

# Ivaretagelse av kvinner som gjennomfører provosert abort

*Hvilken betydning har personsentrert sykepleie for kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?*

Kandidatnummer: 628

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 7844

Dato: 3. januar 2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 3. januar 2023
Tittel Ivaretagelse av kvinner som gjennomfører provosert abort	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p><i>Hvilken betydning har personsentrert sykepleie for kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget presenteres teoretisk kunnskap om provosert abort på sykehus, personsentrert sykepleie som et rammeverk, sykepleierens funksjon og rolle i arbeidet, hva god kommunikasjon innebærer, samt om sykepleiefaglige rammer. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget vil ta utgangspunkt i pasientperspektivet.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er utført gjennom metoden generell litteraturstudie. Det er gjort et strukturert søk i databasen CINAHL. Litteratursøket besto av søkeordene «Abortion, Induced» AND «needs» AND [«Scandinavia» OR «Europe»]. Søket ga et smalt treff med 37 artikler totalt, hvorav fem artikler ble inkludert i litteraturstudien.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget drøftes opp mot resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene. Hovedelementene i rammeverket personsentrert sykepleie, forutsetninger, omgivelser, prosess og utbytte, er styrende for resultatdiskusjonen. Funn knyttet til kvinnes behov for bedre forberedende informasjon, betydningen av relasjonen mellom pleier og pasient og god kommunikasjon er et utdrag av hva som diskuteres.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Oppgaven konkluderer med at personsentrert sykepleie kan ha en stor betydning for kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus. Kvinnene har svært ulike opplevelser og derav også ulike behov knyttet til aborten. En individuell og tilpasset sykepleie er dermed essensielt for kvinnene.</p>	

(Totalt antall ord: 211)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.3	Hensikt og problemstilling .....	2
1.4	Avgrensning.....	2
1.5	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1	Provosert abort på sykehus.....	4
2.1.1	Medikamentell abort.....	5
2.1.2	Kirurgisk abort.....	6
2.2	Personsentrert sykepleie.....	6
2.3	Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon .....	8
2.4	Kommunikasjon.....	10
2.5	Sykepleiefaglige rammer .....	11
2.5.1	Lovverk.....	11
2.5.2	Retningslinjer.....	11
2.5.3	Etisk perspektiv .....	12
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>12</b>
3.1	Litteraturstudie .....	12
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	12
3.2.1	Avgrensninger i søket.....	12
3.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.2.3	Tabell for inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
3.2.4	Beskrivelse av søkeprosessen .....	13
3.2.5	Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler.....	14
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur .....	16
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>17</b>
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise .....	17
4.2	Syntese av resultatene.....	18
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>18</b>
5.1	Resultatdiskusjon.....	19
5.1.1	Forutsetninger.....	19
5.1.2	Omgivelser.....	19
5.1.3	Prosess .....	21
5.1.4	Utbytte .....	22
5.2	Metodediskusjon .....	23
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>25</b>
	<b>Referanseliste.....</b>	<b>27</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>32</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom samtaler med sykepleiere som jobber på gynekologisk avdeling der provoserte aborter utføres, opplevde jeg at abort var et betent tema i forhold til en rekke utfordringer. Blant annet ble det kommunisert at pasientbehandlingen av kvinner som gjennomfører provosert abort, omtrent oppleves som et «samlebånd». Det opplevdes slik grunnet kort liggetid på sykehuset, lite videre oppfølging og dårlig bemanning i forhold til pasienter. Dårlig bemanning førte til at sykepleierne hadde flere pasienter og opplevde derfor å ha lite tid til hver enkelt. Erfaringene tilsa et tydelig savn etter en mer personsentrert sykepleie med tid til oppfølging og samtale med kvinnene som har behov for dette.

Kvinner i Norge har siden loven om selvbestemt abort fra 1975 trådte i kraft, hatt en universell tilgang til selvbestemt abort frem til svangerskapsuke 12, og en begrenset tilgang til abort etter 12. uke i svangerskapet (Abortloven, 1975, §2). Slik har det ikke alltid vært i Norge, og det har vært en lang kamp for å fremme kvinnens selvbestemmelse av provosert abort (Lønnå & Garvik, 2021). Slik systemet fungerer i dag må kvinnen etter 12. svangerskapsuke søke en begjæring om abort, der en abortnemnd tar avgjørelsen om innvilgelse av begjæringen (Nesheim, 2018). Dersom abortnemnden avslår begjæringen, blir den automatisk anket til en sentral klagenemnd (Nesheim, 2018).

I det norske abortregisteret ble det i 2021 meldt 10 841 tilfeller av alle typer utførte svangerskapsavbrudd. Av disse ble 4,5 % utført kirurgisk og 95,5 % utført medikamentelt. I tillegg, ble 1096 begjærte aborter ikke utført av udefinerte årsaker. Til tross for en kontinuerlig synkende trend i antall utførte aborter i Norge de siste fjorten årene, er det fremdeles relativt høy forekomst (Folkehelseinstituttet, 2021).

Provosert abort har vært et politisk tema i Norge i mange år. I 2018 kom Kristelig folkeparti med to forslag som kunne føre til innskrenkninger av kvinners rett til selvbestemt abort, der det ene forslaget førte til lovendring i abortloven (Lønnå & Garvik, 2021). I 2021 fremmet det politiske partiet SV et vedtak om at nemndene bør avvikles slik at kvinnens selvbestemmelse utvides ut over 12. svangerskapsuke frem til barnets selvstendige levedyktighet oppstår (Sosialistisk Venstreparti, u.å.). I forskrift om svangerskapsavbrudd skal levedyktigheten, ved

normale forhold, antas å oppstå etter 22. svangerskapsuke (Abortforskriften, 2001, §18). Forslaget til SV førte ikke til noen ny endring i behandling av begjæringer om abort etter 12. svangerskapsuke.

Det politiske perspektivet og egen oppfatning av at fokus på kvinnehelse bør prioriteres i helsetjenesten og samfunnet, vekket min interesse for temaet. Oppgaven rettes mot kvinner som gjennomfører provosert abort, grunnet interessen jeg har for stigmaet og fordømmelsen disse kvinnene kan oppleve for å gjøre et privat valg over egen kropp. Samt interessen for hvordan personsentrert sykepleie kan være med på å ha en helsefremmende effekt for kvinner som tar abort.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

Som nevnt vil sykepleiere kunne arbeide på avdelinger der provoserte aborter utføres og utøve sin helsefremmende og forebyggende funksjon. Sykepleiere bør derfor ha kompetanse og forståelse for hvilken påkjenning det er for kvinnen å gjennomføre en provosert abort. Samtidig skal sykepleiere ha et bevisst forhold til egne holdninger og verdigrunnlag og opptre profesjonelt i arbeid med pasienten.

## **1.3 Hensikt og problemstilling**

Den overordnede hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver erfaringer og opplevelser kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus har. Basert på funnene, vil oppgaven se på hvilken betydning personsentrert sykepleie kan ha for kvinnene. Oppgaven kan være med på å belyse kvinnenens opplevelse av sykepleieres væremåte, holdninger og yrkesutøvelse ovenfor pasientgruppen og betydningen av personsentrert sykepleie. Problemstillingen er derfor som følger:

*Hvilken betydning har personsentrert sykepleie for kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?*

## **1.4 Avgrensning**

Oppgaven vil være avgrenset til betydningen av personsentrert sykepleie for de ulike behovene kvinner som gjennomfører provosert abort har. Videre vil oppgaven kun ta for seg provosert abort og ikke spontanabort. Spontanabort vil si et uventet svangerskapsavbrudd der

fosteret utstøtes før 22. svangerskapsuke (Helsenorge, 2021). Det avgrenses slik ettersom påkjenning, reaksjon og behov kan tenkes å være annerledes ved en spontanabort, og derfor kreve en ulik tilnærming fra sykepleier.

I tillegg, avgrenses oppgaven til kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus, fordi det er møtet mellom kvinnene og sykepleierne som er interessefeltet for oppgaven. Dermed utelukkes kvinner som gjennomfører medikamentell abort hjemme, ettersom det foregår uten sykepleier til stede. Konteksten er altså på en avdeling på sykehus, der kvinnen etter standard prosedyre reiser hjem etter noen timers opphold på sykehuset (Helsenorge, 2020a).

Utover dette har jeg ikke valgt å avgrense til noen spesifikk alder på kvinnene, årsak til aborten eller når i svangerskapet aborten gjennomføres. Dette skyldes mangel på nok forskning som skiller på dette. Ettersom det ikke avgrenses til når i svangerskapet aborten gjennomføres, vil ikke en mulig søknadsprosess til abortnemnden og den psykiske påkjenningen dette kan medføre vektlegges videre i oppgaven.

I den hensikt at det er den helhetlige opplevelsen til kvinnene jeg er interessert i, avgrenses det ikke til hvorvidt det er medikamentell eller kirurgisk abort som gjennomføres. Oppgaven avgrenses også til å ikke inkludere eller vektlegge barnefar, eller kvinnens relasjon til barnefar. På grunn av oppgavens størrelse vil det heller ikke bli gått inn i dybden på psykisk helse knyttet til temaet, ettersom dette vil overstige ordrammen. Til opplysning vil det videre i oppgaven bli brukt både uttrykket pasient og kvinne, der disse vil ha samme betydning. Uttrykket kvinne benyttes også fordi det i hovedsak omtales friske pasienter i oppgaven.

## **1.5 Begrepsavklaring**

### **Provosert abort**

Provosert abort, også kalt selvbestemt abort, kan gjennomføres medikamentelt eller kirurgisk. Hensikten er et svangerskapsavbrudd som fremkalles kunstig (Nesheim, 2021).

### **Medikamentell abort**

Provosert abort der kvinnen inntar abortfremkallende legemidler. Prosedyren kan utføres både hjemme og på sykehus dersom svangerskapet ikke har vart lengre enn ni uker, etter dette må aborten utføres på sykehus (Helsenorge, 2020a).

