kvinna sjølv som vel om ho vil gjennomføre aborten heime eller på sjukehus, så sant svangerskapet ikkje er kommen lenger enn veke 9 og kvinna elles er frisk (R. Magnussen, personleg kommunikasjon, 08. mai 2018). Eit aukande antal gjennomfører abort heime etter undersøking ved sjukehus (Norsk helseinformatikk, 2017). Makenzius, Tydén, Darj og Larsson (2012 A) sin studie får fram at kvinnene som gjennomførte medikamentell abort heime hadde kjensle av kontroll og eit større privatliv, dette med tanke på at det var kjende omgjevnadar og mindre personar å forhalde seg til. Dette tykkjer vi er positivt med tanke på at dei fleste vel å gjennomføre medikamentell abort heime. Då dei fleste vel å vere heime, stiller dette eit større krav til oss som sjukepleiarar når det kjem til informasjon og førebuing.

Korleis kan vi som sjukepleiarar hjelpe kvinner som gjennomfører provosert abort til å føle seg ivaretekne og trygge? Kva haldningar vi som helsepersonell har og korleis vi opptrer blant pasientar, kan ha mykje å seie for korleis kvinnene blir møtt og teke hand om. I ein artikkel vi har brukt kjem det fram at nokre følte seg veldig ivaretekne og var fornøgde med mottakinga av helsepersonell, medan andre ikkje fekk dette gode møtet (Makenzius et al., 2012 A). Blant kvinnene som generelt var

fornøgd med helsehjelpa kom det fram at dei var fornøgd med; korleis helsepersonell behandla dei, tilfredsstillande smertelindring, hjelp og støtte når dei hadde behov for det, tilfredsstillande informasjon om gynekologiske undersøkingar, prevensjonsveileding og at klinikken var lett tilgjengeleg på telefon (Makenzius, Tydén, Darj, & Larsson, 2012 B).

Ved å knytte litteratur, forskning og erfaring opp mot kvarandre, vil vi belyse kvinna sine erfaringar og opplevingar i møte med helsepersonell ved ein provosert abort. Vi vil og ta for oss sjukepleiar sine holdningar til kvinna som kjem til gynekologisk avdeling for å utføre eit svangerskapsavbrot. Det første møtet med sjukepleiar er svært viktig for korleis kvinna opplever helsesystemet.

1.1 Problemstilling

Korleis yte god sjukepleie til kvinner som gjennomgår provosert abort?

1.1.1 Avgrensing

Vi har valt å avgrense oppgåva til svangerskapsavbrot som vert gjennomført før utgangen av svangerskapsveke 12, ved hjelp av medikamentell abort. Hovudfokuset vårt vil vere korleis vi som sjukepleiarar kan yte god sjukepleie overfor kvinna som skal gjennomføre ein provosert abort. Med tanke på at ein sjukepleiar er den første personen kvinna møter ved oppmøte på sjukehus, vil hovudvekta i oppgåva vår vere pre- abort (Huser, 2005, s. 202). Møte med kvinnene vil ta stad på sjukehus, ved gynekologisk avdeling. Det er her kvinnene møter i forkant av abort, uavhengig om den skal gjennomførast på sjukehus eller heime. Vi har valt å ta utgangspunkt i vaksne kvinner.

"Abort betyr avbrot av svangerskap. Det kan vere spontan abort eller provosert abort. Kvinner har lovbestemt rett til å utføre eit svangerskapsavbrot før utgangen av 12. svangerskapsveke" (Helsedirektoratet, 2016).

2 Metode

Metoden fortel oss noko om korleis ein bør gå til verks for å framskaffe eller etterprøve kunnskap. Sitat frå sosiologen Villhelm Aubert: "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder". Det finst to hovudtypar for metodar, desse er kvalitativ- og kvantitativ metode. Kvantitativ metode er breispektra og gjev data i form av målbar einheit. Kvalitativ metode går i djupna, og tek sikt på meiningar og opplevingar som ikkje lar seg måle eller telje. (Dalland, 2017, ss. 51-53)

2.1 Val av litteraturstudie som metode

I retningslinjene til Høgskulen på Vestlandet står det at metoden for bacheloroppgåve, skal vere ein litteraturstudie. Dermed brukar vi litteraturstudie som metode i denne oppgåva. Vi vil gjere systematiske søk i databasar etter artiklar som er relevante til vårt tema og problemstilling.

Ein litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisere inneberer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt å samanfatte det heile. Hensikta er å gje lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen på det området som problemstillinga etterspør, og korleis ein har komme fram til kunnskapen. (Tidemann, 2017, ss. 79-80)

Vi har nytta oss av litteratur frå pensum til sjukepleiarutdanninga ved Høgskulen på Vestlandet, campus Førde. Teorien vi har funne i pensumbøkene omhandlar kommunikasjon, informasjon og empati. Bøkene inneheld også teoretikarane vi har valt å bruke, Kari Martinsen og Joys Travelbee. Vi har valt å fokusere på Martinsen sitt syn på haldning, og interaksjonsprosessen til Travelbee. I tillegg til bøker har vi brukt internett og relevante nettsider, der i blant helsedirektoratet, helsenorge, nsf, folkehelseinstituttet og lovdata. Her har vi til dømes funne statistikk, relevant informasjon om medikamentell abort og yrkesetiske retningslinjer.

2.2 Søkeprosess

For å finne databasane vi ville bruke, gjekk vi inn på nettsida til Høgskulen på Vestlandet og via biblioteket. Vi gjorde eit felles søk på Academic search elite, der vi inkluderte databasane til Chinahl og Medline. I tillegg gjorde vi søk i databasen til Ovid medline. Vi avgrensa søka våre til artiklar på engelsk som omhandlar kvinner som tek abort. Vi tok utgangspunkt i artiklar som var publisert mellom januar 2008 og april 2018.

Søkeorda vi har hatt fokus på er "provosert abort", "erfaringar", "helse og omsorg", "sjukepleie", "informasjon" og "medikamentell abort". For å finne artiklane brukte vi dei engelske søkeorda "provoked abortion", "experience", "healthcare", "nursing", "information" og "induced abortion". For å få tips til engelske søkeord, brukte vi databasen SveMed+. Vi søkte på norske ord og fekk opp alternativ til engelske søkeord på MeSH.

Når vi brukte søkeorda enkeltvis gav dette veldig mange treff, til dømes søkte vi på "abortion", noko som resulterte i 47 979 artiklar. Allereie her såg vi at det var behov å kombinere søkeorda for å tilspisse søka. Vi starta då med å kombinere to og to ord, til dømes "abortion* and nursing" noko som gav 1231 artiklar.

Søket "induced abortion at home" resulterte i 7 treff. Eit av desse treffa var artikkelen "Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention". Denne vart aktuell å bruke då den tek for seg medikamentell abort utført i heimen. Dette er den mest brukte metoden for abort i dag. Artikkelen tek for seg erfaringar til kvinner som utfører abort heime, og dette gjev oss som sjukepleiarar eit innblikk i kvinnene sitt behov for informasjon.

Søkeorda "Nurse experience and abortion" gav 30 treff, vi las 10 abstrakt og 3 heile artiklar. Felles for desse 3 artiklane er at dei omhandlar sjukepleiarar sine erfaringar og opplevingar rundt ein provosert abort, derfor valde vi å bruke alle. "Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses", "The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study" og "Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses". Ved å sjå på sjukepleiarane sine erfaringar, kunne vi lettare setje oss inn i kva rolle sjukepleiarane har i ein slik situasjon, og kva dei tenkjer.

I neste søk brukte vi søkeorda "Induced abortion* and information". Dette gav 4 treff, og vi valde å bruke ein artikkel "Women and men ' s satisfaction with care related to induced abortion". Artikkelen tek for seg korleis både kvinna og mannen føler seg ivareteken. Dette var absolutt ein artikkel som var relevant for oss å bruke, sidan ivaretaking av kvinna er det oppgåva vår handlar om. Den tek for seg kva nokre var fornøgd med, men også kva andre var misnøgde med og kva som burde blitt gjort annleis.

2.3 Kjeldekritikk

1 av 5 artiklar er av kvantitativ metode og 4 av 5 er av kvalitativ metode. Alle fem er godkjent av etisk komité. I alle fem artiklane har deltakarane fått skriftleg og munnleg informasjon om studien si hensikt i forkant, i tillegg skreiv alle deltakarane under på skriftleg samtykke om å delta. "Kvalitativ metode tek sikte på å fange opp meiningar og opplevingar som ikkje lar seg talfeste eller måle. Kvantitativ metode har den fordelen at det gir data i form av målbare einingar" (Dalland, 2017, s. 53).

Ordet kvalitet viser til eigenskapar eller karaktertrekk ved fenomen. Kvalitativ metode går i djupna på personar sine meiningar og opplevingar. I datainnsamlinga skjer det ved direkte kontakt med deltakarane, enten via telefon eller personleg oppmøte. Data som samlast inn tek sikte på å få fram samanheng og heilheit. Mellom forskar og undersøkingsperson er det eit eg- du- forhold. Kvantitativ metode går i bredda og får fram det som er felles, det representative. Datainnsamlinga skjer utan direkte kontakt med feltet og forskaren ser fenomenet utanfrå. Mellom forskar og undersøkingspersonen er det eit eg- det- forhold (Dalland, 2017, s. 54). I og med at kvalitativ forskning ofte tek sikt på få deltakarar, er ikkje dette studiar som kan generaliserast. Dette ser vi på som ein svakheit, då studien ikkje tek for seg større grupper av befolkninga. Vi kan dermed ikkje ta utgangspunkt i at dette gjeld alle. Kvantitativ metode tenkjer vi har ein svakheit, då den ikkje får fram følelsar og opplevingar hjå undersøkingspersonen. Det positive ved denne metoden er at det ofte er eit større antal deltakarar og dermed kan generaliserast.

