

# **Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd møtet med det norske helsevesenet?**

**Av Stud. med. Kathrine Madsen og Christine Randsborg**



**Prosjektoppgaven ved Det medisinske fakultet,**

**Universitetet i Oslo 2011**

**Veiledet av: Professor Øivind Ekeberg**

## Abstract

**Background:** Approximately 10-20% of all clinically recognized pregnancies end in miscarriage. Roundly estimated 40% of the female population will go through an induced abortion. It is widely known that pregnancy termination may cause psychological distress, in the form of anxiety and depression.

**Objective:** To get a better understanding of how women experience the public health service during a miscarriage and induced abortion. Are they satisfied? What can be done to improve their experience?

**Method:** This is a qualitative study based on questionnaires and semistructured interviews with 72 women, 31 miscarriages and 41 induced abortions. The women talked about their experiences after 10 days, 6 months, 2 years and 5 years.

**Results:** There are 3 main topics: communication, organization and positive experiences. Topics discussed under communication are the need for more information, conversation and follow-up care, the ability to deliver a message, pressure from health personnel, the ultrasound-situation and need for care and consideration. Organization includes sharing a room, lack of discretion in private conversation, sickleave and caring for unexpected miscarriages. In the category positive experiences, women appreciate having a contact person, receive information and being met with care and respect.

**Conclusion:** Good contact and communication between patient and caretaker is essential for successful treatment. Empathy, respect and caring personnel are highly valued. It seems like the amount of time and resources applied on these women don't match the physical and emotional ordeal they go through. We need more evidence-based research to find out the effectiveness of the treatment recommended and wanted.

# Innhold

Innledning.....	5
Problemstillingen: <i>Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd møtet med det norske helsevesenet?</i> .....	5
Spontan abort.....	6
Provosert abort.....	7
Litteratur på området .....	8
Informasjon.....	9
Oppfølging.....	9
Helsepersonells opptreden .....	10
Holdninger til abort .....	11
Anne Nordal Broens forskning.....	11
Annen norsk litteratur .....	11
Metodebeskrivelse.....	13
Materialet.....	13
Intervjuene .....	13
Kvinnene som var med i studien .....	14
Demografi.....	14
Sivilstatus .....	14
Utdannelse og arbeid .....	15
Livssyn .....	15
Tidligere psykisk helse .....	15
Design.....	17
Sykehuspersonellet viste respekt .....	20
Sykehuspersonellet viste omsorg.....	20
Sykehuspersonellet ga mulighet for samtale .....	20
Sykehuspersonellet var faglig dyktige.....	20
Om sykehuspersonellet hadde en fordømmende holdning.....	20
Fikk følelsen av å være et nummer i rekken.....	20
Hva kunne hjulpet?.....	20
Informasjon og rådgivning .....	21
Litteratursøk .....	21
Resultater.....	22
Kommunikasjon .....	23
Behov for samtale, informasjon og oppfølging .....	23

Formidlingsevne og språkbruk .....	24
Legens føringer.....	25
Kommunikasjon ved ultralyd .....	26
Etterlyser omsorg og omtanke.....	26
Organisering .....	27
Romplassering .....	27
Diskresjon.....	27
Ventetid .....	27
Organiseringen av ventende ved ultralyd .....	28
Spontan abort.....	28
Sykemelding .....	28
Positive opplevelser.....	29
Kontaktperson.....	29
Respekt og nøytrale holdninger .....	29
Omsorg og medfølelse.....	29
Informasjon.....	29
Diskusjon.....	30
Metode .....	30
Kommunikasjon.....	32
<b>Behov for samtale og informasjon .....</b>	<b>32</b>
<b>Oppfølging.....</b>	<b>33</b>
<b>Formidlingsevne.....</b>	<b>34</b>
<b>Legens føringer.....</b>	<b>35</b>
<b>Ultralydsituasjonen.....</b>	<b>36</b>
Organisering .....	38
Romplassering, diskresjon og ventetid.....	38
Misnøye med praksis rundt spontan abort.....	39
Sykemelding .....	40
Konklusjon .....	42
Referanser .....	44

## Innledning

### **Problemstillingen: *Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd møtet med det norske helsevesenet?***

Via fellesmailen på medisinstudiet ble kullet kontaktet av psykiater Anne Nordal Broen, som hadde avlagt doktorgrad i kvinners mentale helse etter spontan og provosert abort. Etter å ha brukt en del av materialet selv, forelå det også mye urørt som egnet seg til videre forskning. I sitt arbeid bekrefter Broen blant annet at abort kan gi angst, depresjon og oppleves som en traumatisk hendelse. Vi fattet interesse for feltet, og kontaktet Broen som lot oss lese gjennom hennes flere hundre siders notater.

I Broens materiale kom vi over mye spennende, kvinnene som hadde deltatt i studien hadde overveldende mye viktig å komme med, så det var vanskelig å velge ut et tema å fordype seg i. Etter hvert la vi merke til 2 spørsmål kvinnen besvarte 10 dager etter svangerskapsavbruddet. ”Hvordan er kvinnen fornøyd med behandlingen hun fikk på sykehuset i forbindelse med abortinngrepet?” Og ”hvis kvinnen har hatt det vanskelig, hva tror hun kunne ha hjulpet henne?” Vi så at ikke alle hadde vært like fornøyde med behandlingen. Det fremkom ulike erfaringer med helsepersonell og opplevelsen av å være pasient ved abort på sykehus under dybdeintervjuet med Broen. Dette var noe Broen hadde skrevet lite om, og som vi synes er spennende og viktig.

Med tanke på hvor mange kvinner som i løpet av livet går igjennom provosert eller spontan abort, er dette et tema som rammer mange. Hvordan behandlingen utføres er derfor viktig.

Svangerskapsavbrudd er som kjent ikke bare en fysisk belastning, men også en psykisk påkjenning. 50 % av kvinnene som spontanaborterer sier at helsen deres påvirkes av hendelsen, og minst 25 % føler behov for profesjonell hjelp (1). Ut i fra dette burde det være innlysende at ikke bare de rent medisinske aspekter står i sentrum, men en ivaretagelse av hele mennesket. Er det slik? Klarer man å utøve den biopsykososiale modellen i praksis på dette området?

På 9. semester hørte vi flere ganger at Norge var verdens beste land å gå gravid og få barn i. Å sammenligne norske forhold med andre deler av verden er derfor spennende. Er erfaringene de samme, eller er vi også verdensmestere på ivaretagelse av kvinner som ikke fullfører svangerskapet? Hvordan oppleves det å ta abort? Er kvinner fornøyd med møtet med helse-Norge i forbindelse med svangerskapsavbrudd, eller er det rom for forbedringer? Hva ønsker man seg i så tilfelle? Hvilke retningslinjer har man for behandling? Blir de fulgt? Hvordan påvirker holdningene til helsepersonell opplevelsen?

Etter å ha lest Broens materiale ønsket vi å få rede på hva som allerede finnes av kunnskap på feltet. Vi søkte i ulike databaser etter oversiktsartikler og enkeltstudier som kunne gi svar på disse spørsmålene. Vi fikk få relevante treff, og lite var av nyere dato. Det mest slående var hvor minimalt med litteratur vi fant om pasientopplevelsene til kvinner som har gjennomgått provosert abort. Hvorfor er dette så lite belyst?

Kvinnehelsen i abortsituasjonen er et engasjerende tema, og vi har mange spørsmål. Vi skal prøve å finne svar på noen i vårt arbeid videre med følgende problemstilling: ***Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd møtet med det norske helsevesenet?*** Vi håper at denne oppgaven kan være med å bidra til at helsepersonell får en større forståelse for hvordan det er å være pasient ved provosert og spontan abort, og hvordan disse kvinnene ønsker å bli ivaretatt.

Vi ønsker i vår innledning å ta for oss noe teori om abort, inkludert lovgivning og behandling. Deretter følger en oppsummering av det vi fant av relevant litteratur i forhold til vår problemstilling, før våre resultater foreligger.

## Spontan abort

Definisjonen på spontan abort er “svangerskap som spontant går til grunne før fullgatte 22 uker”. Man regner at omtrent 50 % av alle påbegynte, og 10-20 % av alle klinisk registrerte graviditeter ender i spontan abort. Ca. 80 % av disse skjer i 1. trimester. Etiologien er som oftest ukjent, men kan skyldes både føtale, placentære og maternelle årsaker. Økning i risiko sees blant annet ved økende alder hos mor, assistert befruktning, flere tidligere aborter, myomer, kromosomavvik hos foreldre, inneliggende spiral, og rus, sykdom eller traumer hos mor (2,3).

Dersom det ikke forekommer en fullstendig utstøtning av abortrestene, må det gjøres en utskrapning av livmoren. Er aborten komplett er ikke det nødvendig. Ifølge retningslinjene anbefales eventuelt en oppfølgingstime hos fastlegen, men dette må kvinnen ta initiativ til selv. Noen får kontroll med gynekologisk undersøkelse og vaginal ultralyd 1-2 uker etter aborten. Sykemelding kan gis inntil 3 dager, samt oppfølging av eventuelle medisinske tilstander hos mor før neste svangerskap (2,3).

Spontan abort er medisinsk sett en vanlig hendelse, med ofte en ukjent årsak. Det anbefales derfor ikke en videre utredning med tanke på årsaksforhold ved enkeltstående tilfeller. Habituell abort derimot er et begrep som brukes når et par har hatt tre eller flere spontane aborter etter hverandre. Ved slike tilfeller er det vanlig å tilby en nærmere utredning hos spesialist, men en klar årsaksfaktor finner man bare hos 30-40 % av disse parene (2,3).

## Provosert abort

Fra den nye abortloven tredde i kraft i 1979, har antall årlig utførte provoserte aborter i Norge ligget stabilt mellom 14 000 og 16 000. 97 % utføres i første trimester. Dette er et høyt tall når en tenker på at det i 2010 ble født 61 400 barn i Norge. Man regner med at nærmere 40 % av alle norske kvinner gjennomgår en provosert abort i løpet av sitt reproduktive liv (2,4).

Hvem som får innvilget abort er regulert i *Lov om svangerskapsavbrudd* (abortloven) (2,5). Den stadfester selvbestemt abort inntil utgangen av 12. svangerskapsuke, beregnet fra siste menstruasjons første dag. Dersom svangerskapets varighet er over 12 uker må en søknad behandles i abortnemnden, som er sammensatt av to leger. (Søknader som avslås behandles i en ankenemnd.) Minst ett av følgende kriteriene i abortlovens §2 må være oppfylt for at begjæringen skal kunne innfris:

- a) Svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom.
- b) Svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon.
- c) Det er stor fare for at barnet kan få en alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet.
- d) Graviditeten er et resultat av voldtekt eller incest.
- e) Kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.

Ifølge §2 skal kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd øke med svangerskapets lengde, og etter uke 18 kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner til det. Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, vil det ikke bli gitt tillatelse. Er det derimot overhengende fare for kvinnens liv eller helse, kan svangerskapet avbrytes uten hensyn til abortloven (§10). Dette vil i praksis si i de akutte tilfeller der det ikke er tid til å vente på nemndbehandling.

Det er kvinnens samlede situasjon det skal tas hensyn til. Hun har rett til ”informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne” samt ”krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg”. Den legen som signerer krav om svangerskapsavbrudd har ansvar for å gi den abortsøkende informasjon om inngrepet art og mulige komplikasjoner.

Avdelingsoverlegen er ansvarlig for at alle sider ved abortloven blir ivaretatt ved avdelingen. Helsepersonell kan søke om fritak fra å assistere ved eller utføre inngrepet. Fritaket omfatter ikke journalskriving, pleie eller stell av kvinner som får utført provosert abort (2,5).

Provosert abort kan utføres på to måter, enten medikamentelt eller kirurgisk. Begge metodene utføres i regi av sykehus. Den kirurgiske metoden tar omkring 5 minutter og utføres i narkose eller lokalanestesi. Cervikalkanalen blokkes opp ved hjelp av Hegarstifter, og en sugesyrette føres inn i uterus. Ved hjelp av undertrykk suges svangerskapsproduktene ut og havner i en glasskolbe. Inngrepet utsettes gjerne til etter 7. uke, pga høyere komplikasjonsrisiko før dette (2).

Den medisinske metoden skjer ved at kvinnen gis et antiprogesteron (mifepriston) peroralt for å myke opp livmorhalsen. Dette gis på sykehuset, kvinnen kan deretter reise hjem. Etter 2 døgn må hun komme tilbake. Da gis et prostaglandin (gemeprostvagitorium eller prostoltabletter) vaginalt for å sette i gang riene. I løpet av 8 timer har 96 % av pasientene abortert. Hos de som ikke aborterer gjøres en utskrapning. Metoden er mest effektiv tidlig i svangerskapet, og bør ikke brukes etter 9 fullgatte uker (2).

I andre trimester benyttes ikke den kirurgiske metoden i Norge. Til å avslutte svangerskap i andre trimester er det vanligst å gi prostaglandiner (gemeprostvagitorier og misoprosol), som settes hver 3 time opptil 5 ganger (2).

Når det gjelder oppfølging etter provosert abort sier retningslinjene ved svangerskapsavbrudd i første trimester følgende: Ved medikamentell metode skal kvinnen etterundersøkes 3-4 uker etter aborten med samtale, klinisk undersøkelse og ultralydundersøkelse. Ved kirurgisk metode anbefales ikke etterundersøkelse på sykehuset, men kvinnen kan ta kontakt med sin fastlege ved behov. I andre trimester er ettersamtale anbefalt med samtale rundt abortprosessen, og det er obligatorisk når indikasjonen er misdannelser hos fosteret. Samtalen bør omhandle sorgreaksjoner og eventuelle funn ved obduksjon (4). Når det gjelder sykemelding kan det gis inntil 3 dager ved inngrep i første trimester. I andre trimester foretas det en individuell vurdering.

## Litteratur på området

Ut fra det vi har funnet av litteratur viser det seg at det er spesielt 3 emner kvinnene tar opp når de snakker om sine opplevelser med helsevesenet og hva som kan forbedre behandlingen. Dette er å få tilstrekkelig informasjon, bli tilbudt oppfølging og helsepersonellens opptreden. Det er gjort bemerkelsesverdig lite forskning av kvinners opplevelser rundt svangerskapsavbrudd og de følelsesmessige reaksjonene som følger med, i forhold til antallet kvinner dette berører. Det vi fant av norsk forskning var av eldre dato og tok for seg mer av de lovmessige og fysiologiske aspektene, samt psykiske ettervirkninger etter abort.

