



# Høgskulen på Vestlandet

## SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

|                       |                          |                        |                            |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Startdato:</b>     | 26-04-2024 09:00 CEST    | <b>Termin:</b>         | 2024 VÅR                   |
| <b>Sluttdato:</b>     | 10-05-2024 14:00 CEST    | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| <b>Eksamensform:</b>  | Bacheloroppgave          |                        |                            |
| <b>Flowkode:</b>      | 203 SYKH390 1 O 2024 VÅR |                        |                            |
| <b>Intern sensor:</b> | (Anonymisert)            |                        |                            |

### Deltaker

|                     |     |
|---------------------|-----|
| <b>Kandidatnr.:</b> | 121 |
|---------------------|-----|

### Informasjon fra deltaker

|                      |      |
|----------------------|------|
| <b>Antall ord *:</b> | 7744 |
|----------------------|------|

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

|                                   |               |
|-----------------------------------|---------------|
| <b>Gruppenavn:</b>                | (Anonymisert) |
| <b>Gruppenummer:</b>              | 2             |
| <b>Andre medlemmer i gruppen:</b> | 155           |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Abortomsorg

Abortion Care

**Kandidatnummer: 121 & 155**

Bachelor i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato 10.05.2024

Antall ord: 7744

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

“Reproductive freedom is critical to a whole range of issues. If we can’t take charge of this most personal aspect of our lives, we can’t take care of anything. It should not be seen as a privilege or as a benefit, but a fundamental human right.”

- Faye Wattleton

(Wattleton, 1978-1992, sitert i Hegedus et al., 2022)

## Sammendrag

**Bakgrunn for valg av tema:** Folkehelseinstituttet viser til økning i antall som tar provosert abort i Norge. Dette kan resultere i at flere kvinner søker til abortomsorgen. Ni av ti aborter i Norge, utføres medikamentelt. Vi ønsker å forstå og støtte kvinners helse og rettigheter, samt sikre tilgang til omsorgsfull og trygg abortomsorg som baseres på respekt og inkludering.

**Problemstilling:** Hvordan forbedre abortomsorgen ved å bruke kvinners erfaringsbaserte kunnskap?

**Hensikt:** Synliggjøre kvinners erfaringer for å fremheve forbedringspotensial i aborttjenestene. Sikre at kvinner får god kvalitet på aborttjenestene ved å innhente kunnskap om kvinners opplevelse i møte med helsevesenet under medikamentell abort. Implementere recoveryperspektivet for å øke oppmerksomhet rundt kvinners individuelle behov, og for å fremme en helhetlig abortomsorg.

**Metode:** Litteraturstudie basert på relevant forskning, faglitteratur, lovverk, retningslinjer og recovery som teoretisk perspektiv.

**Resultater:** Flere kvinner ønsker en forbedring av abortomsorgen i form av en mer helhetlig behandling av det psykiske og det fysiske aspektet. Flere følte på mangelfull informasjon som resulterte i usikkerhet. Flere funn påpeker nødvendigheten med oppfølging av kvinnene etter endt abortprosess.

**Konklusjon:** Ved å inkludere kvinners opplevelse kan omsorgen tilpasses, og dermed sikre en helhetlig tilnærming. Recoveryperspektivet kan fremme kvinners følelse av anerkjennelse, verdighet og respekt. En helhetlig abortomsorg bør inkludere tjenester som tilbyr omsorg etter gjennomgått abort. Realistisk informasjon kan bidra til å forbedre omsorgen.

**Nøkkelord:** Medikamentell abort, provosert abort, abortomsorg, abortsøkende kvinner.

## Summary

**Background:** The Institute of Public Health shows an increase in induced abortions in Norway. This can result in an increased number of women seeking abortion care. Nine out of ten abortions in Norway are medical abortions. We want to understand and support women's health and rights, while ensuring access to considerate and secure abortion care, founded on principles of respect and inclusivity.

**Research question:** How to enhance abortion care by utilising women's experiential knowledge?

**Aim:** Highlight women's experiences in order to show improvement possibilities within the abortion services. Ensure the provision of abortion services of high-quality by acquiring knowledge about women's encounters with the healthcare system during medical abortion. Implementing the recovery perspective to increase awareness of women's individual needs and advance holistic abortion care.

**Method:** Literary study based on relevant research, academic literature, legislation, guidelines, and recovery as a theoretical perspective.

**Results:** Several women desire an improvement of abortion care including an holistic approach, addressing psychological and physical dimensions. Women experienced a sense of inadequate information leading to a state of uncertainty. Multiple findings highlight the importance of follow-up care for women after the abortion process.

**Conclusion:** By incorporating women's experiences, the provision of care can be customised and ensure a holistic approach. The recovery perspective has the potential to enhance women's sense of recognition, dignity and respect. A holistic abortion care should include post-abortion support and care. Realistic information can contribute to enhancing the quality of the care.

**Key words:** medical abortion, induced abortion, abortion care, abortion seeking women.

## Innholdsfortegnelse:

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introduksjon.....</b>                          | <b>6</b>  |
| 1.1 Abort.....                                       | 6         |
| 1.2 Abortomsorg.....                                 | 7         |
| 1.3 Recovery.....                                    | 7         |
| 1.4 Hva sier kvinnene?.....                          | 8         |
| 1.5 Bakgrunn for valg av tema.....                   | 8         |
| 1.6 Problemstilling.....                             | 9         |
| 1.7 Avgrensing av problemstilling.....               | 9         |
| <b>2. Metode.....</b>                                | <b>10</b> |
| 2.1 Litteraturstudie.....                            | 10        |
| 2.2 Kvalitativ og kvantitativ.....                   | 10        |
| 2.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier..... | 11        |
| 2.4 Søkeprosess.....                                 | 11        |
| 2.5 Metodeevaluering.....                            | 15        |
| 2.6 Kildevurdering.....                              | 15        |
| 2.7 Forskningsetikk.....                             | 16        |
| <b>3. Analyse.....</b>                               | <b>17</b> |
| 3.1 Presentasjon av analysemetode.....               | 17        |
| 3.2 Kvinners opplevelse av abortforberedelser.....   | 19        |
| 3.3 Fysisk og psykisk påvirkning.....                | 20        |
| 3.4 Møte med helsepersonell.....                     | 21        |
| 3.5 Forbedring av abortomsorgen.....                 | 22        |
| <b>4. Diskusjon.....</b>                             | <b>23</b> |
| 4.1 Du er sist på prioriteringslista.....            | 23        |
| 4.2 Fra dødsstraff til dømmende stillhet.....        | 25        |
| 4.3 Frarøvelse av autonomi.....                      | 26        |
| 4.4 Lidelse som en del av prosessen.....             | 28        |
| 4.5 Ingen rutinemessig etterkontroll.....            | 29        |
| <b>5. Konklusjon.....</b>                            | <b>32</b> |
| <b>6. Referanseliste.....</b>                        | <b>33</b> |

## Tabelloversikt:

|  |    |
|--|----|
| Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier..... | 11 |
| Tabell 2: MeSH.....                                | 12 |
| Tabell 3: Utfyllende søkestrategi.....             | 13 |
| Tabell 4: Inkluderte forskningsartikler.....       | 14 |
| Tabell 5: Fargekoder.....                          | 18 |
| Tabell 6: Artikkeltabell.....                      | 19 |

## Vedlegg:

Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie



# 1. Introduksjon

Sykepleiere har mange funksjoner og ansvarsområder. I denne oppgaven vil vi fokusere på sykepleiers rolle i abortomsorgen. Sykepleiers verdier baserer seg på empati, respekt, omsorg, integritet og medfølelse (NSF, 2023), som er essensielt i møte med kvinner som gjennomgår provosert abort. Tidligere forskning påpeker at sykepleiere opplevde arbeidet sitt innad aborttjenester som paradoksalt og frustrerende, samt utfordrende og givende (Lindström et al., 2011). Sykepleiere skal gi omsorg og pleie etter behov (NSF, 2023). En tidligere forskning belyser at sykepleiere og jordmødre tilpasset omsorgen i henhold til kvinners behov for å håndtere emosjonelle utfordringer knyttet til abort, inkludert tap og sorg (Mainey et al., 2020).

Ved å innta sykepleierrollen inntar man også profesjonsrollen. Uniform skaper forventninger og respekt i møte med andre (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 18-19). Profesjonsrollen i sykepleien omhandler de forventningene og forpliktelsene som man møter i profesjonelle relasjoner, som i interaksjon med pasienter og pårørende (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 18-19).

## 1.1 Abort

En definisjon på provosert abort er: "En kunstig fremkalt abort der et svangerskap blir avbrutt i den hensikt å hindre fødsel av et barn" (Nesheim, 2024). Ni av ti aborter utføres ved å bruke medikamentell metode (Løkeland-Stai, 2024). Dette gjøres oftest ved å ta to tabletter, med to dagers mellomrom (Helsenorge, 2023).

I 1979 kom lovendringen i Norge som gjorde at kvinner selv kunne velge om de ville avbryte svangerskapet innenfor de 12 første ukene (Folkehelseinstituttet, 2018). Kvinner har rett til å gjennomføre abort før utgangen av 12. svangerskapsuke (Abortloven, 1975, § 2). Tidligere helseminister Ingvild Kjerkol varslet om at hun og regjeringen vil fremme et forslag om endring av dagens abortlov fra uke 12 til 18 (DN, 2024). Menneskerettighetene kan gi et støttende rammeverk regulert av lov og politikk (WHO, 2022, s. 45). Rett til høyest mulig oppnåelig standard for fysisk og psykisk helse, inkludert seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Rett til likeverd og ikke-diskriminering (WHO, 2022, s. 46).