Vi har valt å bruke artiklar som er publisert mellom 2010 og 2018. Dette fordi vi ynskjer å bruke den nyaste og mest oppdaterte kunnskapen vi fann. For å vurdere om artiklane vi fann var gode, brukte vi "sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning" (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart,

2012, ss. 90-91) og "sjekklister for vurdering av randomisert kontrollert studie" (Nortvedt et al., 2012, ss. 124-125). For å komme fram til artiklane vi har brukt, har vi gjort søk i databasar og brukt ulike kombinasjonar av søkeorda. Det har vore eit krevjande arbeid å komme fram til artiklane vi ville bruke, då fleire av artiklane vi las ikkje stod til krava våre. Då artiklane er på engelsk kan dette skape missoppfatningar og feiltolking frå vår side. Sidan vi vil prøve å få fram både kvinnene sine meiningar om betring av helsehjelp, og sjukepleiarane sine tankar og opplevingar rundt kvinner som utfører ein provosert abort, har vi valt å finne artiklar som både går på kvinna og sjukepleiar sine synspunkt. Vi har derfor to artiklar som går ut på kva kvinnene sine opplevingar var, og tre artiklar som går på sjukepleiar sine erfaringar. Vi tenkte også at det var relevant å ha med ein artikkel som gjekk ut på kvinner som gjennomførte provosert abort heime.

To av artiklane våre; "Autonomy and dependence- experience of home abortion, contraception and prevention" og "Women and mens satisfaction with care related to induced abortion", er begge skrivne av Makenzius, Tydén, Darj og Larsson, i tillegg er begge publisert i 2012. For å skilje artiklane har vi satt artikkel "Autonomy and dependence- experience of home abortion, contraception and prevention" for "A" og "Women and mens satisfaction with care related to induced abortion" for "B". Artikkelen "A" er av kvalitativ metode, medan artikkelen "B" er av kvantitativ metode. Vi har valt å bruke boka "Det nye livet- Svangerskap, fødsel og barseltid" frå 2005 sjølv om den nyaste versjonen er frå 2010. Dette grunna at vi såg på innhaldet i den eldre utgåva som meir utfyllande. I tillegg har vi hatt kontakt med einingsleiar Rita Magnussen frå gynekologisk avdeling via e-post, her fekk vi nyttig og relevant informasjon til vår oppgåve. Magnussen har godkjent at vi kan referere til e-post samtalen med ho, i vår oppgåve. Då kontakten har vore via e-post må vi vere kritisk med tanke på at det kan komme fram feil informasjon. I tillegg kan rutine og retningslinjene variere frå sjukehus til sjukehus.

3 Teori

3.1 Kommunikasjon

Det er fleire definisjonar av kommunikasjon, men i denne samanheng blir definisjonen av kommunikasjon at det er ein prosess der eit budskap med informasjon blir overført eller formidla til andre. Prosessen er gjensidig, og meldinga vert sendt og motteken. Formidlinga kan skje både verbalt og non-verbalt. I kommunikasjonen som foregår mellom sjukepleiarar og pasientar, kan det også formidlast kjensler (Heyn, 2015, ss. 364-365).

Den non-verbale formidlinga av eit budskap vil alltid styrke og/eller svekke det verbale. Dei kroppslege uttrykka våre kan gi styrke og kraft til orda. Det vil seie at budskapet kan avkreftast, motseiast og kompletterast ved hjelp av ansiktsuttrykka og kroppshaldninga vår, og gjennom vårt tonefall og stemmebruk. I nokre tilfelle kan non-verbale uttrykk erstatte dei talte orda. Gjennom kroppslege bevegelsar og haldningar kan vi signalisere blant anna nærheit og avstand. Ved hjelp av non-verbale kommunikasjon kan sjukepleiar observere pasienten sin toleranse for nærheit ved å legge merke til måten pasienten oppfører seg og avstanden han/ho nyttar seg av i forhold til andre menneske og sjukepleiaren sjølv (Hummelvoll, 2014, s. 425).

Dersom ein sjukepleiar set seg ned på lik høgde med pasienten, kan nærleiken og den tette kontakten som oppstår gjere at pasienten sin tillit til sjukepleiaren aukar. Visst pasienten er bekymra, kan berøring frå sjukepleiaren også vere eit effektivt verkemiddel for å roe vedkommande. Om sjukepleiaren har dårleg tid, er det viktig at dette ikkje blir uttrykt gjennom den non-verbale kommunikasjonen til pasienten. Visast det at ein har dårleg tid, kan dette føre til at det blir vanskelegare for pasienten å opne seg (Heyn, 2015, s. 388).

"Empati fremjar tillit, som er ein nødvendighet i utviklinga av ein relasjon" (Heyn, 2015, s. 378).

"Autonomiprinsippet er eit viktig uttrykk for tanken i sjukepleie om at pasienten, dersom han eller ho er kompetent til å ta eigne val, sjølv kan bestemme over si behandling og pleie, inkludert retten til å nekte slik hjelp" (Nortvedt P. , 2012, ss. 97-98). "Ein grunnnorm i helsetenesta er at sjukepleie skal bygge på respekt for pasienten sin rett til autonomi og integritet" (Hummelvoll & Da Silva, 2014, s. 85).

3.2 Informasjon

Pasientar har rett på å få informasjonen utan at han/ho spør etter den, og dersom pasient i tillegg spør, skal han/ho få svar på spørsmåla sine. I nokre tilfelle ynskjer ikkje pasient å vite noko om sin helsetilstand og/eller helsehjelp, og i dette tilfellet skal det respekterast (Molven, 2015, s. 90).

Pasient- og brukarrettighetslova §3-2 pasientens og brukarens rett til informasjon; dersom pasient ikkje ynskjer informasjonen, skal den ikkje gjevast mot hennar/hans uttrykte vilje. Dette gjeld ikkje dersom det er nødvendig for å unngå/førebyggje skadeverknader av helsehjelpa, eller det er bestemt i eller i medhald av lova. Dersom informasjonen kan føre til alvorlig helseskade for pasienten sjølv, eller setter liv i fare, er det ikkje alltid nødvendig å gjeve den til pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Den informasjonen som blir given skal vere tilpassa pasienten sin alder, modeheit, erfaring, og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal også bli given på ein hensynsfull måte. Det er viktig å ta hensyn til kor alvorleg informasjonen er og kor god mottakaren sin psykiske tilstand er til å oppfatte informasjonen. I tillegg skal ein sørge for at informasjonen er forstått (Molven, 2015, s. 90).

3.3 Mottaking og samtale

Kvinna treng ikkje henvising frå fastlegen, men kan ta direkte kontakt med sjukehus som har gynekologisk avdeling, dersom ho ynskjer eit svangerskapsavbrot (Helsenorge, 2017). Det er lege som fyller ut begjæring om svangerskapsavbrot (R. Magnussen, personleg kommunikasjon 08. mai 2018). Kvinner som ynskjer å gjennomføre provosert abort kjem til sjukehuset der ho møter ein sjukepleiar (Huser, 2005, s. 202). Det er sjukepleier som informerer om abortprosessen i detalj og gir medikamentet (R. Magnussen, personleg kommunikasjon, 08. mai 2018). Kvinna er i ein vanskeleg situasjon så det er viktig at det første møte mellom sjukepleiar og kvinna opplevast positivt. Kvinnene skal føle at hennar val og ho sjølv blir respektert, og skal vite at hennar rettigheter blir ivaretatt. "Sjukepleiar si haldning ovanfor abortpasientar har mykje å seie for korleis kvinna klarar seg gjennom abortingrepet og tilpassar seg situasjonen etter aborten" (Huser, 2005, s. 202).

Kvinner som søker abort kan ofte vere prega av kaotiske tankar og sterke kjensler. Aborten kan opplevast tung og trist sjølv om kvinna er sikker på si avgjerd, og då er det positivt at kvinna i samtalen med sjukepleiaren kan snakke fritt og opne seg. Kvinna skal få moglegheit til å sette ord på

problema sine ved å uttrykkje sine tankar og kjensler. Den viktigaste oppgåva til sjukepleiaren blir i dette tilfellet å vise støtte, og samtidig lytte og gje rettleiing ut ifrå kva kvinna snakkar om i samtalen (Huser, 2005, s. 203).

Sjukepleiar skal ikkje krenke kvinna sin sjølvbestemingsrett ved å påverke hennar vel. Ho skal halde seg objektiv i kvinna si vurdering om aborten, og halde sine moralske verdiar for seg sjølv. Sjukepleiar skal vere nøytral til eventuelle abortspørsmål, og skal derfor verken bekrefte eller avkrefte om valet til kvinna er riktig, sjølv om kvinna ber om det. Ho skal også syne respekt over at kvinna tar valet sitt ut frå sine egne føresetnadar og grunnlag. Som sjukepleiar skal ein støtte kvinna ved å rettleie henne til å ta ein val som kjennast riktig for henne og den situasjonen ho står i. Ein ting som er viktig å presisere overfor kvinna er at valet er hennar og ingen andre bør ta valet for ho (Huser, 2005, s. 203).

På grunn av at mange tenkjer at den abortsøkande kvinna sjølv har skyld i at ho føler seg tom eller har det vondt, er det mange som har fordommar til provosert abort. Det finnast fordommar både i det sosiale og kulturelle når det kjem til sjølvbestemt abort. Skuldkjensle er ein sentral følelse, og kvinnene kan i ettertid tenkjer at ho skulle gjennomgått graviditeten. Slike fordommar gjer til at kvinnene gruar seg til å møte helsetenesta fordi dei er redde for å bli dømt av helsepersonell. Dette igjen kan føre til at kvinnene ikkje fortel om problema sine (Huser, 2005, s. 203). "Sjukepleiar skal hjelpe kvinna i gang med å bearbeide slike kjensler, og formidle at psykososiale reaksjonar i denne situasjonen er både naturleg og lovleg" (Huser, 2005, s. 203).

