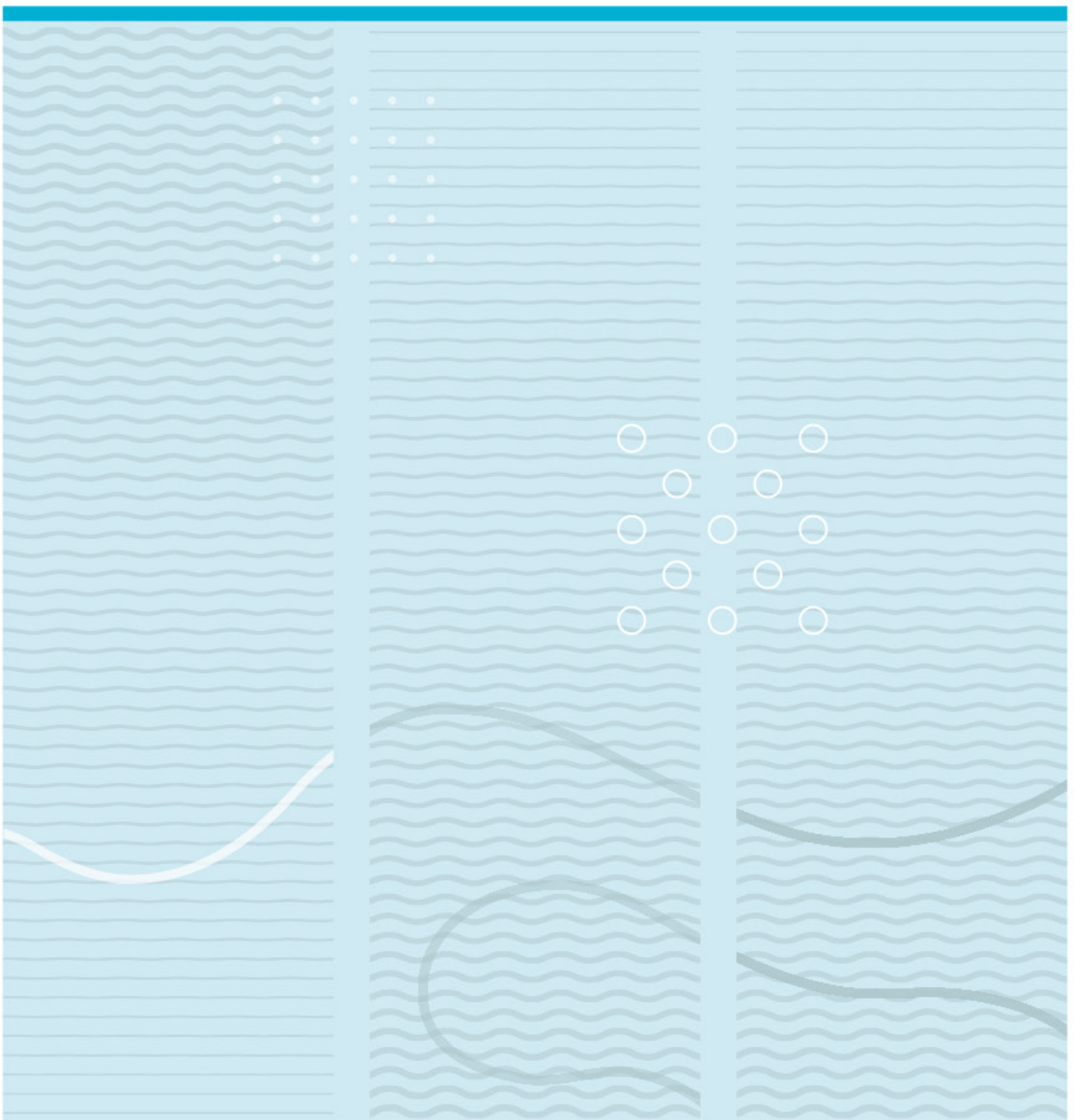


Yvonne Walderhaug Andresen og Silje Beatrice Frydenberg

Kvinnerns erfaringer med oppfølging etter spontanabort

En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Yvonne Walderhaug Andresen og Silje Beatrice Frydenberg

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Forord | 4 |
| Del 1 Tidsskriftsartikkel | 5 |
| Hovedfunn | 7 |
| Sammendrag | 8 |
| Abstract | 9 |
| 1 Innledning | 10 |
| 2 Metode | 11 |
| 2.1 Design | 11 |
| 2.2 Rekruttering | 11 |
| 2.3 Datainnsamling | 11 |
| 2.4 Analyse | 12 |
| 2.5 Forskningsetiske vurderinger | 12 |
| 3 Resultater | 13 |
| 3.1 Erfaringer fra møtet med helsevesenet | 13 |
| 3.2 Emosjonelle konsekvenser av mangelfull oppfølging | 14 |
| 3.3 Kvinnenes behov for avklaring og oppfølging | 15 |
| 4 Diskusjon | 17 |
| 5 Konklusjon | 22 |
| Referanser | 24 |
| | |
| Del 2 Fordypningsdel | 28 |
| 1 Introduksjon til fordypningsdel | 29 |
| 1.1 Sammendrag av artikkelmanuskript | 29 |
| 2 Metode og metodediskusjon | 30 |
| 2.1 Litteratursøk | 30 |
| 2.2 Rekruttering og utvalg | 30 |
| 2.3 Datainnsamling | 31 |
| 2.4 Analyse | 32 |
| 2.5 Validitet | 33 |
| 2.5.1 Intern validitet | 33 |
| 2.5.2 Ekstern validitet | 34 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.5.3 | Refleksivitet | 35 |
| 2.6 | Etiske aspekter..... | 36 |
| 3 | Teoretisk grunnlag for resultatdiskusjon | 37 |
| 4 | Resultatdiskusjon | 38 |
| 5 | Implikasjoner for jordmorfaget | 42 |
| | Referanser | 43 |
| | Vedlegg | 46 |
| | Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring..... | 47 |
| | Vedlegg 2: Intervjuguide..... | 49 |
| | Vedlegg 3: NSD prosjektvurdering..... | 50 |
| | Vedlegg 4: REK fremleggsvurdering | 52 |
| | Vedlegg 5: Forfatterveiledning for tidsskriftet «Sexual and reproductive healthcare»..... | 54 |
| | Vedlegg 6: Eksempel på skjematisk fremstilling av analysen..... | 68 |
| | Vedlegg 7: Mailkorrespondanse med Amatheia..... | 70 |

Antall ord: Artikkel 5013, Fordypningsdel 4895.

Forord

I arbeidet med denne oppgaven har vi fått møte kvinner med sterke historier og vil derfor benytte anledningen til å takke alle dem som har delt sine opplevelser med oss. Engasjementet rundt studien var stor, og antallet kvinner som ønsket å bidra var overveldende. Vi ønsker også å takke alle dem som bidro i rekrutteringsprosessen. Responsen indikerer at dette er et tema som angår mange, og vi håper vår studie kan løfte frem kvinnenes stemmer i debatten som pågår rundt hvilken oppfølging de skal tilbys etter spontanabort.

Takk til vår veileder Eva Sommerseth for tilgjengelighet og oppmuntring underveis, samt rask respons på våre spørsmål. Vi ønsker også å takke Hannah E. Fonkalsrud for oppmuntrende ord, støtte og konstruktive innspill.

En stor takk rettes også til våre familier som har stilt opp både i arbeidet med masteroppgaven, og underveis i studieforløpet. Deres uvurderlige bidrag gjør at vi nå snart har fullført utdannelsen, og kan gå en spennende fremtid i møte som jordmødre.

Larvik, 14.05.22

Yvonne W. Andresen og Silje B. Frydenberg

Del 1 Tidsskriftsartikel

Kvinneres erfaringer med oppfølging etter spontanabort - En kvalitativ studie.

Forfattere:

Yvonne Walderhaug Andresen ^a Masterstudent i jordmorfag

Silje Beatrice Frydenberg ^b Masterstudent i jordmorfag

^{a, b} Fakultet for helse- og sosialvitenskap. Institutt for sykepleie- og helsevitenskap. Universitetet i Sørøst-Norge. Postboks 235, 3603 Kongsberg, Norway

Korresponderende forfatter:

Silje Beatrice Frydenberg

130968@student.usn.no

Jordbærveien 8, 3243 Kodal, Norway

Hovedfunn

- Oppfølgingen etter spontanabort oppleves mangelfull.
- Kvinner må selv ta initiativ til å få hjelpen de har behov for.
- Helsepersonell oppleves som avvisende, og de bagatelliserer og normaliserer kvinnenes opplevelser.
- Kvinner som spontanaborterer ønsker mer systematisk oppfølging i etterkant.

Sammendrag

Hensikt: Å utforske kvinners opplevelse av oppfølging etter spontanabort, og hvilke behov for oppfølging kvinnene selv erfarer at de har.

Metode: En kvalitativ studie. Det ble gjennomført elleve semi-strukturerte intervjuer med kvinner som hadde opplevd spontanabort og vært i kontakt med helsevesenet. Dataene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Tre overordnede resultat kategorier ble identifisert gjennom analyseprosessen; 1) Kvinner opplevde oppfølgingen etter spontanabort som mangelfull, og de måtte selv ta initiativ til å få den hjelpen de trengte. 2) Deres behov ble avvist, og de erfarte at deres opplevelse av spontanabort ble normalisert av helsepersonell. 3) Kvinnene ønsket mer informasjon, emosjonell støtte, en avklaring av aborten, og mer systematisk oppfølging.

Konklusjon: Oppfølgingen som gis etter spontanabort oppleves å være mangelfull som følge av manglende informasjon, tilbud om avklaring og lite tilgjengelige helsetjenester. Avvisning, bagatellisering og normalisering fra helsepersonell kan gjøre det enda vanskeligere å håndtere de emosjonelle reaksjonene etter spontanabort. Kvinnene ønsker en mer systematisk oppfølging som både fokuserer på de fysiske og psykiske følgene av spontanabort.

Nøkkelord: spontanabort, oppfølging, pasienterfaringer, kvalitativ metode

Abstract

Objective: To explore women's experiences with follow-up care after early pregnancy loss, and their needs for such care.