## 1.2 Abortomsorg

“Norge trenger en abortomsorg som informerer heller enn å stigmatisere” (Garrido & Igland, 2023). Abortomsorg refererer til omsorg som tilbys til kvinner som gjennomgår svangerskapsavbrudd. Omfattende abortomsorg inkluderer informasjon, behandling, samt omsorg etter gjennomgått abort (WHO, 2022, s. 13). Verdens helseorganisasjon har laget en retningslinje for abortomsorg hvor de legger vekt på at den skal være trygg, rettferdig, rimelig, ikke-diskriminerende og respektfull, samtidig med fokus på kvalitet (WHO, 2022, s.21). WHO definerer kvalitet på omsorgen som: effektiv, tilgjengelig, akseptabel, personsentrert, rettferdig og trygg (WHO, 2022, s. 21). Disse komponentene satt sammen med menneskerettighetene er grunnlaget for høy kvalitet innen abortomsorgen (WHO, 2022, s. 21). Helsepersonell sin kvalitet på omsorg skal gis til alle, og en skal ikke differensiere kvaliteten til kvinnen som søker det. En skal holde seg upartisk og ikke dømme personen ut fra rase, etnisitet, utdanning eller sosioøkonomiske status (WHO, 2022, s. 39-40).

## 1.3 Recovery

Vi tar for oss recovery som et teoretisk perspektiv. Recovery er et kjent uttrykk i psykiatrien (Askheim & Andersen, 2023, s. 77), men dette er også et begrep som er aktuelt innenfor andre fagområder. Recovery handler om å gjenvinne kontroll over eget liv (NAPHA, 2024). Videre setter det søkelys på å gjenvinne noe som er tapt eller tatt fra en person (Karlsson & Borg, 2023, s.63). I oppgavens sammenheng kan dette refereres til tap av foster, autonomi over egen kropp eller andre individuelle psykiske og fysiske reaksjoner knyttet opp til aborten. Autonomibegrepet viser til et menneskes evne til å selvstendig ta vare på seg selv, opprettholde sin verdighet og fremstå respektfullt (Karlsson & Borg, 2023, s.15). Recoverybevegelsen tar for seg en kamp for å anerkjenne at folk velger å leve på måter som avviker fra det sosialt aksepterte (Karlsson & Borg, 2023, s.63). Selvbestemt abort er et omdiskutert tema med utallige holdninger og meninger verden rundt, som kan gi kvinner en følelse av å ikke bli sosialt akseptert og som kan oppleves som en umoralsk handling.

Recoverytilnærmingen kritiserer den biomedisinske modellen for sin tilnærming (Askheim & Andersen, 2023, s. 79-80), ettersom den tar utgangspunkt i målbare verdier opp mot gitte referanseområder (Kristoffersen, 2021, s. 111-112). Det er de syke organene som står i fokus, hvor det ikke tar høyde for egen opplevelse av helse (Kristoffersen, 2021, s. 111-112).

Tidligere forskning påpeker at aborttjenestene har vist seg å ha fokus på det fysiske aspektet ved prosedyren, og ikke kvinnenes eksistensielle og emosjonelle opplevelse (Petersen et al., 2018). Recoverytilnærmingen gir rom for å høre kvinnenes stemme og tilpasse abortomsorgen etter individuelle behov.

#### **1.4 Hva sier kvinnene?**

Mennesker reagerer ulikt fysisk og psykisk på mangfoldige situasjoner og utfordringer, og det samme gjelder ved provosert svangerskapsavbrudd. Noen kan føle på lettelse og glede, andre er uforberedt på emosjonene som plutselig dukker opp, og noen blir mentalt utslitt og traumatisert (Holm & Hansen, 2023, s. 181-183). Det er flere kvinner som har opplevd en fin mottakelse på sykehuset når de kom for å ta abort, og at de ble respektert (Meland, 2019). Førsteamanuensis emerita, Eva Sommerseth, fra Universitetet i sørøst-norge har forsket på norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort (Sommerseth et al., 2022). Hun viser til hvordan kvinner også trekker frem negative erfaringer i møte med både helsepersonell og helsetjenestene i forbindelse med prosessen (Sommerseth et al., 2022). Kvinnene ble møtt med upassende kommentarer, lite empati og omsorg, ensomhet, mangel på respekt og satt igjen med en følelse av å være en ressursbelastning (Sommerseth et al., 2022).

En studie blant skandinaviske kvinner viser at helsepersonells ivaretagelse av kvinners fysiske behov er gunstig og profesjonell, men begrenset søkelys på kvinnenes eksistensielle og emosjonelle behov (Petersen et al., 2018). Hedqvist et al. (2016) belyser at kvinner forteller om mangelfull informasjon om smerter og blødning, samt at kvinner uten fødsels- eller aborterfaring uttrykte høyere smertepåvirkning. Kvinner verdsetter lignende omsorgsaspekter under fødsel og abort, gitt varierende behov grunnet omstendigheter og sosial kontekst (Altshuler et al., 2017). For å sikre kvinner abortomsorg av god kvalitet er det essensielt å ta hensyn til kvinnenes perspektiver og lytte til deres erfaringer.

#### **1.5 Bakgrunn for valg av tema**

Valg av tema bunner ut i vårt ønske om å fremme kunnskap om kvinnehelse, spesielt innenfor abortomsorgen. Kvinnehelse er fremdeles sterkt underprioritert både nasjonalt og internasjonalt, presiserer kronprinsesse Mette Marit i sin tale på den internasjonale

kvinnedagen (Kongehuset, 2024). “Noen spør om kvinners helse er så veldig annerledes enn menns helse. Om kvinnehelse egentlig er noe å mase om. Svaret er ja. Det er mange grunner til å fortsette å mase.”, sier Anne Hafstad (Hafstad, 2023). Kvinnekroppen er laget for reproduksjon, som bidrar til hormonelle og kroppslige endringer gjennom hele livet. Dette er knyttet til blant annet livmor og eggstokker, noe som ikke menn har (Hafstad, 2023). I 2021 ble kvinnehelseutvalget oppnevnt, og dette var et stort skritt i riktig retning (NOU 2023: 5). Utredningen presiserte at dersom man overser menn og kvinners biologiske forskjeller, vil man ikke lykkes med å sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet for alle (NOU 2023: 5).

Tidligere forskning viser til mangler i abortomsorgen (Hedqvist et al., 2016; Petersen et al., 2018; Sommerseth et al., 2022) og behovet for videre forskning og økt fokus er avgjørende for å løfte denne delen av kvinnehelsen. Dagens nyhetsbilder preges av en debatt som gjelder en ønsket lovendring angående selvvilgt avbrytelse av svangerskapet, og dette øker viktigheten med tilgang på gode aborttjenester. I flere år har aborttallene vært historisk lave, men fra 2022 begynte de å stige (Løkeland-Stai, 2024). Vi ønsker gjennom denne oppgaven å se nærmere på kvinners erfaringer innad i aborttjenestene. Deres rettigheter og helse, samt hvordan tilgangen til omsorgsfull og trygg abortomsorg praktiseres.

## **1.6 Problemstilling**

Hvordan forbedre abortomsorgen ved å bruke kvinners erfaringsbaserte kunnskap?

## **1.7 Avgrensning av problemstilling**

Oppgaven retter søkelys mot abortomsorg til kvinner som tar medikamentell abort innad første trimester, enten på sykehus eller i hjemmet. Oppgaven differensierer ikke ulike bakgrunner for eller usikkerheten rundt valget om å ta abort. Oppgavens kjerneområde tar for seg Norges abortomsorg, og støtter seg på forskning fra andre land ettersom behovet for god kvalitet på abortomsorg ikke kun følger landets grenseområder. Denne litteraturstudien fremhever forskningsartikler som inkluderer kvinners egne opplevelser. Den pågående debatten i media, eller en eventuell endring i abortloven, vil ikke påvirke oppgavens utfall.

## 2. Metode

Metode kan beskrives som å følge en spesifikk vei mot et mål (Dalland, 2021). Kapitlet belyser hvordan vi har funnet dataene og hvorfor gjennomføringen av datainnsamlingen blir gjort slik. Forståelsen for kvalitetssikring skal være fremtredende (Rognsaa, 2020, s. 85-86).

### 2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie som metode har til hensikt å gi god forståelse og oppdatert kunnskap om valgt problemstilling, og beskrive hvordan vi har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78). Det innebærer å samle inn, være kritisk og sammenfatte kunnskapen fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). Ved å anvende litteraturstudie som metode, bruker man sekundærdata, som er data innsamlet av andre (Thidemann, 2019, s. 75). Metoden gir oss mulighet for å danne et helhetsbilde ved å kombinere og sette sammen lignende informasjon og forskning (Aveyard, 2018, s. 7), som kvinners erfaringer og relevant faglitteratur. De kombinerte resultatene fra ulike studier fører til mer overbevisende og nyttige resultater enn enkeltstudier alenestående (Aveyard, 2018, s. 7).

### 2.2 Kvalitativ og kvantitativ

Kvantitativ metode baseres på målbare enheter og kvalitativ metode baseres på å fange opp egenskaper og karaktertrekk ved fenomener (Rognsaa, 2020, s. 32). Ved bruk av kvantitativ metode brukes det eksempelvis spørreskjemaer med faste alternativer, standardisert intervju, eller systematisk og strukturert observasjoner og eksperiment for å innhente data (Thidemann, 2019, s. 76). Ved å bruke denne metoden får man lite opplysninger fra mange undersøkelsesenheter, og breddekunnskap kjennetegner denne metoden (Thidemann, 2019, s. 76). Dybdekunnskap kjennetegner kvalitativ metode. Derav handler det ofte om å fange opp mening og opplevelse som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2021, s. 54). Eksempel på slik datainnsamling er å bruke intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2019, s. 76). Begge metodene bidrar på ulikt vis til å gi en bedre forståelse av samfunnet vi lever i og hvordan mennesker handler og samhandler som enkeltindivid, grupper eller institusjon (Dalland, 2021, s. 54). Ved å bruke overveiende forskning som baseres på kvalitativ metode gir det rom for personlige erfaringer fra kvinnene angående

hvordan de opplevde abortomsorgen, som oppgaven vektlegger. Vi supplerer med kvanitativ forskning for å belyse oppgaven med breddekunnskap.