3.4 Kari Martinsen

Kari Martinsen meiner at "relasjonen mellom sjukepleiar og pasient er sjølv fundamentet for moralsk ansvar og haldning i sjukepleie" (Nortvedt P., 2012, s. 54). For å forstå kor stort ansvar ein sjukepleiar har overfor ein sjuk pasient, må ein gå grunnleggjande inn på relasjonen mellom dei. Sjukepleiaren som har ein faglig kompetanse, må bruke sine kunnskapar og faglege erfaringar til det beste for pasienten (Nortvedt P. , 2012, s. 54). Haldningane til sjukepleiaren uttrykkjer seg gjennom vennlegheit, høflegheit og merksemda som blir gjeven. Kor varsam ein er i stellet og om ein har eit fast handlag, er også med å uttrykkje sjukepleiarens haldningar. Korleis ein utfører oppgåver og korleis ein oppfører seg, er i omsorga like viktig som kva ein gjer (Nortvedt P. , 2012, ss. 58-59).

3.5 Joys Travelbee

”Sjukepleiaren sitt mål og hensikt kan berre oppnåast gjennom etablering av eit verkeleg menneske-til- menneske- forhold, seier Travelbee. Eit menneske- til- menneske- forhold etablerast i følgje ho gjennom ein interaksjonsprosess som har fleire fasar” (Kristoffersen, 2014, ss. 219-221):

Det innleiande møte der begge partar får eit første inntrykk av kvarandre som personar, basert på observasjonar av den andre sin veremåte, haldningar og språk, og på ei umiddelbar vurdering av desse faktorane.

Framvekst av identitetar som går ut på at pasienten og sjukepleiar sin identitet trer fram og blir oppfatta av den andre, og dei byrjar å etablere eit kontaktforhold.

Empati som i følgje Travelbee er evna til å trengje inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som ein annan person er i der og då, samtidig held personen sitt eige sjølv avskilt frå den andre.

Sympati er ei innstilling eller haldning. Når ein uttrykkjer sympati overfor ein pasient, formidlar ein at ein er engasjert i han som person og bryr seg om korleis han har det.

Etablering av gjensidig forståing og kontakt er eit resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonen i dei tidlegare fasane, og den utviklast når sjukepleiaren i handling har vist både forståing for og ønskje om å hjelpe pasientane med å få det betre, og reint faktisk hjelpe han (Kristoffersen, 2014, ss. 219-221).

3.6 Medikamentell abort

Abortsøkande kvinner får time ved gynekologisk poliklinikk der ho får ein konsultasjon. Ved medikamentell abort startar prosessen ved at du får ein tablett pr. os på gynekologisk poliklinikk. Dette gjeld uavhengig om du skal gjennomføre aborten heime eller på sjukehus. Alle reiser heim etter første tablett er teken, kvinnene som skal gjennomføre aborten på sjukehus kjem tilbake etter 48 timar. Verkestoffet i tablettene fører til at livmora ikkje lenger reagerer på kroppen sitt eige graviditetshormon, progesteron. Dette vil stoppe vidare utvikling av graviditeten. Under første konsultasjon blir det avtalt om kvinna ynskjer å gjennomføre aborten heime eller på sjukehuset. Nokre kan oppleve abort allereie etter første tablett, då skal ho kontakte sjukehuset. Etter to døgn skal kvinna fullføre aborten. Dette blir gjort ved hjelp av vaginale tablettar som gjer til at livmora trekkjer seg saman og støyter ut innhaldet. Vanlegvis tar det 4-6 timar frå tablettene blir satt i skjeden, til ein aborterer (Helsedirektoratet, 2017).

3.6.1 Medikamentell abort gjennomført heime

Kvinna kjem til gynekologisk poliklinikk der ho får ein konsultasjon og abortmetode vert bestemd. Den per orale tablett tek ho mens ho er på sjukehuset. Kvinnene som har valt å fullføre aborten heime, får tildelt den vaginale tablett, som ho skal setje sjølv 48 timar etter den per orale tablett er teken. Føresetnadar for å kunne gjennomføre aborten heime er at kvinna må vere frisk og over 18 år. I tillegg må svangerskapet ha vart i mindre enn 9 veker, og ein vaksen person skal vere til stades den dagen. I likheit med kvinnene som fullfører aborten på sjukehuset, får ho med seg smertestillande (Helsedirektoratet, 2017).

Ved medisinsk abort skal kvinna ta blodprøver 4 veker etterpå for å konstatere at svangerskapet er avslutta (Helsedirektoratet, 2017). Uavhengig av om aborten vert gjennomført på sjukehus eller heime må kvinna ta blodprøva. Utover dette er det ikkje oppfølging i ettertid (R. Magnussen, personleg kommunikasjon, 08. mai 2018).

3.6.2 Medikamentell abort gjennomført på sjukehus

På same måte kjem kvinna til gynekologisk poliklinikk der ho får ein konsultasjon og abortmetode vert bestemd. Den første per orale tablett tek ho mens ho er på sjukehuset, deretter reiser ho heim. To dagar etter kjem ho tilbake til sjukehuset for å fullføre aborten. Når kvinna kjem tilbake for å fullføre aborten, får ho dei vaginale tablettane som gjer at livmora trekk seg saman og støyter ut innhaldet (Helsedirektoratet, 2017).

Ved medisinsk abort skal kvinna ta blodprøver 4 veker etterpå for å konstatere at svangerskapet er avslutta (Helsedirektoratet, 2017). Uavhengig av om aborten vert gjennomført på sjukehus eller heime må kvinna ta blodprøva. Utover dette er det ikkje oppfølging i ettertid (R. Magnussen, personleg kommunikasjon, 08. mai 2018).

3.7 Smerte

Den første per orale tablett stoppar utvikling av graviditeten. Kvinna kan oppleve kvalme, blødingar og magesmerter, men ikkje alle får dette. To døgn etter den første tablett er teken skal

kvinnar ta vaginale tablettar. Virkestoffet i tablettane gjer at livmora trekkjer seg saman. Dette kan skape sterke menstruasjonssmerter, spesielt når kroppen er i ferd med å støyte ut innhaldet i livmora. Kvinna får tildelt smertestillande etter behov. Det er også normalt å få bløding med koaglar. Det er ein fordel å halde seg i aktivitet, då dette kan få fortgang i prosessen og hjelpe med smertene (Helsedirektoratet, 2017).

Det finnst store individuelle forskjellar ved medisinsk abort når det gjeld bløding, smerte og kvalme. Når sjølv tidspunktet for aborten finnst stad og varigheita, vil også variere for alle kvinnene. Dei fleste kvinner abortera i løpet av den dagen dei tar den vaginale medisinen, anten på sjukehus eller heime. Kvinnene må få utrykke sine behov, og sjukepleiar må gjere hennar beste for å imøtekomme dette. Sjukepleiar har viktige oppgåver i forhold til abortprosessen. Oppgåvene går ut på å informere, observere og hjelpe kvinnene gjennom abortprosessen ved medikamentell abort. I tillegg skal sjukepleiar observere smertene, eventuelt kvalme og bløding, og gi smerte- og kvalmestillande medikament ved behov. Kvinner i ein slik situasjon skal ikkje ha smerter. Nokre abortsøkande kvinner treng, i løpet av abortprosessen, både emosjonell og psykisk støtte frå sjukepleiar. Dei har også behov for god og tilstrekkeleg med informasjon og praktisk hjelp (Huser, 2005, ss. 203-204).

Smerter er ei samansett oppleving, og blir definert som eit symptom og ikkje ein sjukdom. Korleis smerten opplevast varierer mellom kvar enkelt, og den kan vere vanskelege å beskrive. Dette fører til at det lett kan oppstå misforståingar mellom pasient og sjukepleiar. Samtidig er det vanskeleg for sjukepleiaren å samanlikne smerten mellom ulike individ. Det finst ikkje gode objektive målemetodar som kan registrere smerte. For å kunne vurdere smerteintensiteten og behandlingseffekten hos pasienten, må ein i stor grad bruke subjektive målemetodar og lytte til pasienten sitt eige utsegn (Schjølborg, 2015, s. 126).

3.8 Lovverk

"I lov om svangerskapsavbrot §2 kjem det fram at kvinna, om ynskjeleg, skal få informasjon og vegleiing om kva samfunnet kan tilby i forbindelse med svangerskap. Ut frå denne informasjonen har kvinna rett til å ta eit val om å avslutte svangerskapet så lenge det skjer før utgangen av svangerskapsveke 12. Dersom svangerskapsavbrotet ikkje kan skje før utgang av svangerskapsveke 12, må det fremjast søknad til ei nemnd, og vilkår for innvilgning av svangerskapsavbrot er nedfelt i fem punkt §2, a-e." I §6 står det at "dersom svangerskapsavbrotet kan utførast før veke 12 skal lege

etter at kvinna har teke eit informert val, sende begjæring saman med skriftleg henvising til avdelinga som skal gjennomføre svangerskapsavbrotet" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Lov om pasient- og brukarrettigheit (pasient- og brukarrettigheitslova) §1-1;

Formålet med lova er å sikre befolkninga lik tilgang på tenester av god kvalitet ved å gje pasientar og brukarar rettigheter overfor helse- og omsorgstenesta. Lova si bestemmelse skal bidra til å fremje tillitsforholdet mellom pasient, brukar og helse- og omsorgstenesta. Fremje sosialtrygging og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukar sitt liv, integritet og menneskeverd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Helsepersonell som av samvittighetsgrunnar ønskjer det, skal fritakast frå å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrot. Ved medikamentell abort gjeld retten til fritak for helsepersonell som assisterer ved eller utfører avbrotet, herunder forskriver eller administrerer medikamentet i forbindelse med svangerskapsavbrotet. Dette gjeld sjølv om kvinna sjølv innteke medikamentet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

4 Resultat/funn

”Autonomy and dependence – experience of home abortion, contraception and prevention”

Forfattar: Marlene Makenzius, Tanja Tydén, Elisabeth Darj og Margareta Larsson

Dato: 20. Juni 2012

Artikkelen er ein kvalitativ studie som intervjuar 24 kvinner som utfører abort og 13 partnerar.