I litteraturen kommer det frem ulike erfaringer og ønsker til forbedring av behandlingen av kvinner som spontanaborterer. I en studie der pasienter og ansatte ble spurt om behandlingen, kom det frem



at begge grupper mente det var rom for forbedringer. Det interessante var at det kom frem ulikt syn mellom de to gruppene om hvordan dette best kunne oppnås. Kvinnene ønsket å bli vist mer omtanke, få kortere ventetid på medisinsk behandling og bli lagt på en passende avdeling. De ansatte mente at en rådgivningssamtale, mer privatliv og større bemanning ville forbedre sykehusoppholdet (1). Tilstrekkelig med informasjon og mulighet til å bli involvert i avgjørelser rundt behandlingen ble sett på som en stor hjelp (6).

## Informasjon

Generelt sett ønsker kvinnene seg mer informasjon (1,6,7,8,9,10,11,12). Spesielt er behovet for en forklaring på det som har hendt stort (1,6,7,8,9). I en studie kommer det blant annet frem at 87 % av kvinnene så det som veldig eller ekstremt viktig å få vite hvorfor man aborterte (7). En annen studie konkluderte med at fravær av en identifiserbar årsak til aborten vil medføre opprettholdelse av det initiale angstnivået (9). I tillegg til en forklaringsmodell etterlyses mer informasjon av medisinsk, sosial og praktisk art. Hvilke konsekvenser vil aborten ha for fremtidige svangerskap? Hva kan man forvente av fysiske og psykiske påkjenninger i etterkant? Hvordan skal man forholde seg etter utskrivelse (6,8,10,11)? Det viser seg at tilstrekkelig medisinsk informasjon var den variabelen som korrelerte best med pasienttilfredshet og som ses på som mest meningsfull (6).

Sammen med nok informasjon, ble det presisert at tidspunktet for utgivelse og formidlingsevnen var viktig (1,6,8,10). I en studie fikk 42 kvinner en forklaring på hvorfor de spontanaborterte. Da de kom til en oppfølgingssamtale 6 uker senere var det bare 17 stykker som husket noe av forklaringen (6). Dette sier noe om viktigheten av når man velger å gi ut informasjon, og at det er lurt å sende med noe skriftlig i tillegg. Med tanke på formidlingsevnen, var det bruk av medisinsk sjargong, vage forklaringer og en «matter of fact attitude», pasientene ikke likte (6).

## Oppfølging

De fleste ser seg fornøyd med den medisinske behandlingen på sykehuset, men behovet for et mer standardisert og omfattende tilbud i etterkant av spontanaborten blir trukket frem flere steder. Et sted mellom 60 og 90 % av deltakerne i de ulike undersøkelsene etterlyste nettopp dette. Det viser seg at misnøyen blant kvinnene øker i fravær av et oppfølgingstilbud (10,11), og mange føler seg forlatt (6). Hva en etterkontroll bør inneholde er ikke likegyldig. I en studie kom det frem at 92 % av deltakerne ønsket seg en oppfølgingstime, bare 30 % fikk det. Omtrent halvparten av dem som kom til kontroll fikk mulighet til å snakke om følelser de hadde hatt ved aborten. Gruppen som ikke fikk snakke om følelser hadde betydelig høyere snittscore for angst og depresjon enn de som fikk snakke om følelser og de som ikke fikk komme til oppfølgingssamtale i det hele tatt (7).

I litteraturen foreslås etterkontroller fra 2 til 8 uker etter aborten. Ved denne konsultasjonen anbefales det å komme inn på fysiske, sosiale og psykiatriske behov og ettervirkninger, samt å foreta en undersøkelse hvis kvinnen ønsker det. Noen kvinner ønsker også etter spontan abort at man ser etter mulige årsaker til aborten. Da betydningen av tapet, støtteapparatet rundt, den enkeltes håndteringsmekanismer og tidligere psykisk sykdom er av betydning for hvordan man opplever og kommer igjennom en slik hendelse, er det viktig for helsepersonell å danne seg en oversikt over dette, slik at man kan tilby bedre hjelp til de som måtte trenge det mest. En tettere kontakt med lege og individuell oppfølging i neste svangerskap ble satt høyt (6,7,8,10,12).

Misnøye med psykisk ivaretagelse var utbredt, selv om de fleste allmennpraktikere så på det som en viktig del av behandlingen (12). I en artikkel kom det frem at majoriteten av allmennpraktikere var enige om at det var et behov for psykologisk støtte og veiledning etter en spontan abort, men bare 21 % følte seg trygge på å tilby en slik hjelp (7).

### Helsepersonells opptreden

Flere steder ble det ytret misnøye med manglende omtanke og forståelse, sårende kommentarer og lite tilgjengelige helsepersonell (1,6,8,10,11,12). I en studie mente 75 % av kvinnene som ble spurt at sykehusoppholdet kunne vært forbedret med et mer hensynsfullt personell (1). Flere forklaringer har blitt gitt for denne manglende tilfredsheten. Det faktum at svangerskapsavbrudd er en vanlig medisinsk hendelse for helsepersonell, men ganske uvanlig opplevelse for kvinnen selv, påvirker måten partene kommuniserer og tolker hverandre på. Forklaringer basert på statistisk sannsynlighet og et forsøk på å normalisere det hele oppfattes av mange som manglende medfølelse, og at deres tap blir sett på som en mindre hendelse (6,7,8,10,11,12). Hvordan kvinnene oppfatter helsepersonellens oppførsel, holdninger og behjelpelighet kan relateres til i hvilken grad kvinnene oppfatter at personellet bekrefter betydningen av deres tap (6). En annen forklaring på følelsen av manglende emosjonell støtte på sykehuset, kan være den korte liggetiden. Kvinnene rekker sjelden å bygge en relasjon med sykepleierne eller få møte og snakke med en terapeut før de reiser hjem (12).

En kanadisk studie så på hvordan en annen persons tilstedeværelse og støtte ved oppvåkning etter abortinngrepet ville slå ut. Kvinnene i studien var ekstremt positive til tiltaket. 96,8 % rapporterte at de ville satt pris på samme behandling dersom de måtte gjennom en ny abort. Støttepersonene som var med følte de gjorde en meningsfull jobb, men sykepleierne var negative til ordningen(13).

En annen studie tar for deg ultralydsituasjonen ved påfølgende svangerskap etter en abort. Her oppfattet kvinnene teknikerne som lite sensitive. Kvinnene ønsket at de hadde vært mer tålmodige

og forståelsesfulle (11). Å bli lagt på en uegnet avdeling, samme med høygravide, fødende og nyfødte, var noe som kom frem som spesielt negativt (1,6,8,12).

## Holdninger til abort

Holdninger til provosert abort varierer blant annet ut i fra nasjonalitet, erfaringer med abortbehandling og religiøse overbevisninger (14). En nyere britisk studie tar for seg medisinstudenters holdninger til provosert abort. 62 % var for fritt valg, 33 % var mot abort, resten usikre (15). I en annen studie der samme spørsmål ble stilt til britiske allmennleger, var 4 av 5 for fritt valg (16). Dette kan tyde på at studentene har et mer konservativt syn, og at man kanskje utvikler mer liberale holdninger gjennom karrieren. Abortlovgivningen i Storbritannia er strengere enn den vi har, men det var vanskelig å finne lignende undersøkelser i vestlige land vi kan sammenligne oss med. I en studie der norske medisinstudenter ble spurt om sine holdninger til abort, kom det frem at 78,2 % var for abort. 86,4 % var for abort ved mors ønske. Alle støttet opp om svangerskapsavbrudd der mors liv var i fare (17).

## Anne Nordal Broens forskning

Broens arbeid tar for seg de psykiske ettervirkningene etter provosert og spontan abort. På kort sikt har spontan abort større emosjonelle konsekvenser, på langsikt har de som har gjennomgått provosert abort mer tanker og følelser rundt hendelsen (18). Broen setter fokus på selve valget og dets betydning for kvinner som etter eget ønske avslutter svangerskapet. At graviditeten hadde stor betydning og vanskeligheter med avgjørelsen blir assosiert med dårligere tilpassing i ettertid. I de tilfeller årsaken til abort var press fra barnefar, press fra venner, at far ikke ønsket barn nå, boforhold og økonomi, var dette signifikant relatert til negative psykiske følger. Forklaringen er at når kvinnen gir etter for press gir hun samtidig slipp på egen autonomi. Hun aksepterer at andre tar viktige avgjørelser i livet sitt og dette vil åpenbart kunne medføre komplikasjoner til adaptasjonen etter aborten (19). Tvil rundt avgjørelsen ble relatert til depresjon etter 6 måneder, mens en negativ holdning til provosert abort var assosiert med angst ved 6 måneder og 5 år etter (20).

## Annen norsk litteratur

Det finnes relativt få studier om abort fra Norge. Det som er synes bortgjemt i databaser, og virker dermed utilgjengelig for pasientene. Etter å ha lest de største og mest relevante norske studiene ser vi at det tidligere har blitt gitt råd om hva som kan forbedres i forbindelse med abort, uten at anbefalingene har blitt tatt til følge. I en norsk studie konkluderes det med at kvinner som har gjennomgått provosert abort bør tilbys samtale 3-4 måneder etter aborten (21). Det er 15 år siden studien ble offentliggjort, og det finnes fortsatt ingen form for standardisert oppfølging.

Vi finner ingen norske studier som direkte omhandler vår problemstilling, men de vi fant gir oss en bedre forståelse av hvordan kvinner har hatt det etter abort de siste 60 årene.

En av de eldre, og virkelig store studiene, er Per Kolstads studie ”Therapeutic abortion. A clinical study based upon 968 cases from a Norwegian hospital, 1940-53” (22). Studien ble utført ved Buskerud Sykehus, Drammen, hvor jo også vårt materiale er hentet fra. Det kommer frem at omtrent tre av fire kvinner som søkte om ”terapeutisk abort” fikk medhold på enten et medisinsk, sosialt, psykisk, eugenisk eller humanitært grunnlag. Til dette svarer Kolstad; ”hvis man hadde fulgt dagens rettsmidler skulle det å oppfylle kravene til ”absolutt indikasjon” for abort være veldig sjelden”. Han mener majoriteten av de som søker abort ikke innfrir kriteriene, og at norsk lov manglet klare retningslinjer for når man kan, og ikke kan gi tillatelse til abort. Etter hans skjønn innvilges abort for lett, spesielt ved medisinske indikasjoner som tuberkulose. Kolstad mener ikke at man skal gi avslag uten videre, men gi bedre behandling slik at kvinnene kan gjennomføre sine graviditeter.

Forfatteren er spesielt opptatt av den psykisk helse, og mener mer bør gjøres for å behandle de psykiske plagene i forbindelse med graviditet. Han mener kvinnene bør få hjelp av psykiater i tidlig fase, slik at man kan unngå flere aborter på psykiatrisk grunnlag. Problemstillingen er vanskelig da mange kvinner sliter med redusert psykisk helse de første 3-4 månedene av graviditeten, nettopp det samme tidsrommet for når provosert abort kan utføres. Forfatteren er også opptatt av at legestanden hjelper de som søker abort på sosialt grunnlag. De bør bli satt i kontakt med hjelpeorganisasjoner og tas vare på i den mest kritiske fasen av svangerskapet.

Kolstad spurte et utvalg av kvinnene, de som var gift, om å fylle ut et spørreskjema om hvor fornøyde de var over at aborten hadde blitt utført. De som ikke hadde fått innvilget søknaden, og født et barn, fylte også ut skjemaet. Paradoksalt nok var i overkant av 80 % av de som hadde foretatt abort og de som ikke hadde fått innvilget søknaden fornøyde. Kvinnene som hadde født hadde utviklet en mer positiv holdning i løpet av svangerskapet.

I en norsk studie fra 1973 intervjuet Berthold Grünfelt 230 kvinner 6 måneder etter at de hadde foretatt provosert abort, med tanke på psykologiske responser. Omtrent 40 % av kvinnene følte en lettere form for skyld og 23 % erfarte en depressiv reaksjon av varierende grad etter aborten. Han konkluderte blant annet med at jo større skyldfølelse kvinnene hadde, desto høyere sannsynlighet var det for at de utviklet moderat til alvorlig depresjon (23).

I den såkalte Akerstudien fra 1996 fylte 142 kvinner etter provosert abort ut to spørreskjemaer, ett før og ett fem måneder etter aborten. Rett etter aborten hadde 35 % av kvinnene det tøft, de følte

seg nedstemte og hadde søvn- og konsentrasjonsvansker. 29 % følte en kortvarig lettelse etter aborten, 24 % følte tomhet, mens 12 % hadde ingen mentale responser. Fem måneder etter aborten hadde 7 % mer seriøse vansker som følge av aborten. De var deprimerte, hadde mareritt, skyldfølelse og synes det var vondt å se små barn eller gravide (21).

I en studie fra 2008 ønsket Willy Pedersen å finne ut om depresjon kan være en påfølgende komplikasjon til provosert abort. Etter hans mening er det få studier som omhandler depresjon etter abort en kan stole på, da det sjelden tas nok hensyn til konfunderende faktorer. Pedersen spurte kvinner mellom 15 og 27 år som hadde gjennomgått provosert abort om aborten, tidligere svangerskap, fødsler og aborter, samt sosialdemografiske variabler som familieforhold, arbeid, utdanning med mer. Han fant at de som hadde tatt en abort i 20-årene hadde økt risiko for å utvikle depresjon. Det var imidlertid ingen sammenheng mellom aborter i tenårene og påfølgende depresjon (24).

## Metodebeskrivelse

### Materialet

I forbindelse med doktorgradsavhandlingen "Women`s emotional life after miscarriage and induced abortion. A longitudinal, five-year follow-up study in Norway" (25), var psykiater Anne Nordal Broen i kontakt med kvinner som hadde gjennomgått svangerskapsavbrudd. Ved fire anledninger møtte kvinnene opp til utfylling av spørreskjemaer og samtale/intervju, 10 dager (T1), 6 måneder (T2), 2 år (T3) og 5 år (T5) etter aborten. Avtalene ble lagt der det passet best, på sykehuset, kafé, hjemme hos kvinnen, eller per telefon der det ikke var annen mulighet. Ved T1 og T2 møtte alle kvinnene personlig til intervju, ved T3 alle unntatt to og ved T4 alle unntatt ni. De som ikke hadde mulighet til å møte personlig ble intervjuet via telefon eller faks.