Methods: A qualitative study. Eleven semi-structured interviews were conducted with women who had experienced miscarriage and been in contact with the health care system. The data was analyzed using systematic text condensation.

Results: Three main themes emerged; 1) women felt the follow-up care was inadequate and that they had to take initiative to demand the care they needed. 2) Their needs were rejected, and their experiences normalized by healthcare workers. 3) The women wanted more information, emotional support, and expressed the need for a systematic follow-up care.

Conclusions: The follow-up care given after a miscarriage is perceived to be deficient because of lack of information and low accessibility to health care services. Feelings of rejection, or to encounter clinicians who treat a miscarriage as something trivial or normal, can make it even more difficult to deal with the emotional reactions after an early pregnancy loss. Women want a more systematic follow-up care, that focuses on both the physical and emotional consequences of miscarriage.

Keywords: Miscarriage, early pregnancy loss, follow-up care, patient experiences, qualitative

1 Innledning

Spontanabort defineres som en graviditet som går til grunne i løpet av de første 22 ukene av svangerskapet. Dette er en vanlig komplikasjon som forekommer i 10-15% av alle erkjente graviditeter (1). Rundt 97% av spontanabortene oppstår i første trimester (2). Veilederen i gynekologi skiller mellom komplett spontanabort og inkomplett spontanabort. Missed abortion er en form for inkomplett spontanabort med intrauterint fosteranlegg uten hjerteaksjon (3).

Tidligere studier viser at opptil halvparten av kvinner som gjennomgår spontanabort i tiden etter aborten opplever sorg, angst eller depresjon (4,5). Kvinnene kan også få tanker om skam og skyldfølelse (6). De psykiske symptomene er sterkest i tiden umiddelbart etter graviditeten, for deretter å gradvis avta (4,7). For noen kan symptomene vedvare ut over det første året etter aborten (8), og noen kvinner utvikler også posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (9,10). Det å gjennomgå spontanabort kan medføre økt risiko for å oppleve stress, angst og depresjon i senere svangerskap (11,12).

Kvinner som opplever symptomer på spontanabort vil ofte kontakte helsevesenet for rådgivning, behandling og oppfølging (13). Tidligere studier viser at kvinners opplevelser av helsehjelpen de mottar, påvirker opplevelsen av spontanaborten (13). Farren et al. (10) fant at helsepersonell som oftest fokuserer på de fysiske aspektene ved en spontanabort, og har lite fokus på kvinnenes psykiske helse. Freeman et al. (13) avdekket at kvinner opplever behandlingen de mottar som mangelfull. Manglene rettet seg mot kommunikasjonen med helsepersonell, helsetjenestenes utforming og tilgjengelighet, og oppfølging i etterkant av aborten. Oversiktsartikkelen fant at mange kvinner ikke tilbys noen form for oppfølging, på tross av at de ønsker dette. De kvinnene som fikk en form for oppfølging, opplevde denne som mangelfull som følge av for lite avsatt tid, manglende informasjon og fokus på deres emosjonelle behov (13). Aamli et al. (14) fant at norske kvinner som gjennomgår medikamentell abort hjemme også etterspør oppfølging i etterkant av dette. Studien indikerer at det finnes et udekket behov for oppfølging etter abort også i Norge. Dermed ble hensikten med denne studien å undersøke hvilke erfaringer norske kvinner har med oppfølging etter spontanabort, og hvilke behov for oppfølging kvinnene selv erfarer at de har.

2 Metode

2.1 Design

Det sentrale fokuset i denne studien var å undersøke kvinners erfaringer og opplevelser omkring oppfølging etter spontanabort. Kvalitative forskningsmetoder er godt egnet til å utforske menneskers individuelle opplevelser knyttet til ulike fenomener (15), og det var dermed naturlig å velge kvalitativ metode for å besvare studiens forskningsspørsmål. Ifølge Kvale & Brinkmann (16) bidrar denne metoden til å avdekke nyanserte beskrivelser fra individets livsverden. Metoden tar utgangspunkt i datamateriale som kommer fra samtaler eller observasjoner, og innsamlingen blir systematisk innhentet, organisert, analysert og videre fortolket (15).

2.2 Rekruttering

Rekrutteringen foregikk via sosiale medier. Hovedsakelig på Facebook der informasjonen om studien ble publisert åpent på egne personlige profiler, med oppfordring om at innlegget ble delt videre. I tillegg innhentet vi tillatelse til å dele informasjon om studien på relevante lukkede Facebook-grupper for kvinner som hadde gjennomgått spontanabort. Inklusjonskriteriene for å delta i studien var å ha opplevd en eller flere spontanaborter eller missed abortion før gestasjonsalder 11+6. Kvinnene måtte også ha vært i kontakt med helsevesenet i forbindelse med spontanaborten. 38 kvinner tok kontakt innen det var gått 48 timer og rekrutteringen ble dermed avsluttet. Alle som meldte sin interesse, fikk tilsendt informasjonsskrivet (Vedlegg 1) om studien på epost. Av disse møtte 36 av kvinnene inklusjonskriteriene. Det ble gjort et strategisk utvalg på bakgrunn av geografisk spredning og hvilke instanser de hadde hatt kontakt med i forbindelse med spontanabortene. 13 kvinner ble utvalgt til å delta i studien. Av disse var det en som ikke møtte avtalt intervju, og en annen ble utelatt fordi det var vanskelig å finne et mulig tidspunkt for intervjuet. Dermed var det 11 kvinner som gjennomførte intervjuet. De var mellom 27-41 år, ti hadde høyere utdanning, og geografisk var de spredt over syv ulike fylker. En hadde minoritetsbakgrunn, og to kvinner hadde statsborgerskap i andre nord-europeiske land enn Norge.

2.3 Datainnsamling

Data ble innhentet ved hjelp av semistrukturerte, individuelle intervjuer som ble gjennomført via videosamtaler på Zoom. Det ble tatt lydopptak av intervjuene og disse ble transkribert ordrett av

oss begge. Intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide (Vedlegg 2) med tre åpne spørsmål. Begge forfatterne deltok i alle intervjuene. Deltakerne ble på forhånd oppfordret til å snakke fritt om sine opplevelser, og ble kun avbrutt hvis det var behov for å stille oppklarende oppfølgingsspørsmål. Intervjuene varte mellom 20 til 38 minutter, med et gjennomsnitt på 29 minutter.

2.4 Analyse

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (17,18). Denne analysemetoden innebærer en tematisk tverrgående analyse av de kvalitative dataene gjennom fire trinn. I det første trinnet leste vi gjennom materialet for å danne et helhetsinntrykk, og få oversikt over hvilke foreløpige temaer som trådte frem i tekstene. Analysens andre trinn bestod av en systematisk gjennomgang av tekstene for å identifisere meningsbærende enheter. Disse ble sortert i ulike kodegrupper som ble utarbeidet fra de foreløpige temaene i trinn en. I tredje trinn ble innholdet i kodegruppene delt videre inn i subgrupper, og innholdet i de meningsbærende enhetene abstrahert i kondensater. I fjerde og siste trinn ble dataene rekontekstualisert. Det sentrale meningsinnholdet fra hvert av kondensatene ble sammenfattet til en analytisk tekst for hver subgruppe. Dette dannet grunnlaget for resultatkapittelet i denne studien. Hver subgruppe presenteres i et eget avsnitt, og illustreres med sitater for å konkretisere våre funn.

2.5 Forskningsetiske vurderinger

Studien ble vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (Vedlegg 3). I tillegg ble det også sendt inn en fremleggsvurdering til Regional komite for medisin og helsefaglig forskningsetikk. Studien ble vurdert til å ikke trenge forhåndsgodkjenning, da den var utenfor deres mandat etter helseforskningsloven (Vedlegg 4). Studien ble videre utført i samsvar med Helsinkideklarasjonens prinsipper for medisinsk forskning (19).

Deltakerne tok selv kontakt med et ønske om å delta i studien, og på den måten deltok frivillig. Før intervjuene ble informantene informert skriftlig og muntlig om forskningens overordnede formål, og om hovedtrekket i designet. De ble også informert om retten til innsyn i materialet, og om muligheten til å trekke seg fra studien frem til materialet var ferdig analysert. Samtykke ble innhentet både muntlig og skriftlig. Intervjuobjektene ble også informert om at de, ved å dele deres

krevende og sårbare erfaringer, kunne få sterke reaksjoner både under og etter intervjuet. Amatheia hadde i forkant blitt informert om studiens hensikt og design, og det ble gitt godkjenning fra dem til å henvise deltakerne til deres landsdekkende, gratis helsetjeneste med tilbud om samtale for kvinner som har opplevd spontanabort (Vedlegg 7).

3 Resultater

Gjennom analyseprosessen ble det identifisert tre resultat kategorier. Den første omhandlet hvordan kvinnene erfarte deres møte med helsevesenet; hvordan oppfølgingen var mangelfull eller tilfeldig, og hvordan de på eget initiativ måtte kreve oppfølging. Noen hadde positive erfaringer knyttet til hvordan de opplevde å bli ivaretatt og sett i deres situasjon. Den andre resultat kategorien beskrev så hvilke emosjonelle konsekvenser oppfølgingen hadde hatt for kvinnene; hvordan de følte seg avvist i møte med helsevesenet, og hvordan de opplevde å få sin abortopplevelse normalisert. Den tredje resultat kategorien tok til slutt for seg hvilke behov kvinnene hadde; herunder ønsket om å bli ivaretatt av helsevesenet på en systematisk måte, uten å måtte ta initiativ til det selv. I tillegg var det behov for informasjon, og et ønske om en avklaring av spontanaborten.