Studien er godkjent av etiske komité. Kvinnene som er med i studien skal utføre ein medikamentell abort i sin eigen heim. Intervjua blei gjennomført via telefon 6 veker etter aborten. To sentrale begrep som kjem fram i ”resultatet” er autonomi og avhengigheit (Makenzius et al., 2012 A).

Under underoverskrifta ”Autonomi” kjem det fram at para/kvinna, basert på hennar frie vilje, følte det mest riktig å velje abort, medan andre blei også påverka av blant anna partner. Det var ulike grunnar for gjennomføring av abort, blant anna; svangerskapet ikkje var planlagt, det var feil tidspunkt i livet deira, bekymringar rundt forholdet, ikkje ferdig med studie, arbeidsløyse og dårleg privat økonomi. I tillegg kunne ein grunn vere helseproblem og sjukdom i familien. Det var blanda kjensler hjå kvinnene til å utføre aborten heime. Nokre følte dei fekk velje dette sjølv, medan andre satt igjen med kjensla av at dei blei pressa til å utføre aborten heime. Det var òg ulike kjensler for å gjennomføre aborten heime. Dei fleste kjende dette førte til betre kontroll og større privatliv med kjente omgjevnadar, medan for nokre få var det vanskelegare å takle prosessen aleine. Eine deltakaren sa at den første tabletten var vanskelegare å ta, enn den vaginale tabletten som blei teken heime. Dette grunna at der framleis var liv i magen når den første tabletten blei teken, dermed fekk kvinna kjensle av at ho skulle ta livet av fosteret (Makenzius et al., 2012 A).

Ved underoverskrifta ”Avhengigheit” kjem det fram at kvinner og menn forventar at helsepersonell var imøtekommande og respektfulle. Nokre følte seg veldig ivaretekne og var tilfredsstillt med denne mottakinga, medan andre ikkje fekk dette gode møtet. Det var viktig at respekt og empati blei vist både for kvinna og mannen, men at hovudfokuset var på kvinna. God nok informasjon var veldig sentralt for deltakarane i studiet. Medan nokre følte dei fekk tilstrekkeleg med informasjon, var ikkje alle like nøgde. Til dømes stemde ikkje informasjonen og praksis overeins, då nokre kvinner starta å blø tidlegare enn det som blei fortalt (Makenzius et al., 2012 A).

"Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses"

Forfattar: Jackie Nicholson, Pauline Slade og Joanna Fletcher

Dato: 19.03.2010

Studien er kvalitativ og godkjent av etisk komité, og er basert på intervju med sju gynekologiske sjukepleiarar. I studien kjem det fram at sjukepleiarane aksepterte pasienten sitt ynskje om å gjennomføre provosert abort og at deira rolle var å tilby behandling. Det kom også fram at deltakarane i studie hadde stor nytte av å snakke om situasjonar med kollegaer. Sjukepleiarane snakka om å skru av kjensler og ikkje samanlikne situasjonane dei stod i. Dei skjulte kjensler som tristheit og frustrasjon for pasientane. Sjukepleiarane sikra at pasientane var informert og sikre på sitt val om å gjennomføre provosert abort. Deltakarane snakka om å bruke sine evner til å ikkje dømme, vise empati, omsorg og godheit. I enkelte situasjonar kom det fram i studien at det var vanskeleg for deltakarane å akseptere kvinna sitt val om abort, dette særleg når abort vart brukt som ein form for prevensjon. Det var vanskeleg å balansere det å ta hand om fleire pasientar på same tid som utførte abort av ulike grunnar (Nicholson, Slade, & Fletcher, 2010).

"The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study"

Forfattar: Paola Agnese Mauri og Francesca Squillace

Dato: 02. Mai 2017

Dette er ein kvalitativ studie som går føre seg i Italia. Studien er godkjent av etisk komité. I studien intervjuar dei 22 sjukepleiarar og 2 jordmødrer, som var mellom alderen 25 og 59 år. Alle hadde jobba med provosert abort i meir enn 1 år. Under intervjuet kjem dei fram til 5 tema; korleis dei handterer å ivareta kvinner som gjennomgår svangerskapsavbrot, å forbetre fagleg opplæring, å distrahere seg med prosedyre, i den mekaniske delen av oppgåva fann dei ein måte å handtere utførselen på, utføre medisinsk abort og å fortelje om ei oppleving. Dei kjem fram til at alle som deltok i studien syns at det var vanskeleg å forhalde seg til kvinna med tanke på korleis dei skulle oppføre seg og støtte henne. Det var ingen som tykte mindre om kvinna sidan ho tok abort, men opplevinga av å vere med på å utføre aborten vekte psykiske reaksjonar hjå sjukepleiarane og jordmødrene. Dei meinte at medisinsk abort var best, då dei slapp vere med på sjølve utførselen av aborten (Mauri & Squillace, 2017).

"Experience of working with induced abortion: focus group discussion with gynaecologists and midwives/nurses"

Forfattar: Meta Lindström, Marianne Wulff, Lars Dahlgren og Ann Lalos

Dato: 12. November 2010

Studien er frå Sverige og av kvalitativ metode, den er godkjent av etisk komité. 25 gynekologar og 15 jordmødrer/sjukepleiarar blei intervjuva innan kategoriane; erfaringar og oppfatningar med medisinsk abort, erfaring og oppfatningar med medisinsk abort heime og visjon av deira rolle innan abort i framtida. Jordmødrene/sjukepleiarane var veldig opptatt av at kvinna var sikker på sitt val, og dersom dei var under 18 år, at dei hadde nokon å snakke med om situasjonen deira. Dei ville og prøve å førebyggje smertene så mykje som mogleg, og var i kontakt med kvinna til aborten var fullført. I tillegg såg sjukepleiarane på si framtidige rolle innan abort som meir ansvarsfull (Lindström, Wulff, Dahlgren, & Lalos, 2010).

"Women and men ' s satisfaction with care related to induced abortion"

Forfattar: Marlene Makenzius, Tanja Tydén, Elisabeth Darj og Margareta Larsson

Dato: 17.08.2012

Artikkelen er ein kvantitativ studie godkjent av etisk komité. Studien er basert på spørjeskjema besvart av 794 kvinner og 590 partnerar som søkte provosert abort, utført på 13 forskjellige klinikkar i Sverige. Studien vart gjort mellom januar og august 2009. 52% av kvinnene og 51% av partnerane tykte valet om abort var enkelt å ta, medan 39% av kvinnene og 36% av partnerane tykte dette var eit vanskeleg val. Kvinnene og partnerane vart tilbydd prekonsultasjon før aborten, nokon syntest dette var veldig nyttig, medan andre tykte dette var litt nyttig. Kor involverte partner var i abort prosessen før, under og etter, var varierande (Makenzius et al., 2012 B).

Det kjem fram at kvinner i alderen 14-19 år var meir tilfreds med hjelp og støtte frå helsearbeidaren, enn kvinner i alderen 20-48 år. Dei yngre kvinne oppfatta det som vanskelegare å nå klinikken på telefon enn dei eldre. Fleire kvinner i alderen 20 år og oppover diskuterte val om abort med psykiater. Kvinner med partner var mindre fornøgd med den totale helsehjelpa, enn kvinner som ikkje hadde partner. Nokre kvinner kjende dei ikkje hadde fått tilstrekkeleg informasjon om abortprosessen, desse kvinnene rapporterte også meir smerte enn kvinnene som kjende seg godt informert. Blant kvinnene som generelt var nøgd med helsehjelpa kom det fram at dei var nøgd med; korleis helsepersonell behandla dei, tilfredstillande smertelindring, hjelp og støtte når dei hadde behov for det, tilfredsstillande informasjon om gynekologiske undersøkingar, prevensjonsveileding og at klinikken var lett tilgjengeleg på telefon. Det kjem også fram at generelt sett var dei fleste nøgd med helsehjelpa og måten dei var behandla på. Det var også nokre som meinte at det var for lang

ventetid til første time eller for lang tid mellom dei to timane, at det var dårlig tid til informasjon eller dårleg informasjon om abort prosedyre og undersøkingar. I tillegg var det nokon som ynskte meir privatliv under abortprosessen og tykte dei fekk for dårleg smertelindring (Makenzius et al., 2012 B).

5 Drøfting

"Korleis yte god sjukepleie til kvinna som gjennomgår provosert abort?"

5.1 Sjukepleiar si rolle

I følge Travelbee kan eit menneske- til- menneske- forhold etablerast gjennom ein interaksjonsprosess som har fleire fasar; det innleiande møte, framvekst av identitet, empati, sympati og etablering av gjensidig forståing og kontakt (Kristoffersen, 2014, ss. 219-221). Ut i frå desse fem fasane ser vi korleis sjukepleiar skal opparbeide ein relasjon med pasienten. Med tanke på det innleiande møte er det viktig å ikkje vere forhandsdømmende, då dette kan sette spor på korleis forholdet mellom sjukepleiar og pasient blir. Fyrsteintrykket er avgjerande for korleis kvinna oppfattar helsetenesta. Då sjukepleiar har relativt kort tid saman med kvinna, er det heilt avgjerande at ein legg til rette for eit godt fyrsteintrykk og set standarden for vegen vidare. Etterkvart vil identiteten skine gjennom og ein startar å byggje opp eit kontaktforhold. Sjukepleiar vil lettare kunne vise empati, sympati og forståing for kvinna etterkvart som kontaktforholdet mellom dei utviklar seg. Siste ledd i interaksjonsprosessen vil vere når sjukepleiar viser gjennom handling og verbal kommunikasjon at ho ynskjer å møte kvinna sine behov. Interaksjonsprosessen til Travelbee er viktig grunnlag for samhandlinga i abortprosessen (Kristoffersen, 2014, ss. 219-221).