### 2.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Innledningsvis blir det identifisert inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 1) for å restringere omfanget av artikkeltreff, og med hensyn av å heve aktualiteten og nøyaktigheten.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

|                          | Inklusjonskriterier   | Eksklusjonskriterier   |
|--------------------------|---|--|
| <b>Tidsbegrensing</b>    | Publiseringsårstall mellom 2014-2024  | Før 2014   |
| <b>Språk</b>             | Engelsk, norsk, dansk, tysk og svensk   | Andre språk enn de inkluderte  |
| <b>Personell</b>         | Sykepleiere, jordmødre, kvinner som gjennomgår provosert abort  | Pårørende, leger, helsefagarbeider, assistenter eller annet.                         |
| <b>Studiedesign</b>      | IMRaD-struktur, vitenskapelige artikler, tilgjengelig i fulltekst, kvalitative og kvantitative studier, fagfelleurdert tidsskrift |  |
| <b>Sektor</b>            | Kvinner som går gjennom provosert abort, medisinsk i spesialisthelsetjeneste og hjemme.   | Spontanabort, missed abortion, kirurgisk abort eller andre årsaker som ikke er nevnt |
| <b>Geografisk område</b> | Alle land   |  |

### 2.4 Søkeprosess

Innledende søk for forskning starter med å gjennomgå tidligere bacheloroppgaver med nærstående tematikk. Videre foretas det innledende søk i PubMed, MedLine, HVL Oria og Google Scholar for å få oversikt over omfanget av forskningsfeltet. Søkeordene *induced abortion*, *first-trimester*, *experience*, *women* og *nurses* blir anvendt. For å finne engelske emneord, benyttes MeSH (Helsebiblioteket, 2016) (tabell 2). Parallellspråklighet vil bidra til bedre forståelse av medisinsk fagterminologi og mulighet for presise søk på internasjonale databaser etter relevant litteratur som illuminerer problemstillingen (Helsebiblioteket, 2016).

Innledende søk gir innsyn i synonym og tilleggsord som blir lagt til for å heve nøyaktigheten av artikkeltreffene og dens relevans for oppgavens problemstilling. PubMed og Medline er de overveiende databaser som blir brukt, og adekvat for sykepleie og helsefag (HVL, u.å.). Keenious brukes supplerende for inspirasjon til søkeord og retning. Oppgaven bruker IMRaD-strukturen for å sortere aktuelle forskningsartikler. Navnet representerer introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2019, s.67). Vitenskapelig artikkel innenfor medisin og helsefag følger som oftest denne strukturen (Thidemann, 2019, s. 67). Artikler som ikke følger gjeldende struktur blir ekskludert fra oppgaven. Aktuelle artikler blir utvalgt etter overskriftens utforming, og deretter leses abstraktene grundig. Artikler som kvalifiseres som faglig nyttig, blir lest i fulltekst, og selektert med videre. Etter tilspissning og kritisk vurdering av aktuell data blir fem inkludert. Tabell 3 viser utfyllende søkestrategi. Dokumentasjon på søkehistorikk gir mulighet for etterprøvbarehet (Thidemann, s. 89, 2019). Forskningsartiklene selekteres etter relevans og innenfor satte inklusjonskriterier. Valgte studier fokuserer på kvinners erfaringer med abortomsorgen og gir nyttig kvalitativ informasjon som kan brukes til drøfting av problemstillingen. Utfyllende informasjon om innhenting og systematisering av informasjon fra forskningen kommer i analysedelen.

Tabell 2: MeSH

| Norske søkeord:      | Emneord:          |
|----------------------|-------------------|
| Første trimester     | First trimester   |
| Abort                | Abortion, induced |
| Erfaring, opplevelse | Experience        |
| Sykepleiere          | Nurses            |
| Kvinner              | Women             |

Tabell 3: Utfyllende søkestrategi

| Database       | Søkeord/kombinasjoner  | Antall artikkeltreff | Artikler som brukes  |
|----------------|--|----------------------|--|
| Web of Science | (Induced abortion) AND (Women OR woman OR females OR female) AND (First-trimester) AND (Experience OR view OR feelings OR perspective) AND (Nurse OR nursing OR nurses) NOT (missed abortion OR miscarriage OR pregnancy loss)<br><br>Avgrenset publiseringsår (2014-2024)<br><br>Dato for søk: 11.01.24 | 6                    | "Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges" (Kjelsvik et al., 2021)                               |
| PubMed         | (Medication abortion) AND (experience) AND (home) AND (norwegian)<br><br>Avgrenset til publiseringsår (2014-2024)<br><br>Dato for søk: 12.01.24  | 1                    | "Out of This World": Norwegian Women's Experiences of Medical Abortion Pain (Røseth et al., 2023)  |
| PubMed         | (Abortion care) AND (medical abortion) AND (experience) AND (women) AND (support) AND (pain) NOT (miscarriage OR pregnancy loss)<br><br>Avgrenset til publiseringsår (2014-2024)<br><br>Dato for søk 12.01.24  | 12                   | Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures (Aamlid et al., 2021) |
| Medline Ovid   | (Abortion, induced) AND (abortion care.mp.) AND (mental health) AND (Women.mp OR Women)<br><br>Avgrenset til publiseringsår (2014-2024)<br><br>Dato for søk: 19.03.2024  | 7                    | How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress (Lundell et al., 2015)          |
| Medline Ovid   | (Induced abortion) AND (insufficient information)<br><br>Avgrenset til publiseringsår (2014-2024)<br><br>Dato for søk: 19.03.2024  | 1                    | Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study (Georgsson et al., 2019)     |



Tabell 4: Inkluderte forskningsartikler

| Tittel/forfatter   | Metode      | Informanter/kontekst  | Hovedresultater  |
|--|-------------|---|--|
| Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges (Kjelsvik et al., 2021)                                 | Kvalitativ  | Helsepersonell og abortsøkende kvinner                                | Helsepersonell står overfor etiske utfordringer, og kvinnenes autonomi ble enten begrenset eller ikke støttet. Det burde være dialog som del av abortforberedelsene om å se ultralyden.  |
| Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures (Aamlid et al., 2021) | Kvalitativ  | Kvinner som har utført medikamentell abort hjemme i første trimester. | Funn av lite individualisert og detaljert informasjon om prosessen. Deltakerne følte at helsepersonell ikke hadde nok kompetanse. Mangelfull forklaring gjorde dem mer usikre. Vanskeligheter med å kontakte sykehuset grunnet at barrieren de møtte ved pre-konsultasjon var høy. |
| "Out of This World": Norwegian Women's Experiences of Medical Abortion Pain (Røseth et al., 2023)  | Kvalitativ  | Kvinner som har utført medikamentell abort hjemme i første trimester. | Kvinnene opplevde aborten mer smertefull enn forventet, forklart som å miste kontrollen over egen kropp. Realistisk informasjon om smertens type og intensitet, samt tilstrekkelig smertestillende er avgjørende for høykvalitets abortomsorg.                                     |
| How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress (Lundell et al., 2015)          | Kvantitativ | Kvinner som har utført provosert abort hjemme og på sykehus           | 16% rapporterte abortomsorgen som mangelfull. 22,3% mente det manglet respektfull behandling av helsepersonell. 22% opplever sterke smerter, og utilstrekkelig smertelindring.   |
| Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study (Georgsson et al., 2019)     | Kvalitativ  | Kvinner som har utført provosert abort                                | Utforsker bekymringer, frykt og forberedelser knyttet til abort. Det kom frem funn fra abortprosessen, fysiske og psykiske reaksjoner, uønskede hendelser og komplikasjoner.   |

## 2.5 Metodeevaluering

Databasene som brukes er godkjent av Høgskulen på Vestlandet. Ved å bruke et redusert antall databaser, kan relevante og verdifulle forskningsartikler være oversett. Dette er en svakhet ved anvendt metode. Litteratursøkene avgrenses til de ti siste årene, som gir oppdatert kunnskap og relevans til nåtiden. Begrensningen blir derimot ekskludering av artikler utenom tidsbegrensningen som kunne vært aktuell for å gi mer støtte opp mot problemstillingen. Ved å anvende litteraturstudie som metode, gir det mulighet til å velge litteratur og forskning fritt. Dette kan medføre utilsiktede begrensninger hvor man velger studier med ønsket resultat. Det er valgt bredt geografisk område i inklusjonskriteriene som bidrar til å oppnå et større omfang av forskning som baseres på kvinners erfaringer verden rundt, samt ulike lovverk og holdninger ovenfor tematikken er spredt og kan bidra til differanser i forskningsfunn.

## 2.6 Kildevurdering

Målet med kritisk vurdering er å bestemme relevans, styrke og begrensninger ved den informasjonen som er innsamlet (Thidemann, 2019, s. 26). Det er ikke all presentert kunnskap som er like holdbart, og det er essensielt å gjennomgå en prosess for å sjekke om kildene kan brukes (Dalland, 2020, s. 140). En del av begrepet informasjonskompetanse omhandler evnen til å vurdere informasjon kritisk med tanke på dens relevans og pålitelighet (Dalland, 2020, s. 141). Alle inkluderte studier tar for seg kvinners personlige erfaringer, hvor forskerne sin subjektivitet kan påvirke forskningsresultatets retning ettersom to subjekter møter hverandre (Dalland, 2020, s. 62).