3.1 Erfaringer fra møtet med helsevesenet

Flertallet av kvinnene erfarte at de fikk lite eller ingen oppfølging i etterkant av spontanaborten. Uavhengig av om det var fastlege, legevakt, privat gynekolog eller spesialisthelsetjenesten de var i kontakt med, var erfaringene deres at fokuset var rettet mot selve abortprosessen. Noen fikk sykemelding og informasjon om hvor de skulle henvende seg dersom de opplevde komplikasjoner som for eksempel store blødninger eller infeksjon. En av kvinnene stilte seg spørrende til hvordan hun skulle være i stand til å avgjøre hva som var alvorlig nok til å oppsøke helsehjelp. Oppfølging i ettertid var sjeldent et tema, og der kvinnene selv tok det opp, opplevde de at helsepersonell ikke hadde noe å tilby og heller ikke kunne gi informasjon om hvor de burde henvende seg. En kvinne hadde tatt valget om å avslutte forsøket på å få barn etter flere aborter. Hun uttrykte at dersom hun hadde følt seg trygg på å bli ivaretatt bedre, hadde det kanskje bidratt til at hun hadde prøvd flere ganger.

«Ingen oppfølging, ingen ringte meg. Sykehuset sa blant annet at de skulle ringe meg en dag etter aborten for å høre hvordan det gikk.. Det gjorde de aldri.» (Informant nr. 2).

Flere av kvinnene beskrev hvordan de selv måtte ta initiativ til å oppsøke hjelpen de trengte. Fordi det ikke ble gitt noe informasjon om hvor eller til hvem de kunne henvende seg, måtte de selv søke eller ringe rundt for å etterspørre hjelpen. Denne prosessen opplevdes frustrerende og som ekstra belastende i situasjonen de befant seg i. Noen opplevde at de måtte være pågående for å få tilgang på oppfølging, og flere problematiserte hvordan dette kunne være et hinder for dem som ikke evnet å «stå på kravene».

«Jeg føler på en måte at den hjelpen jeg har fått.. at jeg liksom har krevd den selv da. Jeg ordnet den på egenhånd. Jeg synes liksom ikke jeg har hatt noe hjelp av noen til å ordne noe, og det som provoserer meg litt er liksom... Jeg ser på meg selv som ressurssterk og tenker på andre som.. Ja, ikke vet hvordan man skal rope og skrike, for å kreve den hjelpen.» (Informant nr. 7).

Noen fortalte om positive opplevelser knyttet til oppfølgingen i etterkant av aborten. Felles for deres beskrivelser var opplevelsen av å bli sett. De hadde fått god informasjon underveis som gjorde dem tryggere på hva de hadde i møte i etterkant. Flere hadde fått forsikringer om ivaretagelse og oppfølging ved et eventuelt nytt svangerskap, dette gjorde dem tryggere. Noen gikk til samtale hos fastlege eller Amatheia, og fikk der hjelp til å håndtere tanker og følelser i tiden etter aborten. Disse kvinnene poengterte at tilgjengelighet bidro til trygghet. De visste at de hadde noen de kunne kontakte ved behov.

«Hun hørte egentlig bare på mine opplevelser. Så snakket jeg egentlig bare om hvor kjipt jeg hadde det, og at jeg ikke kjente igjen mye av følelsene mine. Hun var egentlig bare en støttespiller, og var ikke så veldig opptatt av at "ja, men dette er jo veldig vanlig og..". Det var liksom ikke den regla. Hun var heller sånn mer.. Veldig imøtekommende og hørte på hva jeg sa.» (Informant nr. 2).

3.2 Emosjonelle konsekvenser av mangelfull oppfølging

Mange av kvinnene opplevde at deres behov for oppfølging ble avvist eller bagatellisert da de kontaktet helsepersonell. Flere beskrev hvordan det å bli avvist medførte at de stilte seg spørrende til om det var dem det var noe galt med som hadde behov for oppfølging. I møte med

helsepersonell som opplevdes avvissende, reagerte flere av kvinnene med resignasjon. De unnlot videre forsøk på å skaffe seg oppfølging. Et par av kvinnene beskrev hvordan de skulle ønske de hadde klart å si ifra om hvordan de opplevde å bli møtt.

«Jeg satt veldig igjen med en følelse av å være veldig.. ydmyket egentlig. Fordi jeg gjorde ganske mange ting for å be om hjelp, og så... Så fikk jeg ikke det, og da opplevde jeg på en måte at...Ok, men det her, det er ikke verdt tiden til de i helsevesenet da. Det er ikke noe vits i.. å hjelpe meg.» (Informant nr. 9).

Samtlige av kvinnene ble gjentatte ganger fortalt av både helsepersonell og mennesker rundt dem hvor normalt det er å oppleve spontanabort. En opplevde det beroligende å få høre at dette rammet mange, men flertallet av kvinnene reagerte negativt på forsøket på å normalisere deres opplevelser. De opplevde at det ble vanskeligere å bearbeide følelsene de satt igjen med i etterkant. De ble usikre på om de kunne tillate seg å sørge over tapet, fordi det er så normalt å spontanabortere i første trimester. En kvinne beskrev skillet mellom fornuften og følelsene rundt dette temaet; hun visste det var normalt å være lei seg, men følte likevel skam over disse følelsene fordi hun allerede hadde to friske barn. Flere uttrykte et ønske om at helsepersonell kunne stadfeste at det er tillatt og normalt å ha følelsesmessige reaksjoner på spontanaborten.

«Så jeg var liksom sånn, ja, hva gjør jeg nå? Hva forventes av meg? Forventes det at jeg bare skal gå rett på jobb nå? Kan jeg være lei meg? Altså.. Fordi jeg fikk jo presentert det som at, dette er veldig vanlig.. Man mister jo veldig ofte første gang, så det er ikke noe du må tenke på, du må bare prøve igjen. Så jeg tok det hele jo litt sånn, ja, hva gjør jeg nå? Jeg er veldig lei meg, men jeg klarer ikke sette helt ord på hvorfor jeg er så lei meg..» (Informant nr. 3).

3.3 Kvinnenes behov for avklaring og oppfølging

Behovet for avklaring var fremtredende hos de fleste kvinnene. De som opplevde spontant å blø, ønsket svar på om det var starten på en abort, eller om det kunne være et levedyktig svangerskap. Flere av kvinnene fikk beskjed om at de måtte vente å se, og opplevde usikkerheten i ventetiden som svært belastende. Flere endte derfor opp med å kontakte private helsetjenester for å kunne få svar.

«Tanken på en måte.. å gå og vente liksom, ikke vite, er bare helt forferdelig tøft. Å ikke vite om man er gravid eller ikke..» (Informant nr. 7).

Behovet for informasjon var prekært hos majoriteten av kvinnene, og mangelen på den underveis og i etterkant av spontanabortene ble beskrevet som tyngende. De savnet blant annet informasjon om hva de kunne forvente av blødning, og hvilke eventuelle hensyn de måtte ta i tiden etter aborten. I tillegg var mange av kvinnene opptatt av veien videre med tanke på et eventuelt nytt svangerskap. Når informasjonen fra helsepersonell enten var mangelfull eller uteble, oppsøkte kvinnene i stedet andre informasjonskilder. Det gjorde de enten i form av familie eller venner, eller ved hjelp av internett. Flere fortalte hvordan det istedenfor å gi dem svar og trygghet, heller bidro til at de ble mer usikre.

«Internett er jo ofte ikke den beste, men det er jo det man tyr til da man sitter og scroller, ikke sant? Og så får man veldig masse motstridende svar. Og så får man kanskje enda mer spørsmål enn det man hadde i utgangspunktet at.. etter at man har sittet å snakke med liksom fastlege Google, ikke sant...» (Informant nr. 11).

Ønsket om å bli fanget opp av et system, et slags pakkeforløp for abort, kom på flere måter til uttrykk hos kvinnene. De etterlyste en mer systematisk oppfølging i etterkant og at det ikke burde være opp kvinnen selv å finne ut av hvilke tilbud som eksisterte eller de hadde krav på.

«Man trenger at helsepersonell tar initiativ i den situasjonen istedenfor, for det er ikke alle som.. eller jeg var i hvert fall ikke i stand til det på det tidspunktet. Jeg... vil jo veldig gjerne at de skulle ha hatt en sånn der mal på det nesten. For det virker som fastleger og jordmødre ikke helt vet hva de skal gjøre.» (Informant nr. 10).

Flere av kvinnene hadde allerede før spontanaborten opprettet en kontakt med helsevesenet i forbindelse med graviditeten. Noen hadde bestilt første time, andre hadde hatt opptil flere konsultasjoner før spontanaborten inntraff. Skuffelsen over at helsevesenet ikke da fanget dem opp og satte dem i et system hvor de fikk tilbud om oppfølging, ble av flere beskrevet som stor.

«Jeg hadde jo en jordmortime. Så jeg måtte jo ringe for å avlyse den. Og der var det jo bare: "Okei, da avlyser den. Ha det fint." Jeg hadde kanskje forventet litt mer "Ja, har du lyst til å bevare den timen, så kan vi prate litt". Men jeg visste ikke hva jeg hadde krav på...»
(Informant nr. 1).

Eksempler på hva den systematiske oppfølgingen burde inneholdt var blant annet en form for fysisk sjekk, i form av ultralyd og eller blodprøver, at de fikk tilbud om en sykemelding, samt psykisk oppfølging i form av å ha noen å snakke med. Kvinnene poengterte at det ikke var sikkert at de hadde hatt behov for å benytte seg av alle disse tilbudene, men ønsket like fullt at det skulle være deres valg om hva de takket ja til.

4 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer kvinner har med oppfølging etter spontanabort i Norge, og hvilke behov for oppfølging kvinnene selv erfarte at de hadde. Det var et gjennomgående funn i vår studie at kvinnene ikke opplevde å få tilbud om oppfølging i etterkant av spontanabort. World Health Organization (WHO) påpeker at en komponent i kvaliteten på helsetjenester er pasientenes opplevelse av tjenesten (20). Selv om studier har vist at den medisinske behandlingen av spontanabort er effektiv og har få bivirkninger (1), viser våre funn at kvinnene likevel opplever helsetjenesten som mangelfull. Kvinnene opplevde at fokuset var rettet mot de fysiske aspektene ved selve abortprosessen, og at videre oppfølging ikke var et tema. Flere av kvinnene var overrasket over det manglende tilbudet, og beskrev hvordan deres forventninger til oppfølgingen fra helsevesenet ikke ble møtt. Tidligere studier indikerer at det ikke er samsvar mellom hva helsepersonell tenker at kvinnene har behov for, og det kvinnene selv mener de trenger av oppfølging (21,22). Kvinnene i vår studie opplevde heller ikke at helsepersonell hadde særlig kompetanse på hva slags oppfølging de hadde behov for, eller hvor de eventuelt kunne henvises til. Dette samsvarer med Evans et al. (22) sine funn, der helsepersonell selv beskrev oppfølgingstilbudet som mangelfullt, og at det var et stort ønske blant dem om å forbedre dette ved kompetanseheving. Fordi kvinnene i vår studie opplevde oppfølgingen som mangelfull, forsøkte flere av dem å skaffe seg hjelpen de trengte på eget initiativ, men flere opplevde at forsøkene deres ble avvist.