## **Kirurgisk abort**

Provosert abort der det utføres inngripende kirurgi med en utskrapning av livmoren via skjeden. Inngrepet utføres i narkose på sykehus. Etter operasjonen er forventet liggetid en til to timer der kvinnen observeres, og deretter kan reise hjem (Helsenorge, 2020a).

## **Personsentrert sykepleie**

Personsentrert sykepleie er en av seks standarder for sykepleie (Lovisenberg diakonale høgskole, 2021, s. 5). Det er en tilnærming som innebærer å sette pasienten som en likeverdig person i fokus (McCormack og McCance, 2017, s. 1). Personsentreringen fungerer som en verdi som opprettholder pasientens integritet, individualitet og selvbestemmelse (Kim, 2019, s. 150). Fire hovedelementer i personsentrert sykepleie som et rammeverk, er forutsetninger, omgivelser, prosess og utbytte (McCormack & McCance, 2006, s. 472).

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget vil en rekke ulike punkter bli trukket frem. Det vil bli presentert teoretisk kunnskap om provosert abort på sykehus, personsentrert sykepleie som et teoretisk rammeverk, sykepleierens funksjon og rolle i arbeidet, hva god kommunikasjon innebærer, samt om sykepleiefaglige rammer. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget vil ta utgangspunkt i pasientperspektivet.

### **2.1 Provosert abort på sykehus**

Kvinner i Norge har som nevnt inntil utgangen av 12. svangerskapsuke, en lovfestet rett til provosert abort (Abortloven, 1975, §2). Dersom kvinnen gjennom manglende menstruasjon, positiv graviditetstest eller gynekologisk undersøkelse, oppdager at hun er ufrivillig gravid og ønsker å avbryte svangerskapet, er hun oppfordret til å ta kontakt med et sykehus så tidlig som mulig. Kvinnen behøver ikke henvisning fra fastlege, men kan selv kontakte gynekologisk avdeling på sykehuset (Helsenorge, 2020b).

Svangerskapslengden beregnes fra første dag ved siste menstruasjon. Dersom kvinnen oppgir svangerskapslengde basert på dette, som nærmer seg 12. uke, vil legen sørge for at kvinnen ikke behøver å vente på time for en abort. Dette er for å unngå at kvinnen må søke begjæring om abort til abortnemnden. Når kvinnen kommer til sykehuset, vil hun først ha en

innkomstsamtale med sykepleier eller lege. Videre vil det gjøres en gynekologisk undersøkelse med ultralyd, for å fastslå svangerskapslengden. Etter fastslått svangerskapslengde, bestemmes abortmetoden sammen med kvinnen. Kvinnen vil frem til svangerskapsuke ni, selv kunne bestemme om hun ønsker å utføre aborten hjemme eller på sykehuset. Etter dette, er det ikke lenger et alternativ for kvinnen å gjennomføre provosert abort hjemme. Oppfølgingen og behandlingen kvinnen får på sykehuset, tilpasses etter om aborten er utført medikamentelt eller kirurgisk (Oslo universitetssykehus, 2021).

For å få noe innsikt i hvordan de ulike abortmetodene fungerer, vil det videre bli presentert informasjon om hvordan de to utføres. Dette kan gi et bilde på hvordan ett pasientforløp kan se ut i Norge.

### **2.1.1 Medikamentell abort**

Medikamentell abort er i Norge den klart mest brukte metoden for å avbryte svangerskap. Hele 95,5 % av utførte provoserte aborter ble i 2021 utført medikamentelt (Folkehelseinstituttet, 2021).

I forkant har kvinnen som nevnt, først en samtale med sykepleier og/eller lege. Etter en gynekologisk undersøkelse, vurdering og bestemmelse av medikamentell abort som abortmetode, igangsettes aborten ved bruk av medikamenter. Aborten settes i gang med at kvinnen inntar medikamentet Mifegyne. Virkestoffet i Mifegyne gjør at kroppen ikke lenger reagerer på progesteron, kroppens eget graviditetsbevarende hormon. Etter kvinnen har inntatt Mifegyne er aborten i gang, og det er ikke lenger mulig for kvinnen å ombestemme seg. Deretter reiser kvinnen hjem og returnerer til sykehuset etter to døgn for selve aborten (Norsk Helseinformatikk, 2020).

Ved retur til sykehuset inntar kvinnen Cytotec. Det er et legemiddel som framprovoserer at livmoren trekker seg sammen, hvilket fører til at kvinnen aborterer (Norsk Helseinformatikk, 2020). Det er forventet at kvinnen vil oppleve sterke menstruasjonslignende smerter, og hun vil få smertestillende etter behov. Rikelig menstruasjonslignende blødning er forventet når aborten skjer, samt at blødningen forekommer innen fire timer. Etter aborten er gjennomført, er det forventet at kvinnen vil blø mindre og mindre de neste to til tre ukene. Etterkontrollen



består i at kvinnen fire uker etter aborten skal ta en graviditetstest for å bekrefte at aborten var vellykket (Helsenorge, 2020a)

### **2.1.2 Kirurgisk abort**

Bruk av kirurgisk abort som abortmetode har hatt en synkende trend etter hvert som medikamentell abort har blitt mer vanlig (Løkeland-Stai, 2021). Etter uke 12 utføres aborten kun medikamentelt og kirurgi er ikke lenger et alternativ for kvinnen (Helsedirektoratet, 2016).

Før inngrepet får også her kvinnen først en samtale med sykepleier og/eller lege på sykehuset. Etter vurdering av gynekolog kan kvinnen få en forbehandling, der kvinnen får tabletter i skjeden med hensikt å myke opp livmorhalsen. Før endelig behandling blir bestemt, vil kvinnen få grundig informasjon og samtale med helsepersonell. Kvinnen kommer fastende til operasjonen. Inngrepet blir gjort i narkose, og kvinnen vil få smertestillende ved behov etter inngrepet. Selve inngrepet er beregnet til å vare rundt 20 minutter, og utskrapningen utføres med vakuumsug. I etterkant av operasjonen overvåkes kvinnen på sykehuset, før hjemreise samme dag (Norsk Helseinformatikk, 2021).

Det er forventet en menstruasjonslignende blødning i inntil to uker etter inngrepet. I etterkant av operasjonen er det ingen etterkontroll annet enn en graviditetstest kvinnen tar etter fire uker (Norsk Helseinformatikk, 2021).

## **2.2 Personsentrert sykepleie**

Personsentrert sykepleie tar utgangspunkt i individet, livssituasjon, behov, helseutfordringer og verdier. Man kan se på det i kontrast til for eksempel oppgaveorientert og teknisk sykepleie, hvor sykepleieren følger prosedyrer eller protokoller. Sykepleieren skal også ved denne typen sykepleieutøvelse, være bevisst på å sette pasienten som person i fokus. Dette viktige grunnlaget i sykepleie, er hva personsentrert sykepleie revitaliserer og framhever (Eriksen, 2019, s. 899).

Brendan McCormack og Tanya V. McCance (2006) har utviklet et rammeverk for personsentrert sykepleie. Rammeverket ble utarbeidet gjennom deres kombinerte forskning der fire hovedelementer innen personsentrert sykepleie presenteres som deler av funnene. De

fire hovedelementene beskrives som forutsetninger, omgivelser, prosess og utbytte (McCormack & McCance, 2006, s. 472).

Rammeverket tar først og fremst for seg elementet om forutsetninger. Forutsetninger går ut på sykepleierens egenskaper, i form av utvikling av interpersonelle ferdigheter, profesjonell kompetanse, sykepleierens forpliktelse til arbeidet, evne til å demonstrere en klarhet av verdier og holdninger, samt selvinnsikt. Det beskrives hvordan sykepleierens interpersonelle ferdigheter reflekterer sykepleierens evne til å tilpasse kommunikasjonen på ulike nivåer. Videre vil forpliktelse til arbeidet indikere en dedikasjon og følelse hos sykepleieren, hvor ønsket er å gi den beste pleien til pasienten. En klarhet av verdier og holdninger sykepleieren selv har, viser til en forståelse for betydningen disse kan ha for pasienten. McCormack og McCance beskriver hvordan selvinnsikten er tett knyttet opp til dette, da sykepleieren må ha innsikt over seg selv for å kunne utøve god pleie til andre (McCormack & McCance, 2006, s. 475). I forbindelse med dette, kan det for eksempel være en sykepleier som ser en verdi i å trøste kvinnen i forbindelse med en abort, men som gjennom selvinnsikt og sosiale antenner kan forstå at ikke alle kvinner vil ha det samme behovet for trøst. Videre i rammeverket beskrives det at sykepleiere ofte kommuniserer godt med pasienter når det benyttes personsentrert sykepleie. Men, muligheten for denne sykepleieutøvelsen er avhengig av arbeidet og kulturen på avdelingen, altså sykepleiens kontekst (McCormack & McCance, 2006, s. 475).

Betydningen av omgivelser, sykepleiens kontekst, beskrives videre i rammeverket (Eriksen, 2019, s. 899). Kulturen på arbeidsplassen, kvaliteten på sykepleierlederskapet og organisasjonens bruk av ulike metoder for å vurdere kvaliteten på sykepleieutøvelsen, beskrives som nøkkelbegreper for hva sykepleiekonteksten innebærer (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Man kan for eksempel se for seg en sykepleiekontekst der sykepleieren har for høy arbeidsmengde til å kunne utøve en personsentrert sykepleie til pasientene sine. Konteksten for sykepleie vil her blant annet være avhengig av administrasjonens systemansvar for å sikre tilstrekkelig faglig bemanning, slik at omgivelsene legger til rette for at det er mulig å utøve forsvarlig virksomhet (Flovik & Rokseth, 2019, s. 282). Innad i sykepleiekonteksten, inngår også karakteristikk som at det oppleves som et system som tilrettelegger for samarbeid mellom sykepleier og pasient rundt beslutninger, gode relasjoner mellom kollegaer, støttende administrasjon og god maktfordeling mellom sykepleier og pasient. I tillegg, inngår mulighet for innovasjon, kreative løsninger og

handlekraftighet hos sykepleierne på avdelingen. Ettersom disse ulike faktorene i størst grad har potensialet til å begrense eller legge til rette for en personsentrert prosess, beskrives slike karakteristikk som essensielle for sykepleieutøvelsen (McCormack & McCance, 2006, s. 476).