### Intervjuene

Intervjuene var semistrukturerte, det vil si at det på forhånd var klarlagt spørsmål med mulighet for fordypning. Intervjuer var Broen selv. Intervjuet ved T1 var det mest omfattende da det inneholdt all demografisk fakta som sivilstatus, utdanning, tidligere aborter, religion med mer. Ved hver anledning besvarte kvinnene flere spørreskjemaer som blant annet gikk på angst, depresjon, livskvalitet, følelser, stressmestring, livshendelser og bruk av stimulantia. Faste spørsmål med svaralternativer ble stilt vedrørende eventuelt nye svangerskap, forhold til partner, barn, jobbsituasjon, om de hadde mottatt informasjon om fysiske og psykiske ettervirkninger eller tilbud om rådgivning i forkant av provosert abort, hva som kunne ha hjulpet og hvordan behandlingen på sykehuset hadde vært. Kvinnene fylte stort sett ut spørreskjemaene selv, med mindre spørsmålene

ble stilt per telefon eller liknende. Det ble også stilt åpne spørsmål de fikk snakke mer fritt rundt ved hvert møte. Ved T2 fikk kvinnene spørsmålet; ”Er det noe spesielt du vil si om aborten eller tiden etterpå?” Ved T3 skulle de besvare følgende; ”Synes du aborten har forandret livet ditt på noen måte? I tilfelle den har det, på hvilken måte?” Ved T4 skulle følgende besvares: ”Når du tenker tilbake på aborten og omstendigheten rundt den, hva gjorde mest inntrykk?” Det ble også gitt rom for samtale om selvvalgte temaer og utdyping av spørsmål fra skjemaene. Broen refererte selv alle samtalene skriftlig. I sitt doktorgradsarbeid benyttet hun seg av data fra spørreskjemaene, vi har sett nærmere på det nedskrevne materialet fra intervjuene.

## **Kvinnene som var med i studien**

Fra 1. april til 15. desember 1998 var 524 kvinner innlagt ved sykehuset i Buskerud på grunn av svangerskapsavbrudd. 367 av disse skyldtes provoserte aborter, mens 157 skyldtes spontane aborter. 255 av kvinnene ble spurt om de ville delta i Broen sin studie, etter at 13 kvinner ble utelukket ut i fra eksklusjonskriteriene. (Disse var ikke å forstå norsk språk, å lide av en alvorlig psykisk lidelse eller at graviditeten var et resultat av voldtekt). For utvelgelse av deltakere til studien, kastet man i begynnelsen terning, dersom den viste et tall mellom 1 og 4 ble kvinnen spurt om hun ville være med. Etter hvert innså man at inklusjonsraten ble for lav, og opphevet randomiseringen slik at alle ble spurt. 120 kvinner takket ja, henholdsvis 80 som hadde gjennomgått provosert abort og 40 spontan abort. Ved provosert abort hadde ingen graviditeter gått over 13 uker, og ingen aborter skyldtes anomalier hos fosteret. Alle abortene ble foretatt ved den kirurgiske metoden. Kvinnene forlot sykehuset noen timer etter den provoserte aborten. Av de som hadde vært gjennom spontan abort, hadde en kvinne vært i svangerskapsuke 21, mens resten i 17. svangerskapsuke eller lavere. 109 (70 etter provosert abort og 39 etter spontan abort), det vil si 91% av kvinnene, gjennomførte den 5 år lange studien. Den ene kvinnen etter spontan abort og syv av de som etter provosert abort ikke fullførte intervjuene oppga som årsak at de følte det var ”for vanskelig å svare på spørsmål om svangerskapsavbruddet” (25).

## **Demografi**

Kvinnene i studien bodde i Drammen by eller opptil 40 kilometer utenfor. Ved T1 var kvinnene i studien mellom 18 og 45 år gamle. Snittalderen ved provosert abort var 27,7 år og ved spontan abort 31,1 år. Vi har dessverre ingen snittalder eller annen data for kvinnene som takket nei til å være med i studien.

## **Sivilstatus**

Når det gjelder sivilstatus i gruppen som hadde foretatt provosert abort var 21,3% gift, 37,5% hadde samboer og 41,3% hadde verken samboer eller var gift. I denne gruppen hadde kvinnene 1,2 barn i

snitt. Hos de som hadde gjennomgått spontan abort var 42,5% gift, 50% hadde samboer og 7,5% hadde verken samboer eller var gift. Denne gruppen hadde 0,8 barn i snitt.

### **Utdannelse og arbeid**

Når vi ser på utdannelsesnivået hadde gruppen som hadde vært gjennom spontan abort i snitt noe høyere utdanning, og flere var i fast stilling enn de som hadde foretatt provosert abort. Blant de som hadde vært utsatt for spontan abort hadde 10% bare grunnskoleutdanning, 15% stoppet etter videregående skole, 47% hadde yrkesfaglig utdanning, og 27,5% hadde høyere utdanning fra universitet eller høyskole. I denne gruppen hadde 75% fast arbeid, bare 5% hadde en midlertidig stilling, 10% var hjemmeværende, og 2,5% var fortsatt under utdanning. Bildet var noe annerledes for provosert abort da 15 og 31,3% hadde fullført henholdsvis ungdoms- og videregående skole. 31,3% hadde yrkesfaglig utdanning, mens 22% hadde høyere utdanning. I denne gruppen var 21,3% fortsatt under utdanning ved T1. 50% hadde fast stilling, mens 11,3% hadde en midlertidig stilling, og 8,8% var hjemmeværende.

### **Livssyn**

Når vi ser på religion og livssyn oppgir henholdsvis 80% (spontan) og 71,3% (provosert) å være kristne, men at religionen er av liten betydning i hverdagen. 12% av de som har gjennomgått spontan abort, og 6,3% av de som har gjennomgått provosert abort sier at deres kristne tro er sterk og av stor betydning. 5% av de som har gjennomgått spontan abort er agnostikere eller humanetikere, mens 17% av de som har gjennomgått provosert abort oppgir å ha denne tilhørigheten. Blant de som har gjennomgått spontan abort oppgir 2,5% å være muslimer eller ha en annen trosoppfatning enn nevnt ovenfor, mens 5% av de som har foretatt provosert abort har denne tilhørigheten.

### **Tidligere psykisk helse**

Når vi ser på tidligere psykisk helse, har denne generelt vært bedre hos de som har gjennomgått spontan abort. Her oppgir 65% å ha hatt en tidligere god psykisk helse, 15% middels god psykisk helse tidligere og 20% sier de har hatt psykiske problemer. I gruppen som foretok provosert abort oppga 47,5% å ha tidligere god psykisk helse, 17,5% medium psykisk helse og 35% oppga å ha slitt med psykiske problemer tidligere.

Når vi nå oppsummerer dette ser vi at de som har gjennomgått spontan abort i forhold til de som har gjennomgått provosert abort har høyere snittalder, høyere utdanning, færre barn, flere er i fast arbeid, flere har et kristent eller mer konservativt kristent livssyn, de har fra tidligere bedre psykisk helse og flere er i stabile samboerforhold eller er gift. Det mest overraskende tallet vi fant ved å

studere demografien var at under halvparten av de som har gjennomgått provosert abort oppgir å ha god tidligere psykisk helse (25).

**Tabell 1:**

**Viser demografien til kvinnene som deltok i studien. Tabellen er hentet fra Anne Nordal Broens doktorgradsavhandling (25).**

	<b>Kvinner som har gjennomgått spontan abort</b> N=40	<b>Kvinner som har foretatt provosert abort</b> N=80
<b>Ved T1 (10 dager etter aborten)</b>	Gjennomsnitt (95% konfidensintervall)	Gjennomsnitt (95% konfidensintervall)
Alder (i år)	30,1 (28,2-31,9)	27,7 (26,2-29,3)
Svangerskapsuke ved aborten	10,5 (9,4-11,5)	9,6 (9,3-9,9)
Antall tidligere provoserte aborter	0,3 (0,2-0,6)	0,3 (0,2-0,6)
Antall tidligere spontane aborter	0,4 (0,1-0,5)	0,4(0,2-0,6)
Antall barn	0,8 (0,5-1,0)	1,2 (0,9-1,4)
<b>Sivilstatus</b>		
I ekteskap	42,5%	21,3%
I samboerskap	50,0%	37,5%
Verken i ekteskap eller samboerskap	7,5%	41,3%
<b>Utdannelse</b>		
Grunnskole, fullført ungdomsskole	10,0%	15,0%
Fullført videregående skole	15,0%	31,3%
Yrkesfaglig utdanning	47,5%	31,3%
Høyere utdanning fra universitet eller høyskole	27,5%	22,5%
<b>Yrkesstatus</b>		
Fortsatt under utdanning	2,5%	21,3%
I fast stilling	75,0%	50,0%
I midlertidig stilling	5,0%	11,3%



Hjemmeværende	10,0%	8,8%
Annet	7,5%	8,8%
<b>Livssyn</b>		
Kristen, religion av liten betydning i hverdagen	80,0%	71,3%
Kristen, religion av stor betydning i hverdagen	12,5%	6,3%
Agnostiker eller humanetiker	5,0%	17,0%
Muslim eller annet	2,5%	5,0%
<b>Tidligere psykisk helse</b>		
Tidligere god psykisk helse	65,0%	47,5%
Tidligere middels god psykisk helse	15,0%	17,5%
Tidligere psykisk sykdom	20,0%	35,0%

## Design

Ved hjelp av kvalitativ metode, systematisk tekstkondensering, har vi analysert materialet. Dette er et design som er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter. De to hovedprinsippene som brukes er dekontekstualisering, som går ut på å trekke ut de delene av stoffet som forteller noe om det samme og se på det samlet, og rekontekstualisering, som innebærer å forsikre seg om at de svarene man henter ut fortsatt stemmer overens med materialet det ble hentet fra (26).

Første trinn i prosessen var å lese igjennom alt skriftlig materiale flere ganger, for å få et overordnet inntrykk av kvinnes opplevelser og erfaringer ved abort. Med utgangspunkt i vår problemstilling, *om hvordan kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd opplever møtet med det norske helsevesenet*, ble all informasjon vedrørende møtet med helsevesenet sortert ut og skrevet av på nytt. Ikke alle kvinnene i studien snakket om dette i sine samtaler med Nordal Broen, slik at antall informanter gikk ned fra 120 til 72. Blant de 72 kvinnene som uttalte seg om oppholdet på sykehus eller erfaringer med helsepersonell, var det bare 4 kvinner som ikke fulgte studien helt ut. Alle de fire hadde gjennomgått provoserte aborter. To kvinner var ikke med i studien fra og med T2, og to kvinner var ikke med fra og med T3. Vi benyttet alle intervjuene (T1-T4) til de som hadde uttalt seg om møtet med helsevesenet, da vi var interessert i å vite om disse inntrykkene vedvarte over tid.

Dermed kan vi si at antall observasjoner i denne studien var 282, om man regner hvert intervju som en observasjon. Alle tekstbiter som ble hentet ut fra originalmaterialet ble tydelig merket med informantnummer, type abort og hvilket intervju det var hentet fra.

Den nye teksten ble så lest flere ganger sammenhengende, slik at vi kunne danne oss et inntrykk av om det var noen trekk som gikk igjen. Vi fant tre overordnede temaer som belyser problemstillingen fra ulike sider. Disse tre er kommunikasjon, organisering og positive opplevelser i møtet med helsevesenet. Med utgangspunkt i disse, plukket vi ut og organiserte på ny all den tekst som tilhørte de ulike temaene hver for seg. Kodingen ble fortsatt opprettholdt slik at vi lett kunne gå tilbake til originalteksten.

Hvert tema ble gått i dybden på, for å se etter mindre enheter å gruppere i. Alle opplysninger fra en subgruppe ble så analysert samlet, for å løfte frem fellesnevnerne, men samtidig forsøke å få frem de ulike nyansene. Sitater representative for utvalget ble plukket ut til å illustrere.

Siste del av arbeidet gikk ut på å vurdere våre funn opp mot den sammenheng det var hentet fra. Det ble lett etter motsigelser og vurdert hvor representativt svarene var mot originalteksten. Antall og variasjon i informanter brukt ble også tatt stilling til.

## Statistikk

Da vi hadde samlet utsagnene om møtet med helsevesenet, som vi skulle bruke til å besvare problemstillingen, så vi at det var gjennomgående mange flere som i den åpne delen av intervjuet fortalte om negative enn positive opplevelser rundt innleggelsen og erfaringer med helsepersonell. Ut ifra svarene på spørreskjemaene så det ut til at de fleste hadde hatt det greit, så vi ønsket å se nærmere på om det var en reell diskrepans mellom det kvinnene krysset av i skjemaene og snakket om i intervjuene. Vi ønsket å finne ut hvor fornøyde kvinnene *egentlig* var, både de som uttalte seg om helsevesenet og de som ikke gjorde det.

Kvinnene hadde svart på spørreskjemaer med avkrysnings spørsmål om hvordan de ble behandlet på sykehuset. De krysset av på en skala fra 1 til 5 (1=ikke i det hele tatt, 2=litt, 3=en god del, 4= mye og 5=svært mye). De skulle krysse av på i hvilken grad sykehuspersonellet viste respekt, omsorg, ga mulighet for samtale, var faglig dyktige eller hadde en fordømmende holdning. De skulle også krysse av i hvilken grad de følte seg som et nummer i rekken.

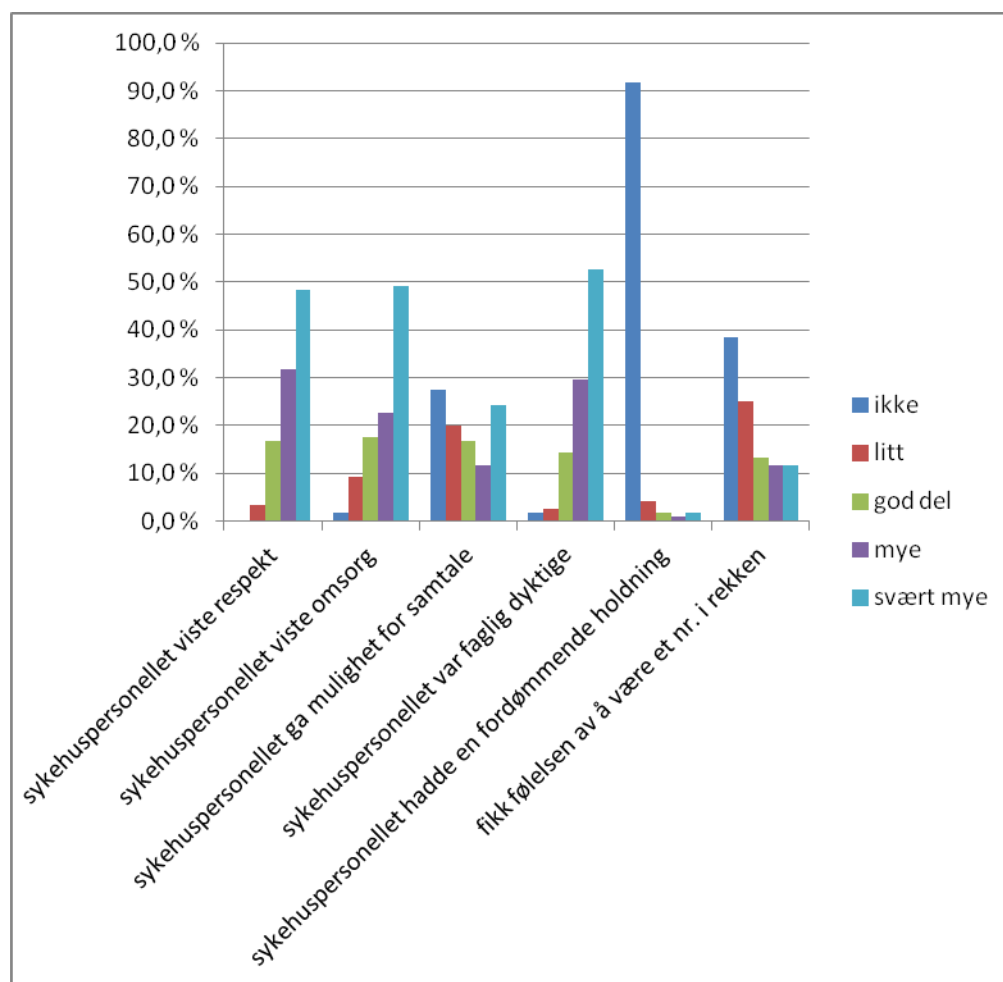
Kvinnene fikk i sine spørreskjemaer spørsmål om hva som kunne hjulpet for å mestre aborten og tiden etter bedre. Det var 14 alternativer de skulle rangere fra 1 til 5 (som over). Ikke alle

spørsmålene er relevante for denne oppgaven, men fire spørsmål er med på å svare på vår problemstilling (se under "hva kunne hjulpet" side 20).