Tre inkluderte artikler er fra land utenom Norge, og kan avvike fra norske retningslinjer og lovverk. Eksempel er at Sverige har mulighet for selvbestemt abort opp til uke 18 (Riksdagen, 2013), og Tyskland innenfor de tre første svangerskapsmånedene, forutsett at kvinnen har søkt rådgivning først (Tennes, 2018). Avgrensning av problemstilling presiserer oppgavens fokus på abort innenfor første trimester, og det er viktig å belyse at landenes abortlovgivning og holdninger kan ha en betydning for kvinnenenes erfaringer med abortomsorgen.

Alle kilder brukt i denne oppgaven er kritisk vurdert og grundig selektert etter troverdighet og passende tematikk. Forskningsartiklene følger inklusjonskriteriene oppgaven fastsetter (se

tabell 1). Kildene som anvendes bidrar til å belyse problemstillingen oppgaven presenterer med faglig og erfaringsbasert kunnskap.

## **2.7 Forskningsetikk**

Et sett av normer, verdier og institusjonelle ordninger som definerer og regulerer forskningen er en av definisjonene på forskningsetikk (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018). Man kan skille mellom bred og smal forskningsetikk (Strand, 2022). Det som skjer med forsøkspersonene og andre forskningsobjekter under selve forskningen inngår i den smale forståelsen (Strand, 2022). Den brede forskningsetikken fokuserer på hva som skjer senere når kunnskapen brukes i miljø og samfunn (Strand, 2022). Forskningsetikk er delvis lovregulert gjennom forskningsetikkloven. Loven presiserer at forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2017, § 1). Dette innebærer også at forskere skal opptre med aktsomhet for å sikre at denne loven overholdes, under forberedelser, rapportering og andre forskningsrelaterte aktiviteter (Forskningsetikkloven, 2017, §4). Etikken bidrar til å gi en veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler (Dalland, 2020, s. 168). Etikkers overveielser handler om mer enn å adlyde regler, men å vurdere hvordan arbeidet vårt og andres kan medføre etiske utfordringer (Dalland, 2020, s. 167).

I denne oppgaven er det brukt forskningsartikler hentet fra pålitelige databaser som gjennomgår en kvalitetssikringsprosess før publisering. Vi forsikrer om at de inkluderte forskningsartiklene følger forskningsetiske retningslinjer og lovverk. Valgte artikler omhandler kvinners erfaringer med abortomsorgen, og krever både smal og bred forståelse av forskningsetikken.

## 3. Analyse

Når man analyserer, bryter man ned informasjonen i forskjellige deler som har lignende egenskaper. Dette fører til overordnede kategorier eller temaer basert på en nøye organisering og sammenstilling av dataene (Nielsen et al., 2021, s. 179). Ved å analysere kan oppgavens problemstilling, hvordan forbedre abortomsorgen ved å bruke kvinners erfaringsbaserte kunnskap, belyses med relevant og verdifull kunnskap.

### 3.1 Presentasjon av analysemetode

For å kunne oppsummere valgt litteratur i en oversikt, er det essensielt å sammenligne resultatene i detalj (Aveyard, 2018, s. 6). Analysearbeidet baseres på Aveyards tematiske analysemodell - *Thematic analysis: A simplified approach* (Aveyard, 2018, s. 141). Første trinnet i modellen handler om å identifisere tema ved å gå direkte til resultatdelen for å se på hovedfunnene i alle fem valgte studier. Temaene vi genererer skal gjenspeile problemstillingen (Aveyard, 2018, s. 141).

Forskningsartiklene er skrevet ut på papir, og brukt markeringspenn for å identifisere temaene tydelig med ulike fargekoder (tabell 5). Neste steg i analysemodellen er å identifisere temaene fra artiklene (Aveyard, 2018, s. 142). Her skal man kombinere resultatene fra artikler som omhandler samme tema. Her har vi valgt å sette opp en tabell (tabell 6) for å kartlegge fellestrekkene mellom de ulike studiene. Parallelt med tematiseringen ser vi på hvilke studier som har sterk "evidence", og deretter hvilke som vil ha mest fremtredende rolle videre i oppgaven, som er en del av analysemodellen (Aveyard, 2018, s. 143). Fokuset på oppgaven har endret seg i løpet av prosessen, hvor vår forståelse har økt i tråd med at resultatene fra studiene vi har sett på har blitt identifisert.

Det neste trinnet tar for seg sammenligning av temaene (Aveyard, 2018, s. 144). Vi foretar en gjennomgang for å sjekke at fokusområdene passer, og at de enkelte temaene som studiene belyser passer inn under valgte kategorier. Denne delen av analysemodellen gir mulighet for å skape den beste tilpasningen ved å flytte på data mellom emnene (Aveyard, 2018, s. 144). Aveyard poengterer at det er viktig å rettferdiggjøre valgte temaer og hvordan dette er relevant til dataene inn under (Aveyard, 2018, s. 146).

Avslutningsvis av analyseprosessen settes funn fra de ulike forskningsartiklene under temaene for å gi konkret relevans for hovedområdene. Dette ble gjort ved å se på markeringer gjort i studiene under Aveyards analysemodell og kontinuerlige gjennomlesninger. Tabell 5 og 6 viser de tentative temaene brukt underveis i analysemodellen. Under oppsettet av forskningsfunn blir det observert at noen av temaene overlapper hverandre, og andre emner kommer frem. Det ble til fire endelige hovedtemaer.

Tabell 5: Fargekoder

| Tema:                                    | Eksempel  |
|--|---|
| <b>Informasjon før/under/etter abort</b> | Samt følte de at det ble gitt lite individualisert og detaljert informasjon om hva de skulle gå igjennom (Aamlid et al., 2021).         |
| <b>Kvinnenes erfaring/opplevelse</b>     | Kvinner som avsluttet svangerskapet hjemme var mer fornøyd enn dem som utførte abortprosessen på abortklinikken (Lundell et al., 2015). |
| <b>Møte med helsepersonell</b>           | Deltakerne opplevde lite anerkjennelse fra helsepersonell, som bidro til manglende følelse av støtte (Aamlid et al., 2021).             |
| <b>Fysisk påvirkning</b>                 | Abortsmerter ser imidlertid fortsatt ut til å være et neglisjert problem (Røseth et al., 2023).   |
| <b>Psykisk påvirkning</b>                | Uventede følelser etter aborten som sorg, depresjon, frakobling, ensomhet, frykt, skam, tomhet og panikk (Georgsson et al., 2019)       |

Tabell 6: Artikkeltabell

| Artikkel               | Sykepleie ved provosert abort | Kvinnens opplevelse/ erfaring | Informasjon før/under/etter abort | Fysiske og/eller psykisk påvirkning | Møte med helsepersonell |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| Kjelsvik et al., 2021. | x                             | x                             | x                                 |                                     | x                       |
| Aamlid et al., 2021.   | x                             | x                             | x                                 | x                                   | x                       |
| Røseth et al., 2023.   | x                             | x                             | x                                 | x                                   | x                       |
| Lundell et al., 2015.  | x                             | x                             | x                                 | x                                   | x                       |
| Georgsson et al., 2019 | x                             | x                             | x                                 | x                                   | x                       |

### 3.2 Kvinners opplevelse av abortforberedelser

91% av alle aborter utført i Norge før uke 9, ble gjort medikamentelt (Aamlid et al., 2021).

Det kommer frem i studien til Aamlid et al. (2021) at da abortmetoden ble tatt i bruk i Norge, skulle det være kvinnen sitt valg om hun ønsket å utføre den på sykehuset eller i hjemmet, hvorav flere kvinner ikke fikk valget (Aamlid et al., 2021).

I "Norwegian Women's Experiences of Medical Abortion Pain" (Røseth et al., 2023)

fremheves det at noen kvinner trodde at helsepersonell tilbakeholdt informasjon fordi de fryktet at kvinnene skulle nekte å dra hjem, dersom de var vel viten om hvor intens hele prosessen skulle være (Røseth et al., 2023). Forskningsartiklene vi har sett på viser til at kvinnene som gjennomgikk medikamentell abort følte på mangelfull informasjon (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Kjelsvik et al., 2021; Lundell et al., 2015; Røseth et al., 2023). I tillegg viser forskning til at utilstrekkelig informasjon gjorde kvinnene mer usikre og

uforberedt på hva de kunne forvente (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Røseth et al., 2023). Kvinnene fikk beskjed om å ringe inn hvis de blødde mer enn normalt, men de slet med å forstå hva som var en normal mengde blod (Aamlid et al., 2021). Flere av deltakerne rapporterte at de følte at helsepersonellet de møtte ikke hadde nok kompetanse til å forklare om hva som kunne bli forventet av blødning, smerte og utstøtning av embryoet (Aamlid et al., 2021).

I en studie utført av Kjelsvik et al. (2021) som baserer seg på ultralyd som en del av abortforberedelsene, kom det frem at helsepersonell og de gravide kvinnene hadde ulike forventninger, og at disse ikke ble avklart på forhånd. Helsepersonell sin intensjon var å beskytte kvinnen med å gjøre opplevelsen mindre belastende, samt å ikke påvirke deres avgjørelse (Kjelsvik et al., 2021). Ved at sykepleierne forbyr å vise ultralydbildet kan dette tolkes med samme betydning som å tilbakeholde informasjon. Grunnlaget for avvisningen om å unnlate innsyn i ultralydbildene, baserte sykepleierne på kvinnens tilstand, alder, lengden på svangerskapet og bakgrunn for ønsket om å se (Kjelsvik et al., 2021). Ved at sykepleierne tok avgjørelser basert på hva de trodde var for kvinnens beste, medførte dette at noen følte de ble frarøvet deres autonomi og muligheten for få en skikkelig avslutning på svangerskapet og abortprosessen (Kjelsvik et al., 2021).