I møte med kvinna tenkjer vi at det er grunnleggjande at sjukepleiar har eit fast og godt handlag. Det kan også vere svært nødvendig å sette seg ned så sjukepleiar er i same høgde som pasient. Dersom ein sjukepleiar set seg ned på lik høgde med pasienten, kan nærleiken og den tette kontakten som oppstår gjere at pasienten sin tillit til sjukepleiaren aukar (Heyn, 2015, s. 388). På denne måten viser sjukepleiar at maktbalansen er lik, og det er ikkje er nokon i det rommet som er mindre verdt. Dette kan vere med å skape tryggleik. Visst pasienten er bekymra, kan berøring frå sjukepleiaren også vere eit effektivt verkemiddel for å roe vedkommande (Heyn, 2015, s. 388). Det kan vere godt og betryggande for kvinnene at sjukepleiar viser omsorg i form av fysisk kontakt. Vi tenkjer at dette kan gjere samhandlinga meir nær og personleg, noko som kan gjere det lettare for kvinna å opne seg. Korleis ein utfører oppgåver og korleis ein oppfører seg, er i omsorga like viktig som kva ein gjer (Nortvedt P. , 2012, ss. 58-59). Dette er viktig å ha i tankane når ein utøver sjukepleie.

Vi meiner at for å kunne yte god sjukepleie, er kommunikasjon og relasjonen ein klarer å skape med pasienten heilt vesentleg for samarbeidet vidare. Den viktigaste oppgåva til sjukepleiaren blir i dette tilfellet å vise støtte, og samtidig lytte og gje rettleiing ut ifrå kva kvinna snakkar om i samtalen (Huser, 2005, s. 203). Ein må vise omsorg og forståing for situasjonen kvinna står i. Dersom sjukepleiar ikkje tek seg tid til dette, kan det bli vanskeleg å skape ein god relasjon og samarbeidet kan bli utfordrande. Det er fleire årsaker til at sjukepleiar må vere god til å kommunisere. "Pasientane er i ein ny og sårbar situasjon, der dei kan føle at dei har liten eller ingen kontroll over det som skjer, og ofte over eigen situasjon. Dei har dermed behov for god informasjon, i tillegg til empati og støtte" (Heyn, 2015, s. 363). Dersom kvinna ikkje kjenner seg høyrd eller sett, kan dette påverke hennar oppfatning av sjukepleiarar og helsetilbodet vi kan tilby henne. Sjukehus og situasjonen ho står i er gjerne ukjend for kvinna, noko som i seg sjølv kan vere skremmande nok, dermed er det viktig at sjukepleiar viser at ein er til å stole på og at vi ynskjer å hjelpe.

Vi har komme fram til at det kan vere avgjerdande at sjukepleiar viser interesse i form av blikkontakt, stille spørsmål og tek seg tid til å sette seg ned med pasienten. Det å ta seg tid kan gjere det lettare for pasienten å snakke med sjukepleiar, og pasienten kan få ei kjensle av at sjukepleiar er tilstades og verkeleg ynskjer å hjelpe. Om sjukepleiaren har dårleg tid, er det viktig at dette ikkje blir uttrykt gjennom den non-verbale kommunikasjonen til pasienten. Visast det at ein har dårleg tid, kan dette føre til at det blir vanskelegare for pasienten å opne seg (Heyn, 2015, s. 388). Dersom sjukepleiar utstrålar at ho har dårleg tid ved for eksempel å sjå ofte på klokka og sitte uroleg, kan det føre til at kvinner vegrar seg for å uttrykkje sine kjensler, tankar og behov. Kvinna kan då kjenne at ho ikkje vert sett, og at helsehjelpa ho får blir dårleg eller ikkje tilpassa hennar behov.

Haldningane til sjukepleiaren uttrykkjer seg gjennom vennlegheit, høflegheit og merksemda som blir gjeven. Kor varsam ein er i stellet og om ein har eit fast handlag, er også med å uttrykkje sjukepleiarens haldningar. Korleis ein utfører oppgåver og korleis ein oppfører seg, er i omsorga like viktig som kva ein gjer (Nortvedt P. , 2012, ss. 58-59). Nicholson et al. (2010) sin studie seier at deltakarane snakka om å bruke si evne til å ikkje dømme, men vise empati, omsorg og godheit. Det er viktig at vi som sjukepleiarar er bevist på kva vi uttrykkjer i samhandling med kvinna. Gjennom handling må vi vise kvinna at vi ynskjer å hjelpe henne i den vanskelege situasjonen ho står i. I studien til Makenzius et al. (2012 A) kjem det fram at kvinner og menn forventa at helsepersonell var imøtekommande og respektfulle. Av erfaring ser vi at det er grunnleggjande å utstråle tryggleik i vår rolle og vere ærlege dersom det er noko vi ikkje kan svare på. Vi ser også at det er nødvendig for at

pasienten skal føle seg komfortabel, at vi er rolege og imøtekjem deira behov. Sjukepleiar må helse og presentere namn og rolle, og eventuelt kva vi kan gjere for kvinna.

I nokre tilfelle kan non-verbale uttrykk erstatte dei talte orda (Hummelvoll, 2014, s. 425). Den non-verbale kommunikasjonen i møte med kvinnene har stor betydning for korleis sjukepleiar oppfattar kvinnene og omvendt. Viss ikkje det ein seier og det ein utstrålar med kroppsspråket signaliserer det same, vil det bli ein dobbeltkommunikasjon som kan skape misforståingar og mistillit til kvarandre. I studien til Nicholson et al. (2010) kjem det fram at deltakarane i studien synast det var vanskeleg å akseptere kvinna sitt val om abort, dette særleg når abort var brukt som ein form for prevensjon. Ved den non-verbale kommunikasjonen kan tankar og meiningar speile gjennom. Til tross for at ein skal vere profesjonell og behandle alle likt, kan dette vere ei utfordring med tanke på at kroppsspråket kan fortelje det ein ikkje seier verbalt.

Den non-verbale kommunikasjonen gjeld ikkje berre for helsepersonell, men også kvinnene. Gjennom kroppslige bevegelsar og haldningar kan vi signalisere blant anna nærheit og avstand (Hummelvoll, 2014, s. 425). Dersom kvinna gjennom kroppshaldning utstrålar noko anna enn det ho fortel med ord, kan det bli vanskeleg for sjukepleiar å forstå kvinna og yte god sjukepleie. Av erfaring ser vi at dersom sjukepleiar utstrålar ei open haldning med kroppsspråket, er det lettare for pasientane å opne seg og fortelje om sitt behov for helsehjelp. Korleis smerten opplevast varierer mellom kvar enkelt, og den kan vere vanskelege å beskrive. Dette fører til at det lett kan oppstå misforståingar mellom pasient og sjukepleiar (Schjølberg, 2015, s. 126). Erfaringsmessig ser vi at enkelte pasientar for eksempel kan sei at dei ikkje har smerter, men kroppsspråket deira fortel oss noko anna. I ein slik situasjon blir det vanskeleg for sjukepleiar å kunne hjelpe pasienten, då det blir ein dobbeltkommunikasjon.

Lindström et al. (2010) si forskning viser at sjukepleiar er fokusert på at kvinna er sikker i sitt val om å gjennomføre aborten, og dersom dei var under 18 år, at dei hadde nokon å snakke med om situasjonen sin. I studien til Nicholson et al. (2010) kjem det fram at sjukepleiarane sikra at pasientane vart informert og sikre på sit val om å gjennomføre provosert abort. "Autonomiprinsippet er eit uttrykk for tanken i sjukepleie om at pasienten, dersom han eller ho er kompetente til å ta eige val, sjølv kan bestemme over si behandling og pleie" (Nortvedt P. , 2012, ss. 97-98). For å yte god sjukepleie tenkjer vi at det er vår jobb å bevisstgjere kvinna i forhold til abortprosessen. Kvinna må få

god nok informasjon til å kunne ta det valet som er riktig for henne. Sjukepleiar må sikre at kvinna tek eit informert val, med tanke på at valet ikkje kan gjerast om i ettertid. Sjukepleiar må førebu kvinna på tankar, kjensler og reaksjonar som kan oppstå i abortprosessen. Vi må få fram at det ikkje er ein fasit på kva reaksjonar ein kan oppleve, og vi må forsikre kvinna om at ein er tilgjengeleg for samtale og støtte gjennom prosessen. Av erfaring ser vi at behovet for fokusendring kan betre opplevinga av prosedyre og behandling. Vi meiner at ein ikkje skal uttrykke fordommar overfor kvinna sitt val, då dette kan føre til mistillit og at kvinna ikkje ynskjer å oppsøke hjelp.

”Empati fremjar tillit, som er ein nødvendighet i utvikling av ein relasjon” (Heyn, 2015, s. 378). Tillit er ein faktor for å byggje ein god relasjon med kvinna. For at sjukepleiar skal vise kvinna at ein er til å stole på, er det avgjerande kva ein seier og formidlar til kvinna. Sjukepleiar må sei dei "rette" orda og formidle sin kunnskap, noko som kan trygge kvinna og føre til tillit. Dersom sjukepleiar ikkje viser sin kunnskap eller gir feil informasjon, kan dette verke negativt. Makenzius et al. (2012 A) sin studie seier at informasjonen som vart gjeven og praksisen ikkje stemde overeins, då nokre av kvinnene starta å blø tidlegare enn det som blei fortalt.