Kvinnene som hadde gjennomgått provosert og spontan abort krysset også av på om de hadde mottatt informasjon om fysiske og psykiske ettervirkninger i forbindelse med aborten.

## Tabell 2.

**Denne illustrasjonen viser hvor fornøyde kvinnene i studien var med flere kvaliteter hos helsepersonell etter sykehusinnleggelse ved spontan og provosert abort.**



### **Sykehuspersonellet viste respekt**

Ingen av kvinnene graderte det til at sykehuspersonellet ikke viste respekt i det hele tatt. 3,3% svarte at de opplevde bare litt respekt. 16,7% var middels fornøyde, mens 80% rangerte respekten på en av de to øverste graderingene.

### **Sykehuspersonellet viste omsorg**

1,7% syntes ikke sykehuspersonellet viste omsorg i det hele tatt, og 9,2% bare litt. 17,5% var middels fornøyd, mens henholdsvis 71,7% var godt fornøyd.

### **Sykehuspersonellet ga mulighet for samtale**

27,5% mente de ikke hadde fått mulighet for samtale i det hele tatt, mens 20% svarte "litt". 16,7% var middels fornøyde, mens 35,8% var godt fornøyde med muligheten de hadde fått for samtale.

### **Sykehuspersonellet var faglig dyktige**

Kvinnene var fornøyde med den faglige dyktigheten til helsepersonellet. 1,7% mente helsepersonellet ikke var faglig dyktige i det hele tatt, 2,5% syntes de bare var "litt" faglig dyktige. 14,2% var middels fornøyde, mens 81,7% syntes helsepersonellet var dyktige eller svært dyktige.

### **Om sykehuspersonellet hadde en fordømmende holdning**

91,7% mente at sykehuspersonellet ikke hadde en fordømmende holdning i det hele tatt, mens 4,2% syntes de hadde en "litt" fordømmende holdning, og 1,7% en "god del". 2,5% møtte fordømmende eller svært fordømmende holdninger fra helsepersonell.

### **Fikk følelsen av å være et nummer i rekken**

Kun 46 kvinner svarte at de ikke følte seg som et nummer i rekken i det hele tatt. 30 kvinner følte seg "litt" som et nummer i rekken, mens 16 kvinner følte seg "en god del" som et nummer i rekken. 28 kvinner følte seg som et nummer i rekken, eller hadde en svært sterk følelse av dette.

### **Hva kunne hjulpet?**

Kvinnene skulle svare på om det kunne hjulpet "at de før aborten kunne snakket med helsevesenet om valget og valgmulighetene". Det var kun de som hadde gjennomgått provosert abort som svarte på spørsmålet. 43% mente det bare kunne hjulpet litt eller ikke i det hele tatt, 13% mente det kunne hjulpet en god del og 45% mente det kunne hjulpet mye eller svært mye.

Kvinnene skulle svare på om de "trodde det kunne ha hjulpet at de før aborten hadde fått informasjon om at det kunne bli psykisk vanskelig". Av kvinner som hadde gjennomgått spontan abort var det 65% som svarte at dette ville hjulpet litt eller ikke i det hele tatt. 13% tenkte det

kunne hjulpet en god del, og 23% som mente det hadde hjulpet mye eller svært mye. Ved provosert abort var tallene 35%, 17% og 49%.

Kvinnene svarte på om de synes det kunne ha hjulpet om ”*noen de kjente godt hadde vært med på sykehuset da abortinngrepet skulle skje.*” Av de som hadde gjennomgått spontan abort mente 30% at dette bare ville hjulpet litt eller ikke i det hele tatt, 15 % mente det kunne hjulpet en god del og 56% mente det kunne hjulpet mye eller svært mye. Ved provosert abort var tallene 40%, 4% og 45%.

Kvinnene svarte på om det kunne ha hjulpet at de ”*en av de første dagene etter aborten kunne fått snakket ut om abortopplevelsen med en i helsevesenet.*” Etter å ha gjennomgått spontan abort svarte 28% at dette bare hadde hjulpet litt eller ikke i det hele tatt, 5% mente det kunne ha hjulpet en god del, og 68% mente det kunne ha hjulpet mye eller svært mye. Ved provosert abort var tallene 36%, 17% og 36%.

### **Informasjon og rådgivning**

Når det gjelder fysiske ettervirkninger svarte 80,8% at de hadde mottatt informasjon. Bare 41,7% krysset av på at de hadde fått informasjon om psykiske ettervirkninger. Når det gjelder rådgivning i forbindelse med provosert abort hadde 36,3% mottatt dette.

### **Litteratursøk**

Litteratursøk ble utført først og fremst i databasen PubMed ved hjelp av MeSH-ord. Vi søkte også i databasen CINAHL som skal være spesielt god på studier innen pasientopplevelser. Vi benyttet søkeordene *respect, hospital experience, patient satisfaction, questionnaires, attitude of health personnel, psychology, patient-centered care, abortion induced med underspesifisering psychology og abortion spontaneous med underspesifisering psychology*. Alene ga ordene et stort antall treff, så vi prøvde oss frem med ulike kombinasjoner for å avgrense og spesifisere søket. Vi endte til slutt opp med to søk. Det første: (abortion induced OR abortion spontaneous) AND patient satisfaction. Det andre: (abortion induced OR abortion spontaneous) AND attitude of health personnel.

Etter at artiklene var funnet, ble overskriftene og abstract lest igjennom for å plukke ut de mest relevante i forhold til vår problemstilling. For å vurdere artiklenes gyldighet så vi etter om de hadde et klart definert formål, om designet var velegnet, hvordan metoddelen var utformet (for å vurdere hvordan arbeidsprosessen har vært og hvordan materialet artikkelen bygger på er innhentet), hva som var resultatet og hvordan det ble presentert. Vi forsøkte også å se om artiklene hadde vært trykket i et velrenommert tidsskrift. Når det gjelder eldre norsk litteratur fikk vi god hjelp av universitetsbiblioteket til å finne disse i deres magasin.

## Resultater

Resultatene i denne oppgaven er hentet ut fra hva kvinnene ønsket å snakke om i den mer åpne delen av samtalen med psykiater Broen (se under metode). Resultatene våre er dermed basert på hva kvinnene på eget initiativ ønsket å ta opp, altså det som hadde gjort mest inntrykk ved aborten. De positivt og negativt ladete møtene som er tatt med gjelder for flere kvinner, og ble klare for oss etter å ha lest samtalene flere ganger. De mest gjentatte negativt ladete utsagnene har vi delt inn i to hovedgrupperinger under henholdsvis *kommunikasjon* og *organisering*. Kvinnene som hadde mest å komme med under samtale med Nordal Broen var naturlig nok de som var mest misfornøyde med helsevesenet. Kvinnene som var fornøyde med helsevesenet, ønsket å ta opp det de var misfornøyd med på andre områder, for eksempel press fra barnefar om å utføre abort. Da det dermed ble få positive utsagn om møtet med helsevesenet ved abort, har vi samlet dette i en gruppering *positive opplevelser*. Både under kommunikasjon, organisering og positive opplevelser har vi delt inn i undertemaer. Det mest gjennomgående når det gjelder kommunikasjon var mangel på samtale og informasjon, og ønske om mer omsorg. Det ble også beskrevet uheldig språkbruk fra helsepersonellens side. Noen følte seg nærmest presset av lege eller helsepersonell til å gjennomføre abort. Det var spesielt uheldig kommunikasjon under ultralyd, og dette er tatt med under eget avsnitt. Når det gjelder organiseringen på sykehuset og den praktiske gjennomføringen av abort, er flere misfornøyde med romplassering og diskresjon under blant annet samtale med lege. Flere snakker om uprofesjonelle og uvitende leger ved spontan abort. Det er flere kommentarer i forhold til ventetid. Kvinner som var fornøyde med møtet med helsevesenet beskriver å ha etablert et godt forhold til enkeltpersoner ved sykehuset, viktigheten av respekt og nøytrale holdninger, omsorg og medfølelse samt god informasjon.

Kvinnene fikk også spørreskjemaer de skulle svare på, og spørsmålene vi har brukt i denne oppgaven var like for kvinner som hadde gjennomgått spontan og provosert abort. Et relevant spørsmål fra spørreskjemaene er ”*hvordan de ble behandlet på sykehuset.*” Svar herfra viser at kvinnene i stor grad følte at sykehuspersonalet viste respekt og var faglig dyktige. Det var flere som etterspurte mer omsorg, mulighet for samtale og en mindre fordømmende holdning. Omtrent en tredjedel av kvinnene følte seg mer som ”et nummer i rekken”. Kvinnene fikk også spørsmål om ”*hva som kunne hjulpet*” i forhold til å mestre aborten og tiden etterpå på en best mulig måte. Her svarte over halvparten at det kunne hjulpet at man før aborten hadde fått informasjon fra noen i

helsevesenet, at man en av de første dagene etter aborten kunne få snakket ut om aborten med en i helsevesenet og at man fikk mulighet til å ha med seg en man kjente godt under inngrepet.

Når det gjelder *tilbud om informasjon og rådgivning* hadde 81 % fått informasjon om fysiske ettervirkninger, men bare 42 % hadde fått informasjon om psykiske ettervirkninger. 35 % av kvinnene som hadde gjennomgått provosert abort hadde blitt tilbudt rådgivning i forkant.

## Kommunikasjon

42 av 72 informanter som forteller om sine erfaringer i forbindelse med sykehusoppholdet, tok spesifikt opp den dårlige kommunikasjonen de hadde opplevd med helsepersonell. Etter å ha gjennomgått de 42 uttalelsene, delte vi problemstillingene i fem underkategorier. Kort oppsummert etterspurte kvinnene tilbud om *samtale og informasjon*, og ønsket seg mer *omtanke*. De fortalte om uheldig *språkbruk* fra helsepersonells side, og flere påklagde *legens føringer*. Mange kvinner opplevde uheldig kommunikasjon i *ultralydsituasjonen*.

### Behov for samtale, informasjon og oppfølging

*”Kunne ønsket mer informasjon, det var så lite, bare noen ord på en lapp.”* Tilbud om en samtale og mer informasjon i etterkant av aborten etterlyses av rundt 30 av kvinnene i samtale med Broen. Hovedsakelig er det praktiske opplysninger, og hva man kan vente seg av fysiske og psykiske reaksjoner de ønsker. Informasjon rundt det som skal skje før og underveis inngrepsdagen etterlyses også. *”De tror kanskje at jenter i den alderen (30 år) vet om det som skjer i en sånn situasjon, men det gjorde ikke jeg. Det var inn på operasjonssalen, full fart med bedøvelse og det hele.”* En kvinne forteller at mangelen på kommunikasjon og informasjon fra sykehusetets side gjorde at hun selv følte mangel på kontroll. Hun sier hun ble *”kjørt av gårde, fikk sprøyte i armen. Det var ubehagelig. Mange stod rundt og skulle se på. Jeg ville ikke, var ganske hysterisk. Noen burde pratet med meg der og da.”* En kvinne sier etter spontan abort at hun var redd for hva som var i ferd med å skje, at det var skremmende. *”Jeg visste svært lite om spontane aborter, jeg var lite informert om hva jeg skulle gjøre og ikke gjøre. Jeg syntes det var mye blod.”*

Hovedsakelig er det samtale i etterkant av inngrepet som etterlyses, *”om så bare 5 minutter.”* De fleste ønsker samtale før utreise, mens andre en tid etter aborten. *”Jeg fikk tilbud om å snakke med lege før hjemreise. Jeg benyttet meg av det, men var forvirret, visste ikke helt hva jeg lurte på før jeg kom hjem. Spørsmålene kommer etterpå.”*

*”Det var ikke noe støtteapparat, jeg måtte klare meg selv,”* er en utbredt beskrivelse av å være på sykehuset i forbindelse med abort. Mangel på omtanke og oppfølging belyses av flere. Uttalelser som *“fikk følelsen av å være et nummer i rekken”, “det var som et samleband, og når aborten var*

*over var det vær så god ut” går igjen i flere versjoner gjennom intervjuene. En kvinne sier at hun syntes det ”var umenneskelig at hun to timer etter aborten stod ute på gaten igjen, med tomme hender og tom mage. Hun savnet oppfølging. En annen kvinne etterspør også ivaretagelse av partner. ”Mannen var med på alt sammen. Og det var bra. Men det var ingen som tilbød ham noe hjelp, og det kunne han trengt, for han reagerte.”*

Blant kvinnene som gjennomgikk spontan abort uttaler tre stykker at de synes det er tøft at man må gjennomgå 3 spontane aborter før man blir tilbudt nærmere undersøkelse og oppfølging. En kvinne forteller at hun ”etter 2 spontanaborter, ønsket at noen hadde tid til å sitte ned og forklare litt mer. Spurte 3-4 ganger om det, men ikke blitt møtt. Fikk ikke noe tilbud om samtale eller oppfølging, bortsett fra at hun ble spurt om hun ville snakke med en prest. Ble provosert, sa nei, for hvis dette var Guds vilje, ville hun ikke snakke med hans utsending, presten.”

Under intervjuene kommer det også frem uttalelser fra kvinner som etter provosert abort forteller om usikkerhet rundt avgjørelsen. Tre kvinner forteller om så stor usikkerhet rundt valget, at de mener abort kunne vært unngått dersom sykehuspersonell hadde tatt seg tid til å stoppe opp og prate med dem. ”Og selv om de skjønnte at jeg ikke var sikker på hva jeg ville, så foretok de aborten.”  
”Hvorfor kunne ingen kommet og snakket med oss? Fordi jeg stod og gråt, og ikke hadde lyst til å ta abort, men min samboer ønsket ikke dette barnet. Jeg fikk bare beskjed om å gå inn på rommet, for jeg hadde tatt en avgjørelse.”