Opplevelsen av å bli avvist eller at helsepersonell bagatelliserte eller normaliserte det å spontanabortere, medførte at kvinnene i vår studie slet med å bearbeide egne emosjonelle reaksjoner. Ifølge Freeman et al. (13) blir kvinners opplevelse av spontanaborten påvirket av hvordan de blir møtt i helsevesenet. Man kan dermed anta at negative møter med helsepersonell kan gjøre tiden etter spontanaborten vanskeligere. Selv om kvinnene i vår studie hadde ulike behov for oppfølging, ønsket alle å bli møtt med forståelse og aksept fra helsepersonell. Jensen et al. (21) fant at kvinner fremhever behovet for bekreftelse på tapet fra helsepersonell, som det viktigste aspektet i god oppfølging. Dette behovet kan havne i konflikt med helsepersonellens fokus på de fysiske konsekvensene av spontanabort, og dermed forsterke opplevelsen av avvisning eller bagatellisering. Jensen et al. (21) hevder at helsepersonell kan overse den emosjonelle belastningen en spontanabort medfører, fordi det er en så vanlig komplikasjon i svangerskapet, og det er liten risiko videre for alvorlige komplikasjoner. Det kan også skyldes at helsepersonell kan bli likegyldige til hvordan den enkelte kvinne opplever aborten, fordi de møter disse pasientene hyppig. Det å unngå å gi psykisk støtte kan derfor være en beskyttelsesstrategi for å redusere belastningen for seg selv (21). Tidligere studier trekker frem nødvendigheten av å gi helsepersonell mer opplæring i å ivareta kvinnes emosjonelle behov (6,21). Våre funn indikerer at slik kompetanseheving kan være hensiktsmessig. De kvinnene i vår studie som hadde positive opplevelser med oppfølging fremhevet hvordan det hjalp dem at helsepersonell møtte dem på en medmenneskelig måte. Noen kvinner trakk spesielt frem oppfølgingen fra Amatheia som positiv, fordi de ansatte hadde mer kompetanse på, og erfaring med oppfølging etter abort.

Vår studie viser hvordan kvinnene erfarte at helsepersonell normaliserer det å oppleve spontanabort. WHO oppfordrer helsepersonell til å fortelle kvinner at spontanabort forekommer i opptil 15% av alle erkjente svangerskap (23). Tidligere studier indikerer at helsepersonell selv mener det er viktig å informere kvinnene om hvor statistisk vanlig spontanabort er, for å forsikre dem om at det ikke er deres feil (21,24). Flertallet av kvinnene i vår studie opplevde denne normaliseringen som problematisk. Det gjorde at flere ble usikre på hvordan de skulle håndtere egne følelser og reaksjoner, og frarøvet dem muligheten til å sørge over tapet. Kvinnene følte at helsepersonell bagatelliserte deres individuelle opplevelse ved å uttrykke at dette var en normal hendelse. Flere studier har funnet at denne formen for normalisering av abort oppleves vanskelig for kvinner (13,24), men at noen kvinner mener at det hjelper dem å få høre at spontanabort er vanlig (13). Freeman et al. (13) presiserer at det er uklart hva som er det beste tidspunktet å

informere om dette. Kvinnene i vår studie hadde et ønske om at helsepersonell heller skulle fokusere på at deres fysiske og emosjonelle opplevelser var normale.

Et annet funn i vår studie var hvordan kvinnene uttrykte et behov for en avklaring av spontanaborten. Det praktiseres tre ulike metoder for å behandle inkomplett spontanabort; medisinsk, kirurgisk eller avventende behandling (3). Sistnevnte innebærer å vente på at spontanaborten skal fullføres uten intervensjoner (25). Alle metodene anses som effektive og trygge (1). Valget av behandlingsmetode skal ifølge WHO gjøres i samråd med kvinnen (26). De kvinnene i vår studie som opplevde en spontan blødning eller hadde mistanke om missed abortion, hadde et stort behov for å avklare om det var liv ved hjelp av ultralyd eller blodprøver. I tillegg uttrykte flere av kvinnene som hadde fått bekreftet at de spontanaborterte, et behov for å få avklart om aborten var fullført. Flere opplevde å ikke bli henvist videre til ultralyd som de ønsket, og de fikk ikke informasjon om at det fantes ulike behandlingsmetoder. De opplevde den avventende holdningen fra helsepersonell som belastende. Dempsey et al. (27) beskriver hvordan de som mottar avventende behandling, opplever mer angst, depresjon og dårligere mental helse i etterkant av spontanaborten. Studien knytter dette til mangelfull informasjon om behandlingsmetoder, og at kvinnene dermed fratras muligheten til å ta informerte valg.

WHO anbefaler at kvinner som et minimum bør informeres om hva de kan forvente av blødninger og smerter, i tillegg hvor lang tid de kan forvente å oppleve symptomer fra aborten. Videre bør det informeres om hvilke potensielle komplikasjoner som kan oppstå i etterkant, og hvor de eventuelt skal henvende seg for hjelp. Informasjon om når de kan gjenoppta normale aktiviteter, herunder samleie, bør også inkluderes. Kvinnene skal også informeres om sine rettigheter og muligheter for ekstra oppfølging og konsultasjon med helsepersonell i etterkant av aborten (26). Resultatene fra studien til Freeman et al. (13) viser at kvinner likevel ikke opplever å bli tilstrekkelig informert. De ønsker mer informasjon om fysiske aspekter, prevensjon, samt mulige komplikasjoner knyttet til fertilitet (13). Dette samsvarer med våre funn som viste at selv om noen av kvinnene hadde fått noe informasjon, opplevde de likevel å ha ytterlige spørsmål. Dette gjaldt for eksempel hvor langvarige og kraftige blødninger de kunne forvente, eller om de burde vente med å bli gravide på nytt. Det kan være at informasjonen som har blitt gitt disse kvinnene, har vært for generell og lite tilpasset den enkelte, men det kan også være at informasjonen har vært mangelfull. Veilederen til Norsk gynekologisk forening (3) har et eget punkt om informasjon. Der står det at blødning er normalt i to

uker, og at lege bør kontaktes ved infeksjonstegn eller uventet eller kraftig blødning. Det nevnes ikke noe om at kvinnene skal informeres om gjenopptakelse av normale aktiviteter, eller hvor de skal henvende seg ved behov for ekstra oppfølging. Veilederen i gynekologi (3) refererer til NICE guidelines (28) som er mer utfyllende når det gjelder informasjon og råd om oppfølging etter aborten. De inkluderer blant annet at kvinner skal få råd om normale emosjonelle reaksjoner, og hvor de kan henvende seg ved behov for støtte. Den norske veilederen er altså mindre utfyllende når det gjelder hvilken informasjon som skal gis, i forhold til andre internasjonale retningslinjer. Kanskje kan dette være en medvirkende faktor til hvorfor så mange av kvinnene i vår studie opplevde informasjonen de fikk som mangelfull.

Noen av kvinnene i vår studie fortalte at de ikke kunne huske å ha fått noe informasjon om hva de kunne forvente i ettertid. Dermed har helsepersonellet de har vært i kontakt med enten ikke fulgt de overnevnte anbefalingene, eller ikke sikret at kvinnene har fått med seg informasjonen. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven skal helsepersonell så langt som mulig sikre at pasienten forstår innholdet og betydningen av informasjonen som gis (29). Tidligere studier har vist at det kan være vanskelig for kvinner å få med seg informasjonen som blir gitt (13,24,30). Ifølge Freeman et al. (13) kan det skyldes at det brukes et teknisk fagspråk, eller at informasjonen gis på et tidspunkt der kvinnene ikke er mottakelige for informasjon. Noen av kvinnene i vår studie som hadde behov ytterligere informasjon, henvendte seg til familie, venner eller internett. De beskrev at informasjonen de fikk fra disse kildene var sprikende, og gjorde dem i noen tilfeller mer usikre. Geller et al. (30) presiserte også i deres studie at stadig flere oppsøker internett for å få svar på spørsmål rundt egen helse, og at det er nødvendig med pålitelige kilder.

Retningslinjen fra WHO (26) konkretiserer ikke hvilke spesifikke potensielle komplikasjoner det skal informeres om. Med tanke på at helsepersonell først og fremst har fokus på kvinners fysiske helse i forbindelse med spontanabort (6,13,21,22,27), kan det tenkes at de ikke informerer kvinner om risikoen for å utvikle psykiske komplikasjoner. Dette er betenkelig med tanke på at mange av disse kvinnene kan oppleve sorg, angst, depresjon eller PTSD (4,5,9).

Kvinnene i vår studie etterspør psykisk helsehjelp som en del av helsetilbudet etter spontanabort. De opplever det vanskelig å skulle håndtere psykiske reaksjoner etter aborten alene. En Cochranestudie fant ikke tilstrekkelig evidens for at psykisk oppfølging etter spontanabort gir

signifikant reduksjon i forekomsten av psykiske plager. Forfatterne konkluderer likevel med at resultatene er tvetydige, og at kvinnenes preferanser burde vektlegges i beslutninger om hvilke oppfølging som gis (31). Selv om det er usikker evidens knyttet til effekten av psykisk oppfølging, mener kvinner selv at de vil ha utbytte av slik oppfølging (32,33). Vår studie viser at kvinnene i liten grad opplevde å kunne delta i beslutningen omkring videre oppfølging. De få kvinnene som fikk hjelp fra Amatheia eller fastlege med å håndtere psykiske symptomer, opplevde at dette hjalp dem. De fikk selv avgjøre hvor lenge de ønsket å gå til samtaler med helsepersonell, og dette bidro til trygghet. Vissheten om at hjelpen var der hvis de trengte den, gjorde det lettere å håndtere de psykiske symptomene.