Videre går rammeverket inn på prosessen. En personsentrert prosess omhandler selve yrkesutøvelsen og utviklingen av forholdet mellom pasient og sykepleier (Eriksen, 2019, s. 899). Det handler om å arbeide med pasientens tro og verdier og viktigheten av å utvikle en forståelse for pasienten opplevelse og ønsker av pleien. Dette vil være tett knyttet opp til sykepleierens mulighet til å samhandle med pasienten om mulige beslutninger. For å kunne inkludere pasienten i beslutningsprosessen, er det nødvendig å gi pasienten tilstrekkelig informasjon. Dette krever igjen gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren, og en evne til å tilpasse kommunikasjonen til den enkelte pasient. Prosessen beskrives videre til også å omfavne tilknytningen pasienten og sykepleieren har og hvordan dette gjenspeiler kvaliteten på relasjonen dersom det oppstår utfordringer. Kvaliteten på relasjonen vil igjen spille inn på hvordan sykepleieren og pasienten sammen kommer frem til en løsning. Dette henger sammen med sykepleierens medfølelse framtoning, for å ha evne til å plukke opp ulike tegn pasienten gir, samt individuelt tilpasse seg til ulike pasienter. Til slutt beskriver rammeverket prosessens siste faktor, hvilket inkluderer sykepleierens evne til å utøve god fysisk pleie til pasienten. Å kunne utøve pleie med god kompetanse og ferdigheter, vil kunne bidra til å oppnå et personsentrert utbytte (McCormack & McCance, 2006, s. 476-477).

Det fjerde og siste hovedelementet som presenteres i rammeverket er utbyttet av den personsentrerte sykepleien. Utbyttet beskrives med at pasienten opplever seg fornøyd og tilfreds med pleien, at pasienten føler seg inkludert i egen behandling, at pasienten opplever en følelse av velvære, samt at personsentrert sykepleie skaper en terapeutisk kultur for sykepleieutøvelsen. Utbyttet av sykepleien preges av de andre hovedelementene og det presenteres i rammeverket en sammenheng mellom de fire elementene og kvaliteten på pleien som utøves (McCormack & McCance, 2006, s. 477).

### **2.3 Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon**

Sykepleie som praktisk yrke, omfatter til sammen syv ulike funksjonsområder (Kristoffersen et al., 2011, s. 17). Av disse syv funksjonsområdene vil oppgaven ta utgangspunkt i

sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon. Oppgaven vil se på denne sykepleiefunksjonen ettersom kvinnene i utgangspunktet er friske pasienter, og arbeidet derfor vil fokuseres på å identifisere mulige problemer før de oppstår eller utvikler seg videre (Kirkevold, 2019, s. 203). I tillegg, oppleves en abort svært ulikt fra kvinne til kvinne, og helsefremming vil være rettet mot den enkelte pasient og omgivelsene (Kristoffersen et al., 2011, s. 18).

Den helsefremmende funksjonen tar utgangspunkt i at helse, velvære og livskvalitet er målet. Forståelsen av helse kan være bred, og kan omhandle en persons evne til å fungere både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig (Mittelmark et al., 2018, s. 16). Disse ulike dimensjonene av helse, har stor betydning for den enkeltes autonomi og følelse av å kunne bestemme over egne valg og eget liv. Helsefremmende arbeid innebærer å støtte opp under og bidra til utvikling av pasientens egne ressurser, slik at helsen fremmes (Alvsvåg, 2018, s. 51). Sykepleieren må samtidig ha kompetanse til å identifisere faktorer som kan fremme helse, og føre til helseutfordringer (Finbråten, 2018, s. 87). Derfor må sykepleieren snakke med pasienten om hva hun kan trenge for økt velvære og livskvalitet i den gitte situasjonen.

Sykepleierens forebyggende funksjon henger tett sammen med den helsefremmende funksjonen. Den forebyggende funksjonen kan deles inn i tre nivåer: primærforebyggende tiltak, sekundærforebygging og tertiærforebyggende tiltak. Fokuset i oppgaven, vil være å se på sykepleierens forebyggende funksjon som en helhet. Det innebærer å ta utgangspunkt i identifiserte mulige og reelle problemer og arbeide forebyggende rundt disse problemene (Kristoffersen et al., 2011, s. 18). Ved å identifisere mulige problemer hos tilsynelatende friske pasienter, kan sykepleieren arbeide forebyggende for å hindre at problemene utvikler seg. Det forebyggende arbeidet vil ved friske pasienter, skje på en mer indirekte form (Kirkevold, 2019, s. 203). Dette kan for eksempel innebære god informasjon i forkant av aborten over hva kvinnen kan forvente av blødning og smerter, for å forebygge en sjokkerende opplevelse når det først oppleves. I sammenheng med kvinner som gjennomfører provosert abort, vil mye av det forebyggende arbeidet ligge i veiledning og informasjon (Kirkevold, 2019, s. 204). Sykepleieren må derfor inneha kompetanse innenfor kommunikasjon, for å kunne arbeide helsefremmende og forebyggende (Finbråten, 2018, s. 87).

## 2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan beskrives som en kombinasjon av initiativ og respons og utveksling av tegn og signaler mellom personer. Det er altså minst to parter involvert, og det kan bestå av både verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon innebærer det man muntlig sier, mens nonverbal kommunikasjon kan komme til uttrykk gjennom kroppsspråk og holdninger (Eide & Eide, 2017, s. 31). For å sikre at kommunikasjonen som uttrykkes er tillitsvekkende, pålitelig og ekte, er det viktig at sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjon er i kongruens. Særlig vil en inkongruens i nonverbale tegn, kunne føre til misforståelser og mistillit hos pasienten, dersom sykepleieren ikke er bevisst over hva som uttrykkes (Eide & Eide, 2017, s. 137-138).

I tillegg, innehar sykepleier i helsepersonellrollen en makt i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Denne maktbalansen vil alltid være skjevfordelt i helsepersonellens favør, ettersom helsepersonellet vil være giver av en tjeneste, og pasienten derav mottaker av tjenesten. Denne makten kan være større enn hva sykepleieren selv er bevisst over, og bør ikke undervurderes (Eide & Eide, 2017, s. 26). Å dele på makten i et kommunikativt perspektiv, innebærer å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 17). Dette er blant noen av forutsetningene som ligger til grunn for en personsentrert kommunikasjon.

Sammen med å dele på makten, inngår det i en personsentrert kommunikasjon at sykepleieren anerkjenner pasientens perspektiv, forstår pasientens psykososiale kontekst og at man når frem til en felles forståelse som er i overensstemmelse med pasientens verdier. Personsentrert kommunikasjon innebærer, som ved personsentrert sykepleie, at sykepleieren ikke utelukkende ser på den andre som pasient eller bruker, men som en helhetlig person. Det er behov for at sykepleieren har forståelse for pasientens verdier, prioriteringer, iboende ressurser og muligheter og individuelle ønsker og mål. En personsentrert kommunikasjon forutsetter at sykepleieren lytter aktivt og ser den andre som en unik person (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

## **2.5 Sykepleiefaglige rammer**

### **2.5.1 Lovverk**

Lov om svangerskapsavbrudd (1975) og forskrift om svangerskapsavbrudd (2001), regulerer norske kvinners tilgang og rettigheter til abort. Abortloven, gir som tidligere nevnt, kvinner i Norge en universell tilgang til selvbestemt abort frem til svangerskapsuke 12. I forkant av aborten har kvinnen krav på objektiv informasjon, råd og veiledning fra helsepersonell (Abortloven, 1975, §2). Etter 12. svangerskapsuke, har kvinnen en begrenset tilgang til selvbestemt abort, hvor hun må søke en begjæring om å få aborten innvilget. Det er da en abortnemnd som tar avgjørelsen om innvilgelse av begjæringen, og det skal være tungtveiende årsaker for å avbryte svangerskapet (Nesheim, 2018).

I abortforskriften §15 beskrives helsepersonells rett til «Fritak av samvittighetsgrunner» (Abortforskriften, 2001, §15). Det vil si at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, kan fritas fra å assistere ved og utføre svangerskapsavbrudd. Fritaket gjelder for eksempel ved administrering og ordinering av medikamenter ved en medisinsk abort. Dette gjelder også selv om kvinnen selv inntar medikamentene. Fritaket gjelder dog ikke for helsepersonell som før, under og etter svangerskapsavbruddet, gir kvinnen stell og pleie (Abortforskriften, 2001, §15).

Helsepersonelloven beskriver tydelige rammer sykepleieren skal arbeide innenfor. I lovverket beskrives blant annet krav om forsvarlighet i yrkesutøvelsen og taushetsplikten, hvilket er relevant for oppgavens kontekst (Helsepersonelloven, 1999, §§ 4 og 21). Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver blant annet pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til medvirkning og rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 2-1 b, 3-1, 3-2).

### **2.5.2 Retningslinjer**

Norsk sykepleierforbund har definert et sett med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Blant disse retningslinjene finner man blant annet i punkt 2.1 sykepleierens ansvar for en sykepleiepraksis som ikke bare forebygger sykdom, men som fremmer helse. Punkt 2.3 trekker frem sykepleierens ansvar for å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Videre i punkt 2.5, defineres sykepleierens ansvar for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Dette fremmes gjennom å gi tilstrekkelig og tilpasset

informasjon, samt at sykepleieren forsikrer seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Samtlige punkter vil være relevante for oppgavens kontekst, der sykepleieren arbeider med kvinner som gjennomfører provosert abort.