### **3.3 Fysisk og psykisk påvirkning**

Georgsson et al. (2019) utforsket bekymringer og frykt knyttet til abortprosessen. Her kommer det frem at frykten for fysiske reaksjoner som smertepåvirkning og utilstrekkelig smertelindring, samt synet av fosteret og mye blod, var fremtredende (Georgsson et al., 2019). Flere av de inkluderte studiene påpeker at kvinner har rapportert om sterke smerter (Aamlid et al., 2021; Lundell et al., 2015; Røseth et al., 2023), hvorav 22% av kvinnene i Lundell et al. (2015) hevdet at smertelindringen var utilfredsstillende. Røseth et al. (2023) viser til at kvinnene opplevde aborten mer smertefull enn forventet. Under abortprosessen mistet de kontrollen over egen kropp hvor de ikke bare kjente på smerte, men et stadie av hjelpeløshet hvor de ble lammet av smerte (Røseth et al., 2023). Det fremstod som en forventning at kvinner som valgte å gjennomgå medisinsk abort skulle lide som en normal del av prosessen og at dette var straffen for at de hadde vært uforsiktig med prevensjon (Røseth et al., 2023). Det var flere kvinner som rapporterte følelsen av at de var utmattet og

tappet av energi, og synkoperte av den overveldende mengde inntrykk (Røseth et al., 2023). Kvinnene som rapporterte inn intense smerter, var også de kvinnene som var mest utilfreds med abortprosessen (Lundell et al., 2015).

En gruppe kvinner reflekterte over om opplevelsen av intensiteten av smerte kunne blitt redusert dersom aborten hadde foregått på sykehus, istedenfor hjemme (Aamlid et al., 2021). Ved å utføre prosessen på sykehus var man omgitt av kompetente fagfolk som kunne veilede og betrygge da det oppstod usikkerhet (Aamlid et al., 2021). Andre følte ingen forskjell på opplevelsen av smertelindring etter hvor aborten ble utført (Lundell et al., 2015), og noen var mer fornøyd med å gjennomføre prosessen hjemme i trygge og kjente omgivelser (Aamlid et al., 2021 & Lundell et al., 2015).

Georgsson et al. (2019) avdekket frykt for det psykiske aspektet i etterkant av abortprosessen. Kvinner fortalte om bekymring og redsel for angst på avgjørelsen i ettertid, emosjonell påkjenning og uventede følelser som sorg, depresjon, frakobling, ensomhet, frykt, skam, tomhet og panikk (Georgsson et al., 2019).

### **3.4 Møte med helsepersonell**

I flere av forskningsrapportene kommer det frem at kvinnene fikk uforventet dårlig behandling og manglende støtte av helsepersonell (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Kjelsvik et al., 2021; Lundell et al., 2015; Røseth et al., 2023). 22,3% av kvinnene som hadde tatt abort følte på manglende respekt fra helsepersonell (Lundell et al., 2015). Kvinner hadde en frykt for hvordan helsepersonell ville oppleve og behandle dem (Georgsson et al., 2019). Flere enn  $\frac{1}{3}$  av deltakerne i studien til Georgsson et al. (2019) rapporterte om møter med helsepersonell og sykepleiere som var kaldhjertet, ufølsomme og uprofesjonelle, noe som gjorde den allerede sårbare situasjonen de sto i vanskeligere. Flere kvinner ga uttrykk for vanskeligheter med å ta kontakt med sykehuset, ettersom barrieren de møtte ved den første samtalen var så høy at det ble for belastende for kvinnene å ta kontakt ved usikkerhet (Aamlid et al., 2021). Flere følte på en frarøvelse av autonomien sin ettersom helsepersonell tok avgjørelser uten å inkludere den abortsøkende kvinnen (Kjelsvik et al., 2021).



### 3.5 Forbedring av abortomsorgen

Konklusjonen i flere av de representerte forskningsrapportene kom frem til at abortomsorgen trenger sårt å bli bedre (Aamlid et al., 2021; Kjelsvik et al., 2021; Røseth et al., 2023). Viktigheten rundt realistisk informasjon om smertens type og intensitet, samt tilstrekkelig smertestillende er avgjørende for å oppnå abortomsorg med høy kvalitet, konkluderer Røseth et al. (2023) i sin studie. Det trekkes frem at adekvat psykologisk støtte kan påvirke smerteopplevelsen, det kan dermed være hensiktsmessig å integrere dette som en del av smertelindring og behandling (Røseth et al., 2023). Søkelyset bør bli mer satt på den mentale helsen og ikke bare det fysiske aspektet ved abortprosessen (Aamlid et al., 2021).

Informasjon i forkant av medisinsk abort trenger markant forbedrelse, spesielt i forhold til opplevelse av smerte og blødning (Aamlid et al., 2021). Flere følte på manglende tilbud om oppfølging og psykososial støtte i ettertid (Georgsson et al., 2019 & Aamlid et al., 2021). Abortprosedyren bør bli en helhetlig behandling, i form av informasjon, støtte og oppfølging (Aamlid et al., 2021). Dette kan gi kvinnene en følelse av trygghet, ivaretagelse og velvære (Aamlid et al., 2021). Kjelsvik et al. (2021) viser til avgjørende faktorer for god abortomsorg, som kommunikasjonsferdigheter, sensitivitet, inkludering og å møte kvinnenes individuelle behov. Aamlid et al. (2021) foreslår tilbud om oppfølgingstime til kvinner som gjennomfører abortprosessen hjemme.

## 4. Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil tidligere forskningsfunn, teori og faglitteratur anvendes og drøftes opp mot oppgavens problemstilling.

### 4.1 Du er sist på prioriteringslista

“Ja, du er sist på prioriteringslista, så du får bare sitte og vente. Det kan hende du må vente hele dagen. På venterommet, men sånn er det.” (Sommerseth et al., 2022). Slik blir en kvinne i studien møtt når hun ringer inn til sykehuset for å bestille time til en eventuell abort (Sommerseth et al., 2022). Et slikt møte baseres ikke på sykepleiers verdier som empati, respekt, omsorg, integritet og medfølelse (NSF, 2023). Kvinnene som måtte oppleve å bli møtt med et slikt helsevesen får ikke det de har rett på. Retten til høyest mulig oppnåelig standard for fysisk og psykisk helse, inkludert seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (WHO, 2022, s. 46). Ved å adaptere en grunnleggende holdning fra recoveryprosessen om at vi alle er en del av den samme menneskeheten med like rettigheter, uavhengig av våre utfordringer og individuelle erfaringer (Borg et al., 2013, s. 10), kan dette gi muligheten til et likestilt møte mellom abortsøkende kvinner og sykepleiere. Vi alle har ressurser, kompetanse og vekstpotensial (Borg et al., 2013, s. 10), men det er måten man blir møtt på av sykepleiere i aborttjenestene som kan fremme eller hemme det.

Som nevnt i analysen kan vi se at det er delte meninger om kvinnenes tilfredshet om å avslutte svangerskapet på sykehus eller i hjemmet (Aamlid et al., 2021; Lundell et al., 2015). Noen mente at det var uforsvarlig å bli sendt hjem med intense smerter (Røseth et al., 2023), men på den andre siden var det noen som syntes det var tryggere å avslutte den i kjente omgivelser (Aamlid et al., 2021; Lundell et al., 2015). Derimot var det noen kvinner som avsluttet den medisinske aborten på fødeavdelingen med nyfødte barn vegg i vegg, noe kvinnene følte var ubarmhjertig og impertinent (Georgsson et al., 2019). Ved å skape hyggelige, respektfulle og innbydende omgivelser, kan sykepleiere fremme kvinners selvstyring (Slade, 2017, s. 38).

Mange kvinner søker etter det samme behovet for omsorg ved abort som ved fødsel, med forbehold om ulike tilpasninger, forutsetninger og rammer (Althuler et al., 2017). Dette betyr

nødvendigvis ikke at kvinnene ønsker å bli plassert på føde- og barselavdelingen, men mer om hvordan sykepleieren gir den individualiserte pleien og omsorgen. Sykepleierne skal handle etter de yrkesetiske retningslinjene hvor det presiseres at sykepleieren skal respektere pasientens integritet og sårbarhet (NSF, 2023), men ved å høre barns første skrik og lykkelige familier på naborommet, blir ikke kvinnene beskyttet mot sterke emosjonelle påkjenninger. Georgsson et al. (2019) påpeker at kvinner var redde for å føle på anger etter at abortprosessen var påbegynt, og følelser som sorg, panikk og depresjon. Det kan tenkes at utførelse av provosert abort i slike omgivelser kan gi stor emosjonell belastning presens og i ettertid. Forekomsten av depresjon var høyere hos kvinner som hadde utført provosert abort enn dem som hadde født (Jacob et al., 2019). Studien presiserer at det kreves mer forskning på sammenheng mellom induisert abort og psykiske lidelser, ettersom det ikke har blitt påvist en klar årsak til dette (Jacob et al., 2019). Kan statistikken over kvinner som får psykiske ettervirkninger endres dersom kvaliteten på abortomsorgen forbedres?

Opsahl (2013) viser til at kvinner som hadde gjennomgått provosert abort hadde mer lanvarige reaksjoner i form av angst og depresjon, enn dem som gjennomgikk spontanabort. Det viser seg at kvinner som selv hadde negative holdninger til svangerskapsavbrytelse var mer utsatt for psykiske reaksjoner i ettertid, og dette kan kobles til at kvinnene går mot egne verdier (Opsahl, 2013). Man kan reflektere over om abortomsorgen til kvinner som opplever spontanabort er mer ivaretagende og respektfull, enn til kvinner som tar provosert abort.

Kvinner som velger å gjennomføre svangerskapsavbrudd kan møte på en rekke ulike utfordringer knyttet til stigma innenfor helsevesenet. Stigmatisering innebærer at et individ blir uønsket eller ekskludert fra sosial aksept grunnet avvikende egenskaper eller kjennetegn som avviker fra det etablerte og velkjente (Goffman, 1986, s. 11). Kvinner opplever abort som en stressende livshendelse, uavhengig om det er gjennom spontan- eller provosert abort (Opsahl, 2013), og begge parter fortjener å bli behandlet rettfærdig og få omsorgen de har behov for av sykepleiere og andre innad i aborttjenestene.