Noen kvinner fikk lite eller ingen informasjon om hva som skjer med fosteret etter provosert abort. Flere har forhørt seg med sykehuset i etterkant og fått diffuse svar. En kvinne forteller 6 måneder etter aborten at hun tenker en del på muligheten for at fosteret ble begravd på kirkegården uten hennes samtykke. En annen kvinne sier etter spontan abort at hun syntes det var ille at fosteret ”ble brent på bål sammen med søppel.” Hun hadde ønsket en grav for det. Hun sier at ”når aborten skjer er man psykisk sett veldig langt nede, og man klarer ikke tenke selv. Man burde fått et ark der det stod hva som skulle skje, at man kan velge grav etc. Man burde vente i 3 måneder før det skal avgjøres hva som skal skje med fosteret.”

### **Formidlingsevne og språkbruk**

En fjerdedel av kvinnene som tar opp kommunikasjonsproblematikk, ønsker å fremheve formidlingsevnen og ordvalget på det som blir sagt av leger og sykepleiere. ”Teknisk snakk,” som foregår ”over hodet ” på pasientene er den vanligste tilbakemeldingen, sammen med ”kalde og diffuse svar.” En kvinne beskriver hvordan hun følte at legene kun var opptatt av det medisinske, at de hadde sagt ”uflaks, hjem med deg. Prøv igjen.” En kvinne forteller at det var ”vanskelig at de ikke snakket rett frem og ærlig da det åpenbart var slutt. Si det som det er med en gang.”



Enkelte episoder som har blitt oppfattet som støtende kommer også frem. En kvinne sier hun fikk følgende kommentar da hun reiste fra sykehuset; ”vi håper vi ikke får se deg her igjen”. Måten dette ble sagt på gjorde at hun ikke følte seg ansvarsfull. Og da hadde hun “*et lite barn, hadde jobb, bygd hus, -så hun følte seg vel egentlig veldig ansvarsfull.*” Tre kvinner forteller om det de opplever som *moralpreken* fra sykehusets side. ”*Personalet ga meg følelsen av å ha gjort noe galt.*”

En kvinne forteller om en episode der to leger skulle undersøke henne gynekologisk, den ene under opplæring. Underveis i undersøkelsen begynte de å krangle høylydt om hvordan dette best skulle gjøres. ”*Til slutt kjørt den ene legen fingrene inn i meg og sa ” ja vel da”.* Så ble det ropt ut døren og bortover korridoren: ” *Vi har en abort her! Kom og ta over!*””

### **Legens føringer**

Fem kvinner ser tilbake på en abort der de følte seg overkjørt av legen. Tre av dem forteller om sterk påvirkning i avgjørelsesretning ved provosert abort. “*Det hadde ikke vært noen frivillig abort. Det var jo legen som hadde sagt at hun måtte ta abort, fordi hun ikke ville klare å ha barnet. Følte at hun ikke fikk bestemme selv..., og at det ble som å miste et barn ufrivillig. Legen frarådet henne å bære det frem på grunn av sykdom... Legen hadde anbefalt henne å ta abort, for han var bekymret både for henne og ungen, for hun orket nesten ikke mat. Foreldrene hennes var egentlig mot abort, det visste hun, men da de fikk høre at legen hadde anbefalt det, begynte de også å støtte oppunder det. Hun og mannen følte seg presset til å ta abort. Dagen før aborten var den verste i deres liv, - etterpå hadde det blitt helt ille for henne. Men hun og mannen hadde ikke klart å snakke om det, selv om begge hadde det vondt.*” En annen kvinne forteller at da hun ble gravid 17 år gammel “*smilte legen, sa at det var fint. Det virket som en selvfølge at hun skulle få barnet. Følte egentlig at det ikke var hennes valg. Så ble hun gravid igjen 3 måneder etter fødselen, da sa legen nærmest som en selvfølge at hun nok skulle ta abort. Det var heller ikke hennes valg.*” En tredje kvinne husker spesielt hvordan “*en av overlegene ved avdelingen hadde rådet henne til ikke å få flere barn. Hun hadde undersøkt mulighetene for å få hjemmehjelp hvis hun fikk barnet, men det var ingen mulighet for å få der.*”

To kvinner opplevde manglende medbestemmelsesrett for når aborten skulle utføres som belastende. “*På grunn av bakoverliggende livmor og dertil komplikasjoner ved at ikke alt ble fjernet første gang ved første abort, ønsket sykehuset å vente lengst mulig med inngrepet, slik at fosteret skulle bli størst mulig før det ble fjernet. Fosteret var mellom 14 og 15 uker gammelt ved aborten. Det var en stor påkjønning å måtte bære dette fosteret flere uker ekstra da jeg var forberedt på abort på et mye tidligere tidspunkt. Det å vite at fosteret vokste og ble nesten et menneske, og at det liksom ble tilintetgjort, noe som skulle vokse seg størst mulig for lettere å kunne fjernes. Denne*

*episoden har gjort meg sint og har gitt meg skyldfølelse.*” En annen kvinne i samme situasjon sier at *“det at jeg måtte gå med fosteret så lenge gjorde at jeg assosierte det med et levende barn.”* Hun sitter igjen med frustrasjon over *” ikke å bli sett av helsepersonell som avgjorde når aborten skulle finne sted”*. Hun kunne ønsket seg mer dialog med legen, at hun kunne vært med på vurderingen, da tror hun at hun ville følt det annerledes.

### **Kommunikasjon ved ultralyd**

8 informanter tar opp kommunikasjonsproblematikk ved ultralyd som en uheldig opplevelse. Det er tre typer scenarioer som kommer frem. Disse er; ultralydbildet av fosteret vises moren uforberedt, bildet vises mot morens vilje, eller at morens ønske om å få se fosteret ikke blir møtt. *“Da jeg var til undersøkelse før aborten på sykehuset, ble det tatt ultralydbilder av fosteret, og bildet ble lagt på bordet foran meg, og det var det. Ser hele tiden for meg det bildet, når jeg tenker på aborten. Det var unødvendig når jeg allerede hadde bestemt meg.”* En annen kvinne forteller at *”de stilte den gangen ultralydskjermen så jeg så fosteret, og så at det rørte på hendene. Jeg tror personalet gjorde det så jeg skulle ombestemme meg.”* En av kvinnene som ikke ble møtt i ønsket om å få se fosteret på ultralyd forteller at *“på undersøkelsen før aborten spurte jeg om å få se fosteret, men det fikk jeg ikke, for det var ikke vanlig. Følte meg helt umyndiggjort. Hadde fortalt i forkant at jeg var usikker til abort. Jeg mener at hvis jeg hadde fått se fosteret, hadde det kanskje vært det lille som skulle til for at jeg skulle ombestemme meg og beholde barnet.”* En annen kvinne forteller at hun kanskje kunne ombestemt seg og ikke tatt abort dersom hun hadde fått vite kjønn ved ultralyd, og at det var en jente.

Samtalen i forbindelse med undersøkelsen beskrives som upersonlig og lite omsorgsfull. *“Legene bare snakket med hverandre, ikke noe foster, ikke noe kontakt med pasienten, ikke omsorg.”* *“Da jeg fikk vite at fosteret var dødt, var legen kald, sa ikke mer enn høyest nødvendig, og var kort tid inne der. Ble ikke sykemeldt eller noe, det var vanskelig.”* En kvinne forteller etter spontan abort at under ultralydundersøkelsen hadde pleierne sittet og fnist og snakket i telefonen. Så ble hun lagt i en seng og skulle vente på det kommende inngrepet.

### **Etterlyser omsorg og omtanke**

Flere kvinner som forteller sine historier, tar opp det de mener er mangel på omsorg og medmenneskelighet. En kvinne syntes hun ikke møtte noen forståelse eller omsorg fra personalet da hun lå og gråt etter aborten. Hun forteller at *“en pleier sa til en annen: -Hvorfor gråter hun? -Å hun er bare litt lei seg. Og så gikk de. Bare sånn, uten noe trøst. De ga meg følelsen av å ha gjort noe forferdelig galt, og da kunne jeg bare ha det så godt. Det sitter i.”* En annen sier at *“sykepleierne så veldig sure ut. Jeg følte de mente jeg gjorde noe veldig galt. En venninne som kom på besøk ble*

*bryskt vist ut av rommet av ansatte. Da følte jeg meg forlatt*”. En tredje kvinne sier at “*på avdelingen var det en som oppførte seg fint, men ingen andre. Det var liksom sånn -Ja du finner vel veien ned selv. Ikke omsorg og respekt.*”

## Organisering

### Romplassering

17 av kvinnene kom under samtale med Broen med kommentarer angående romplassering før og etter aborten. 10 av de 17 hadde gjennomgått provosert abort. En kvinne hevdet hun våknet opp av narkosen i samme rom som et nyfødt barn, mens en annen forteller at hun hørte et nyfødt barn gråte på gangen. Dette har gjort dypt inntrykk på kvinnene, og er noe de også fortalte om 5 år etter aborten. “*Det som virkelig stakk var da jeg våknet opp etter narkosen og hørte et barn som skrek på gangen. Da jeg våknet ordentlig, oppdaget jeg at jeg selv lå og gråt.*”

En kvinne forteller etter provosert abort hvordan hun lå og ventet på at inngrepet skulle foretas, mens de som allerede hadde foretatt inngrepet kom tilbake og ble liggende sammen med de som ventet. Noen av kvinnene som kom tilbake etter inngrepet gråt, det hadde vært en sterk opplevelse. Hun mener at de to gruppene burde blitt holdt atskilt.

Tre av kvinnene syntes det var plagsomt å være på rom med 2-4 andre kvinner etter provosert abort. De hørte gråt fra nabosengene. En kvinne forteller at “*det var skrikene til hun i sengen ved siden av som gjorde mest inntrykk i forbindelse med aborten.*”

### Diskresjon

Flere av kvinnene som hadde gjennomgått abort tok opp temaet diskresjon. Samtale med lege eller sykepleier på firemannsrom ble oppfattet som allemannseie. “*Ville satt pris på en større grad av diskresjon på rommet. Det er meg likegyldig hva de andre tre pasientene har gjennomgått og de bør/skal ikke vite hvorfor jeg er her.*” Det var viktig for flere av kvinnene at det ikke ble oppdaget at de hadde tatt abort. Mange hadde kun fortalt om aborten til barnefar og kanskje et par andre nære venner. De var svært opptatt av at ingen skulle få vite. En av kvinnene forteller at hun etter provosert abort ble lagt på samme rom som en nabo og kunde. Tre andre kvinner var engstelige for å treffe kjente.

### Ventetid

Kvinnene forteller at det var tøft å ligge og vente på inngrepet, spesielt for de som ikke var sikre på å ha tatt rett avgjørelse ved provosert abort. “*Noe av det vanskeligste var at vi måtte ligge der helt uten noen ting å fokusere på, bare ligge og se i taket.*” En kvinne hevder hun måtte møte opp tre

timer før inngrepet og måtte ligge og vente helt alene. Samboeren fikk ikke være sammen med henne, han måtte vente på gangen.

### **Organiseringen av ventende ved ultralyd**

Et par av kvinnene som hadde gjennomgått spontan abort hadde også kommentarer angående plasseringen av ventende gravide før ultralydundersøkelse. Det ble poengtert hvor vanskelig og belastende det er å måtte passere andre gravide på vei ut fra ultralydundersøkelse når man nettopp har mottatt beskjed om at ens eget foster er dødt.

### **Spontan abort**

4 kvinner som spontanaborterte, forteller at de uønsket fikk se fosteret etter aborten. Samtlige opplevde dette som vanskelig og følte at situasjonen kunne blitt taklet bedre av de ansatte. *“Fosteret hang, satt fast i navlestrengen, så når jeg gikk på do, datt fosteret ut i hånda mi, måtte bruke saks. Etterpå kom legen, men han var veldig uprofesjonell... han satt taus i sikkert en time.”* En kvinne forteller om hvordan synet av fosteret, som var overraskende langt utviklet, har plaget henne i flere år etter den spontane aborten. *“Det kom en kvinnelig pleier og skulle skylle ut (av et pussbekken) det som hadde kommet ut. Hun skylte det ned i do, trakk ned, men en ting lå igjen i toalettskålen, nemlig fosteret (det var vasket rent). Det var gjennomsiktig, men helt klart et foster, et øye kunne tydelig sees, og armer og ben pekte fremover. Det var lite, men tydelig et menneske. Da brøt jeg helt sammen, men pleieren som hadde skylt det ned sa at hun hadde det så travelt, hun måtte gå, skulle rekke noe etter jobben. Synet av fosteret har plaget meg hele tiden etterpå. Jeg har drømt om det om natten, og plages fortsatt av det 4 år senere.”* En annen kvinne fikk ufrivillig lagt barnet i armene etter spontan abort. *“Da hun spontanaborterte, 21 uker, en gutt, var det om natten, og mannen var hjemme hos den to år gamle gutten de hadde fra før. Da barnet var født spurte de ikke om hun ville holde det, bare tørket av det, la det til henne og sa -Her er barnet ditt.”* En annen kvinne ønsket mer tid og ro med barnet etter aborten, et ønske hun følte ikke kunne innvilges på en avdeling preget av stress. *“Det ble ekstra ille, fordi barnet kom i do. De hadde ikke trodd det skulle komme så fort, og selv trodde hun ikke det skulle komme ut slik. Så da hadde hun blitt helt hysterisk. Hun så barnet som kom ut. Det var mindre enn etter tiden, og var ikke noe fint. Hun kunne ønsket seg mer tid og ro med barnet, gjerne vært alene med det, men følte stemningen var stresset, de sto over henne, hun følte at de ville bli ferdige med det.”*

### **Sykemelding**

Tre kvinner kommer inn på temaet sykemelding. En kvinne fikk 2 dagers sykemelding etter spontan abort. Hun forteller at sykehuspersonalet forklarte at dette var naturens måte å ordne opp på når

fosteret ikke er levedyktig. *“Det er så vanlig med spontan abort, ikke forventet sorg da. Jeg fikk bare 2 dagers sykemelding, det var for kort.”* En annen kvinne forteller at hun også bare fikk 2 dager sykemelding etter spontan abort, og at det var for altfor lite. Hun mener sorgen over spontan abort blir bagatellisert, og at man trenger tid til å bearbeide sorgen. En kvinne forteller etter spontan abort at hun ønsket sykemelding, ikke mer enn tre dager, men hun hadde ikke fått det.