I følge aktuelle retningslinjer er det ikke nødvendig med rutinemessig oppfølging etter spontanabort, men kan tilbys ved behov (26,28). Tidligere studier indikerer at helsepersonell baserer seg på at kvinnene selv sier ifra dersom de trenger mer oppfølging (21,24). Våre funn viser tydelig at kvinnene selv ikke vet hva de trenger, eller hvilke tilbud som finnes. Noen mente også at de ikke var i stand til å kreve den oppfølgingen de trengte, da belastningen av abortprosessen var for tung. De vektla at det er helsepersonell som må gi dem tilbudet, og at det ikke skal være opp til dem selv å ta initiativ til oppfølging.

Noen av kvinnene i vår studie hadde allerede hatt første svangerskapskonsultasjon, ofte hos jordmor, og uttrykte et ønske om å kunne opprettholde denne kontakten til oppfølging etter spontanaborten. Flere opplevde likevel at det ikke var mulig å få en slik form for oppfølging, da svangerskapet var avsluttet, og timen de opprinnelig hadde ble slettet. Baird et. al (6) kommer med forslag til hvordan primærhelsetjenesten bør tilby standardisert oppfølging til disse kvinnene. Studien fremhever jordmødre som et unikt ledd, da de allerede ofte har en relasjon til kvinnene og kan legge til rette for en kontinuerlig oppfølging. Freemann et al. (13) støtter forslaget, og viser til at det finnes svært lite forskning hvor det sees på hvilken rolle jordmødre kan spille i et standardisert tilbud. Gitt jordmødres fokus på kvinnehelse og deres muligheter for kontinuerlig oppfølging, beskrives det som et unikt egnet tilbud som burde implementeres i dagens system (13). I følge WHO's retningslinjer kan den medisinske behandlingen av inkomplett spontanabort håndteres av flere grupper av helsepersonell. De trekker frem at kvinner som får behandling for inkomplett spontanabort fra jordmødre, generelt er mer tilfredse med behandlingen de mottar (26). Et flertall av kvinnene i Nikčević et al. (32) sin studie svarte derimot at de ønsket oppfølging fra en lege eller

gynekolog, mens et mindretall ønsket å gå til jordmor eller en rådgiver. Våre funn viser at det ikke var konsensus i hvem kvinnene ønsket å følges opp av. Noen ønsket at det skulle være kontinuitet i hvem som fulgte dem opp, gjerne i form av kjent helsepersonell som fastlege eller jordmor. Andre hadde ingen klare preferanser i hvem som skulle følge dem opp. Felles for alle var at de ønsket en systematisk oppfølging. Å måtte skaffe den oppfølgingen de ønsket på egenhånd, opplevdes som ekstra belastende. De erfarte at helsepersonell ikke hadde oversikt over om det fantes et tilbud til dem.

Behovet for å etablere en systematisk oppfølgingsplan eller prosedyre for kvinner som opplever spontanabort har tidligere blitt fremhevet av helsepersonell (24). Deltakerne i studien mente at pasientenes misnøye ble forsterket som følge av mangelen på oppfølgingsplaner, og at kvinnenes fysiske, psykiske og sosiale behov ikke ble møtt. Wong et al. (24) beskriver videre denne mangelen på en veletablert systematisk oppfølging, som en tapt mulighet for å oppdage fysiske og psykiske komplikasjoner hos disse kvinnene. Dempsey et. al. (27) bekrefter også dette og viser til behovet for videre forskning for å kunne vurdere fordelene av en mer systematisk og standardisert oppfølging av spontanabort.

5 Konklusjon

Studien viser at kvinner opplever oppfølgingen etter spontanabort som mangelfull. Dette skyldes at kvinnene i stor grad selv måtte ta ansvar for å få dekket sitt behov for oppfølging. Helsepersonell kan oppleves som avvisende ovenfor disse kvinnene, og bagatellisering eller normalisering av det å spontanabortere, kan gjøre opplevelsen av å abortere enda vanskeligere å håndtere. Kvinnene ønsker mer systematisk oppfølging i etterkant. Kunnskap om kvinners ønsker og behov for oppfølging etter spontanabort er avgjørende for å kunne gi dem den helsehjelpen de etterspør.

Forfatternes bidrag

Begge forfatterne er ansvarlige for studiedesign, datasamling, analyse og diskusjon.

Interessekonflikter

Ingen.

Finansiering

Denne studien har ikke mottatt finansiering fra offentlig, kommersiell eller ideell sektor.

Anerkjennelser

Forfatterne ønsker å takke informantene som tok seg tid til å dele sine personlige opplevelser.

Referanser

1. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(1):CD007223–CD007223. DOI:10.1002/14651858.CD007223.pub4
2. Helsebiblioteket.no. Spontanabort [Internett]. Helsebiblioteket.no. BMJ Publishing Group; 2021 [sitert 25. oktober 2021]. Tilgjengelig på:
<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/gynekologi/spontanabort>
3. Berner E, Hansen KH, Spydslaug A. Spontanabort [Internett]. Norsk gynekologisk forening. Veileder i gynekologi. 2021 [sitert 25. oktober 2021]. Tilgjengelig på:
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/spontanabort/>
4. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):229–47. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007
5. Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA, mfl. Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA.* 1997;277(5):383–8.
6. Baird S, Gagnon MD, deFiebre G, Briglia E, Crowder R, Prine L. Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc.* 2018;16:113–7. DOI: 10.1016/j.srhc.2018.03.001
7. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med.* 2005;3(1):18. DOI: 10.1186/1741-7015-3-18
8. Cumming G, Klein S, Bolsover D, Lee A, Alexander D, Maclean M, mfl. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2007;114(9):1138–45. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01452.x
9. Farren J, Jalmbrant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, mfl. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. 2016;6(11):e011864–e011864. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011864
10. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, mfl. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(4):367.e1-367.e22. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.10.102

11. McCarthy F, Moss-Morris R, Khashan A, North R, Baker P, Dekker G, mfl. Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2015;122(13):1757–64. DOI: 10.1111/1471-0528.13233
12. San Lazaro Campillo I, Meaney S, McNamara K, O'Donoghue K. Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ Open.* 2017;7(9):e017802. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017802
13. Freeman A, Neiterman E, Varathasundaram S. Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review. *Women Birth.* 2021;34(4):316–24. DOI: 10.1016/j.wombi.2020.07.012
14. Aamlid IB, Dahl B, Sommerseth E. Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. *Sex Reprod Healthc.* 2021;27:100582. DOI: 10.1016/j.srhc.2020.100582
15. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet.* 2001;358(9280):483–8. DOI: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6
16. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
17. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis: *Scand J Public Health.* 2012;40(8):795–805. DOI: 10.1177/1403494812465030
18. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring.* 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
19. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA.* 2013;310(20):2191–4. DOI: 10.1001/jama.2013.281053
20. Tunçalp Ö., Were W, MacLennan C, Oladapo O, Gülmezoglu A, Bahl R, mfl. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *Bjog.* 2015;122(8):1045–9. DOI: 10.1111/1471-0528.13451
21. Jensen KLB, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2019;59(4):508–13. DOI: 10.1111/ajo.12910
22. 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):155–60. DOI: 10.1111/j.0004-8666.2002.00155.x

23. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund (UNICEF). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors [Internett]. World Health Organization; 2017 [sitert 8. april 2022]. Tilgjengelig på: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>
24. Wong MKY, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *Br J Gen Pract.* 2003;53(494):697–702.
25. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012(3):CD003518–CD003518.
DOI: 10.1002/14651858.CD003518.pub3
26. World Health Organization. Abortion care guideline [Internett]. 2022 [sitert 8. april 2022]. Tilgjengelig på: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Dempsey A, Grealish A, Tuohy T, Bright AM. Examining the psychological impact of expectant management of early pregnancy loss on women's wellbeing: a systematic review. *MIDIRS Midwifery Dig.* 2022;32(1):106–17.
28. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Abortion care. NICE guideline [NG140] [Internett]. NICE; 2019 [sitert 18. april 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>
29. Pasients- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata [Internett]. LOV-1999-07-02-63. Lovdata; 1999 [sitert 14. mai 2022]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
30. Geller PA, Psaros C, Kornfield SL. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(2):111–24. DOI: 10.1007/s00737-010-0147-5
31. Murphy FA, Lipp A, Powles DL, Murphy FA. Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage. *Cochrane Libr.* 2012;2012(3):CD008679–CD008679.
DOI:10.1002/14651858.CD008679.pub2
32. Nikčević AV. Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic. *J Reprod Infant Psychol.* 2003;21(3):207–17. DOI: 10.1080/0264683031000154999
33. Adolfsson A, Berterö C, Larsson PG. Effect of a structured follow-up visit to a midwife on

women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand.*
2006;85(3):330–5. DOI: 10.1080/00016340500539376

Del 2 Fordypningsdel

1 Introduksjon til fordypningsdel

Denne fordypningsdelen er andre del av vår masteroppgave og bygger videre på artikkelen «Kvinneres erfaringer med oppfølging etter spontanabort» i del 1. Artikkelen er skrevet etter forfatterveiledningen til tidsskriftet «Sexual & reproductive healthcare» (Vedlegg 5).

Fordypningsdelen vil utdype og drøfte studiens metodiske tilnærming, samt presentere et relevant teoretisk perspektiv som benyttes til å belyse noen sentrale funn fra artikkelen. Til slutt rundes fordypningsdelen av med hvilke implikasjoner våre funn kan ha for jordmorfaget.