### **2.5.3 Etisk perspektiv**

En god utøvelse av sykepleie stiller krav til blant annet etisk kunnskap og kompetanse hos sykepleieren. En etisk praksis vil bestå av profesjonell teknisk kompetanse som er faglig forsvarlig, med samtidig respekt for pasientens rettigheter og behov som menneske. Sammen med dette, skal pasientens ønsker og opplevelser stå i fokus (Lillemoen, 2019, s. 297-299). Noen prinsipper i etisk praksis innbefatter velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet. Autonomiprinsippet, vil være fremtredende i oppgavens kontekst. Prinsippet innebærer at pasienten har rett til å ta beslutninger som omhandler en selv (Lillemoen, 2019, s. 306). Dette kommer for eksempel frem i pleien som gis til kvinner som gjennomfører abort, ved at kvinner har muligheten til å være med i bestemmelsen av hvilken abortmetode som skal benyttes (Oslo universitetssykehus, 2021).

## **3 Metode**

### **3.1 Litteraturstudie**

Oppgaven er gjennomført gjennom metoden generell litteraturstudie. En litteraturstudie går ut på at eksisterende forskningslitteratur på et tema gjennomgås og analyseres. Dette benyttes for å kunne beskrive kompetansen som finnes og knytte dette opp til en problemstilling som er koblet til praksis (Popenoe et al., 2021, s. 175). Forskningslitteraturen i denne oppgaven innebærer blant annet fem forskningsartikler som er hentet fra den vitenskapelige databasen CINAHL.

### **3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler**

#### **3.2.1 Avgrensninger i søket**

Gjennom avansert søk i databasen ble det avgrenset til at forskningsartikler som er fagfellevurdert og publisert mellom 2012 og 2022 ble inkludert. Altså ble forskning eldre enn ti år ekskludert for å opprettholde relevans, ettersom det som nevnt i innledningen har skjedd forandringer på temaet på flere nivåer.

### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for forskningsartiklene var at det måtte innebære at det omhandlet provosert abort, enten medisinsk eller kirurgisk utført. Eksklusjonskriteriet ble i samsvar med dette tilfeller av spontanabort. Videre inklusjonskriterier for forskningen var at det skulle være provosert abort gjennomført på sykehus, ettersom det er møtet mellom pasient og sykepleier oppgaven vil se på. Altså ekskluderer dette aborter som ble utført hjemme. Forskningsartiklene skulle videre inkludere en overførbarhet til norsk helsevesen, ettersom insidens, verdier og holdninger rundt abort varierer på verdensbasis (Løkeland-Stai, 2022). Det ble derfor kun inkludert artikler fra Nord-Europa i litteraturstudien. Videre ble det kun inkludert forskningsartikler med engelsk, norsk eller annet skandinavisk språk for å kunne muliggjøre en analyse av resultatene.

### 3.2.3 Tabell for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Provosert abort (kirurgisk eller medikamentell)	Spontanabort
Abort på sykehus	Abort som utføres hjemme
Overførbarhet til norsk helsevesen	
Engelsk, norsk eller annet skandinavisk språk	

### 3.2.4 Beskrivelse av søkeprosessen

Søkeprosessen ble gjennomført i den vitenskapelige databasen CINAHL. Det ble gjennomført et strukturert søk som etter gjennomgang av det totale antall treff ga et resultat på fem relevante forskningsartikler.

Oppslagsverket MeSH ble brukt for å finne korrekte søkeord på engelsk, samt ble noen søkeord selvskrevet. Søkeordene som ble brukt var «Abortion, Induced», «needs», «Scandinavia» og «Europe». Disse søkeordene ble kombinert med AND og OR på følgende måte: «Abortion, Induced» AND «needs» AND [«Scandinavia» OR «Europe»]. Disse



søkeordene ble brukt for å hente frem studier som kunne være relevante for å belyse problemstillingen. Samt tydeliggjorde dette en geografisk avgrensning da tidligere søk uten søkeordene «Scandinavia» og «Europe» ga en del resultater fra kontinenter som Asia og Afrika, hvilket ikke ville inkludere en overførbarhet til norsk helsevesen. Ved søk der MeSH-terminen «Patient Centered Care» eller synonymer til dette som «Person Centered Care», med ulik stavemåte og kombinasjoner med bruk av bindestrek, ble brukt, var det etter gjennomgang av trefflisten ingen relevante forskningsartikler. Søkeordet «needs» ble derfor brukt for å hente frem pasientperspektivet i artiklene og for å kunne svare på problemstillingen. Kombinasjonen av søkeord med avgrensninger, ga et resultat på 37 treff. Etter gjennomlesing av titlene på trefflisten, var det kun 13 abstrakter som ble lest. De resterende 24 artiklene ble ekskludert grunnet overskriftens manglende relevans. Etter gjennomleste abstrakter var det ni relevante forskningsartikler som ble lest i sin helhet, da de resterende fire artiklene ikke fulgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Av disse ni forskningsartiklene, var fem artikler relevante for å svare på problemstillingen.

### 3.2.5 Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL 1/11-2022
Søkeord og kombinasjoner	«Abortion, Induced» AND «needs» AND [«Scandinavia» OR «Europe»]
Avgrensinger i søket	Publisert mellom 2012-2022, Peer reviewed
Antall treff totalt	37
Antall gjennomleste titler	37
Antall gjennomleste abstrakt	13
Antall gjennomleste fulltekstartikler	9

Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	5
Inkludert artikkel nummer 1	Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. <i>Journal of Advanced Nursing (John Wiley &amp; Sons Ltd.)</i> , 75(11), 3006-3017. <a href="https://doi.org/10.1111/jan.1413">https://doi.org/10.1111/jan.1413</a>
Inkludert artikkel nummer 2	Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2022). Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges. <i>Nursing Ethics</i> , 29(2), 511–522. <a href="https://doi.org/10.1177/09697330211051009">https://doi.org/10.1177/09697330211051009</a>
Inkludert artikkel nummer 3	Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Meinertz Møbjerg, A. C. (2018). Scandinavian women´s experiences with abortions on request: a systematic review. <i>JBISIRIR-2017-003344</i> . <a href="https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003344">https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003344</a>
Inkludert artikkel nummer 4	Stålhandske ML, Makenzius M, Tydén T, & Larsson M. (2012). Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics &amp; Gynecology</i> , 33(2), 53–61. <a href="https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.677877">https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.677877</a>
Inkludert artikkel nummer 5	Whitehouse, K. C., Blaylock, R., Mackleff, S. & Lohr, P. A. (2021). It´s a small bit of advice, but actually on the day, made such a difference...: perceptions of quality in abortion care i England and Wales.

	<i>Reproductive Health</i> , 18(221). <a href="https://doi.org/10.1186/s12978-021-01270-0">https://doi.org/10.1186/s12978-021-01270-0</a>
--	---

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Øvrig litteratur er innhentet fra fagbøker, pensumlisten for emnet, tidligere pensum og forskningsartikler med relevans for oppgaven som ikke ble funnet i søket i databasen. Det ble gjort søk i Oria via nettsiden til skolens bibliotek, for å oppsøke litteratur som trolig er relevant og troverdig (Dalland, 2017, s. 141).

Faglig kunnskap om abort er hentet fra ulike internettressurser og OUS sine sykehusprosedyrer, for å få innblikk i hvilken informasjon pasienten mottar på sykehuset. For å belyse personsentrert sykepleie er rammeverket til McCormack og McCance (2006) benyttet, hvilket bevisst er fra primærkilden for å kunne beskrive selve rammeverket. Underbyggende litteratur til personsentrert sykepleie er benyttet, ved bruk av Eriksens (2019) forståelse av rammeverket. Videre er det benyttet faglitteratur som belyser pasientperspektivet for bruk av kommunikasjon i relasjoner (Eide & Eide, 2017). Lovdata og retningslinjer er også benyttet. Studien til Sommerseth et al. (2022) er funnet gjennom søk i Sykepleien Forskning, for å oppsøke ytterligere litteratur som kan være underbyggende for diskusjonen av problemstillingen.

Beskrevet øvrig fag- og forskningslitteratur er benyttet ettersom den omhandler oppgavens tema, supplerer forskningsartiklene funnet i søkeprosessen og anses som nødvendig for å besvare problemstillingen. Litteraturen er valgt i lys av oppgavens hensikt med å se på pasientens perspektiv. Videre er valgene tatt ut fra et utgangspunkt på at sykepleiepraksis skal være faglig forsvarlig og oppdatert, og samtidig ta hensyn til etiske og juridiske rammer.

## 4 Resultater

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Georgsson, S & Carlsson, T. (2019), Sverige	Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients.	Utforske kvinners erindringer av smerte og smertelindring under provosert abort.	Metodetrianglering der både kvalitative og kvantitative data ble funnet. En nettbasert spørreundersøkelse som baserte seg på en kombinasjon av kvalitativt og kvantitativt design, der 185 kvinner besvarte undersøkelsen.	Undersøkelsen fant at erindringer av smerteintensiteten tilsvarte betydelig smerte og en traumatisk opplevelse. Erindringer av smertelindring viste mangel på tilstrekkelig smertelindring og mangel på helsepersonell til stede. Psykologiske aspekter trekkes frem som å være for lite informert og forberedt i forkant av aborten.	Sjekkliste for prevalensstudie (6 av 9 poeng)
CINAHL	Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2022), Norge	Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges	Gi en dypere forståelse av kvinners og helsepersonell sine erfaringer med å se ultralyd-bildet under en undersøkelse av kvinnen før aborten.	20 kvalitative dybdeintervjuer ble gjort av kvinnene og fokusgrupper ble benyttet med helsepersonellet. En hermeneutisk-fenomenologisk analyse ble brukt.	Kvinnene hadde et behov for en tydeliggjøring på om de selv kunne velge å se ultralyd-bildet eller ikke. Manglende klargjøring skapte en konflikt i kvinnenes autonomi.	Sjekkliste for kvalitativ studie (9 av 10 poeng)
CINAHL	Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Møbjerg, A. C. M. (2018), Danmark	Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review	Undersøke hvordan skandinaviske kvinner opplever og erfarer å gjennomføre en provosert abort, både før, under og etter aborten.	Systematisk oversiktsartikkel, der litteraturen ble gjennomgått. Av 394 studier ble seks inkludert. Data ble trukket ut ved bruk av et standardisert dataekstraksjonsverktøy.	Analysen førte til tre hovedfunn i kvinnenes erfaringer og opplevelser. Det ble delt inn i erfaringer knyttet til beslutningsprosessen, erfaringer knyttet til prosedyren og erfaringer etter aborten.	Sjekkliste for oversiktsartikkel (8 av 9 poeng)