#### 4.2 Fra dødsstraff til dømmende stillhet

Man kan si at Norges aborthistorie har bidratt til stigmatisering og skam rundt selvalgt abort. Fra andre halvdel av 1600-tallet frem til siste halvdel av 1800-tallet var det dødsstraff for provosert abort (Lønnå & Garvik, 2024). I 2011 kom det frem at flere kvinner som oppsøkte fastlegen om hjelp til abort, prevensjon eller assistert befruktning ble avvist (Lønnå & Garvik, 2024). Selv om vi nå har kommet en lang vei siden da og fått en lov om svangerskapsavbrudd, kan det tenkes at det enda er negative holdninger og fordommer mot kvinner som velger provosert abort. Gunhild Haugdal uttrykker at kvinner kanskje har frihet til å bestemme selv om de skal utføre abort, men at det er en lang vei å gå før norske kvinner føler de har en moralsk rett til å ta abort (Holm & Hansen, 2023, s. 83). Kvinnene visste at valget om svangerskapsavbrudd var fullt lovlig, men samtidig fikk de en følelse av skam (Georgsson et al., 2019; Sommerseth et al., 2022).

“Vi ser at det har vore ein del saker i media i det siste om nedgang i bruk av hormonell prevensjon blant unge, og Apotekerforeninga har stadfesta at salet har gått ned. Redusert bruk av hormonell prevensjon heng ofte saman med auka aborttal, uttalar Løkeland-Stai” (Folkehelseinstituttet, 2024). Abortregisteret i Folkehelseinstituttet viser økt aborttall (Løkeland-Stai, 2024). I flere år har aborttallene vært historisk lave, men fra 2022 begynte de å stige (Løkeland-Stai, 2024). Med en økende forekomst av aborter (Løkeland-Stai, 2024), kan det resultere i en økning av kvinner som søker mot aborttjenester. Kvinner opplever fordomsfulle holdninger og kommentarer som “vet du ikke hvordan du blir gravid?” i møte med aborttjenester (Sommerseth et al., 2022). Ved å ytre slike kommentarer til pasienter bidrar man til å sette merkelapper på pasienter og kan undergrave deres reelle oppfattelse av egen situasjon. Ved å oppnå gode møter mellom den som søker hjelp og den som skal hjelpe, er avgjørende i en recoveryprosess (Karlsson & Borg, 2023, s. 102). Det kan bidra til at abortsøkende kvinner kan oppleve at sykepleiere vil de vell (Karlsson & Borg, 2023, s. 102). Vi ser også at abortsøkende kvinner hadde en frykt for dårlig og respektløs behandling av helsepersonell (Georgsson et al., 2019).

Dypt forankret stigma rundt abort kan skape en negativ holdning, samt fordommer mot disse kvinnene (Sommerseth et al., 2022). Institusjonelle begrensninger, som for eksempel

reservasjonsrett eller mangel på tilgjengelige ressurser kan hindre en helhetlig og individuell tilnærming til støtte og omsorg. Negative holdninger til abort finnes både innad i helsevesenet, men også i samfunnet. Stigma fører ofte til at kvinner velger å holde aborten for seg selv, gjerne i mange år før de snakker om det (Sommerseth et al., 2022).

Helsepersonell som har alvorlige samvittighetskonflikter med å utføre eller assistere ved aborter, har mulighet til å reservere seg mot det, etter den norske abortforskriften (Abortforskriften, 2001, § 15). Ved medikamentell abort gjelder dette selve utførelsen av avbruddet, herunder rekvirerer eller ordinerer medikamentene, og ikke for stell og pleie før, under og etter svangerskapsavbruddet (Abortforskriften, 2001, § 15). Det er fortalt om sykehus som kun har hatt mulighet til aborter en gang i uken grunnet høyt antall reservasjoner, og rengjøringspersonale som ikke har ønsket å vaske når det var snakk om abort (Austveg, 2017, s. 105). Man kan undre på om reservasjonsretten kan bidra til å gi kvinnene en følelse av stigmatisering, skam og skyld, eller om det er for å beskytte dem.

#### **4.3 Frarøvelse av autonomi**

Fra studien til Kjelsvik et al. (2021) kommer det frem at helsepersonell tar ulike avgjørelser på vegne av kvinnene basert på oppfattelsen av deres alder og tilstand, og noen av kvinnene følte på frarøvelse av autonomi. Det er essensielt at sykepleiere gir rom for kvinnene til å bevare og underbygge sin autonomi som en del av prosessen. Å danne en relasjon mellom gjeldende person og sykepleiere som baseres på tillit og gjensidighet er en veletablert forståelse i recoveryprosessen (Karlsson & Borg, 2023, s.15). Vi ser altså at tillit til sykepleierne kan svekkes dersom det tas valg om den abortsøkende kvinnen, uten inkludering av henne selv (Kjelsvik et al., 2021).

I stortingsmeldingen "Om fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet" presiseres det at pasientenes behov skal settes i sentrum ved utvikling av helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 26 (2014-2015)). Stortingsmeldingen fokuserer på primærhelsetjenesten, men vi ser viktigheten av dette i spesialisthelsetjenesten også. Utsagnet "Ingen beslutninger om meg, tas uten meg" kreves det endringer for å oppnå (Meld. St. 26 (2014-2015)). Sentrale elementer i recoveryprosessen er myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv (Karlsson & Borg, 2023, s.13). Derfor er dette et utsagn som plasserer seg i

recoverytradisjonen, hvor det spesielt blir vektlagt den grunnleggende retten til å uttrykke egne meninger og synspunkter, samt ha en reell innflytelse på egen situasjon (Karlsson & Borg, 2023, s.44). Brukermedvirkning er en sentral del av den grunnleggende sykepleien, men også en lovfestet rettighet som helsepersonell og sykepleiere regulerer seg etter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Formålet med brukerrettighetsloven er for å sikre at befolkningen får lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker, samt støtte opp sosial trygghet, respekt, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

Som tidligere nevnt, når valget om utførelsen av medikamentell abort er tatt, er det kvinnen sitt valg om hun ønsker å utføre den på sykehus eller i hjemmet (Sommerseth et al., 2022) etter pasientrettighetsloven § 2-4 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-4). Det fremvises lite i forskningen som blir representert, at kvinnene faktisk får valget om hvor de ønsker å gjennomføre aborten. På informasjonssiden om medikamentell abort til Akershus Universitetssykehus, står det følgende: "I spesielle tilfeller kan medikamentell abort på sykehus gjennomføres mellom uke 9 og 12 dersom det er kapasitet på avdelingen" (Akershus universitetssykehus, u.å.). At kapasitetsbegrensninger skal ha innflytelse på kvinners rettigheter er bemerkelsesverdig. En av informantene til Sommerseth et al. (2022) fortalte at da hun fikk valget, ble det representert som at hun bare skulle ta noen tabletter, og om det var det samme om hun skulle gjøre det på sykehus eller hjemme. Sommerseth et al. (2022) påpeker også at muligheten for medikamentell hjemmeabort kan fremme kvinnens autonomi, gitt at kvinnene får tilstrekkelig informasjon og hvordan kvinnene opplever møtet med helsepersonell i forkant.

Fra og med første studieår av sykepleie blir man lært de etiske prinsippene. Ett av disse er ikke-skade-prinsippet (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 106). Ved å ta en avgjørelse angående pasienter basert på egen oppfatning, kan sykepleieren tro at dette er det riktige valget, selv om det kanskje ikke er det. Sykepleierne sin intensjon er å beskytte kvinnene og gjøre situasjonen mindre belastende (Kjelsvik et al., 2021), men ved å bedømme kvinnen som sårbar, kan denne vurderingen føre til at hun blir ansett som ikke egnet til å ta avgjørelser selv og infaniliseres (Austveg, 2017, s. 110).

#### 4.4 Lidelse som en del av prosessen

Det er gjennomgående at helsepersonell har begrenset fokus på kvinnenes helhetlige helse ved å ha primærfokus på det kroppslige (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Lundell et al., 2015; Røseth et al., 2023). Det er blitt poengtert at studier viser helsepersonells ivaretagelse av kvinners fysiske behov er gunstig (Petersen et al., 2018) eller at kvinner uttrykker at det kun er fokus på det fysiske aspektet (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Lundell et al., 2015; Røseth et al., 2023). På tross av dette fremstår det likevel som at det er forventet at kvinner som utfører medikamentell abort skal lide under sterke smerter som en del av prosessen (Røseth et al., 2023). I presentert litteratur blir det opplyst om mangelfull informasjon om intensiteten av smerter, uhåndterbare smerter og utilstrekkelig smertelindring (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019; Hedqvist et al., 2016; Lundell et al., 2015; Røseth et al., 2023; Sommerseth et al., 2022). Det er underlig at med dette sterke fokuset på fysiske reaksjoner, at smerter fremdeles er et vedvarende og betydelig problem i abortomsorgen. Aamlid et al. (2021) påpeker at kvinner har et behov for å få informasjon i forkant, i forhold til hva å forvente av smerter og blødning.