## Positive opplevelser

11 av kvinnene forteller om positive opplevelser i forbindelse med sykehusoppholdet. Kvinnene setter omsorg, nøytrale holdninger og informasjon høyt. For noen er det et godt forhold til enkeltpersoner ansatt på sykehuset som gjør opplevelsen av oppholdet positivt.

### **Kontaktperson**

En kvinne som hadde gjennomgått spontanabort forteller at hun hadde etablert god kontakt med en av de kvinnelige overlegene på gynekologisk avdeling. Det at hun fikk følelsen av å ha en kontaktperson, gjorde at hun følte seg bedre ivaretatt.

### **Respekt og nøytrale holdninger**

En kvinne forteller etter provosert abort at hun ble respektfullt behandlet på gynekologisk avdeling. En annen er lettet over opplevelsen av nøytrale holdninger blant helsepersonell rundt henne ved provosert abort; *“de hadde ikke noen pekefinger, men la fakta på bordet”*.

### **Omsorg og medfølelse**

*“Jeg ble tatt vel i mot på sykehuset... Det var positivt med omsorg, mye god omsorg.”* Fem kvinner hadde en positiv opplevelse av sykehusoppholdet etter å ha blitt møtt med omsorg og medfølelse av helsepersonell. En som hadde gjennomgått provosert abort var svært fornøyd med at personellet hadde vist henne omsorg, spesielt da hun våknet av narkosen. *“De strøk meg på hånda, det føltes godt.”* Ved overvåkingen følte hun seg ekstra ivaretatt: *“Det var stadig noen bortom for å høre hvordan det stod til. Man føler seg veldig liten og fryktelig ensom på sykehus...”*

### **Informasjon**

*“Fint at legen tok seg tid til å forklare hva som skulle skje på forhånd. Godt å bli holdt i hånden, få omsorg.”* 3 av de 11 forteller at de har fått tilstrekkelig informasjon. Dette gjaldt god informasjon rundt årsaken til spontanabort og rundt inngrepet ved provosert abort.

# Diskusjon

## Metode

Da vi skulle undersøke nærmere hvordan kvinner som opplever svangerskapsavbrudd ser på møtet med helsevesenet, hadde vi valget mellom å ta i bruk utfylte spørreskjemaer eller et større materiale med intervjuer. Det er fordeler og ulemper ved de to alternativene. Med spørreskjemaene blir alle spurt om det samme, og klare objektivt målbare svar fremkommer. Alle spørsmål lar seg derimot ikke besvare ved på forhånd standardiserte alternativer. Når det er snakk om følelser, opplevelser og erfaringer, altså å gå i dybden, er det ikke alltid lett med et kort standardsvar. Mange sitter inne med noe som er mer komplekst og ikke nødvendigvis kan kategoriseres. Etter ønske om å få til mer dybde og nyanse i skildringen av vår problemstilling, valgte vi å ta i bruk intervjuene og prøve oss på en kvalitativ tilnærming.

I sine intervjuer med kvinnene spurte Broen om hva som hadde gjort mest inntrykk ved abortopplevelsen. De svarte dermed på svært åpne spørsmål som gjorde at de nærmest kunne snakke fritt om ganske valgfrie temaer. Noen valgte å kommentere og utfylle de standardiserte spørsmålene. Utenom de 6 avkrysningsspørsmålene, stilt ved det første møtet, ble ikke kvinnene spurt noe mer systematisk ut om møtet med helsevesenet. Kvinnene som forteller tar opp temaet på eget initiativ, videre spørsmål faller naturlig etter hvor samtalen fører. Det er altså ingen fast mal. Dette kan ses på som en svakhet ved studien. Det kan være kvinner som har positive, likegyldige eller mindre gode opplevelser på hjertet som ikke forteller om det, fordi det ikke var dette som gjorde mest inntrykk. Ved å tenke tilbake og beskrive det en sitter igjen med etter en slik opplevelse, er det ikke rart at man husker best de negative sidene. Kvinnene ble intervjuet av en psykiater, og mange har også et bilde av at man skal diskutere negative hendelser og tanker med en psykiater. Aborten er for mange en følelsesladet påkjennelse, og mange benyttet også samtalen med Nordal Broen som en form for terapi. I en slik vanskelig periode, er det naturlig nok vanskelig å se det positive for mange, og kanskje det føles godt å gi noen ”skylda”, som for eksempel helsevesenet? Til tross for denne mulige skjevheten i materialet, syntes vi det var viktig og riktig å formidle kvinnenes erfaringer, slik at man på en bedre måte kan hjelpe andre i samme situasjon i fremtiden.

Det at ikke vi har gjort intervjuene med kvinnene selv er et minus. Vi mister noe av den nonverbale kommunikasjonen samt dybde og forståelsen av kvinnene når vi leser deres samtaler sekundært fra andres notater. Det skal sies at intervjueren ofte kommer med korte bemerkninger om sinnstilstand, kroppsspråk og inntrykk av personen, men det blir ikke det samme som å oppleve dette selv. I

tillegg har vi ikke mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål rundt det som er interessant for vår oppgave, Nordal Broen var jo mer interessert i de psykiske ettervirkningene etter abort.

Broen har ikke ordrett transkribert samtalene sine. En god del av kvinnenens sitater er tatt med, men det er også oppsummeringer fra Broens side, derfor kan det være noe informasjon av verdi som ikke er kommet med. Det hadde vært mulig for oss å intervju noen kvinner i samme situasjon, men det kunne ikke blitt så mange, med tanke på tidsrammen for denne oppgaven. Da dette enorme materialet forelå, valgte vi heller å benytte oss av det. Antall informanter og tidsaspektet var mye større enn vi ville få til med egne intervjuer, så vi vurderte det dertil at vi fikk belyst spørsmålet bredere ved å ta i bruk Broens materiale. Notatene er unike med tanke på at 120 kvinner følges opp jevnlig i en femårs periode. Dette gjør at inntrykkene over lang tid og deres konsekvenser kommer tydelig frem.

En kvalitativ studie angriper man gjerne ved å se på informasjonen longitudinelt eller i tverrsnitt. I den første varianten følger man de enkelte informantenes historier lineært, mens man ved den andre metoden samler informasjon rundt ulike temaer fra flere informanter. Det at vi hadde så mange kvinner, 72, gjorde at vi syntes det ble rotete og overveldende hvis vi skulle fortalt alle historiene fra start til slutt. Det hadde nok vært mulig å velge ut et par kvinner som kunne representert flertallet og fulgt dem, men det var vanskelig å velge ut slike ambassadører. Kvinnene tar opp mye forskjellig, noen har mye å si, andre lite. Noen har dramatiske historier, andre har bare ting de vil påpeke. For å få et bredest mulig perspektiv valgte vi derfor en tverrsnittsmode. Vi syntes det ble lettere å se sammenheng og fange opp forskjeller og fellesnevner ved å samle oss rundt temaer.

Å gjøre et kvalitativt arbeid byr på flere utfordringer. Det er lett å bli subjektiv og tolkende når materialet en bygger på dreier seg om utsagn og meninger, og ikke harde endepunkter som tall. Egen erfaring, kunnskap og overbevisning vil være med på å farge tekstene en leser. Det å ta ut sitater og tekstbiter fra sin sammenheng er heller ikke problemfritt, for ord kan tillegges annen mening når de hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng. Det å la fokus skinne over alle, slik at mangfoldet kommer frem, og ikke la de mest dramatiske og sære historiene få uforholdsmessig stor plass, er en utfordring. Disse momentene var vi klar over før arbeidet tok til, og vi har prøvd å være dem bevisst underveis. Ved møysommelig koding av informanter og tekstbiter som ble brukt, hadde vi kontroll over hvem som ble sitert og hvor informasjonen ble hentet fra. Vi har prøvd å ta med så mange forskjellige meninger som mulig og samtidig oppgi andelen når det er mange av samme oppfatning. Sitatene er hentet så og si ordrett fra materialet vi besitter, og nærmere forklaring er gitt sammen med dem hvis det trengtes. For vår del har det vært en fordel å være to om arbeidet, slik at den ene kan si fra hvis den andre blir litt for frittolkende.

En styrke for vårt arbeid er antallet deltakere tatt med, samt varigheten av studien. 120 kvinner startet opp, 80 provoserte aborter, 40 spontanaborter. Av grunner forklart tidligere, er antallet informanter vi bruker 72, henholdsvis 31 etter spontan abort og 41 etter provosert abort, altså et godt utvalg fra begge grupper. Det går an å spørre seg hvorfor prosentandelen av kvinnene som opplevde spontan abort rapporterte hyppigere om sykehusopplevelsen enn de med provosert abort. Ble de behandlet annerledes? Var disse uforberedte på å møte helsevesenet i motsetning til de som foretok provosert abort? Er de i utgangspunktet mer sårbare? Er det tilfeldighet? Dette kan gi usikkerhet i resultatene.

Med tanke på utvelgelse av deltakere til studien er alle hentet fra samme sykehus, det ble ikke gjort randomisering. I begynnelsen ble kvinner spurt om deltakelse etter utfall av terningkast, senere ble alle spurt. Relativ lav deltakerrespons er et bias. Bare 46 % av de spurte som hadde gjennomgått provosert abort og 50 % av de med spontan abort ønsket å delta. Heller ikke alle gjennomførte hele studien. Undersøkelsen startet i 1998, nå er vi i 2011, forholdene kan ha forandret seg. Forholdene med tanke på sykehusbehandling har heller ikke nødvendigvis vært likt over hele Norge. Dette er forhold det også er viktig å være klar over.

Når det gjelder innhenting av litteratur begrenset vi søket til å gjelde litteratur skrevet etter 1995 på engelsk eller skandinaviske språk. Dette reduserer antall treff, men på den annen side er det naturlig å sammenligne seg med andre nasjoner der forholdene er likest mulig de vi har. Generelt var det ikke så mange artikler vi klarte å finne som var relevante for vår problemstilling, og det vi fant omhandlet nesten utelukkende opplevelsene til kvinner som hadde gjennomgått spontan abort (med unntak av eldre norsk litteratur). Når det gjelder rent medisinske forhold fant vi mye, men pasientopplevelser er lite studert. Det har vi tatt som en bekreftelse på at det er viktig å få satt søkelyset på området.

## Kommunikasjon

### **Behov for samtale og informasjon**

Som vi så innledningsvis står det i abortloven at legen som signerer krav om svangerskapsavbrudd ved provosert abort har ansvar for å gi den abortsøkende informasjon om inngrepets art og mulige komplikasjoner. Ifølge legeforeningen er avdelingsoverlegen ansvarlig for at alle sider ved abortloven blir ivaretatt ved avdelingen. Altså har man som lege plikt til å gi informasjon, og det er egentlig ingen lovlig vei utenom.

I litteraturen vi kom over, er ønsket om mer informasjon likevel et hyppig tilbakevendende tema



(1,6,7,8,9,10,11,12). Å få en forklaring på hvorfor spontanaborten skjedde, hvordan påvirkningen av senere svangerskap vil være, sosiale rettigheter, samt fysiske og psykiske konsekvenser av hendelsen blir trukket frem som viktig å få svar på. Å bli forklart at høy alder er årsak til aborten var kvinnene ikke så fornøyd med. Dette er forhold de ikke kan gjøre noe med og bidrar heller til økt skyldfølelse (6). Dette er funn som stemmer godt overens med våre resultater. Kvinnene i studien vår vil generelt vite mer om hva som har skjedd og hvorfor (de som spontan aborter), hva som kommer til å skje på sykehuset, hva man kan forvente seg i etterkant, samt veiledning før valget ved provosert abort. Blant de standardiserte spørsmålene ble det spurt om sykehuset ga mulighet for samtale. Av de 120 spurte var bare 63 kvinner middels til godt fornøyde med muligheten de hadde fått for samtale. Dette understreker behovet for et større informasjons- og samtaletilbud.

Tilfredsstillende informasjon er en av de mest sentrale faktorene med tanke på rapportert pasienttilfredshet, og et tema som nevnes hver gang kvinner blir spurt om hva som kan gjøres for å bedre behandlingstilbudet (6,7,8,9,10,11,12). Det kommer frem at pasienttilfredsheten, angående informasjon gitt, reduseres over tid (6). Kvinnene er langt mindre fornøyde med informasjonen tre uker etter. Det spekuleres i om nedgangen i pasienttilfredshet med tiden kan koples med senere skuffelse når det gjelder dårligere oppfølging enn forventet. Kanskje kvinnene ikke kommer på viktige spørsmål under akuttfasen på sykehuset, og ikke rapporterer misnøye før senere når de har fått tid til å tenke.

I en studie (6) var bare 40 % i stand til å huske informasjon som ble gitt ved aborten da de kom til kontroll 6 uker senere. Dette understreker poenget med også å gi kvinnene skriftlig informasjon med seg hjem. I tillegg er timingen for *når* informasjonen blir gitt essensiell (10). Det er vanskelig å ta til seg informasjon når man er i sjokk. Ut fra dette kan det være rimelig å spørre seg om ikke kvinnene kanskje får mye av den informasjonen de etterlyser, bare at den gis på et feil tidspunkt? Liggetiden på sykehuset er kort, så tiden man har på å gi informasjon eller stille spørsmål er knapp. Det er derfor viktig å tilrettelegge for at lege og pasient enkelt kan ta kontakt med hverandre igjen senere, og at pasienten får med seg skriftlig informasjon.

### **Oppfølging**

I artiklene vi kom over var ønsket om en mer formell og standardisert oppfølging et av de teamene som oftest ble belyst. Et tilbud der det gis rom for å snakke om følelser, et sted man kan få stille spørsmål ved behov og få en sjekk av både fysisk og mental helse er det som ønskes (7,8,10,12). Manglende oppfølging gir følelsen av å bli forlatt (6). Kvinnene i vår studie etterlyser også sterkt et større tilbud i etterkant av sykehusinnleggelsen, men de går ikke spesifikt inn på akkurat hva de

ønsker seg. Noe som gjør at de føler seg sett, ivaretatt og får mettet noe av informasjonsbehovet ser ut til å være det viktigste.

Av andelen kvinner som ønsker oppfølging rapporteres tall mellom 60 og 90 % i de ulike studiene. Da kvinnene i vår studie ble spurt om det å få snakke ut om abortopplevelsen med helsepersonell en av de første dagene etterpå kunne hjulpet, svarte 68% etter spontan abort og 36% etter provosert abort at dette ville hjulpet eller hjulpet svært mye. Studiene vi fant relevante omhandlet stort sett spontan abort, vi ser at vårt tall er sammenlignbart med dette. Hvorfor ønsket om oppfølging blant de med provosert abort er så mye lavere kan diskuteres. Kanskje mange ser på det som en veloverveid avgjørelse som de er ferdige med? Ofte er barnet ikke planlagt, er ikke sjokket og sorgen like stor når barnet er borte? Kanskje føler de skam over å ha foretatt provosert abort og tenker at å rippe opp i det vil gi enda større skyldfølelse?