5.2 Informasjon

”Dersom pasienten får forståelig informasjon som kommuniserast på ein empatisk og støttande måte, kan det gjere at situasjonen opplevast meir handterbar” (Heyn, 2015, s. 363). ”Sjukepleiar si haldning overfor abort pasientar har mykje å seie for korleis kvinna klarer seg gjennom abortingrepet og tilpassar seg situasjonen etter aborten” (Huser, 2005, s. 202). ”Tilstadeværelsen kan også bidra til at pasienten føler seg ivareteken, og som sjukepleiar må ein derfor vise at ein er tilgjengeleg for pasienten” (Heyn, 2015, s. 363). Dersom sjukepleiar ikkje viser respekt overfor kvinna sitt val, kan det føre til at ho ikkje kjenner seg sett, ivareteken og ikkje får den omsorga ho har behov for. Dette kan føre til at kvinna i ettertid kan slite med valet ho har teke og måten svangerskapsavbrotet vart gjennomført. Kvinnene skal føle at både hennar val og ho blir respektert og skal vite at hennar rettigheter blir ivaretatt (Huser, 2005, s. 202). Vi meiner at respekt står høgt på lista over kva vi må uttrykke til kvinna. Kvinna kan kjenne seg forhandsdømt av sjukepleiar, og det kan bli vanskeleg å samarbeide gjennom prosessen. Sjukepleiar skal respektere at kvinna tek val på eige grunnlag og ut frå egne føresetnadar. Ho skal halde seg objektiv i kvinna si vurdering om aborten, og halde sine moralske verdiar for seg sjølv. Sjukepleiar skal vere nøytral til eventuelle abortspørsmål, og skal derfor verken bekrefte eller avkrefte om valet til kvinna er riktig, sjølv om kvinna ber om det

(Huser, 2005, s. 203). Dette kan vere ei utfordring då kvinnene kan uttrykkje behov for bekreftelse på at sitt val er rett. I ein slik situasjon er det viktig at sjukepleiar er bevist på sin verbale og non-verbale kommunikasjon med tanke på at ein skal halde seg nøytral, og ikkje ta stilling til valet kvinna har teke.

I studiane til Makenzius et al. (2012 B) og Makenzius et al. (2012 A) kjem det fram at behovet for informasjon er variert hos kvinnene, og dei opplevde mengda og kvaliteten på informasjon ulikt. Av kvinnene som gjennomføre abort heime, kom det fram at informasjonen og praksis ikkje alltid stemde overeins. I ein slik sårbar situasjon kan behovet for informasjon vere stort og dermed er det nødvendig at vi som sjukepleiarar tilpassar informasjonen og mengda informasjon til kvar enkelt. Vi meina det er viktig å gjennom samtale med kvinnene få fram kva dei veit frå før og deira behov for informasjon. Det er og grunnleggjande å få fram at prosessen kan opplevast og arte seg forskjellig frå kvinne til kvinne, og at dette er heilt normalt. Vi som sjukepleiarar må presisere for kvinnene at det kan oppstå hendingar utanom det vanlege og det dei har fått informasjon om. I desse tilfella er det viktig at kvinna er informert om å kontakte helsepersonell dersom dei har spørsmål eller er usikre.

Sjukepleiar skal sørge for at informasjonen er forstått. Informasjonen som blir given skal vere tilpassa pasienten sin alder, modeheit, erfaring, og kultur- og språkbakgrunn (Molven, 2015, s. 90). I studien til Nicholson et al. (2010) står det at sjukepleiarane sikra at pasientane var informert og sikre på sitt val om å gjennomføre provosert abort. Ved slike store avgjersler er det nødvendig å sikre seg at informasjonen som er gjeven er oppfatta riktig. Informasjonen skal bli given på ein hensynsfull måte. Det er viktig å ta hensyn til kor alvorleg informasjonen er og kor god mottakaren sin psykiske tilstand er til å oppfatte informasjonen (Molven, 2015, s. 90). Når valet om abort er teke og prosessen er i gang kan ein ikkje endre på si avgjersle. Dermed er det viktig at sjukepleiar sikrar seg at kvinna og partner er innforstått med dette og er klare i sitt ynskje om å gjennomføre aborten.

Sjukepleiar burde vere ærleg og direkte i samtale med kvinna og partner, men må halde seg nøytral og tydeleggjere at det er dei som må ta den endelege avgjersla. Informasjonen skal ikkje gjevast mot pasienten sin uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig å førebygge skadeverknader av helsehjelpa, eller det er bestemt i eller i medhald av lova (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Av erfaring ser vi at måten informasjon blir gjeven på og korleis vi ordlegger oss, spelar ei viktig rolle for korleis informasjonen blir oppfatta. Vi ser også at tid og stad for samtale kan vere grunnleggjande

faktorar for kor vidt kvinna opnar seg og stiller spørsmål. Det er nødvendig å utstråle at ein har eit ynskje om å hjelpe, og tek seg tid til å gje grundig informasjon og svare på eventuelle spørsmål.

Nokre kvinner kjende dei ikkje hadde fått tilstrekkeleg informasjon om abortprosessen. Desse kvinnene rapporterte også meir smerte enn kvinnene som kjende seg godt nok informerte, dette kom fram i studien til (Makenzius et al., 2012 B). Dersom sjukepleiar ikkje gir god nok informasjon i forkant av ein provosert abort, kan det føre til at kvinnene blir usikre og redde slik som det kjem fram i studien. Det kan vere skremmande for kvinnene å oppleve hendingar dei ikkje har blitt informert om i forkant, noko som kan føre til usikkerheit og misstillit til helsepersonell. Eksempel på manglande informasjon, kan vere dersom kvinna ikkje får beskjed om at aborten kan finne stad allereie etter den per. orale tablett (Helsedirektoratet, 2017). Kvinna kan då oppleve smerter og store blødingar ho ikkje er førebudd på. Dette kan vere skremmande for kvinna dersom ho ikkje har fått denne informasjonen. Smerte og smertelindring er ein stor del av informasjonen kvinna får.

5.3 Smerte

Sjukepleiar må sørgje for at kvinnene får uttrykkje sine behov for hjelp, og imøtekomme dette. Sjukepleiar har viktige oppgåver i forhold til abortprosessen. Oppgåvene går ut på å informere, observere og hjelpe kvinnene gjennom abortprosessen ved medikamentell abort. I tillegg skal sjukepleiar observere smertene, eventuelt kvalme og bløding, og gi smerte- og kvalmestillande medikament ved behov. Kvinner i ein slik situasjon skal ikkje ha smerter (Huser, 2005, ss. 203-204). Her må sjukepleiar gjennom samtale, og observasjon av den non-verbale kommunikasjonen, finne ut om kvinna lider av smerte og kvalme. Sjukepleiar må imøtekomme det kvinnene uttrykkjer og tilstrebe så god smertelindring som mogleg. Dette er ein stor del av utøvinga av sjukepleie og ein nødvendig jobb. På tross av at helsepersonell kan fråskrive seg å vere med på sjølv utførselen av aborten, er grunnleggjande sjukepleie framleis noko ein må yte. "Retten til fritak ved svangerskapsavbrot gjeld ikkje helsepersonell som gjev kvinna stell og pleie før, under og etter svangerskapsavbrotet" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Vi tenkjer at ein grunnleggjande jobb som sjukepleiar til kvinner som gjennomfører abort, er å gje tilfredsstillande smertelindring. Smerter er ei samansett oppleving, og blir definert som eit symptom og ikkje ein sjukdom. Korleis smerten opplevast varierer mellom kvar enkelt, og den kan vere vanskelege å beskrive. For å kunne vurdere smerteintensiteten og behandlingseffekten hos

pasienten, må ein i stor grad bruke subjektive målemetodar og lytte til pasienten sitt eige utsegn (Schjølberg, 2015, s. 126). Av erfaring har vi sett at opplevinga av prosedyre og behandling blir betre dersom pasienten føler seg godt nok smertelindra. Makenzius et al. (2012 B) sin artikkel viser at kvinnene som var fornøgde med helsehjelpa dei mottok, hadde fått tilfredsstillande smertelindring. Det kjem fram i studien til Lindström et al. (2010) at sjukepleiarar ville prøve å førebygge smertene så godt som råd. Med tanke på at abort kan vere ein smertefull prosess, er det viktig at vi som sjukepleiarar gjennom samtale og observasjon fangar opp signal på smerter hos kvinna. På denne måten blir det mogleg for oss å hjelpe og betre situasjonen ho er i. Dersom kvinna får tilfredsstillande smertelindring, kan dette vere med å styrke kjensla av autonomi.

5.4 Autonomi

Autonomi er eit sentralt begrep i artikkelen til Makenzius et al. (2012 A) då kvinnene og deira partner kjende at det var deira val å ta abort. Dei aller fleste såg på det som sitt val å gjennomføre aborten heime, medan nokre kjende at dei vart pressa til det. Ein deltakar sa;

"Doktoren sa at 10% utførte aborten på sjukehuset og 90% heime, det førte til at eg ikkje såg på det som mitt val, eg ville ikkje då fortelje at eg vurderte å gjennomføre aborten på sjukehus".

Av erfaring ser vi at det å la pasientane ta eigne val om si behandling ofte gjer til at dei kjenner seg betre ivaretekne og at dei får større tillit til helsepersonell, då dei kjenner seg sett og høyrd. Dette er viktig at vi som sjukepleiar tek i betraktning i møte med desse kvinnene. Vi meiner det er grunnleggjande å la kvinna vere den som tek den endelege avgjersla, når det er ho som veit kva det "rette" valet er i hennar livssituasjon. Sjukepleiar skal støtte kvinna og gje ho all informasjon ho treng for å kunne fatte rett avgjersle, men vi må likevel halde oss nøytrale med tanke på eigne meiningar og synspunkt. Dersom kvinna føler seg pressa til noko ho i utgangspunktet ikkje hadde lyst til, kan det bli vanskeleg å akseptere situasjonen og utfallet. Dersom helsepersonell overser kvinna sine ynskje, kan dette skape ein misstillit for kvinna. Ho kan då i ettertid vegre seg frå å ta kontakt dersom ho har spørsmål eller er usikker.