Ifølge WHO er smertebehandling et viktig folkehelseproblem, abortsmerter ser imidlertid fortsatt ut til å være et neglisjert problem (Lundell et al., 2015). En av artiklene tar opp at sykepleiere blir utfordret på de etiske prinsippene om å ikke skade pasienten ved å tilbakeholde ultralydbilde for kvinnene (Kjelsvik et al., 2021), men det samme gjelder ved å ikke dekke behovene om tilstrekkelig smertelindring til kvinner som har smerter. Det kan være organisatoriske forhold som dårlig bemanning, vanskeligheter med å få tak i lege som kan ordinere medikamenter eller mangel på kompetanse som gjør at det går på bekostning av kvaliteten på abortomsorgen. Helsedirektoratet fremhever at begrenset liggetid på sykehus og lav bemanning gjør det utfordrende å gi tilstrekkelig ivaretagelse av psykologiske og emosjonelle behov, samt bygge en relasjon til pasientene (Helsedirektoratet, 2023a, s. 15). Dermed er det mest fokus på å ivareta fysiologiske behov (Helsedirektoratet, 2023a, s. 15). I recovery legges det stor vekt på medmenneskelighet, likeverd, anerkjennelse og samarbeid (Karlsson & Borg, 2023, s. 102-103). Sykepleierne kan plassere seg selv i skoene til kvinnene, og dermed spørre seg selv hva de selv ville hatt behov for (Karlsson & Borg, 2023, s. 102). Ved å gjøre dette viser man en likeverdig relasjon som bygger på medfølelse og anerkjennelse. I en relasjon mellom den abortsøkende kvinnen og sykepleieren, anses dette

som en hjelperelasjon. Kvinnen som søker hjelp er sårbar, og sykepleieren skal være behjelpelig (Karlsson & Borg, 2023, s. 104-105). Dette kan medføre vanskeligheter med å skape en likeverdig relasjon. Den gode relasjonen kan komme av at sykepleiere engasjerer seg, snakker med og lytter til kvinnene som er sårbare og er i en krevende situasjon (Karlsson & Borg, 2023, s. 102).

#### 4.5 Ingen rutinemessig etterkontroll

Flere kvinner som har gjennomgått provosert abort har følt på utilstrekkelig støtte og oppfølging i etterkant (Aamild et al., 2021; Georgsson et al., 2019). Aborter som utføres før uke ni har ingen rutinemessig etterkontroll, tilsvarende er det mellom uke ni til tolv, med mindre det ikke er visualisert svangerskapsprodukter i abortprosessen (Helsedirektoratet, 2023a, s. 6-7). Det anbefales derimot etterkontroll for kvinner som tar abort grunnet forsteravvik (Helsedirektoratet, 2023a, s. 6-7). Hver avdeling anbefaler å lage egne prosedyrer og legge opp til ulike alternativer (Helsedirektoratet, 2023a, s. 6-7). Det kan debatteres om individuelt ansvar hos avdelinger kan gi konsekvenser i form av at kvinner får svært varierende abortomsorg etter hvor de kommer til. Skal det være forskjell på en kvinne bosatt i nord eller sør, eller på forskjellige sykehus innad samme by? Skal det være et krav om at fosteret har avvik for at en etterkontroll skal finne sted? Oppgaven presiserer at den ikke differensierer ulike bakgrunner for valget om å ta provosert abort, og kanskje sykepleiere, annet helsepersonell og nasjonale retningslinjer skulle redusert graden av differansiering for å åpne opp for en inkluderende abortomsorg?

Dagens nyhetsbilder preges av en het debatt om abortloven. Tidligere statsminister og lege, Gro Harlem Brundtland støtter den tidligere helseministeren Ingvild Kjerkol om utvidelsen av selvbestemt abort (Skarvøy & Johnsen, 2024). Samtidig ønsker hun flere endringer innen abortomsorgen. Ønskelige endringer dreier seg om innføring av før- og/eller ettersamtale som en rettighet for kvinner som ønsker abort, samt en tilsvarende plikt fra helsepersonell (Skarvøy & Johnsen, 2024). Det kommer også et forslag på å innføre et standardisert pasientforløp for abort etter nasjonal faglige retningslinjer (Skarvøy & Johnsen, 2024). Slike endringer kan gi et løft i abortomsorgen, og gi mulighet for å tilby den hjelpen kvinnene etterspør i presenterte studier (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., Hedqvist et al., 2016;



2019; Jacob et al., 2019; Kjelsvik et al., 2021; Lundell et al., 2015; Mainey et al., 2020; Petersen et al., 2018; Røseth et al., 2023; Sommerseth et al., 2022).

Alle som gjennomgår provosert abort har sin egen opplevelse og historie. Det er ikke uvanlig at tanker og følelser kan blusse opp i etterkant av aborten (Georgsson et al., 2019), og da kan det være viktig å ha noen å snakke med. Det er flere som verken ønsker å snakke med familie eller venner etter gjennomført svangerskapsavbrudd, siden temaet er tabu- og skambelagt (Sommerseth et al., 2022). Jacob et al. (2019) viser til at studier har store mengder litteratur som referer til at en betydelig andel av dem som gjennomgår provosert abort, har vanskeligheter med å håndtere hendelsen. Da kan det være fint å snakke med en utenforstående som har taushetsplikt for å få hjelp til å bearbeide, sortere tanker og følelser og få svar på spørsmål (Amathea, 2024a). For å fremme recovery kan sykepleiere støtte kvinnene og oppfordre til refleksjon over og skape mening med krisen de har gjennomgått (Slade, 2017, s. 49). Veileder til forskriften om svangerskapsavbrudd i dag presiserer i § 2 at kvinner som ønsker informasjon og veiledning både før og etter aborten skal bli opplyst om samfunnets tilbud (Helsedirektoratet, 2023b). På nåværende tidspunkt har ikke helsevesenet noen klare retninglinjer som tar for seg oppfølging av kvinner som gjennomgår provosert abort. Kvinnene blir oppfordret til å ta en graviditetstest 4 uker senere på eget ansvar for å se om aborten har vært fullstendig (Helse Bergen, 2021; Sommerseth et al., 2022).

Det er lite til ingen oppfølging av kvinnenes mentale helse etter gjennomføringen innad den primære aborttjenesten. Det er flere sykehus som henviser til Amatheas stiftelsen (Akershus universitetssykehus, u.å.; Helsedirektoratet, 2023a, s. 8-9). Stiftelsen Amatheas er den eneste landsdekkende helsetjenesten i Norge som tilbyr oppfølging før, under og etter abort (Amatheas, 2024b). Ut fra forskningene oppgaven presenterer, kommer det ikke frem at informantene har blitt informert om Amatheas eller lignende organisasjoner. Dette kan tolkes som mangel på informasjon til kvinnene om mulighetene for oppfølging, selv etter at det kommer frem funn av at flere kvinner i studiene (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019) savnet et slikt tilbud. Aamlid et al. (2021) presiserer at kvinner som gjennomgår abort hjemme, bør få tilbud om en oppfølgingstime etter prosessen. En studie fra Sverige som gir aborttjenester til tenåringer viser til at de henviste jentene videre for å skreddersy forebyggende omsorg for dem, slik at de kunne jobbe gjennom følelsene sine, og vurdere

konsekvensene av å avslutte et svangerskap (Mainey et al., 2020). Emosjonell og moralsk støtte, samt muligheten til informasjon om psykiske reaksjoner for å være forberedt, er viktige faktorer for kvinner i abortprosessen (Helsedirektoratet, 2023a, s. 15). Ved å lytte til kvinnen uten å fordømme, samt godta kvinnen for den personen hun er kan være en strategi for å fremme håp (Slade, 2017, s. 34).

Det fremheves at informasjonen burde vært mindre rutinepreget og mer personsentrert (Helsedirektoratet, 2023a, s. 15). Etter de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere presiseres det blant annet at sykepleierne skal sikre kommunikasjon og informasjon (NSF, 2023). Ved å følge prosedyrer blindt kan dette begrense mottakeren sin følelsen av ivaretagelse og personsentrert omsorg (Karlsson & Borg, 2023, s.102). Ved å bruke seg selv terapeutisk kan dette fremme optimaliseringen av omsorg i møte med aborttjenester. Kjelsvik et al. (2018) fremhever at norske sykepleiere gjorde nettopp dette, de brukte seg selv terapeutisk (Kjelsvik et al., 2018). De endret språk for å ikke virke konfronterende, forholdt seg nøytralt til kvinnens valg og forberedte dem på prosedyren (Kjelsvik et al., 2018). I veilederen til abortforskriften § 2 presiseres det at helsearbeideren skal fremstå nøytral og rettferdig i ens tilnærming, hvor pasientens rett til informasjon og veiledning skal respekteres og oppfylles (Abortforskriften, 2001, § 2; Helsedirektoratet, 2023b).

## 5. Konklusjon

For å forbedre abortomsorgen er det fundamentalt å inkludere kvinnenes erfaringer. Ved å inkludere deres opplevelser kan omsorgen tilpasses og dermed sikre en helhetlig tilnærming. Det er flere funn som tilsier at kvinner ønsker en helhetlig behandling som legger vekt på det psykiske og fysiske aspektet (Aamild et al., 2021; Altshuler et al., 2017; Petersen et al., 2018; Røseth et al., 2023; Sommerseth et al., 2022). Ved å implementere recovery perspektivet som en del av abortomsorgen, kan sykepleiere og annet helsepersonell adaptere en holdning som angår å møte, og se kvinnene som medmennesker (Borg et al., 2013, s.10). Ved å legge til rette for et møte basert på denne grunnholdningen og NSF sine yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2023), kan dette fremme et likestilt møte mellom den abortsøkende kvinnen og sykepleieren. Recoveryperspektivet kan fremme kvinners følelse av anerkjennelse, verdighet og respekt (Karlsson & Borg, 2023, s.102-103). Det er essensielt å gi tilstrekkelig informasjon om medikamentell abort innledningsvis. Realistisk informasjon kan gi kvinnene en bedre forståelse av hva de kan forvente før og etter en abort, samt redusere usikkerhet og gi en følelse av forberedthet.