1.1 Sammendrag av artikkelmanuskript

Hensikten med vår studie var å undersøke hvilke erfaringer kvinner som opplever spontanabort har med oppfølgingen de fikk fra helsevesenet i tiden etter aborten. Videre ønsket vi å se på hvilke behov for oppfølging kvinnene selv erfarer at de har. Studiens problemstilling ble dermed: *Hvilke erfaringer har kvinner med oppfølging i etterkant av spontanabort?* For å finne svar på problemstillingen valgte vi å gjennomføre en kvalitativ studie som benyttet systematisk tekstkondensering som analysemetode (Malterud, 2017). Studien bygger på semi-strukturerte intervjuer med elleve kvinner som hadde opplevd spontanabort og vært i kontakt med helsevesenet.

Hovedfunnene i artikkelen var at kvinnene opplevde oppfølgingen etter spontanabort som mangelfull, og de måtte selv ta initiativ til å få den hjelpen de trengte. Videre ble kvinnes behov for oppfølging avvist, og de erfarte at deres opplevelse av spontanabort ble normalisert av helsepersonell. Kvinnene ønsket mer informasjon, emosjonell støtte, en avklaring av aborten, og mer systematisk oppfølging. Våre resultater samsvarte i stor grad med tidligere funn fra studier gjennomført i andre vestlige land.

2 Metode og metodediskusjon

2.1 Litteratursøk

Vi startet med litteratursøk etter relevant forskning i oktober 2021, og gjennomførte gjentakende søk frem til og med april 2022. Søkeordene som ble benyttet var hovedsakelig «Abortion, spontaneous» (MeSH), «miscarriage», «early pregnancy loss», «missed abortion», «experience», «follow-up care», «aftercare» (MeSH), med ulike kombinasjoner av AND og OR. For eksempel ved å søke med søkeordene «miscarriage» OR «missed abortion» AND «follow-up care». Vi trunkerte noen av søkeordene, som for eksempel «experience*». Søkene ble gjennomført i databasene CINAHL, Cochrane, Maternity and Infant Care, Ovid og PubMed, i tillegg søkte vi i Oria via bibliotekets nettsider. Videre ble noe relevant litteratur funnet etter gjennomgang av referanselistene i noen av de sentrale artikler fra litteratursøket. I tillegg har vi gjort søk etter nasjonale og internasjonale retningslinjer for behandling av spontanabort. Vi fikk bistand fra en universitetsbibliotekar til å få tilgang til Dempsey et al. sin artikkel som ikke var tilgjengelig i fulltekst via universitetsbibliotekets databaser.

2.2 Rekruttering og utvalg

Vi valgte å rekruttere informanter via sosiale medier, fordi vi håpet på å få et bredt utvalg slik at vi fikk mulighet til å gjøre et strategisk utvalg. Det vil si et utvalg med god informasjonsstyrke som best mulig kunne belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 58). Som beskrevet i artikkelen foregikk rekrutteringen hovedsakelig på Facebook. Innlegget om studien ble delt 49 ganger via Facebook, i tillegg ble en lenke med informasjon om studien også videreformidlet av andre på Instagram, da med et totalt antall følgere på 34 000. I tillegg var vi i kontakt med administratorer av fire ulike, lukkede Facebook-grupper for kvinner som har opplevd spontanabort. Disse gruppene hadde et samlet antall på cirka 6800 medlemmer. Vi ble kontaktet av 38 kvinner før det var gått 48 timer, og rekrutteringen ble dermed avsluttet. Av disse møtte 36 av kvinnene inklusjonskriteriene som var å ha opplevd en eller flere spontanaborter eller missed abortion før gestasjonsalder 11 + 6 (Berner et al., 2021). Kvinnene måtte også ha vært i kontakt med helsevesenet på en eller annen måte i forbindelse med spontanabortene. Eksklusjonskriteriene var at informantene ikke hadde blitt gravide ved hjelp av IVF eller hadde opplevd habituell abort, det vil si tre eller flere etterfølgende aborter (Romundstad et al., 2021). Dette ble valgt som eksklusjonskriterier fordi disse kvinnene får

tilbud om ekstra oppfølging og behandling. Inklusjon- og eksklusjonskriteriene var i utgangspunktet få, fordi vi ønsket å sikre tilstrekkelig rekruttering av informanter. Det gav oss et tilgjengelighetsutvalg og videre mulighet til å gjøre et strategisk utvalg av informantene. Det strategiske utvalget blant disse kvinnene ble gjort på bakgrunn av geografisk spredning og de ulike helseinstansene de hadde vært i kontakt med i forbindelse med spontanaborten sin.

13 kvinner ble utvalgt til å delta i studien, én møtte ikke til avtalt intervju, og siste hadde vansker med å finne tidspunkt for gjennomføring av intervjuet. Dermed endte vi med å intervjuer 11 kvinner, i alder 27 – 41 år. Geografisk var de spredt i syv ulike fylker. Vi valgte geografisk spredning for å sikre at dersom det tilbys ulik oppfølging rundt omkring i landet, ville kanskje kvinnene ha ulike erfaringer. Kun én av alle kvinnene som meldte sin interesse for studien hadde minoritetsbakgrunn, to hadde statsborgerskap i andre nord-europeiske land enn Norge. Før intervjuets start ble informantene spurt om utdanningsnivå, og det kom frem at ti av elleve informanter hadde høyere utdanning.

Ettersom mange kvinner meldte sin interesse, og vi dermed fikk mulighet til å gjøre et strategisk utvalg, valgte vi å ekskludere personer vi kjente. Det ble gjort for å unngå at relasjonen påvirket intervjuobjektene under intervjuet, og for å unngå etiske problemstillinger i etterkant. Felles for alle informantene var at de hadde et sterkt ønske om å formidle deres opplevelser og erfaringer.

2.3 Datainnsamling

Innsamlingen av data forgikk ved bruk av semistrukturerte intervjuer, med hensikt å få et omfattende innsyn i kvinnenes opplevelser og erfaringer omkring spontanabort (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi valgte denne metoden da den gav kvinnene tid og ro til å dele erfaringene sine. Tematikken kan være svært sensitiv, og individuelle intervjuer ble derfor ansett som mest hensiktsmessig for å få et så rikt datamateriale som mulig.

Alle kvinnene ble informert om at intervjuet kunne gjennomføres på Zoom, eller ved oppmøte så lenge de bodde innenfor rimelig kjøreavstand. Samtlige intervjuer ble gjennomført på Zoom etter kvinnenes ønske. I denne perioden var det fremdeles aktive restriksjoner med tanke på koronasmitte og nærkontakter, noe som kan ha vært utslagsgivende for deres valg. I tillegg var de

fleste komfortable med bruk av videosamtaler. Det var ingen av intervjuene som bar preg av verken dårlig video- eller lyd kvalitet, og de fleste kvinnene og satt alene under intervjuene.

I utgangspunktet hadde vi håpet å kunne gjennomføre så mange som mulig av intervjuene i møte med kvinnene. I følge Thagaard (2018, s. 110–111) vil et intervju som forgår ved oppmøte, ansikt til ansikt, gjøre at informantene i større grad kan føle seg trygge, som igjen kan gjøre at samtalen blir til en mer spontan dialog og gi en mulig bedre flyt. Vi opplevde derimot at kvinnene under intervjuet virket trygge både når det gjaldt det teknologiske aspektet ved videoopptak, i tillegg var de alle tilsynelatende hjemme i trygge og rolige omgivelser. Innledningsvis før intervjuet brukte vi litt tid til å snakke med kvinne om det som opptok dem da, det for å skape en form for relasjon. Kvinnene ble igjen informert om prosjektets hensikt og fokuset vi hadde for forskningen. De ble også informert om at de ville bli stilt få åpne spørsmål, og kun bli avbrutt ved behov for oppklarende oppfølgingsspørsmål. Videre ble de oppfordret til å snakke fritt om egne opplevelser og erfaringer. I løpet av de første intervjuene ble vi ekstra oppmerksomme på at kvinnene ofte hadde et behov for å dele erfaringer fra hele kontinuumet av deres abortprosess, ikke nødvendigvis bare oppfølgingen i etterkant. Dette fikk vi tydeliggjort til de resterende kvinnene, og det ble dermed enklere å holde fokus på studiens problemstilling fra start av.

Det ble benyttet en intervjuguide (Vedlegg 2). Denne pilotestet vi på hverandre i forkant av intervjuene, med ulike vinklinger av oppfølgingsspørsmål. I forkant av intervjuene hadde vi fordelt roller og ansvarsområder, noe som gav en fin flyt. Intervjuene varte mellom 20 til 38 minutter, med et gjennomsnitt på 29 minutter, og vi var begge to til stede og delaktige under alle intervjuene. Det ble tatt lydopptak av alle intervjuene og transkribert ordrett. Vi utelot dialektord og -begreper for å ivareta anonymiteten til kvinnene. Transkriberingen ble utført av oss begge fortløpende, og intervjuene delte vi i to slik at begge hadde god kjennskap til hvert enkelt intervju.

2.4 Analyse

Vi fulgte de fire trinnene i analysemetoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012, 2017). Først startet vi med at begge leste alle intervjuene for å danne oss et helhetsinntrykk, og hver for oss komme med forslag på foreløpige temaer. Deretter ble vi enige om fire foreløpige temaer. Neste steg var å identifisere meningsbærende enheter, vi markerte de meningsbærende enhetene i fire ulike farger for kodegruppene vi hadde dannet ut ifra temaene i trinn en. Dette gjorde vi hver

for oss for deretter å gå gjennom markeringene sammen, og ble enige om hva som var meningsbærende enheter og i hvilken kodegruppe vi skulle sortere de i. Deretter samlet vi de meningsbærende enhetene fra hver av kodegruppe i hvert sitt dokument. Vi forsøkte først å arbeide med digitale dokumenter, men opplevde at det var lettere å få oversikt og se sammenhenger etter at vi printet og klippet ut hver enkel meningsbærende enhet. Disse ble videre sortert i ulike subgrupper i tredje trinn av analysen. I arbeidet med subgruppene endret vi kodegruppene flere ganger, og til slutt satt vi igjen med tre kodegrupper. Arbeidet med subgruppene innebar også at noen meningsbærende enheter ble flyttet fra den opprinnelige kodegruppen til en annen. Deretter ble innholdet i hver subgruppe abstrahert i kondensater. Vi delte subgruppene mellom oss og jobbet frem kondensater, men gikk gjennom de meningsbærende enhetene og kondensatene i fellesskap for å sikre at vi i sammenfatningen ikke mistet relevant innhold fra de meningsbærende enhetene. Etter å ha skrevet de analytiske tekstene i fjerde trinn leste vi på nytt gjennom alle intervjuene for å sjekke om vi hadde fått med det relevante innholdet som kunne gi svar på vår problemstilling. Vi lagde et skjema der hver av kodegruppens meningsbærende enheter, subgrupper, kondensater og analytiske tekster ble ført inn for å holde oversikt over innholdet i analyseprosessen, et eksempel fra en av subgruppene ligger vedlagt (Vedlegg 6).