Makenzius et al. (2012 A) sin studie får fram at kvinnene som gjennomførte medikamentell abort heime, hadde kjensle av kontroll og eit større privatliv, dette med tanke på at det var kjende omgjevnadar og mindre personar å forhalde seg til. Dette tykkjer vi er positivt med tanke på at dei fleste vel å gjennomføre medikamentell abort heime. Då dei fleste vel å vere heime stiller dette eit

større krav til oss som sjukepleiarar når det kjem til informasjon og førebuing. Vi tenkjer at kvinner som er godt informerte om prosessen har lettare for å velje å utøve aborten i heimen. Likevel er det nødvendig at vi som sjukepleiarar respekter at ikkje alle kvinner nødvendigvis ynskjer å vere heime sjølv om dei er godt informerte. Dette fordi vi meiner det er viktigare å respektere kvinna sin autonomi og verdigheit, enn å sjå på det økonomiske aspektet. "Ei grunnorm i helsetenesta er at sjukepleie skal bygge på respekt for pasienten sin rett til autonomi og integritet" (Hummelvoll & Da Silva, 2014, s. 85). "Sjukepleiaren ivaretek den enkelte pasient sin verdighet og integritet, herunder retten til helskapleg sjukepleie, retten til å være medbestemmande og retten til ikkje å bli krenka" (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

5.5 Reaksjonar på abort

Kvinner som søker abort kan ofte vere prega av kaotiske tankar og sterke kjensler (Huser, 2005, s. 203). Desse kvinner har eit stort og vanskeleg val som skal takast, noko som kan føre til ulike psykiske reaksjonar både før og etter abort. "Sjukepleiar skal hjelpe kvinna i gang med å bearbeide slike kjensler, og formidle at psykososiale reaksjonar i denne situasjonen er både naturleg og lovleg (Huser, 2005, s. 203). Dei abortsøkande kvinnene kan i ettertid kjenne på til dømes angst, lettelse og sorg. Skuldkjensle er ein sentral følelse, og kvinnene kan i ettertid tenkjer at ho skulle gjennomgått graviditeten (Huser, 2005, s. 203). Som sjukepleiar er det viktig at vi er bevisste på at det kan komme ulike reaksjonar for å på best mogeleg vis førebu kvinna på dette. Vi må gjere kvinna oppmerksom på at slike reaksjonar kan oppstå, og at det kan variere frå kvinne til kvinne korleis ein handterer det. Sjukepleiar må trygge kvinna på at det ikkje er fasit for korleis ein reagerer på abortprosessen.

Ein deltakar i studien til Makenzius et al. (2012 A) seier;

"Den første tablettene var vanskelige å ta, enn den vaginale tablettene som vart teken heime. Dette grunna at det fortsatt var liv i magen når den første tablettene vart teken, dermed følte eg at eg skulle drepe fosteret".

I ein slik situasjon tenkjer vi at ei grunnleggande oppgåve for sjukepleiar er å kunne lytte til pasienten og tenkje gjennom vår verbale og non-verbale kommunikasjon. Kvinna i denne situasjonen er tydeleg prega av korleis ting gjekk føre seg. Det blir viktig for sjukepleiar å vise omtanke og tilby kvinna hjelp i ettertid til å handtere svangerskapsavbrotet og måten det blei gjort på. Hendingar som dette set ikkje berre spor i kvinna, men det blir også ei utfordring for sjukepleiar som skal hjelpe ho gjennom

prosessen. I ein slik situasjon meiner vi at det er nødvendig å vere imøtekommande og respektfull overfor kvinna sine kjensler. Ho skal føle seg ivareteken og akseptert.

Nicholson et al. (2010) sin studie blir kjensler som tristheit og frustrasjon tydeleggjort blant sjukepleiarane. Mange syntest det var vanskeleg å akseptere kvinna sitt val om abort, spesielt når aborten blei brukt som ein form for prevensjon. Til tross for at sjukepleiar kan oppleve dette som ein svært utfordrande situasjon å stå i, må vi oppføre oss profesjonelt og legge egne meiningar og tankar til sides. Vi må tydeleggjere for kvinna at det er hennar val, dermed skal ikkje sjukepleiar sitt privatliv og private oppfatningar spele inn i utøving av sjukepleie. Dette kjem også tydeleg fram i studien til Mauri og Squillace (2017) at sjukepleiarane syntest det var vanskeleg å forhalde seg til kvinnene med tanke på korleis dei skulle oppføre seg og støtte henne. Helsepersonell som av samvittighetsgrunnar ønskjer det, skal fritakast frå å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrot. "Ved medikamentell abort gjeld retten til fritak for helsepersonell som assisterer ved eller utfører avbrotet, herunder forskriver eller administrerer medikamentet i forbindelse med svangerskapsavbrotet. Dette gjeld sjølv om kvinna sjølv innteke medikamentet" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Sjukepleiarane i studien til Mauri og Squillace (2017) tykte ikkje mindre om kvinnene sidan dei tok abort, men opplevingar av å vere med på å utføre aborten vekte psykiske reaksjonar. Dei meinte også at medikamentell abort var best då dei slapp å vere med på sjølve utførselen av aborten. Somme gonger vel sjukepleiar å ikkje delta på sjølve inngrepet. Dette kan vere på grunn av kjenslene som blei tydeleggjort i studien til (Nicholson et al., 2010). Det kjem også fram i studien til Nicholson et al. (2010) at sjukepleiarane synast det var vanskeleg å balansere det å ta hand om fleire pasientar på same tid som utførte abort av ulike grunnar. Dersom mange nyttar seg av reservasjonsretten, tenkjer vi at dette kan føre til ei ekstra belastning for dei sjukepleiarane som deltek under aborten. Dette kan eventuelt føre til at utøvinga av sjukepleie vert dårlegare, då belastninga vert større for desse sjukepleiarane.

6 Konklusjon

Abortsøkande kvinner er ofte prega av mange ulike kjensler rundt dette vanskelege valet. Det første møte mellom sjukepleiar og abortsøkjande kvinner set ofte standaren for korleis samarbeidet vert vidare i prosessen. Får at møtet skal bli bra må kvinna føle seg ivareteken, trygg og sett, noko som igjen kan føre til tillit. Haldningane til sjukeleiar er viktig for å vise respekt og vennlegheit overfor kvinnene. Kvinnene i ein abortprosess er avhengig av å få god og utfyllande informasjon. Sjukepleiar må tilpasse informasjon til kvar enkelt kvinne. Informasjonen bør innehalde korleis prosessen føregår, smerte, eventuelle komplikasjonar og ulike psykiske reaksjonar som kan oppstå. Smerte er ein stor del av abortprosessen og dermed ei grunnleggjande sjukepleiaroppgåve. Dersom kvinna får tilfredsstillande smertelindring kan det spele inn på korleis ho opplever abortprosessen.

Vi fann artiklar som gjekk på kvinnene og sjukepleiarane sine opplevingar og reaksjonar. Eit tema som går igjen i nokre av artiklane er korleis helsepersonell møter kvinnene. Dei fleste hadde ein god oppleving og følte seg ivaretekne, medan andre ikkje fekk denne gode opplevinga. Vi fann mykje nyttig rundt det sjukepleiar faglege i pensumbøkene våre. Blant anna fann vi teori på smerte, kommunikasjon, informasjon og sjukepleiarteoretikarane. I tillegg brukte vi anna litteratur til å finne meir stoff om provosert abort, då pensum aleine ikkje dekkar nok til vår oppgåve.

7 Bibliografi

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 03 20). *Noreg har færrast tenåringsabortar i Norden*. Henta 04 11, 2018 frå Fhi.no: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/noreg-har-farrast-tenaringsabortar-i-norden/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 05 10). *Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften)*. Henta 05 09, 2018 frå Lovdata.no: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635#KAPITTEL_4
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 01 01). *Lov om pasient- og brukerrettigheter [pasient- og brukerrettighetsloven]*. Henta 04 20, 2018 frå Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetslova>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 10 01). *Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven]*. Henta 04 11, 2018 frå Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50?q=abort>
- Helsedirektoratet. (2017, 05 30). *Abortmetoder*. Henta 04 17, 2018 frå Helsenorge.no: <https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder>
- Helsedirektoratet. (2016, 02 26). *Selvbetemt abort før utgangen av 12. svangerskapsuke*. Henta 04 12, 2018 frå Helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/seksuell-helse/abort#selvbestemt-abort-f%C3%B8r-utgangen-av-12.-svangerskapsuke>
- Helsenorge. (2017, 05 30). *Til deg som vurderer abort*. Henta 05 08, 2018 frå Helsenorge.no: <https://helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov, I. M. Holter, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 363-398). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hummelvoll, J. K. (2014). Samtale og relasjon. I J. K. Hummelvoll, *Helt- ikke stykkevis og delt* (7. utg., ss. 419-441). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K., & Da Silva, A. B. (2014). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I J. K. Hummelvoll, *Helt- ikke stykkevis og delt* (7. utg., ss. 83-108). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Huser, B. (2005). Selvbestemt abort. I S. Holand (Red.), *Det nye livet- Svangerskap, fødsel og barseltid* (3. utg., ss. 201-204). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jettestad, M. (2010). Abort. I S. Holan, M. L. Hagtvedt, & M. L. Hagtvedt (Red.), *Det nye livet- svangerskap, fødsel og barseltid* (2. utg., ss. 255-259). Oslo: Fagbokforlaget.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie- sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., ss. 207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2010, 11 12). Experiences of working with induced abortion: focus group discussion with gynaecologists and midwives/nurses. *Ebscohost.com* , 25 (3), ss. 542-548. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00862.x
- Makenzius, M., Taydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012 A, 06 20). Autonomy and dependence- experiences of home abortion, contraception and prevention. *Ebscohost.com* , 27 (3), ss. 569-579. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012 B, 08 17). Women and men ' s satisfaction with care related to induced abortion. *Ebscohost.com* , 17 (4), ss. 260-269. DOI: 10.3109/13625187.2012.688149
- Mauri, P. A., & Squillace, F. (2017, 05 02). The experience of italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *Ebscohost.com* , 22 (3), ss. 227-232. DOI: 10.1080/13625187.2017.1318846
- Molven, O. (2015). Pasientens og brukarens rettigheter og plikter. I E. K. Grov, I. M. Holter, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende utøvelse av klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 70-102). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nesheim, B.-I. (2014, 01 10). *Store medisinske leksikon*. Henta 05 30, 2018 frå Sml.no: <https://sml.snl.no/abornemnd>
- Nicholson, J., Slade, P., & Fletcher, J. (2010, 03 19). Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses. *Ebscohost.com* , 66 (10), ss. 2245-2256. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05363.x
- Norsk helseinformatikk. (2017, 02 28). *Medikamentell abort*. Henta 05 15, 2018 frå Nhi.no: <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>
- Norsk sykepleierforbund. (2011, 08 09). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 04 20, 2018 frå Nsf.no: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert- en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke- en innføring i sykepleiens etikk* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schjølberg, T. K. (2015). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad, & U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg., ss. 104-158). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.