For å kunne underbygge kvinnenes autonomi, må sykepleiere og annet helsepersonell som yter abortomsorg gi rom for kvinnene til å ta egne beslutninger basert på sin individuelle situasjon og behov. Ved å myndiggjøre og gi kontrollen til kvinnene kan dette gi tryggere rammer til å uttrykke egne meninger og synspunkter (Karlsson & Borg, 2023, s.44). Dette bidrar til å bygge tillit og gjensidighet mellom kvinnen og involvert helsepersonell (Karlsson & Borg, 2023, s.15). Dette kan medføre en følelse av trygghet, respekt og personsentrert omsorg, som er en del av komponentene for høy kvalitet innen abortomsorgen (WHO, 2022, s. 21). For å sikre kvinner en helhetlig abortomsorg er det videre viktig å tilby tjenester som inkluderer omsorg etter gjennomgått svangerskapsavbrytelse. Flere funn påpeker nødvendigheten med oppfølging av kvinnene etter endt abortprosess (Aamlid et al., 2021; Georgsson et al., 2019), og burde implementeres som en mulighet for kvinner som gjennomfører medikamentell abort hjemme eller på sykehus.

## 6. Referanseliste

- Aamlid, I. B., Dahl, B. & Sommerseth, E. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures - A qualitative study. *Sexual & reproductive Healthcare*, 27, 100582.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>
- Abortforskriften. (2001). *Forskrift om svangerskapsavbrudd* (FOR-2001-06-15-635). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635>
- Abortloven. (1975). *Lov om svangerskapsavbrudd* (LOV-1975-06-13-50). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>
- Akershus universitetssykehus. (u.å.). *Medikamentell abort på sykehuset*. Hentet 19. mars 2024 fra <https://www.ahus.no/behandlinger/medikamentell-abort-pa-sykehuset/>
- Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. D. & Freedman, L. R. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine*, 9, 109-116.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.010>
- Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Samlaget.
- Amathea. (2024a). *Etter abort*. Hentet 17. april 2024 fra <https://amathea.no/tjenester/etter-abort/>
- Amathea. (2024b). *Om Amathea*. Hentet 17. april 2024 fra <https://amathea.no/om-amathea/>
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzels Forlag.
- Askheim, O. P. & Andersen, J. (2023). *Brukermedvirkningens mange ansikter*. Fagbokforlaget.
- Austveg, B. (2017). *Abort: en etisk argumentasjon*. Humanist forlag.

Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care : A practical guide.*

McGraw-Hill Education

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling* (ISBN 978-82-7570-347-5). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

<https://web-p-ebshost-com.galanga.hvl.no/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlymtfXzMzMjYyNTdfX0FOO?sid=5cf2db27-dd7b-4f86-83e0-2ae0a1f1a9c3@redis&vid=0&format=EK&lpid=navPoint-3&rid=0>

Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018). Kva er forskningsetikk?.

<https://www.forskningsetikk.no/om-oss/kva-er-forskningsetikk/>

DN. (2024, 4. april). DN mener: På tide med en ny abortlov. *Dagens næringsliv, DN leder.*

<https://www.dn.no/leder/politikk/helse/kvinner/dn-mener-pa-tide-med-en-ny-abortlov/2-1-1621313>

Folkehelseinstituttet. (2018, 23. oktober). *Om abortloven.* Hentet 12. mars 2024 fra

<https://www.fhi.no/op/abortregisteret/om-abortloven/>.

Folkehelseinstituttet. (2024, 7. mars). *Aborttala går opp – auker mest blant dei under 30 år.*

<https://www.fhi.no/nyheter/2024/aborttala-gar-opp--auker-mest-blant-dei-under-30-ar/>

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*

(LOV-2017-04-28-23). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikk>

Garrido, E. V. M. & Igland, M. B. (2023). Kunnskapsbasert abortdebatt. *Bergens Tidende.*

<https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/P4VPz6/abortdebatten-har-altfor-lenge-handlet-om-kvinner-moral>

Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(5), 380-389. DOI: 10.1080/13625187.2019.1647334

Goffman, E. (1986). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*. Touchstone.

Hafstad, A. (2023, 24. februar). Vi må skrike høyere om kvinnehelse!. *Sykepleien*.

<https://sykepleien.no/meninger/2023/01/vi-ma-skrike-hoyere-om-kvinnehelse>

Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 9, 48–54.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.srhc.2016.07.003>

Hegedus, J., Butler, K., Erigero, L. & Wulandari, F. (2022, 21. juli). *Our bodies, our choice, our stories*. Jci worldwide inc.

<https://www.jcipr.com/post/our-bodies-our-choice-our-stories>

Helse Bergen. (2021). *Til deg som skal utføre medikamentell abort heime* [Brosjyre].

<https://www.helse-bergen.no/4a2444/siteassets/seksjon/kvinneklubben/documents/infoskriv-medikamentell-abort-heime.pdf>

Helsebiblioteket. (2016, 24. oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuel/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis: 4. kritisk vurdering*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

- Helsedirektoratet. (2023a). *Kunnskapsinnhenting for abortutvalget: Helsedirektoratets svar på oppdrag TTB2022-52 fra Helse- og omsorgsdepartementet.*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/a61baf6ed624062ab7ab20b16114249/no/sved/04vedlegg4.pdf>
- Helsedirektoratet. (2023b, 17. februar). *Abort (svangerskapsavbrudd): veileder til forskrift.*  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift/om-fremsettelse-og-behandling-av-begjaering-om-svangerskapsavbrudd#paragraf-2-informasjon-og-veiledning-til-kvinnen>
- Helsenorge. (2023, 29. juni). *Abortmetoder.*  
<https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/#medikamentell-abort>
- Holm, J. & Hansen, V. B. (2023). *Avbrutt: fortellinger om abort.* Res Publica.
- HVL. (u.å.). *Søk etter fagressurser.* Hentet 12. januar 2024 fra  
<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressurser/>
- Jacob, L., Kostev, K., Gerhard, C. & Kaldder, Matthias. (2019). Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany. *Journal of Psychiatric Research*, 114, s. 75-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.022>
- Johansen, L. B. (2023). *Diagnose: Kvinne: Hvordan kvinnehelse havnet i medisins blindsoner.* Forlaget Manifest.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2023). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser (utg. 2).* Gyldendal.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T, Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 4192–4202.  
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.14612>

- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2021). Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges. *Nursing Ethics*, 29(2), 511-522.  
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/09697330211051009>
- Kongehuset. (2024, 8. mars). *Kvinner innen global helse*.  
<https://www.kongehuset.no/tale.html?tid=225659&sek=26947>
- Kristoffersen, N. J. (2021). Helse og sykdom: utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 79-135). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier: verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, P. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (3. utg., s. 89-138). Gyldendal.
- Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 542–548.  
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1471-6712.2010.00862.x>
- Lundell, I. W., Öhman, S. M., Poromaa, I. S., Högberg, U., Sydsjö, G. & Svanberg, A. S. (2015). How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20:3, 211-222,  
<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.1002032>
- Løkeland-Stai, M. (2024, 7. mars). Aborttall for Norge. I *Folkehelseinstituttet*. Hentet 12. mars 2024 fra  
<https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort--fakta-med-statistikk/#talet-p-svangerskapsavbrot-blant-dei-under-25-er-stigande>
- Lønnå, E. & Garvik, O. (2024, 9. april). Abortkampen. Store norske leksikon.  
<https://snl.no/abortkampen>



Mainey, L., O'Mullan, C., Reid-Searl, K., Taylor, A. & Baird, K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1513-1526. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.15218>

Meland, S. I. (2019, 20. februar). Abort: Noen våger ikke engang snakke med sin egen mor. *Forskning.no*.  
<https://www.forskning.no/ntnu-partner-svangerskap/abort-noen-vager-ikke-engang-snakke-med-sin-egen-mor/1293607>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>

NAPHA. (2024, 5. februar). *Recovery*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.  
<https://napha.no/content/13883/recovery>

Nesheim, B. I. (2024, 6. mars) *Abort*. Store medisinske leksikon. Hentet 11. mars 2024 fra  
<https://sml.snl.no/abort>

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.

NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>

NSF. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Opsahl, A. M. D. (2013). Får angst og depresjon etter abort: Mange kvinner får psykiske reaksjoner etter spontan eller provosert abort. *Sykepleien forskning*, 2013;101(8):70-72. 10.4220/sykepleiens.2013.0074

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Petersen, M. N., Jessen-Winge, C., & Møbjerg, A. C. M. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBISRIR-2017-003344*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.11124/JBISRIR-2017-003344>
- Riksdagen. (2013). *Abortlag (1974:595)*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595\\_sfs-1974-595/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595/)
- Rognsaa, A. (2020). *Bacheloroppgaven: skriveråd og regler for utformingen* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Røseth, I., Lyberg, A.M., Sommerseth, E., Sandvik, B. M. & Dahl, B. (2023). "Out of This World": Norwegian Women's Experiences of Medical Abortion Pain. *J Multidiscip Healthc*, 4;16:889-898, doi: 10.2147/JMDH.S399209.
- Skarvøy, L. J. & Johnsen, J. H. (2024, 20. mars). Abortloven: Slik vil Gro revolusjonere kvinners rett til selvbestemt abort. *TV2, nyheter*. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/slik-vil-gro-revolusjonere-kvinnens-rett-til-selvbestemt-abort/16551742/>
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery* (NAPHA Rapport 2/2017). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/multimedia/7492/rapport-2-2017-nett.pdf>
- Sommerseth, E., Sandvik, B., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien forskning*, 2022; 17(89883):e-89883. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.89883
- Strand, R. (2022). Hva er forskningsetikk? Smale og brede forståelser. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/forskning-samfunn/forskningsetikkens-politikk/>

Tennes, R. S. (2018, 29. mai). *Kvinners rettigheter i Tyskland*.

[https://snl.no/Kvinners\\_rettigheter\\_i\\_Tyskland](https://snl.no/Kvinners_rettigheter_i_Tyskland)

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

WHO. (2022). *Abortion care guideline* [Brosjyre].

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>