CINAHL	Stålhandske ML, Makenzius M, Tydén T, & Larsson M. (2012), Sverige	Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation	Undersøke prevalensen av eksistensielle erfaringer og behov blant kvinner som har gjennomført provosert abort.	Et spørreskjema ble brukt til å samle inn informasjon fra 499 kvinner. En komponentanalyse delte inn den innsamlede dataen. Bakgrunnsdata og andre data fra spørreskjema ble analysert sammen med denne inndelingen.	Eksistensielle erfaringer og behov var vanlig blant kvinnene. Hovedkomponenter var eksistensielle tanker, eksistensielle praktiseringer og humanisering av fosteret. Aborten var også relatert til at kvinnene følte seg psykologisk nede i etterkant.	Sjekkliste for prevalensstudie (8 av 9 poeng)
CINAHL	Whitehouse, K. C., Blaylock, R., Mackleff, S. & Lohr, P. A. (2021), England og Wales.	It's a small bit of advice, but actually on the day, made such a difference...: perceptions of quality in abortion care in England and Wales	Utforske kvinners oppfatninger og erfaringer av omsorgen som gis til kvinner som gjennomfører abort i England og Wales.	Dybdeintervjuer med 24 kvinner. En innholdsanalyse ble gjort av dataene.	Fire hovedkomponenter i vurdering av pleien ble funnet: interpersonelle forhold, informasjon og forberedelse, mulighet for egen påvirkning og tilgjengelighet.	Sjekkliste for kvalitativ studie (8 av 10 poeng)

## 4.2 Syntese av resultatene

Forskningen har samlet sett på ulike deler av pleien som gis til kvinner som gjennomfører provosert abort. Fokuset i forskningen har vært på kvinners erfaringer og opplevelser i forbindelse med aborten. Resultatene i forskningen tyder på både positive og negative erfaringer. En mangel på en mer personsentrert fremtoning fra helsepersonell, kommer tydelig frem. Forskningen finner at kvinnene savner et fokus ikke bare på det fysiske, men den psykiske siden av å gjennomføre abort. Prinsippet om autonomi viser seg å være essensielt for kvinnene samlet sett. Forskningen finner at god kommunikasjon med helsepersonellet, trekkes fram som en viktig komponent for kvinnene for å føle seg sett og ivarettatt.

## 5 Diskusjon

Diskusjonen vil basere seg på to ulike deler, resultatdiskusjon og metodediskusjon. Teori presentert i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, vil diskuteres og knyttes opp mot funnene i forskningsartiklene. Hensikten med diskusjonen er å forsøke å besvare problemstillingen: *Hvilken betydning har personsentrert sykepleie for kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus?*

## **5.1 Resultatdiskusjon**

Resultatdiskusjonen vil basere seg på presentert teori og funn fra forskningsartiklene i tilknytning til de fire hovedelementene i personsentrert sykepleie: forutsetninger, omgivelser, prosess og utbytte.

### **5.1.1 Forutsetninger**

McCormack og McCance (2006) beskriver forutsetninger som sykepleierens egenskaper og holdninger, og at det er et viktig poeng at sykepleieren har selvinnsett over egne forutsetninger (McCormack & McCance, 2006, s. 475). Dette vil være viktig i forhold til overførbarhet av egne holdninger og antakelser over til pasienten, selv når det er ment godt. Helsepersonell som i beste mening, tar beslutninger på vegne av pasienten, er hva Kjelsvik et al. (2022) så på i sin forskning. Kvinner beskrev hvordan det føltes å ikke få muligheten til å se ultralydbildet under forberedelsen av aborten. Ultralyd benyttes til å estimere svangerskapslengden og fosterets tilstand. Helsepersonellet beskriver at beslutningen om å ikke vise kvinnen ultralydbildet bunnar i at det er å ta forhåndsregler for å skåne kvinnen. Kvinnene derimot, opplevde dette som en begrensning av deres autonomi, og mulighet til å delta i beslutningen om å kunne få se bildet. Samme forskning finner at kvinnene heller ønsket å ta et informert valg, der muligheten om å kunne se ultralydbildet diskuteres i forkant av undersøkelsen og at det skal være et alternativ å få se bildet. Helsepersonellet trekker frem holdninger rundt at de som profesjonelle vet best, hvilket i denne konteksten dermed oppfattes som å vite bedre enn kvinnene selv (Kjelsvik et al., 2022, s. 512-520). Som kvinnene i studien selv påpeker, blir denne praksisen begrensende for kvinnenes autonomi, og strider derfor mot autonomiprinsippet (Lillemoen, 2019, s. 306). I tillegg, legger de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere noen føringer i forhold til denne problemstillingen. I punkt 2.5 defineres ansvaret sykepleieren har for å fremme pasientens mulighet til å selv ta beslutninger (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Praktiseringen presentert i forskningsartikkelen er tydelig begrensende for kvinnenes mulighet til å delta i beslutninger om egen behandling. Min forståelse, er at det viser betydningen av å arbeide personsentrert og ikke la egne forutsetninger og holdninger uttalt prege behandlingen som tilbys pasientene.

### **5.1.2 Omgivelser**

Konteksten sykepleien utføres i, omgivelser, er et av hovedelementene i personsentrert sykepleie (Eriksen, 2019, s. 899). Omgivelser omfatter i hovedsak rammer for sykepleien,

som innebærer blant annet ledelsens systemansvar for tilrettelegging av en faglig forsvarlig virksomhet (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Georgsson og Carlsson (2019) undersøkte kvinners opplevelse av smertelindring i forbindelse med en provosert abort (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3006). Blant resultatene fra studien, fant de at kvinner opplevde utfordringer knyttet til sykepleiens kontekst. Utfordringene kom i form av at kvinnene opplevde mangelfull oppfølging fra helsepersonellet, og at utdelingen av smertestillende ikke var tilfredsstillende. Det beskrives blant annet at kvinnene opplevde lang ventetid mellom administreringen av smertestillende, og at det ved flere tilfeller var for sent utlevert. Dette medførte at enkelte kvinner opplevde smertetopper som kunne ha vært unngått (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3012). Disse erfaringene understreker viktigheten av at administrasjonen sikrer god bemanning på jobb, slik at sykepleieren har bedre forutsetninger for å kunne følge opp hver enkelt pasient (Flovik & Rokseth, 2019, s. 282).

Whitehouse et al. (2021) finner i sin forskning at den fysiske konteksten var av betydning for kvinnene. Det beskrives blant annet opplevelsen av venterommet i påvente av aborten. Kvinnene hadde ulike erfaringer knyttet til dette. Enkelte kvinner opplevde det som betryggende å sitte i et felles venterom, ettersom det viste at man ikke var alene i valget om å ta abort. Andre kvinner opplevde det derimot som en mangel på privatliv dersom man opplevde aborten som svært psykisk belastende, eller at det hadde negativ innvirkning å observere andre som tok aborten svært tungt (Whitehouse et al., 2021). Petersen et al. (2018) undersøkte skandinaviske kvinners erfaringer med provosert abort, og fant blant annet at flere kvinner opplevde selve sykehusmiljøet som kaldt og fjernt. Enkelte kvinner erfarte også at det opplevdes som en eksistensiell utfordring å dra til selve sykehuset og avdelingen, og at det kliniske miljøet trigget tristhet og en humanisering av fosteret (Petersen et al., 2018, s. 1544). I lys av rammeverket om personsentrert sykepleie forstår man at tilrettelegging av omgivelser, har stor innvirkning på kvinnenens oppfatning av sykepleien (McCormack & McCance, 2006).

McCormack & McCance (2006) trekker også frem god maktfordeling som en del av sykepleiens omgivelser (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Slik som Kjelsvik et al. (2022) så på maktfordelingen mellom pasient og pleier i forbindelse med å vise kvinnen ultralydbildet eller ikke, så Whitehouse (2021) på betydningen for kvinner å bli inkludert i beslutninger. Flere kvinner opplevde det som en positiv opplevelse å få muligheten til å velge hvilken abortmetode de ønsket å benytte seg av. I tillegg, opplevde kvinnene at det i forberedelsen av aborten var godt å vite at man fremdeles hadde valget om å ikke

gjennomføre aborten. Det kom også frem positive erfaringer ved at kvinnene kunne være med i en beslutning om å vurdere prevensjon i etterkant av aborten, uten at kvinnene følte seg presset til å benytte seg av tilbudet (Whitehouse, 2021). Ved at det eksisterer et system som legger til rette for en god maktfordeling mellom pasient og sykepleier, økes betydningen av personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Slik studien påpeker, er maktfordelingen mellom kvinnen og helsepersonellet, en viktig faktor for kvinnene for å føle seg ivaretatt.