2.5 Validitet

En studies validitet avhenger av «hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har» (Malterud, 2017, s. 23).

2.5.1 Intern validitet

I følge Malterud (2001) omhandler intern validitet i kvalitativ forskning om studien faktisk undersøker det den hadde til hensikt å undersøke. For å få gyldige svar på spørsmålene vi stiller, må de være rettet mot de fenomener vi ønsker kunnskap om, og metoden som benyttes må være hensiktsmessig for å besvare problemstillingen (Malterud, 2017, s. 23, 192). Fordi vi ønsket å få kunnskap om hvilke erfaringer kvinnene hadde, ble det valgt et kvalitativt forskningsdesign. Som Malterud (2017, s. 30) påpeker trenger vi i helsevesenet kunnskap om menneskers unike erfaringer og opplevelser, og det er den kvalitative metoden som er best egnet til å utvikle slik kunnskap. Dersom vi hadde valgt en kvantitativ metode ville dette svekket den interne validiteten i vår studie,

fordi den kvalitative metoden gir i større grad rom for å spørre etter mening, nyanser, forventninger og holdninger (Malterud, 2017, s. 31).

I følge Thaagaard (2018, s. 108–109) må man vurdere hvilke strategier informantene benytter når de presenterer seg selv og sine opplevelser. Flertallet av kvinnene i vår studie uttrykte et tydelig engasjement rundt temaet oppfølging etter spontanabort. Flere snakket om at de håpet deres bidrag kunne føre til endringer i oppfølgingen. Det kan dermed være en mulighet for at kvinnene hadde et ekstra stort fokus på det de oppfattet som mangler ved oppfølgingen de fikk. Det vil ikke dermed si at opplysningene de ga er usanne og at våre funn ikke er valide, men den interne validiteten kan være noe svekket som følge av kvinnenes ønske om endringer i oppfølgingen. Rekrutteringen via de lukkede gruppene på Facebook kan også ha påvirket hvilke resultater vi fant. Det kan tenkes at kvinner som opplever mangelfull oppfølging etter spontanabort i større grad har behov for å delta i slike grupper for støtte og informasjon. Rekrutteringen fra disse gruppene kan ha ført til at vi har fått et utvalg der de som var fornøyd med oppfølgingen i mindre grad var inkludert.

Den interne validiteten kan styrkes ved at intervjuguide og utvalgsstrategi justeres underveis (Malterud, 2002). Vi gjorde ingen endringer i intervjuguiden, men som beskrevet ovenfor i punkt 2.4, valgte vi etter noen intervjuer å poengtere tydeligere hva vårt fokus var helt i starten av intervjuet. Vi tenker at dette var med på å styrke den interne validiteten fordi kvinnene da i større grad fortalte om hvordan de opplevde oppfølgingen i ettertid, fremfor for eksempel diagnostisering i forkant, og behandling og oppfølging knyttet til selve aborten.

2.5.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet omhandler å vurdere i hvilke kontekster resultatene fra en studie kan gjøres gjeldene (Malterud, 2017, s. 23). Resultatene fra en kvalitativ studie kan ikke gjøres generaliserbare for å si noe om en større populasjon (Malterud, 2001), men de kan være overførbare og gi ny innsikt i ulike fenomener også i andre sammenhenger enn der studien utføres (Malterud, 2017, s. 66). For å vurdere grad av overførbarhet må vi blant annet vurdere utvalget i studien (Malterud, 2017, s. 24). Som beskrevet tidligere ble det gjort et strategisk utvalg av informanter til vår studie. Det var kun geografisk spredning og type kontakt med helsevesenet som ble lagt til grunn da utvalget ble gjort. Vi endte da opp med et utvalg kvinner der 10 av 11 hadde høyere utdanning, alle snakket norsk, og kun en kvinne hadde minoritetsbakgrunn. Dette innebærer at våre resultater i

mindre grad kan være overførbare til for eksempel kvinner med minoritetsbakgrunn og begrensede norskkunnskaper, eller til hvilke erfaringer kvinner i utviklingsland vil ha med oppfølging etter spontanabort. Flere av våre funn samsvarte med tidligere studier gjennomført i andre vestlige land. At resultatene fra ulike studier bekrefter hverandre styrker studienes eksterne validitet (Thagaard, 2018, s. 191).

2.5.3 Refleksivitet

Refleksivitet handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen. Forskerens rolle og perspektiver underveis, herunder forforståelse og teoretisk referanseramme, bestemmer hvilken side av virkeligheten som kan beskrives, fortolkes og analyseres (Malterud, 2002, s. 2468).

Som sykepleiere har vi erfaring fra sykehusavdelinger som behandler kvinner med inkomplett spontanabort og missed abortion. Temaet har også vært fremme i mediebildet de siste årene (Lillo-Stenberg, 2020; Lindgren, 2020; Nærum, 2020; Skjeggstad, 2012) og skapt ekstra interesse hos oss. Dette har vært med på å forme vår forforståelse om at kvinner som spontanaborterer får liten oppfølging i etterkant. Fordi vi har erfaring med å møte denne pasientgruppen i klinikken, og dermed har en tanke om hvilke opplevelser disse kvinnene har, kan det være med på å gjøre spørsmålene mer ledende. Samtidig gir erfaringen oss innsikt i hvilke spørsmål som kan være relevante for å få svar på vår problemstilling. Vi har forsøkt å være bevisste egen forforståelse både i planleggingen og utføringen av intervjuene, samt videre i analyseprosessen for å forhindre at vi kun søker etter svar som bekrefter at oppfølgingen etter spontanabort er mangelfull.

Gjennom egen klinisk erfaring har vi observert at jordmødre er lite delaktig i oppfølgingen underveis og etter spontanabort. Vi har vært bevisst på å ikke ha jordmorfokus i spørsmålene vi har stilt kvinnene. De ble for eksempel ikke spurt om hvilken yrkesgruppe de ønsket oppfølging fra, kun hvilke behov for oppfølging de hadde. Noen fortalte da uoppfordret at de ønsket å gå til jordmor. Informantene var klar over at vi var jordmorstudenter, og dette kan ha påvirket hvordan de svarte i intervjuene. Kvale og Brinkmann (2015, s. 276) påpeker at man bør stille spørsmål ved om et intervjuobjekt ville endret svarene sine dersom de hadde blitt intervjuet av andre forskere. Det kan tenkes at informantene trakk frem oppfølging av jordmødre fordi de snakket med

jordmorstudenter. I valg av litteratur har vi ikke søkt spesielt etter studier som involverer oppfølging av jordmor, men sett på tidligere studier som inkluderer alle typer helsepersonell.

2.6 Ethiske aspekter

USN safe ble valgt som løsning for lagring og behandling av data som inneholdt personopplysninger og med det ble definert som røde data. Håndteringen av røde data ble gjort i henhold til retningslinjene for behandling av personopplysninger ved Universitetet i Sørøst-Norge. Til lydopptak og transkribering benyttet vi programmer som var integrert i USN Safe. Dermed var det kun vår veileder og vi to studentene som hadde tilgang på dette materialet. Alle opptak ble slettet etter transkribering. Da vi var ferdige med å behandle og anonymisere datamaterialet ble filene eksportert ut av USN Safe slik at vi kunne jobbe videre med de anonymiserte dataene.

Intervjuene gav oss en privilegert tilgang til kvinnenens opplevelser, og vi var ydmyke i rollen som forskere, da vi aldri vil helt forstå nøyaktig hva det er de har opplevd. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) vil derfor intervjuforskningen være fylt med moralske og etiske spørsmål, og på flere måter kunne prege hele vår forskningsprosess. Vi var forberedt på at noen informanter kunne ha vansker med å videreformidle sine opplevelser. Deres fortellinger kunne innebære krevende og sårbare erfaringer som igjen kunne gi sterke reaksjoner, både under og etter intervjuet. I følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 107) kan det i intervjusituasjoner oppstå kvasiterapeutiske relasjoner som forskeren ikke har kompetanse eller anledning til å følge opp. Spesielt dersom intervjuet omhandler personlige detaljer, som for eksempel spontanabort, er dette viktig å ta hensyn til. Derfor innhentet vi tillatelse fra Amatheia til å informere kvinnene om stiftelsens tilbud om oppfølgingsamtaler (Vedlegg 7). Denne informasjonen ble også delt med kvinnene som tok kontakt med oss, men ikke ble inkludert i vårt utvalg. En potensiell positiv konsekvens for kvinnene som deltok i studien var at de kunne snakke fritt om deres opplevelser, med en oppmerksom lytter, og med det får prosessert opplevelsene sine underveis i intervjuet. Etter hvert intervju ble det satt av tid til en samtale etter at opptaket var stoppet, for å se til at hver enkelt følte seg komfortabel med det de hadde delt.

3 Teoretisk grunnlag for resultatdiskusjon

Konseptet woman-centered care (WCC) innebærer at helsetjenestene fokuserer på den enkelte kvinnes behov, mål og forventninger, fremfor helsevesenet eller helsepersonell sine behov (Leap, 2009). Videre vektlegges det at kvinnen skal kunne ha kontroll, ta valg og at kontinuitet skal være sentralt i omsorgen som tilbys. Det bio-medisinske fokuset i helsevesenet resulterer i prosedyrer og retningslinjer som kan være til hinder for den enkelte kvinnes valgmuligheter i spørsmål som angår egen helse (Brady et al., 2019; Fontein-Kuipers et al., 2018). WCC kan ses på som en motvekt til det bio-medisinske konseptet for helse, i form av at WCC ikke bare vektlegger de fysiske aspektene ved kvinnehelse, svangerskap og fødsel, men har like stort fokus på kvinnens psykososiale behov (Fontein-Kuipers et al., 2018). Konseptet omfatter også omsorg for familie og andre personer som kvinnen selv definerer som nære (Leap, 2009).