Angående oppfølging beskriver litteraturen alt fra enkle metoder som telefonsamtaler til konsultasjoner med lege, psykolog eller jordmor. Det har vært argumentert for at profesjonell hjelp i tidlig fase kan forhindre mer seriøse psykologiske og psykiatriske konsekvenser. Vi vet imidlertid at kvinner sjelden søker hjelp etter abort på eget initiativ (8). I vår studie fortalte mange av kvinnene at det føltes godt og at de hadde motivasjon for å snakke med Broen. Dette er imidlertid en psykiater med stor kunnskap og spesiell interesse for feltet. Man kan argumentere for at en hver form for oppfølging bør inneholde en vurdering med tanke på abnorm sorgreaksjon, slik at kvinner som sliter kan fanges opp og bli satt inn i et større behandlingstilbud. Selv om ønsket om og gode forslag til et fast oppfølgingstilbud kommer sterkt fra flere hold, er det få evidensbaserte studier som har undersøkt effektiviteten av det. Vi trenger mer forskning på hva som egner seg best, hvor nyttig tiltakene er, hvilken form det skal ha og hvem som bør gjennomføre det. Bør det etableres et standardisert oppfølgingsprogram, eller i det minste et informasjonsskriv som alle kvinner får med seg hjem etter abort?

### **Formidlingsevne**

Det er ikke bare hva og når informasjon gis ut som er viktig, men også hvordan den formidles (1,6,8,10). I et medisinsk perspektiv er ikke svangerskapsavslutning en uvanlig hendelse, men for de det gjelder er det som regel en traumatisk begivenhet. Denne forskjellen i betydning påvirker hvordan man formulerer seg og oppfatter den andre part. I et forsøk på å trøste og forklare griper ofte helsepersonell til å bruke medisinske termer, statistikk og normalisering av det som har skjedd. Dette kan oppfattes spesielt som mangel på medfølelse (8,10,12). Det viser seg at måten kvinnene oppfatter helsepersonellens oppførsel, holdninger og behjelpelighet på kan relateres til i hvilken grad kvinnene oppfatter at personellet bekrefter betydningen av deres tap. Kvinnene uttrykker misnøye

ved ”matter of fact attitude”, medisinsk sjargong, vage forklaringer og ufølsomme holdninger (6). Teknisk snakk, diffuse svar, kommentarer som ”uflaks” og ”prøv igjen” rapporteres å skape et negativt lege-pasientforhold i vår studie. Kanskje er dette en måte å være på ovenfor pasienten som virker adekvat for utenforstående, men som nevnt er kvinnene ekstra sårbare og vare ovenfor andres holdninger etter abort. Helsepersonell bør tenke over hva de gjør og sier, for pasienter kan sitte igjen med disse inntrykkene i flere år. For mange kan kombinasjonen av det å ikke bli møtt med forståelse, sammen med egen følelse av skyld, skam og usikkerhet være tøff.

### **Legens føringer**

Noen av de sterkeste historiene i vår studie omhandler hvordan leger har hatt for mye å si i gitte situasjoner. Noe av det som kom frem, var at kvinner som valgte å avslutte graviditeten hadde følt seg presset av leger eller sykepleiere i sin avgjørelse. Det å la andre styre viktige valg i livene deres ga store psykiske belastninger i lang tid. Broen fant i sitt arbeid at vanskeligheter med valget og en graviditet med betydning for moren, var assosiert med dårlig postabort tilpasning. Når årsakene for abort var press fra barnefar eller venner, økonomi og boforhold, var dette signifikant relatert til negative psykiske følger. Hennes konklusjon er at det åpenbart vil bli problemer med tilpasningen etter aborten når valget ikke tas av kvinnen selv (9). Tvil rundt avgjørelsen relateres til depresjon 6 måneder senere, negativ holdning til provosert abort assosieres med angst 2 og 5 år senere (20). Selv om ikke påvirkning fra helsevesenet nevnes spesielt av Broen, er mekanismen den samme. Det er ikke et autonomt valg, og da kan det bli vanskeig å forsvare avgjørelsen for seg selv og andre i ettertid.

Balansegangen for helsearbeidere i rollen som rådgiver er ikke lett. Mens noen av kvinnene i vår studie klaget over nærmest å bli presset til abort, spør andre seg hvorfor ingen snakket dem fra terminering. Flere etterspurte samtale samme dag som inngrepet skulle foregå, få vite fosterets kjønn eller få se det på ultralyd da de var så usikre på valget, og mente dette kunne hjelpe. De som ble presset av barnefar ønsket åpenbart mer styrke og hjelp til å foreta eget valg. I abortloven §1 ønsker samfunnet å tilrettelegge for at det foretas så få aborter som mulig. Dersom kvinnen er i tvil rett før inngrepet burde vel dette like mye kvalifisere til samtale som tvil ved et hvilket som helst annet tidspunkt? Behovet for rettleiding i vanskelige valg er stort, hele 45 % av våre informanter syntes at det kunne ha hjulpet å få snakke med noen i helsevesenet om valget. I en slik situasjon er det viktig å være ærlig, legge fakta på bordet og unngå for stor påvirkning i en spesiell retning. Individet må få ta et selvstendig opplyst valg, for det er vedkommende som må leve med det resten av sitt liv. I abortloven §2 står det også at ”dersom et svangerskap fører til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe et endelig valg.” I vår oppgave har vi sett eksempler

på leger som anbefaler sine pasienter å ta abort på grunn av spiseforstyrrelser, ung alder og dårlig økonomi, uten at det har blitt gitt informasjon om hvilke rettigheter og former for hjelp og stønad en kan søke. Det blir heller ikke gitt noen grundig forklaring på hvorfor legen mener abort er beste utvei. Kan dette bli sett på som god praksis?

For noen virker det kanskje som at uforholdsmessig store ressurser må settes inn for å veilede og følge opp alle riktig. Det er viktig ikke å prakke på alle kvinnene alt dette, for det er mange som ikke ønsker slik innblanding. Det kan likevel være lurt å være på tilbudssiden. Å investere 10 minutter ekstra på en pasient, slik at vedkommende kan treffe et bedre valg eller sitte med mer kunnskap til bearbeidelse av hendelsen, kan gi god avkastning i form av mindre psykiske plager og legesøking i ettertid.

Fordi de fleste artiklene vi fant vedrørende møtet med helsevesenet omhandler spontan abort, kom det ikke opp spørsmål om press fra helsepersonell ved abortavgjørelsen. Det som derimot ble nevnt var at kvinnene så det som nyttig å få ta del i medisinske avgjørelser der det var mulig (6). Spørsmål for termineringstidspunkt var av stor betydning for et par kvinner i vår studie som måtte vente lenger enn vanlig. Selv om det virker som den medisinske begrunnelsen for utsettelsen var forstått, er følelsen av manglende medbestemmelsesrett vanskelig. Det er ikke vanskelig å forstå at det er tøft å oppleve at et barn vokser seg større, når man har bestemt seg for ikke å få det. En mer åpen dialog og medgjørighet rundt dette ville vært til hjelp for kvinnene.

### **Ultralydsituasjonen**

Blant våre representanter ble det snakket en del om hvordan det var å være til undersøkelse med ultralyd. Kvinnene som utførte provosert abort viste misnøye når de mot sin vilje ble vist, eller ikke vist bildet av fosteret. Usikkerheten og skyldfølelsen rundt valget blir forsterket når deres ønsker og behov ikke møtes. Enkelte hadde følelsen av at sykehuspersonell indirekte forsøkte å få dem til å endre mening ved og ”tilfeldig” rotere litt på ultralydskjermen slik at de fikk se. Bedre kommunikasjon er også et stikkord her. Lærdommen å ta med seg videre fra dette er å spørre hva kvinnene ønsker før man gjør det ene eller det andre. Som lege og annet helsepersonell er man pliktig til å vise en nøytral holdning og respekt ovenfor pasienten.

Kvinnene som spontanaborterte har reagert mer på samtalen rundt undersøkelsen. De har vært misfornøyde med hvordan overføringen av budskapet om at deres foster var dødt ble gjort, at det ble vist lite medfølelse og at helsepersonell snakket fagspråk over hodet deres. En studie viser at det å miste et ufødt barn er like traumatisk som å miste en nær slektning (7). Det kan i vår studie virke som en spontan abort er noe ganske trivielt da legene snakker fagspråk over hodet på pasienten,

eller diskuterer ting seg i mellom da pasienten nettopp har mottatt en så trist beskjed. I vår resultatdel beskriver vi opplevelser som at pleiere har sittet og fnist og snakket i telefon samtidig som pasienten fikk budskapet. Under ”formidlingsevne og språkbruk” ble et eksempel hvor legen hadde skreket nedover gangen at ” Vi har en abort her! Kom og ta over!” nevnt. En artikkel tar opp dette med samtale rundt ultralyd, men den har mer fokus på ultralyd ved senere graviditeter etter spontanaborten (11). Også her oppleves teknikerne som lite sensitive, har manglende tålmodighet og forståelse for angsten for ny abort hos kvinnene.

### **Etterlyser omsorg og omtanke**

I en litteraturstudie (5) innledes det med at pleie og omsorg etter spontan abort har blitt beskrevet som et av de mest neglisjerte områder når det kommer til kursing og opptrening av helsepersonell. I en studie var kvinner som hadde opplevd spontan abort mer misfornøyde med behandlingen på sykehuset enn de som hadde født et dødfødt barn (6). Dette indikerer at belastningen ved tidlig spontan abort, og kanskje også provosert abort, blir undervurdert av helsepersonell. Ofte er det et stort gap mellom den betydningen tapet har for kvinnen og betydningen tapet har for helsepersonell. Det er nettopp denne faktoren som ofte bidrar til at kvinnene oppgir å møte for lite omsorg og omtanke under innleggelsen.

Noen av kvinnene i vår studie ønsker mer omsorg, trøst og forståelse. Det er noe som også samstemmer med det vi fant i artiklene. Kvinnene viste misnøye hvis de ble møtt med for lite forståelse, eller hvis helsepersonell var kalde og ivrige etter å komme seg unna så fort som mulig. En forklaring på lav tilfredshet kan være den korte liggetiden på sykehuset, som medfører at kvinnene ikke rekker å samtale med en terapeut eller opprette et forhold til sykepleierne (12).

I en artikkel (8) omtales risikofaktorer for patologisk sorgreaksjon etter spontan abort. Det man bør være oppmerksom på er tidligere dårlig psykisk helse med depresjon, angst eller annen psykiatrisk sykdom, nevrotiske personlighetstrekk og mangel på sosial støtte. Sosial støtte beskrives som en buffereffekt mot for inngående påvirkning av tapet. Her er det naturligvis støtte fra partner og de nærmeste som er viktigst, men flere kvinner i vår studie oppgir og ikke ville, eller ikke kunne diskutere hendelsen med sine nærmeste. Mange har ikke støtte fra partner under prosessen, enten fordi partner selv også har en stor sorgreaksjon eller at partner var den som presset frem aborten. Noen kvinner har ikke fast partner, og andre igjen har ikke et ønske om å snakke med sine nærmeste om aborten. Man kan se for seg at støtte fra helsepersonell kan være med å motvirke en u hensiktsmessig sorgreaksjon spesielt i situasjoner der kvinnen ikke har annen støtte. I en studie (8) påpekes det at måten sykepleiere kan oppmuntre til en normal sorgreaksjon på er ved å være empatiske og støttende, stille spørsmål, ha kunnskap rundt hvordan et slikt tap må føles, og snakke

om temaer som årsak, skyldfølelse og selvbebreidelse. Det er viktig å redusere selvbebreidelse da dette kan gi opphav til redusert selvbilde og dårligere psykisk helse i fremtiden. Problemet er igjen her vanskeligheten av å oppnå god kontakt med enkeltpersoner fra personalet da det stadig er vaktskifter og liggetiden er kort.

Også leger bør vise omsorg og støtte. Kvinnene i vår studie som oppfattet legen som kald og følelsesløs reagerte på dette. Det er tidligere påpekt hvordan en oppfølgingstime uten mulighet for å adressere følelser gir risiko for angst og depresjon (6). Dette viser at oppfølging ikke bare bør være en kald samtale om medisinsk fakta, men også inneholde emosjonelle aspekter. Kanskje hadde kvinnene visse forventninger til kontrolltiden med lege? Kan hende skuffelsen over ikke å få mulighet til å fortelle om hvordan de følte det forsterket den angst, depresjon og sorg de allerede følte etter tapet?

## Organisering

### **Romplassering, diskresjon og ventetid**

Kvinnene i vår studie var opptatte av romplasseringen. Spesielt var det vanskelig å våkne opp til lyden av barnegråt etter at en selv har gjennomgått abort. Dette har følgelig boret seg fast i hukommelsen til de det gjaldt da de stadig tar opp igjen problemstillingen ved samtale med Broen.

Det fremkommer også kommentarer på hvordan de som ligger og venter på behandling ligger på samme rom som de som allerede har gjennomgått inngrepet. De som hadde vært igjennom inngrepet skal ved flere anledninger ha grått eller vært fortvilet, og en kan tenke seg hvordan dette føles for de ventende som er nervøse eller usikre. Det er kanskje lett å glemme at det her ofte er snakk om unge, friske kvinner, som sjelden eller aldri har vært på sykehus før. Mange virker svært nervøse eller redde. Når flere kvinner forteller at samtale med lege eller sykepleier blir "allemannseie" på flermannsrom og at mange bærer på en frykt for å møte kjente etter abort, kan en tenke seg at dette uten større kostnader kan gjøres noe med. En kan se for seg enkle tiltak som samtalerom og å organisere slik at kvinner fra samme geografiske område, hvis mulig, kan møte på forskjellige dager ved provosert abort.

Flere kvinner tar opp hvor tøft det er å ligge og vente på inngrepet, at en ikke får hjelp til å fokusere på andre ting om man ønsker det. Ulik praksis vedrørende å få ha med seg en støtteperson har blitt praktisert forskjellig og blitt oppfattet som urettferdig. Vi ønsker å presisere at for mange er ensomheten rundt inngrepet noe av det sterkeste inntrykket kvinnene sitter igjen med i lang tid etter aborten.

Det blir også kommentert hvordan organiseringen av gravide som venter på ultralyd rett utenfor undersøkelsesrommet, blir vanskelig for de som nettopp har fått vite at fosteret er dødt. Etter å ha fått budskapet om at det ikke er liv, måtte kvinnene passere andre ventende gravide på vei ut. Det fremkom ingen forslag til hvordan dette kunne løses, men en kan jo tenke seg lengre avstand til venterommet, en utgang før venterommet eller liknende. Dette er sannsynligvis noe verken utbygger eller andre noen gang har tenkt særlig på.