### **5.1.3 Prosess**

Proessen i personsentrert sykepleie, handler om utviklingen av relasjonen mellom pasienten og sykepleieren (Eriksen, 2019, s. 899). En viktig del av denne utviklingen, er kommunikasjonen mellom de to (McCormack & McCance, 2006, s. 476). Personsentrert kommunikasjon innebærer at pasienten blir sett som en individuell person, og avhenger av at sykepleieren er en aktiv lytter (Eide & Eide, 2017, s. 16). Whitehouse et al. (2021) fant i sin forskning at kvinnene trakk frem positive erfaringer knyttet til det å bli lyttet til av helsepersonellet. Enkelte kvinner rapporterte at de opplevde at sykepleieren tok seg god tid og satte seg ned med dem, og hørte på hva de hadde å si (Whitehouse et al., 2021). I likhet med Whitehouse, så Stålhandske et al. (2012) på kvinners ulike erfaringer og behov i forbindelse med provosert abort. De fant blant annet at kvinnene ønsket muligheten til å uttrykke sine følelser, både negative og positive, til helsepersonellet. Opplevelsen av å gjennomføre aborten, var svært ulik fra kvinne til kvinne. Enkelte av kvinnene beskrev det som sitt livs værste beslutning, mens andre opplevde det som en lettelse (Stålhandske et al., 2012, s. 56-59). McCormack og McCance (2006) trekker frem at det er behov for sykepleiere med gode interpersonelle ferdigheter, som har kunnskap nok til å se og møte kvinnen i den situasjonen hun er i. I tillegg, for å oppnå en personsentrert prosess, må sykepleieren være i stand til å plukke opp tegn pasienten gir og gi en individuell tilpasset pleie (McCormack & McCance, 2006, s. 475-476). Min oppfatning av dette, er at det er behov for at sykepleieren har kompetanse nok til å kunne tilby en individualisert sykepleie. Etersom kvinnene kan ha en svært ulik oppfatning av hva aborten betyr og gjør med dem, er det et tydelig behov for en differanse i pleien man tilbyr hver enkelt pasient. Med gode interpersonelle ferdigheter, vil jeg anta at sykepleieren vil kunne mestre å se kvinnen som har behov for trøst, samtidig som at sykepleieren har forståelse for kvinnen som opplever aborten som en lettelse.



Petersen et al. (2018) trekker fram kvinnenes behov for helsepersonellens forståelse av ikke bare deres fysiske, men også psykiske behov i forbindelse med aborten. Kvinnene opplevde at det var for lite fokus på deres emosjonelle og eksistensielle behov, og at det manglet oppfølging på dette punktet. Det trekkes frem at flertallet av kvinnene opplevde det slik, og at de som oppsøkte helsepersonell for å snakke ut om dette, erfarte en svært nøytral holdning og liten støtte fra personalet (Petersen et al., 2018, s. 1538-1544). Dette sier noe om personsentrert sykepleies betydning for helsepersonellens forståelse av kvinnenes individuelle behov. En personsentrert prosess innebærer en tilknytning mellom pasienten og sykepleieren, hvor sykepleieren forsøker å forstå pasientens ønsker og utbytte av pleien (McCormack & McCance, 2006, s. 476).

#### **5.1.4 Utbytte**

Hvilket utbytte pasienten får av sykepleien som utføres, kan vurderes ut ifra hvor tilfreds pasienten er med pleien, om pasienten føler seg inkludert i behandlingen, og om pasienten er fornøyd. Disse ulike faktorene vil blant annet være avhengig av hvordan sykepleien har blitt utøvet (McCormack & McCance, 2006, s. 477). Kommunikasjon er en stor del av sykepleieutøvelsen, og pasienten er i en sårbar situasjon. Pasienten kan derfor ofte føle at de har liten eller ingen kontroll over hva som skjer, eller over egen situasjon. God informasjon, empati og støtte vil derfor være viktig (Heyn, 2019, s. 363). Gjennomgående i forskningsartiklene trekkes mangelfull informasjon og kommunikasjon frem av kvinnene. I Georgsson og Carlsson (2019) sin studie trekker kvinnene spesielt frem et savn etter bedre informasjon om smerter i forkant av aborten. Flere av kvinnene beskriver selv at de ikke var innforstått med graden av fysiske smerter de ville oppleve. Kvinnene savnet også bedre informasjon om hvilke positive og negative sider det var ved de ulike metodene for abort. Dersom de hadde mottatt denne informasjonen, mener flere kvinner at de muligens heller ville valgt kirurgisk abort, fremfor medisinsk abort. Syv kvinner i studien beskrev den fysiske smerten som svært sjokkerende, hvorav to av kvinnene opplevde panikkanfall knyttet til smertene. Kvinnene etterlyste bedre forberedende informasjon, og opplevde at de ikke hadde en tilstrekkelig forståelse for hvordan aborten ville foregå. Enkelte kvinner trakk frem at kontraksjonene de opplevde ved medisinsk abort, kom overraskende, hvilket ledet til en følelse av frykt. Frykten og redselen de erfarte, ble beskrevet til å gi økte smerter, hvilket opplevdes som at kunne vært unngått ved bedre forberedende informasjon (Georgsson & Carlsson, 2019, s. 3011-3012). I retrospekt kan man anta at kvinnene ville hatt bedre

forutsetninger for å håndtere smerten, dersom de var mer innforstått med hva de kunne forvente.

Utbyttet pasienten opplever, preges av de tre andre hovedelementene innenfor rammeverket personsentrert sykepleie. Dersom pasienten opplever å bli støttet opp under egne ressurser og tilbudt informasjon slik at helsen fremmes, kan sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon oppfylles (Alvsvåg, 2018, s. 51). En viktig del av det forebyggende arbeidet, bør som forskningsartiklene peker på, rettes mot bedre forberedende informasjon til kvinnene. Slik Kirkevold (2019) beskriver, vil formidling av kunnskap som gjør at pasienten er bevisst og innforstått med hva som er forventet, kunne være helsefremmende og forebyggende (Kirkevold, 2019, s. 205). Whitehouse et al. (2021) trekker frem at kvinnene verdsatte pleien når helsepersonellet hadde tilstrekkelig med tid til å svare på deres spørsmål. Det kunne være spørsmål om varighet på hver enkelt del av aborten, hvordan de burde rengjøre seg etter aborten var gjennomført og om hvor de kan oppsøke psykologisk hjelp i ettertid (Whitehouse et al., 2021). Dette er i tråd med hva som presenteres i en nylig norsk studie av norske kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved gjennomføring av medikamentell abort. I hovedsak trekker kvinnene frem erfaringer om et manglende fokus på psykiske behov, og et savn etter en personsentrert tilnærming fra helsepersonellet på avdelingen (Sommerseth et al., 2022). I lys av dette, vil jeg anta at god informasjon til kvinnene om muligheter for videre oppfølging i etterkant av aborten, muligens vil kunne forhindre utfordringer knyttet til kvinnenens psykiske behov etter aborten. Kvinnene kan for eksempel anbefales å ta kontakt med tjenesten Amatheia. Amatheia er en gratis helsetjeneste som er tilgjengelig for alle, hvor man blant annet kan oppsøke noen å prate om opplevelser knyttet til abort (Amatheia, 2022).

## **5.2 Metodediskusjon**

Metodediskusjonen vil diskutere styrker og svakheter knyttet til oppgavens benyttede metode, hvilket innebærer diskusjon av litteraturstudien, litteratursøket og utvelgelsen av artiklene. Videre vil styrker og svakheter ved forskningsartiklene diskuteres.

Ettersom hensikten med oppgaven er å trekke frem pasientperspektivet knyttet til betydningen av personsentrert sykepleie, er det en styrke at litteraturstudie er oppgavens benyttede metode. I følge Popenoe et al. (2021) baserer dataanalysen i en litteraturstudie, med studier som ser på

subjektive erfaringer, seg på å identifisere funnene i hver studie, gjennomgå og oppsummere funnene for så å gruppere funnene tematisk (Popenoe et al., 2021, s. 181). Jeg oppfatter denne typen studie som en styrke for oppgaven, ettersom det gir resultater basert på en variert forskning. Det gir muligheten til å trekke frem direkte sitater fra kvinner som har deltatt i ulike studier, hvilket tillater en vurdering av hvilken betydning personsentrert sykepleie hadde for kvinnene. En svakhet ved metoden er at resultatene i forskningsartiklene blir tolket, hvilket kan føre til at noe av betydning kan falle bort eller feiltolkes (Popenoe et al., 2021, s. 183).

En svakhet for litteratursøket kan være bruken av søkeord. Etter en gjennomgang av forskningsartiklene, ser jeg i etterkant en stor variasjon i bruk av begreper for personsentrert sykepleie. Dersom jeg i søkeprosessen hadde hatt mer kunnskap om ulike emneord som kunne vært benyttet, kan det være jeg hadde funnet og inkludert flere hensiktsmessige artikler. Grunnet den store variasjonen i bruk av emneord for personsentrert sykepleie, valgte jeg å ekskludere emneordet totalt for å forhindre at relevante artikler skulle bli utelatt, dersom forfatterne benyttet en annen form av emneordet. Dette kan ha vært en styrke, ved at jeg ikke mistet relevante artikler, samtidig som at det åpnet for at artikler som indirekte så på personsentrert sykepleie kunne bli inkludert i litteraturstudien. Litteratursøket ble av oppgavens oppsett begrenset til å hovedsakelig basere seg på databasen CINAHL. Dette kan ha vært en svakhet, ettersom andre databaser kan ha andre mer hensiktsmessige artikler for min problemstilling.

Prosessen med utvelgelse av artikler, vurderer jeg til å ha både styrker og svakheter. En styrke ved utvelgelsen er at det kun er inkludert artikler som er publisert for ti eller færre år siden. Dette vil være en styrke, ettersom man kan anta at eldre forskning ikke vil være like relevant som senere publiserte studier. Samtidig, kan det være en svakhet at en av artiklene er publisert for ti år siden, ettersom det også på ti år kan ha skjedd utvikling som ikke gjør resultatene like relevant. Av de resterende fire artiklene, er den eldste publisert for fire år siden, og resultatene i den ti år gamle studien er overførbare til de senere publiserte resultatene. Jeg vil samtidig trekke fram utfordringen med å gjøre et godt litteratursøk på temaet, ettersom det viste seg å være et felt med manglende forskning. På tross av at jeg benyttet relativt åpne søkeord, var det et snevert treff i databasen, hvilket tydeliggjør et behov for ytterligere forskning på kvinners erfaringer knyttet til provosert abort på sykehus.