8 Vedlegg 1: Søkeprosess

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
1. Abortion	9/4-18	Academic search elite, Medline og Chinahl	47 979	0	0	0
2. Induced abortion	9/4-18	Academic search elite, Medline og Chinahl	49 732	0	0	0
3. Provoked abortion	9/4-18	Academic search elite, Medline og Chinahl	48	4	0	0
4. Nursing	9/4-18	Academic search elite, Medline og Chinahl	439 338	0	0	0
5. Experience	9/4-18	Academic search elite, Medline og Chinahl	1 488 329	0	0	0
6. Abortion care	9/4-18	Academic search elite, Medline og Chinahl	2846	0	0	0
7. Abortion* and nursing	9/4-18	Academic search elite, Medline og Chinahl	1231	3	0	0
8. Psychiatric outcome of abortion	9/4-18	Academic search elite, Medline og	6	2	1	0

		Chinahl				
9. Induced abortion at home	9/4-18	Academic search elite, Medline og Chinahl	7	1	1	1
10. Abortion* and experience* and abortion care*	9/4-18	Ovid medline	171	5	1	0
11. Provoked abortion and trauma	11/4-18	Academic search elite og Chinahl	137	0	0	0
12. Provoked abortion* and nurse* and care* and experience	12/4-18	Academic search elite og Chinahl	720	0	0	0
13. Abortion care* and nurse* and experience	12/4-18	Academic search elite og Chinahl	24	2	1	0
14. Nurse experience and abortion	12/4-18	Academic search elite og Chinahl	30	10	3	3
15. Healthcare	18/4-18	Academic search elite og Chinahl	276 866	0	0	0
16. Information	18/4-18	Academic search elite og Chinahl	1 501 796	0	0	0
17. Termination of pregnancy* and healthcare* and experience	18/4-18	Academic search elite og Chinahl	11	2	1	0
18. Abortion* and	18/4-18	Academic search elite og	57	3	0	0

experience* and healthcare professional s		Chinahl				
19. woman* and experience* and induced abortion*	19/4-18	Academic search elite og Chinahl	29	1	1	0
20. Induced abortion* and information	19/4-18	Academic search elite og Chinahl	209	4	1	1

9 Vedlegg 3: Begjæring om svangerskapsavbrot

 Protokoll ved behandling av begjæring om svangerskapsavbrott <i>Oppbevares atskilt fra pasientjournaler etter saksnummer</i>		Gjennomslag - Bruk kulepenn, skriv hardt 1	
Institusjon _____ Organisasjonsnummer _____ Epikrise til henvisende lege _____ Saksnr. _____ Trygdekommune _____ Bydel _____		Kvinnens navn og adresse _____ Fødseldato _____ Telefon _____	
Begjæringen Begjæringen fremsatt av <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Verge Begjæringen datert _____ Begjæring mottatt dato _____		Begjæring signert av kvinnen og legen <input type="checkbox"/> Ja Legens navn _____ Fylkesmannens samtykke iht. § 9 _____ a / b / c	
Om kvinnen Sivilstatus nå <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Skilt/separert <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt Arbeid/skolegang/annet nå (sett evt flere kryss) <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv heltid <input type="checkbox"/> Elev/student <input type="checkbox"/> Arbeidssøkende <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv deltid <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Trygdet <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt		Boforhold nå (sett ett kryss) <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Bor sammen med andre: Foreldre/bokollektiv <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt Høyeste fullførte utdanning <input type="checkbox"/> Grunn-/ungdomskole <input type="checkbox"/> Videregående skole <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt	
Anamnese Tidligere svangerskap med utfall (antall) Fødsler etter 22 fullgatte uker _____ Spontanaborter før fullgatte 22 uker _____ Ekstruterine svangerskap _____ Provoserte aborter Antall _____ År for siste avbrott _____ Informasjon om inngrepsart og virkning jf. abl. § 5 gitt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Tilbud om rådgivning jf. abl. § 2.1 gitt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Prevensjonsbruk da kvinnen ble gravid <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> P-plaster <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Kvinne sterilisert <input type="checkbox"/> Annet: _____ <input type="checkbox"/> Sikre perioder <input type="checkbox"/> P-pille/mini-pille <input type="checkbox"/> P-stav <input type="checkbox"/> Hormonspiral <input type="checkbox"/> Mann sterilisert <input type="checkbox"/> Avbrutt samleie <input type="checkbox"/> P-sprayte <input type="checkbox"/> P-ring <input type="checkbox"/> Nødprevensjon <input type="checkbox"/> Ikke besvart	
Status Allergi _____ Faste medisiner _____ Vekt _____ Høyde _____ BT _____ Cor _____ Pulm _____ Abdomen _____ GU: VVP, Uterus, Adnexa Fritekst (bruk evt. tilleggsark) _____		Siste menses dato _____ Uterus tilsvarende palpatorisk _____ Evt. UL-funn tilsvarende _____ Klamydiaprøve <input type="checkbox"/> Ikke tatt <input type="checkbox"/> Prøve tatt i dag <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Svar foreligger ikke <input type="checkbox"/> Forurenset Andre mikrobiologiske prøver - spesifiser _____	
Nemndbehandling Primærnemndens behandling (når svangerskapet er over 84 dager (12 uker)) Kvinnens fødselsnummer _____ Dato _____ 1 _____ 2 _____ Underskrifter av primærnemnden (to underskrifter) _____		Begjæringen er <input type="checkbox"/> uten vedtak <input type="checkbox"/> Hvis uten vedtak: Trukket tilbake <input type="checkbox"/> Spontan abort <input type="checkbox"/> Ikke gravid <input type="checkbox"/> Ikke møtt i nemnd <input type="checkbox"/> Annen årsak <input type="checkbox"/> innvilget <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e Begjæringen innvilget iht. § 2.3 (sett ev. flere kryss) Bruk eget ark for nemndens begrunnelse. <input type="checkbox"/> avslått <input type="checkbox"/> Begrunnelse for avslag i primærnemnd. Bruk eget ark. Enstemmig avslag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Begrunnelse for dissens. Bruk eget ark.	
Fosterdiagnostikk <input type="checkbox"/> Ikke utført <input type="checkbox"/> Maternell blodprøve <input type="checkbox"/> Fosterblodprøve <input type="checkbox"/> Ultralyddiagnostikk <input type="checkbox"/> Morkakeprøve <input type="checkbox"/> Magnetisk resonans <input type="checkbox"/> Foster vannsprøve <input type="checkbox"/> Fetal punksjon <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Biopsi		Dersom utført diagnostikk Spesifisert klinisk diagnose <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patologi Antall fostre: _____ Diagnosekode (ICDT10) og beskrivelse _____ Diagnose bekreftet <input type="checkbox"/> Ja, ved syning <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Obduksjon	
Avbrott ikke gjennomført Begrunnelse: <input type="checkbox"/> Trukket tilbake <input type="checkbox"/> Spontanabort <input type="checkbox"/> Ikke møtt <input type="checkbox"/> Ikke gravid <input type="checkbox"/> Annen årsak		Svangerskapsavbrott gjennomført Metode: <input type="checkbox"/> Medikamentell <input type="checkbox"/> Kirurgisk <input type="checkbox"/> Vakuumaspir. uten forbehandling <input type="checkbox"/> Utført av lege _____ <input type="checkbox"/> Vakuumaspir. etter prostaglandin <input type="checkbox"/> Hysterotomi og evak. (sectio minor) Fosteret fjernet eller utstøtt: Dato _____ Antall gjenværende fostre: _____ <input type="checkbox"/> Ikke utstøtt under oppholdet	
Inngrep/Behandling Institusjonsoppf. <input type="checkbox"/> Poliklinikk/dagpasient <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Innleggelse <input type="checkbox"/> Nei Fritekst _____ Prevensjonsveil. gitt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Andre inngrep <input type="checkbox"/> Spiral satt inn <input type="checkbox"/> Sterilisering <input type="checkbox"/> Annet - spesifiser _____ Komplikasjoner ved sv.avbrottet <input type="checkbox"/> Ufullstendig abort <input type="checkbox"/> Perforasjon <input type="checkbox"/> Annet (Eget ark) _____ Behandling ved komplikasjoner <input type="checkbox"/> Kirurgisk revisjon av uterinhulen <input type="checkbox"/> Laparoskopi <input type="checkbox"/> Laparotomi <input type="checkbox"/> Blodtransfusjon - spesifiser _____ <input type="checkbox"/> Annet: _____	
Ved utreise Dato _____ Rh <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Anti-D, gammaglob.beh. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Gitt av _____ Sykmeldt fra _____ Sykmeldt til _____			