Flere studier tar opp problematikken rundt det å bli lagt på feil avdeling. Kvinner som har gjennomgått abort rapporterer å være svært misfornøyde med å bli lagt sammen med høygravide. Kvinner som har gjennomgått spontan abort vil ikke bli lagt sammen med kvinner som har foretatt provoserte aborter. De ønsker heller ikke å bli lagt sammen med kvinner som har gjennomgått andre gynekologiske inngrep. De ønsker heller ikke å bli lagt på nyfødtavdelinger eller fødeavdelinger (6,8,12). Vi vet lite om hvorfor kvinnene har så store preferanser når det kommer til hvilken avdeling de ønsker å ligge på. I vår studie mener kvinnene generelt at det faglige nivået ved sykehuset er høyt, så det er liten grunn til å tro at dette skyldes tanker om høyere kvalifikasjoner ved en avdeling i forhold til en annen. Det kan derimot ha noe med smerten de føler ved å se andre gravide og nyfødte barn. Flere beskriver skyldfølelse, sorg og anger når de ser nyfødte barn og gravide etter provosert abort. Etter spontan abort opplever mange at sorgen forsterkes ved syn av gravide eller nyfødte, og kontrasten man føler mellom andre (heldige) og seg selv (uheldig) blir stor. Etter utskrivelse er det vanskelig å skåne kvinnene mot dette, men inne på sykehuset kan man gjøre noe med problemet. Vi vet lite om smerten ved synet av gravide og spedbarn er ekstra sterk rett etter aborten og gradvis avtar, eller om den er mer kontinuerlig.

### **Misnøye med praksis rundt spontan abort**

I vår studie forteller fire kvinner etter spontan abort at de uønsket fikk se fosteret og at de hadde opplevd dette som vanskelig. De oppfattet stemningen på avdelingen som hektisk og lite imøtekommende. Kvinnene virker svært overrasket og noen sjokkerte over hvordan fosteret kom ut, hvor raskt det gikk, smertene, blodet og hvor langt eller kort fosteret hadde kommet i utviklingen. Ut i fra deres utsagn virket de lite opplyste om hvordan en spontan abort foreløper i praksis. Vi finner ingen studier som beskriver liknende hendelser, bortsett fra at det i en studie nevnes viktigheten av "ærlig og fullstendig forberedelse for den fysiske delen av spontan abort" (8). Kvinnene i vår studie, som hadde blitt overrasket eller sjokkert over hvordan den spontane aborten foregikk, så ofte for seg hendelsen igjen og igjen. Kanskje kunne en viss form for forberedelse på hva som kunne skje ha gjort kvinnene mer robuste mot slike inntrykk? Ville en debrifing hos en kompetent person, slik man gjør ved andre traumer, være en mulighet å tilby?

## Sykemelding

Innledningsvis så vi at retningslinjene ved abort i første trimester tillot inntil 3 dagers sykemelding, i andre trimester skal en individuell vurdering gis. I vår studie var det bare tre kvinner som kom inn på temaet sykemelding, og alle etter spontan abort. To av kvinnene mente 2 dagers sykemelding som de hadde fått var for lite, og at sorgen etter spontan abort blir bagatellisert. En tredje kvinne fikk ikke sykemelding, men mente at tre dager hadde vært passende. Vi fant ingen studier om sykemelding etter spontan- og provosert abort. Mange av studiene vi fant nevnte imidlertid at mange kvinner mente deres sorg etter spontan abort ble bagatellisert og undervurdert av helsepersonell (6,8). Kan dette eventuelt settes i samband med for kort sykemeldingstid?

Da vi ikke har noen studier som viser hva som er mest effektivt for sorgprosessen av sykemelding eller det å komme raskt tilbake i jobb, har vi ingen grunnlag for å anbefale det ene eller det andre. Det vi imidlertid vet er at sorgens tyngde er svært varierende, og ofte undervurderes av helsepersonell. Kunnskap om dette bør gi større rom for individuell vurdering av den enkeltes behov for sykemelding.

## Positive opplevelser

I vår studie hadde kvinnene som rapporterte om positive opplevelser under behandling og sykehusopphold blitt møtt med respekt og nøytrale holdninger, omsorg og medfølelse, fått informasjon og opplevd å ha en kontaktperson.

Det hadde vært interessant å se videre på om kvinnene som kom med positive utsagn om oppholdet på sykehus hadde en annen innstilling til aborten enn kvinnene som var misfornøyde? Kan for eksempel kvinnene som etter provosert abort snakker positivt om sykehusoppholdet ha vært mer sikre i sitt valg enn kvinnene som var misfornøyde med behandlingen? Kan de ha hatt en bedre psykisk helse tidligere eller rundt tidspunktet for aborten? Var kvinnene som var fornøyde med behandlingen ved spontan abort mer forberedte og realistiske om at dette kunne skje? Var kvinnene som sitter igjen med gode pasientopplevelser generelt mer åpne eller optimistiske, slik at de lettere knyttet seg til helsepersonell? Til tross for at problemstillingen er interessant, valgte vi av to grunner ikke å gå videre inn på den. For det første ville det blitt for omfattende i forhold til tidsperspektivet og den begrensede størrelsen på vår oppgave. For det andre finnes det faremomenter ved å analysere hvilke risikofaktorer som kan gi dårligere pasientopplevelser. I verste fall kunne det ha skjedd en misoppfattelse blant helsepersonell slik at de ovenfor noen pasienter fikk holdningen ”disse vil uansett aldri bli fornøyde”. Kanskje kunne også helsepersonell ovenfor andre grupper igjen tenkt at ”disse klarer seg selv”. Det er med andre ord ikke alltid så lurt å bidra til at pasienter blir satt i bås, da det også er en sterk individuell faktor som bidrar til hvordan en vil



reagere under en slik spesiell situasjon som spontan eller provosert abort. Alle bør ha rett til god behandling. I tillegg kan det være greit å være på utkikk etter de som trenger ekstra oppmerksomhet.

Når vi søker i databaser etter positive pasientopplevelser etter abort, finner vi at dette er mest undersøkt ved spontan abort. Vi så imidlertid i vår studie at det stort sett er de samme faktorene som bidrar til en god pasientopplevelse etter spontan og provosert abort. Som nevnt informasjon, å bli lagt på riktig avdeling, oppfølging, omsorg og medfølelse. Når det gjelder provosert abort verdsatte flere kvinner i vår studie spesielt nøytrale holdninger blant helsepersonell, og fravær av moraliserende utsagn. I flere andre studier vises det til at kvinner som har gjennomgått abort setter pris på mulighet til å samtale med autorisert helsepersonell om hendelsen. Høy pasienttilfredshet har blitt vist der allmennlegen har vært støttende og gjort seg lett tilgjengelige(10). I en studie rapporterer kvinner som har gjennomgått spontan abort om positive erfaringer med sykepleierne da disse hadde evne til å henvende seg til hver enkelt kvinne som et individ, og var sensitive og oppmerksomme hele veien mens kvinnen var inneliggende på sykehus. Kvinnene rapporterte også at det var betryggende at fysiske undersøkelser og emosjonell støtte var tilgjengelig (10).

I en oversiktsartikkel (8) er det beskrevet de seks faktorene fra litteraturen som hevdes viktigst for kvinner etter spontan abort. Her inngår pleie og omsorg av støttende, informerte og empatisk helsepersonell, riktige vurderinger, informasjon, rutineoppfølging per telefon, risikovurderinger samt støtte ved senere graviditeter.

Som vi ser samsvarer den positive pasientopplevelsen med det kvinnene ønsker seg mer av eller mener bør forbedres i våre tidligere avsnitt. Om hvorvidt ”det faglige” har vært bra eller dårlig nevnes svært sjelden, det er interaksjonen mellom helsepersonell og pasient som ser ut til å være nøkkelen til en positiv pasientopplevelse. Det hadde vært spennende og sett nærmere på hvordan en i praksis kunne bedret denne interaksjonen. Mye stress på avdelinger, og samlebandopplevelse for både helsepersonell og pasienter kan kanskje bidra til at noe av den instinktive omsorgen og medfølelsen fra helsepersonell til pasient går tapt. Kanskje gjør også dette at hver pasient anonymiseres og en mister evnen til å se sorgen og behovene til pasienten? Kvinnene i vår studie er hentet fra samme sykehus. Det hadde vært interessant å se om kvinnene som var minst fornøyde med behandlingen var inneliggende på et mer stressende tidspunkt på avdelingen. Dette er dessverre praktisk ikke mulig.

## Konklusjon

Kvinnehelse i forbindelse med svangerskapsavbrudd har lenge vært et undervurdert og neglisjert område ikke bare fra medisinsk, men også samfunnets side. Dette er et tema som vekker mye følelser og holdninger, og kan skape såre eller støtende debatter. Vi vil ut i fra erfaringer fra dette arbeidet, personlig kjennskap til kvinner som har gjennomgått svangerskapsavbrudd og det vi har lest i media, påstå at dette fortsatt er et relativt tabubelagt område. Det er ikke så mange år siden man erkjente at psykiske ettervirkninger, i form av blant annet angst og depresjon, er noe mange sliter med i etterkant av et svangerskapsavbrudd. Hvorvidt denne erkjennelsen har vært gjenstand for en bedre samlet behandling av kvinnen, på både fysisk og psykisk grunnlag, er en annen sak.

Vår erfaring etter å ha arbeidet med kvinners opplevelse av møtet med helsevesenet, er at de stort sett er fornøyde med den rent medisinsk-tekniske behandlingen de får. Det er heller den kommunikative og emosjonelt interaktive delen mellom helsepersonell og pasient som har gitt rom for diskusjon. Ut i fra utsagn fra kvinner i vår studie og det vi omtaler fra annen litteratur, er det ofte et stort gap mellom den betydningen tapet eller situasjonen har for kvinnen og for helsepersonell. Det er i denne settingen, samt i situasjoner med mye stress på avdelinger, at helsepersonell oppfattes kjølige. Kvinner er sårbare etter abort, de prisgir omsorg og støtte. Felles er ønsket om mer informasjon både rundt psykiske, medisinske og sosiale forhold. Ikke bare er det viktig at kvinnene får informasjon, det er også viktig *når* og *hvordan* den gis.

Mulighet for råd og veiledning i forkant, samt oppfølgingssamtale i etterkant er noe som verdsettes høyt av kvinnene, det nevnes i retningslinjene, men praktiseres kun i mindre grad. Å bli gitt informasjon og hjelp slik at man kan ta den riktige avgjørelsen og håndtere situasjonen man befinner seg i, uten å føle seg presset eller til bry, er et kjerneelement. Det samme er å bli spurt om preferanser og medbestemmelse i egen behandling. Det kan virke som det store fokuset på effektivitet og den påfølgende samlebandsmentaliteten gir mindre ressurser til det kvinnene selv føler behov for, som samtaler, medfølelse, omsorg, informasjon og oppfølging.

Å bli møtt med omsorg og respekt er som ved alle andre situasjoner i livet viktig. Dette er noe som de fleste tar som en selvfølge, og oppleves som ekstra vanskelig når ikke er til stede i en sårbar situasjon. Det er viktig at praktiske forhold det er enkelt å gjøre noe med blir rettet på, slik at unødvendig frustrasjon ikke blir liggende latent og forverrer den emosjonelle responsen. Optimalisering av plassering, ventetid og vern om privatlivet vil hjelpe på helhetsopplevelsen.

Til tross for at mange erfaringer, gode forslag og ønsker er dokumentert av andre og oss, er det gjort lite forskning på om tiltak skissert faktisk hjelper. Dette må bli neste steg på veien for å gi pasientene en best mulig behandling.

## Referanser

1. Evans L, Lloyd D, Considine R, Hancock L. Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry: a hospital based study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42(2): 155-160
2. Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim BI. (2010): *Obstetrikk og gynekologi* 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag. S.143-147, 377-380,427-429
3. legeforeningen.no i norsk gynekologisk forening – spontan abort, <http://www.legeforeningen.no/id/106500.0>
4. legeforeningen.no: norsk gynekologisk forening - provosert abort, <http://kup.no/id/106493.0>
5. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) , lov om svangerskapsavbrudd (abortloven). Ikrafttredelse 1976-01-01. Sist endret Lov-2009-05-08-25.
6. Geller PA, Psaros C, Kornfield SL. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health* 2010;13: 111-124
7. Nikecevic AV, Tunkel SA, Nicolaides KH. Psychological outcomes following missed abortions and provision and follow up care. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:123-128
8. Stratton K, Lloyd L. Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48: 5-11
9. Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaides KH. The influence of medical and psychological interventions on women`s distress after miscarriage. *J Psychosom Res.* 2007;63(3): 283-290
10. Wong MKY, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women`s experiences after miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice* 2003;53: 697-702
11. Wiebe E, Janssen P. Conservative management of spontaneous abortions. Women`s experiences. *Canadian Family Physician* 1999;45: 2355-2360

12. Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research* 1996;40(3): 235-244
13. Veiga MB, Gemeinhardt C, Houlihan E, Fitzsimmons BP, Hodgson ZG. Social support in the postabortion recovery room: evidence from patients, support persons and nurses in Vancouver clinic. *Contraception* 2011;83(3):269-273
14. Lipp A. A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. *J Clin Nurs* 2008;17(3): 163-168
15. Gleeson R, Forde E, Bates E, Powell S, Eadon.Jones E, Draper H. Medical students' attitudes towards abortion: a UK study. *J Med Ethics* 2008;34:783-787
16. Francome C, Freeman E. British general practitioners' attitudes toward abortion. *Family Planning Perspectives* 2000;328(4): 189-191
17. Steele R. Medical students' attitudes to abortion: a comparison between Queen's University Belfast and the University of Oslo. *J Med Ethics* 2009;35: 390-394
18. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. Psychological impact on woman of miscarriage versus induced abortion: a 2 year follow-up study. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:265-271
19. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. Reasons for induced abortions and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry* 2005;27:36-43
20. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006;85: 317-323
21. Hansen K, Kristiansen L, Urdal K, Stray-Pedersen B. Sosiale og emosjonelle faktorer hos kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd. Reaksjoner før og etter inngrepet. 1996. Aker Hospital, Oslo, Norway. Ref. Type: Report.

22. Kolstad P. Therapeutic abortion. A clinical study based upon 968 cases from a Norwegian hospital, 1940-53 Drammen, Norway. Oslo University Press, 1957.
23. Grünfeldt B. Legal abort i Norge: legalt svangerskapsavbrudd i Norge i tidsrommet 1965-1971: en sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse, Oslo: Universitetsforlaget 1973.
24. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. Scand J Public Health 2008;36(4): 424-428
25. Broen AN. Women`s emotional life after miscarriage and induced abortion. A longitudinell, five-year follow-up study. 2006. Doktorgradsavhandling Medisinske Fakultet i Oslo.
26. Malterud K. (2004): Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Universitetsforlaget.