En ytterligere styrke ved utvelgelsen av artikler er at artiklene ser på ulike stadier for abortens gjennomføring. Dette gjør det mulig å trekke frem kvinnenes erfaringer når de er i ulike faser av forberedelse, gjennomføring og opplevelser i etterkant av aborten. En styrke ved dette vil være at man kan få et bredere perspektiv for hva personsentrert sykepleie vil bety for kvinnene, annet enn ved kun et tidsperspektiv av aborten. Artiklene kan dermed tilføre økt kunnskap om nettopp kvinners erfaringer og opplevelser.

Artiklene trekker også frem visse svakheter ved egne metoder. En svakhet ved artikkelen av Petersen et al. (2018) er at forskerne utførte studien i Danmark og ønsket å se på skandinaviske kvinners erfaringer med provosert abort, men kun svenske artikler ble inkludert i studien. Det begrunnes at overførbarheten til skandinaviske kvinner fremdeles er til stede, og artikkelen er derfor også inkludert i denne litteraturstudien. En svakhet ved Whitehouse et al. (2021) er at studien er utført i England og Wales. Etter gjennomgang av forskningsartikkelen vurderte jeg fremdeles resultatene som overførbare til norsk kontekst. Jeg vurderte det slik hovedsakelig på grunn av likhetstrekkene resultatene har til den inkluderte skandinaviske forskningen i denne studien. Stålhandske et al. (2012) trekker frem at en svakhet med deres metode, er mangelen på en referansegruppe eller kontrollgruppe til deres tverrsnittsundersøkelse, samt en svarprosent på kun 48%. Til slutt vil jeg trekke frem en svakhet flere av forskningsartiklene selv peker på som en begrensning, nemlig at det hovedsakelig er kvalitative studier. Dette gjør at funnene er subjektive og dermed ikke automatisk kan overføres og generaliseres til å gjelde alle kvinner (Popenoe et al., 2021, s. 185). Samtidig er det resultater og funn man ikke kan se bort fra, ettersom det representerer et bilde av hvordan kvinners erfaringer og opplevelser med provosert abort kan være.

## **6 Konklusjon**

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver erfaringer og opplevelser kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus har. Forskningsartiklene ser på kvinners erfaringer og opplevelser knyttet til ulike deler av aborten. Funnene fra forskningsartiklene har blitt diskutert opp mot det teoretiske kunnskapsgrunnlaget gjennom hovedelementene for rammeverket personsentrert sykepleie. Det kommer frem under sykepleiens forutsetninger at det er av betydning at sykepleieren har innsikt over egne verdier og holdninger. Prinsippet om autonomi trekkes i resultatene frem som essensielt for kvinnene for å føle seg ivaretatt. Samtidig opplever kvinnene at helsepersonellens holdninger kan skape

begrensninger for nettopp deres autonome valg. Videre ser man betydningen av personsentrert sykepleie for omgivelsene sykepleien utøves i. Nok bemanning på jobb slik at hver enkelt kvinne får tilstrekkelig med tid med sykepleieren, trekkes fram som av stor betydning for kvinnene. Det trekkes også frem at det er ulike oppfatninger blant kvinnene knyttet til de fysiske omgivelsene der aborten gjennomføres. Den personsentrerte prosessen ser på hva relasjonen mellom sykepleieren og kvinnen betyr. Kvinnene ytrer at det å bli sett på deres individuelle behov er essensielt. Dette medfølger at sykepleieren må inneha kompetanse og ferdigheter til å se hver enkelt kvinne, og kunne forstå og lytte til hvilke behov kvinnen har. Sykepleiere som arbeider med kvinner som gjennomfører abort, bør ha gode kommunikative ferdigheter for å kunne skape et godt samspill og relasjon til kvinnen. Det trekkes frem at utbyttet sykepleien har, i stor grad avhenger av hvor godt forberedt kvinnen føler seg på aborten. Det trekkes samtidig frem et savn etter bedre psykisk oppfølging av kvinnene etter aborten. Igjennom rammeverket kan man se at ulike faktorer i de forskjellige hovedelementene spiller inn på hverandre, hvilket skaper sammenhengen og utbyttet sykepleien har.

Ulikhetene i oppfattelsen og synet kvinner selv har på aborten, tydeliggjør behovet for en personsentrert sykepleie. Slik forskningen viser seg, er det spredt blant kvinnene hvilke oppfatninger de har av pleien. To kvinner kan ha svært ulike oppfatninger av ulike aspekter ved aborten, og ha ulike opplevelser. Dette kan tyde på at personsentrert sykepleie har stor betydning for kvinner som gjennomfører provosert abort på sykehus. Samtidig, er det viktig å presisere at det ikke er gjort en fullstendig gjennomgang av litteraturen på emnet, og dermed en usikkerhet knyttet til konklusjonen. I tillegg, er det et tydelig behov for ytterligere forskning på kvinners erfaringer og opplevelser med provosert abort. Implikasjoner for praksis kan være at det gir sykepleiere en innsikt i hvilken betydning kommunikasjon og forståelse for hver enkelt kvinne har, og hvilken betydning det har for deres oppfattelse av å bli ivaretatt.

## Referanseliste

- 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>
- Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging - Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv: Sykepleiefunksjoner og helse. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 50- 70). Fagbokforlaget.
- Amathea. (2022). *Abort og graviditet- trenger du noen å snakke med?* <https://amathea.no>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S. (2019). Menneskets psykososiale behov: Personsentrert sykepleie. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie: Innledning. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 86-110). Fagbokforlaget.
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2019). Kvalitet og pasientsikkerhet: Faglig forsvarlighet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 271- 296). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Abortregisteret- statistikkbank [Tabell]*. <http://statistikkbank.fhi.no/abort/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons Ltd.)*, 75(11), 3006-3017.

<https://doi.org/10.1111/jan.1413>

Helsedirektoratet. (2016, 31. oktober). *Abort provosert (W83 Abort fremkalt)*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/svangerskap-fodsel-og-familieplanlegging-w/abort-provosert-w83-abort-fremkalt#referere>

Helsenorge. (2020a, 31. juli). *Abortmetoder*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/abortmetoder/>

Helsenorge. (2020b, 31. juli). *Til deg som vurderer abort*. <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort/>

Helsenorge. (2021, 9. april). *Spontanabort*.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/svangerskap/spontanabort/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Heyn, L. (2019). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 363- 398). Cappelen Damm Akademisk.

Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid: Helse-determinanter. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 37- 49). Fagbokforlaget.

Lillemoen, L. (2019). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 297- 338). Cappelen Damm Akademisk.

Lovisenberg diakonale høgskole. (2021, 1. juli). *Studieplan: Bachelor i sykepleie*.

[https://ldh.no/student/semester-og-eksamensoversikt/attachment/download/b7b157dd-528c-4c0a-a361-e741b23becee:0608f89cf6bb9ea382f12f5b880c5fc313b960ef/Studieplan%20Bachelor%20i%20Sykepleie%202020\\_justert%2001.07.2021.pdf](https://ldh.no/student/semester-og-eksamensoversikt/attachment/download/b7b157dd-528c-4c0a-a361-e741b23becee:0608f89cf6bb9ea382f12f5b880c5fc313b960ef/Studieplan%20Bachelor%20i%20Sykepleie%202020_justert%2001.07.2021.pdf)

Løkeland-Stai, M. (2022, 11. mars). *Fakta om abort (med 2021-tal)*. Folkehelseinstituttet.

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

Lønnå, E & Garvik, O. (2021, 5. mai). *Abortkampen*. Store norske leksikon.

<https://snl.no/abortkampen>

Kim, H. S. (2019). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget: Det filosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s. 142-155). Cappelen Damm Akademisk.

Kirkevold, M. (2019). Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike type situasjoner: Helsevurderende og/eller helsefremmende situasjoner. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg, s.193- 208). Cappelen Damm Akademisk.

Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2022). Viewing the image?

Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges. *Nursing Ethics*, 29(2), 511–522. <https://doi.org/10.1177/09697330211051009>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. -A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E. -A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., 1. bind, s. 15-29). Gyldendal Akademisk.



- McCormack, B. & McCance T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2017) *Person-Centered Practice in Nursing and Health Care: Theory and practice*. (2. utg.). Wiley Blackwell.
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper: Ulikhet og urettferdighet i helse. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 14-36). Fagbokforlaget.
- Nesheim, B-I. (2018, 13. november). *Abortnemnd*. Store norske leksikon. <https://sml.snl.no/abortnemnd>
- Nesheim, B-I. (2021, 4. februar). *Abort*. Store norske leksikon. <https://sml.snl.no/abort>
- Norsk Helseinformatikk. (2020, 24. juni). *Medikamentell abort*. <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/medikamentell-abort/>
- Norsk Helseinformatikk. (2021, 27. august). *Kirurgisk abort*. <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/abort/kirurgisk-abort/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo universitetssykehus. (2021, 23. mai). *Gynekologisk Avdeling – Abort*. <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/abort>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Meinertz Møbjerg, A. C. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBI Database of*

*Systematic Reviews & Implementation Reports*, 16(7), 1537-1563.

<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344>

Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 4(4), s. 175-186. <http://dx.doi.org/10.1177/2057158521991949>

Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien forskning*, 17. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>

Sosialistisk Venstreparti. (U.å.). *Abort*. Hentet 21. februar 2022 fra <https://www.sv.no/blog/aa/abort/>

Stålhandske ML, Makenzius M, Tydén T, & Larsson M. (2012). Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 53–61. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.677877>

Whitehouse, K. C., Blaylock, R., Mackleff, S. & Lohr, P. A. (2021). It's a small bit of advice, but actually on the day, made such a difference...: perceptions of quality in abortion care i England and Wales. *Reproductive Health*, 18(221). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01270-0>



## CHECKLIST FOR PREVALENCE STUDIES

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

Georgsson, S. & Carlsson, T. (2019). Pain and pain management during induced abortions: A web-based exploratory study of recollections from previous patients. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons Ltd.)*, 75(11), 3006-3017. <https://doi.org/10.1111/jan.1413>

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info   

Comments (Including reason for exclusion): Forskerne tydeliggjør og diskuterer egne begrensninger ved den brukte metoden. Det diskuteres måten deltakerne ble rekruttert på, hvilket var over internett. Dermed var det ingen mulighet for å måle raten av deltakere som ikke deltok i studien. I tillegg, diskuteres overførbarheten av resultatene knyttet til mangelen på en referansegruppe eller kontrollgruppe. Behovet for ytterligere forskning på temaet presiseres.

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Kjelsvik, M., Sekse, R. J., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2022). Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges. *Nursing Ethics*, 29(2), 511–522. <https://doi.org/10.1177/09697330211051009>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:**

Forskerne ønsker å få en dypere forståelse av kvinners og helsepersonells erfaringer med visning av ultralydapparatet under forberedelser før en abort i første trimester. Bakgrunnen og relevansen for problemstillingen er at det ikke finnes noe retningslinjer for om det skal vises til kvinnen eller ikke i Norge, og de ønsker å finne ut hvilke tanker og erfaringer kvinner og helsepersonell har rundt dette.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:**

Ja, ettersom de ønsker å få en dypere forståelse av erfaringer og opplevelser rundt problemstillingen.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

Valg av forskningsdesign er begrunnet og det er diskutert bakgrunnen for valg av forskningsdesign.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi

de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

Det er tydeliggjort inklusjons- og eksklusjonskriterier for å delta i studien. Utvalget er diskutert, blant annet ble ikke kvinner som ytret å være for slitne til å bli intervjuet, tatt med i studien. Karakteristika ved utvalget er beskrevet og presentert i tabell.

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

Det er beskrevet at det ble gjort dybdeintervju med kvinnene og fokusgrupper med helsepersonellet. Kommer indirekte frem hvilken form dataene har, ettersom det beskrives at dataene ble transkribert av førsteforfatter. Setting for hvor intervjuet ble utført ser ikke ut til å være begrunnet. Metning av data ser ikke ut til å bli diskutert.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres

- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

Mulige bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data ser ikke ut til å være tydelig diskutert. Men det bekreftes at det ikke eksisterer noe interessekonflikt for forfatterne i forhold til studien.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Det er beskrevet etiske forhold, informasjon gitt til deltakerne av studien og den er godkjent av etisk komité.

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

Hvordan analysen ble gjennomført er beskrevet og begrunnet. De benyttet «an explorative design based on a hermeneutic-phenomenological approach». De ulike trinnene i analysen er beskrevet og motstridende data er tatt med i analysen. Dataene er kategoriserte og logiske sammen med sitatene som presenteres.



**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

Funnene er kategorisert og diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen. Det diskuteres både for og imot forskernes argumenter. Funnenes troverdighet beskrives ved dataanalysen og fremgangsmåten i hvordan dette ble utført.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

Funnene er diskutert opp mot og sammenlignet med annen relevant forskning. Studien avdekker også behov for videre forskning og behov for ytterligere forståelse for ulike perspektiver og individuelle behov. Funnenes mulige generalisering og overførbarhet er i liten grad diskutert.

# Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Petersen, M. N., Jessen-Winge, C. & Meinertz Møbjerg, A. C. (2018). Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 16(7), 1537-1563. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003344>

## Del A: Kan du stole på resultatene?

### 1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

#### Kommentar:

Forfatterne beskriver tydelig deres formål med studien hvor de ønsker å undersøke hvordan skandinaviske kvinner opplever og erfarer å gjennomføre en provosert abort.

### 2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
  - effekt – randomisert kontrollert studie
  - årsak – kohortstudie
  - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
  - prognose – kohortstudie
  - erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:
  - populasjon
  - tiltak
  - sammenligning
  - utfall

#### Kommentar:

Artiklene de inkluderte i studien så på samme problemstillinger som forfatterne. Forfatterne inkluderte studier med et hensiktsmessig design med kvalitative studier. Formålet med oversikten og inklusjonen av artikler er i samsvar da det ser på erfaringer og opplevelser til deltakerne.

### 3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)

- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

**Kommentar:**

Søket er tydelig beskrevet og etterprøvbart. Det ble gjort et bredt søk i flere databaser, hvor 394 studier ble gjennomgått.

#### **4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

**Kommentar:**

De inkluderte studiene ble vurdert med sjekklistor av flere av forfatterne og det er beskrevet en vurdering av artiklenes kvalitet i studien.

#### **5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

**Kommentar:**

Dataanalysen og grupperingen er godt beskrevet og hensiktsmessig for studiedesignet. Analysemetoden er forklart i forkant hvor det beskrives at det er benyttet et standardisert dataekstraksjonsverktøy.

#### **Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva forteller resultatene?

### 6. Hva er resultatene?

**Tips:** Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
  - gjennomsnittsforskjell (mean difference)
  - standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
  - numbers needed to treat (NNT)
  - numbers needed to harm (NNH)
  - odds ratio (OR)
  - relativ risiko (RR)
  - relativ risikoreduksjon (RRR)
  - absolutt risikoreduksjon (ARR)

**Kommentar:**

Analysen førte til tre hovedfunn i kvinnenes erfaringer og opplevelser. Funnene ble delt inn i erfaringer knyttet til beslutningsprosessen, erfaringer knyttet til prosedyren og erfaringer etter aborten.

### 7. Hvor presise er resultatene?

**Tips:** Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

**Kommentar:**

Ettersom det er gjort en studie av hovedsakelig kvalitative studier er det ikke i likhet med kvantitative studier mulig å måle hvor presise resultatene er, ettersom det er basert på subjektive erfaringer og opplevelser. Men man kan se en likhet og samsvar hos flere hvilket kan gi en indikasjon på hva som er av betydning for kvinnene. R

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

**Kommentar:**

Siden det er sett på subjektive erfaringer og opplevelser er det ikke garantert at man i praksis vil møte kvinner med samme behov og opplevelser, men det representerer et utvalg av kvinners erfaringer og er derfor god kunnskap å ta med seg.

### **9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

**Kommentar:**

Det fremstår uklart i studien om det er andre utfallsmål som bør bli vurdert. Muligens er dette heller ikke relevant ettersom det ikke er vurdert et spesifikt tiltak eller intervensjon.

### **10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

**Kommentar:**

Ettersom studien har sett på kvalitative artikler og dermed kvinners erfaringer og opplevelser, trekkes det frem ulempen av at det ikke nødvendigvis er mulig å generalisere resultatene, men at det er viktige erfaringer for helsepersonell å ha innsikt i.



# CHECKLIST FOR PREVALENCE STUDIES

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

Stålhandske ML, Makenzius M, Tydén T, & Larsson M. (2012). Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 53–61. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.677877>



## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info   

Comments (Including reason for exclusion): Forskerne presenterer tydelig resultatene med tabeller for statistikken, med inkluderte p-verdier for hvert punkt. Det diskuteres begrensninger ved den valgte metoden. Blant annet diskuteres utvalget av deltakere, samt den relativt lave svarraten på undersøkelsen. Behovet for ytterligere kvalitative dybdeintervjuer presiseres.

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Whitehouse, K. C., Blaylock, R., Mackleff, S. & Lohr, P. A. (2021). It's a small bit of advice, but actually on the day, made such a difference...: perceptions of quality in abortion care in England and Wales. *Reproductive Health*, 18(221). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01270-0>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:**

Formålet er å utforske oppfatninger og erfaringer av omsorgskvaliteten, «Quality of care» ved abort i England og Wales. Problemstillingen aktualiseres i at det tilbys helsehjelp knyttet til reproduksjon til om lag 100 000 kvinner årlig i Storbritannia. Videre påpekes det at det finnes lite eksisterende enighet på hva som fastslår en god abortomsorg og hva foreslåtte indikatorer fra mottakerens perspektiv er.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:**

Forfatterne vil belyse kvinners erfaringer og oppfatninger.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

Datainnsamlingen skjer gjennom intervju av deltakerne i studien og det er dermed hensiktsmessig å benytte et kvalitativt design.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

Det er gjort rede for at forfatterne bevisst ønsket deltakere med ulik alder, sosial status, type abort, svangerskapslengde og etnisitet. Utvalget ble gjort av deltakere som ønsket å delta i studien men krevde at deltakeren snakket engelsk, bodde i Storbritannia når aborten ble utført og at aborten ikke var en spontanabort eller ble gjort grunnet fosteranomali.

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

Settingen er beskrevet og intervjuene ble utført både over telefon og ansikt til ansikt. Det er dog ikke beskrevet om dette var kvinnens valg eller om det var andre grunner til hvor intervjuet ble utført. Det kommer tydelig frem at det ble benyttet dybdeintervjuer med en intervjuguide hvor samtalen ble tatt opp og senere transkribert. Metning av dataene ser ikke ut til å være diskutert.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

Blir i liten grad gjort rede for eventuelle bakgrunnsforhold og mulig forutinntatthet. Bekreftes at det ikke finnes noe interessekonflikt ved arbeidet. Det kommer frem at det etter en pilotstudie med tre intervjuer ble gjort så få justeringer på intervjuguiden at også resultatene fra pilotstudiet ble inkludert.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Det er beskrevet at studien er godkjent av to etiske komiteer. Mulige etiske utfordringer er i liten grad diskutert.

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

Det er gjort rede for at de lener seg på «Quality of care» sitt rammeverk for å kategorisere dataene. De ulike stegene i analysen er beskrevet på en oversiktlig og ryddig måte. Ser en tydelig sammenheng mellom presenterte sitater og kategorien de er plassert i.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

Funnene diskuteres opp mot relevante kilder. Det diskuteres både positive og negative argumenter i forhold til forskningsspørsmålet. Funnenes troverdighet ser ut til å bli diskutert i liten grad.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

Forskerne diskuterer resultatenes mulige bidrag til å forbedre abortomsorgen i England og Wales, samt i andre lignende land i-land. Det foreslås videre forskning som involverer pasienterfaringer og som videre kan underbygge deres funn for å kunne skape standardiserte beregninger som kan sikre bedre kvalitet i abortomsorgen.