Begrepet woman-centred care anvendes ofte som synonymt med jordmorsomsorg (Brady et al., 2019) og kan settes i sammenheng med begrepet person centered care (Crepinsek et al., 2022). I følge Leap (2009) skal WCC møte kvinnens sosiale, emosjonelle, fysiske, psykiske, spirituelle og kulturelle behov. Når omsorgen tilpasses kvinnen kan det potensielt styrke hennes ressurser, og gjennom dette også styrke familie og samfunnet rundt henne. Relasjonen mellom kvinnen og jordmor må bygges på gjensidig respekt og tillitt (Leap, 2010, s. 20). International Confederation of Midwives (ICM) slår fast at jordmødre skal:

(...) develop a partnership with individual women in which they share relevant information that leads to informed decision-making, consent to an evolving plan of care, and acceptance of responsibility for the outcomes of their choices. Midwives support the right of women/families to participate actively in decisions about their care (International Confederation of Midwives, 2014).

4 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet ønsker vi å se nærmere på noen av de sentrale funnene fra artikkelen i lys av teorien om Woman-centered care (WCC). Noen av funnene illustreres med sitater som ikke er presentert i artikkelen grunnet ordbegrensning. Vi mener å se i våre resultater at kvinnene har opplevd mangelfull oppfølging, som står i sterk kontrast til konseptet WCC. Videre virker det som at kvinnenes ønsker og behov ligger tett opp til de sentrale aspektene ved WCC.

Fontein-Kuipers et al. (2018) hevder at uten fokus på WCC blir kvaliteten på omsorgen dårligere som følge av dehumanisering og depersonalisering. Dette kan komme til uttrykk som vist i studien til Jensen et al. (2019). De fant at helsepersonell involverte seg mindre i hver enkelt pasient for å beskytte seg selv fra emosjonell belastning. Flere av kvinnene i vår studie satt igjen med følelsen av å bli avvist når de forsøkte å få mer oppfølging. Som presentert i artikkelen beskrev en av kvinnene hvordan dette gjorde at hun følte seg ydmyket. Den samme informanten fortalte videre at:

«den graviditeten var for meg så mye viktigere enn veldig mange andre ting jeg går til legen for. Som ikke betyr noe sånn følelsesmessig. Så det var nok den mismatchen da med... som gjorde at jeg følte meg litt sånn ydmyket og teit fordi jeg forventet at... eller hadde en tanke om at det var noe som var viktig» (Informant nr. 9).

Måten hun ble møtt på står i sterk kontrast til tanken bak WCC, at omsorgen skal ta utgangspunkt i det som er viktig for hver enkelt kvinne (Brady et al., 2019; Fontein-Kuipers et al., 2018). Leap (2010, s. 21) beskriver hvordan jordmor i fellesskap med kvinnen kan møte det ukjente sammen. DiLorenzo (2010) forklarer videre hvordan jordmødre og annet helsepersonell i kraft av WCC sine prinsipper bør være oppmerksom på det spekteret av emosjoner kvinnene kan oppleve å ha i etterkant av spontanabort. Det kan være usikkerhet, skyldfølelse, frykt, sorg, en følelse av tomhet, tap av kontroll og frykten for en ny abort ved et eventuelt nytt svangerskap. Å anerkjenne ovenfor kvinnene at spontanabort innebærer tap av kontroll og usikkerhet rundt det kliniske forløpet ansees derfor som viktig (DiLorenzo, 2010 s. 130).

Studien vår fant at de fleste kvinnene opplevde det vanskelig at helsepersonell trakk frem hvor vanlig det er å spontanabortere. Leap (2009) fremhever at det er nødvendig med en forståelse av at

kvinnens opplevelser ikke kan generaliseres. En av kvinnene i vår studie opplevde generaliseringen slik:

«Jeg hadde et behov for å.. Ja. Selv om alle sier at det er normalt, så er det jo greit med noen som også sier at det er trist og sånt. Det spørres jo litt på hvem det er da. For ofte så er det jo det en får beskjed om... At dette er normalt, og det må du forvente. Det er litt trist, men sånn er det liksom bare» (informant: 3).

En annen kvinne trakk derimot frem hvordan det faktisk hjalp henne å få høre at det var normalt å spontanabortere:

«Det skjer med veldig mange kvinner. Det var sånn jeg hørte daglig. Jeg husker ikke statistikken, men det også nevnte de jo flere ganger. Så det hjalp veldig» (Informant nr. 6).

Denne kvinnens beretning bar preg av at hun hadde hatt en positiv opplevelse av møtet med helsevesenet da hun spontanaborterte. Hun beskrev hvordan hun både fikk informasjon og støtte gjennom prosessen, at hun fikk den hjelpen hun forventet. Dermed kan det være at hennes positive opplevelse av å få høre hvor normalt spontanabort er, henger sammen med at oppfølgingen som ble gitt var i henhold til prinsippene om tilgjengelighet og kontroll i WCC (Fontein-Kuipers et al., 2018). Dersom WCC i større grad hadde vært implementert i oppfølgingen etter spontanabort, kan det være at kvinnene hadde reagert annerledes på å bli informert om hvor vanlig det er. Kvinnene i vår studie opplevde at oppfølgingen de fikk, først og fremst hadde et bio-medisinsk fokus på abortprosessen. WCC omfatter ikke bare de fysiske parameterne av svangerskap, men tillegger de psykososiale dimensjonene et like stort fokus. Ved å fokusere mer på positive opplevelser fremfor bare positive kliniske utfall, sikrer man at kvinnen ikke bare er et objekt for de helsetjenestene som gis (Fontein-Kuipers et al., 2018). En av kvinnene i vår studie beskrev hvordan det hjalp at oppfølgingen hos Amatheia fokuserte på de emosjonelle aspektene ved spontanabort:

«Så de første timene brukte jeg egentlig på å pøse ut alt jeg følte på og.. Ja, jeg var jo så sinna og jeg skjønnte ikke hvorfor.. Det var nesten som en psykologtime hvor hun ehm, hun bare.. «Ja, det er jo veldig vanlig, men det er jo ikke det som er poenget her, poenget er jo hvordan du føler det». Så det var jo helt utrolig egentlig.. Hun sa jeg kunne være der så

lenge jeg ville.. Man følte aldri at.. Nei, nå er det kanskje på tide å komme over det.. Nei, så det var veldig god veiledning egentlig (stillhet). Det var det» (Informant nr. 2).

Sitatet illustrerer hvordan tilgjengelighet kan gjøre det lettere å håndtere den psykiske belastningen spontanabort kan medføre. Denne kvinnens opplevelse står i sterk kontrast til erfaringen en annen av våre informanter hadde. Hun beskrev hvordan oppfølgingen opplevdes som utilgjengelig, at hun ikke hadde noen påvirkningsmuligheter, og var prisgitt de hun ble møtt:

«Jeg føler bare.. Generelt helsevesenet når det kommer til kvinnehelse, det er bare en sånn mur, og så er de bare sånn; Lykke til og beklager for at du har livmor på en måte (kort latter). Vi bryr oss ikke, vi har alt for mye å gjøre, og du kan ha flaks å komme til en bra, men sannsynlig så gjør du ikke det. Og du kommer hvert fall ikke inn på (sykehus). Så.. ja, det er den jeg erfaringene jeg sitter igjen med da. Sånn samlet sett. Og også; vi driter i smertene dine (Informant nr. 9).

Tilgjengelighet, kontroll og kontinuitet er viktige aspekter i WCC (Fontein-Kuipers et al., 2018). I følge Fontein-Kuipers et al. (2018) er kvinnen ansvarlig for å uttrykke sine behov, og det er jordmors ansvar å være tilgjengelig for å møte disse behovene. Vår studie viser at det er vanskelig for noen av kvinnene som opplever spontanabort å vite hva de har behov for. Dersom oppfølgingen etter abort skal baseres på WCC, vil kanskje noen kvinner trenge hjelp til å definere hva som er nødvendig oppfølging for dem. Mange av kvinnene i vår studie ønsket at det skulle finnes et standardisert tilbud om oppfølging etter spontanabort. De poengterte likevel at det skulle være deres valg hvorvidt de benyttet seg av alle delene av et slikt tilbud. Kvinnene hadde et ønske om at helsepersonell skulle være tilgjengelige dersom de hadde behov for oppfølging. Noen ønsket også å bli fulgt videre opp av helsepersonell de allerede hadde en relasjon til.

I følge DiLorenzo (2010, s. 131) har noen kvinner ofte en tanke eller forventning om forløpet i abortprosessen. Å forstå hvilke tanker om behandling og oppfølging hun har, kan hjelpe helsepersonell som utøver WCC med å korrigere eventuelle misforståelser og videre legge til rette for at hun få ta en aktiv del i behandlingsforløpet. På den måten vil kvinnen kunne begynne prosessen med å gjenvinne en form for kontroll i en situasjon som preges av usikkerhet. Kvinner

som opplever å få denne muligheten har vist å ha en forbedret livskvalitet i månedene etter aborten (DiLorenzo, 2010, s. 131).

Hva kan så være årsaken til at WCC virker å være lite vektlagt i oppfølgingen etter spontanabort? WCC er først og fremst en teori som benyttes innenfor jordmorfaget (Brady et al., 2019). Våre funn indikerer, og tidligere studier viser, at jordmødre i mindre grad er involvert i behandling og oppfølging av kvinner som spontanaborterer (Baird et al., 2018; Freeman et al., 2021). Vi mener at dersom oppfølgingen i større grad baseres på WCC, kan dette styrke tilbudet til disse kvinnene.

5 Implikasjoner for jordmorfaget

Jordmorfaget omfatter kunnskap og ferdigheter knyttet til hele kontinuumet av kvinners reproduktive helse (Renfrew et al., 2014). En kvinne-sentrert omsorg basert på WCC må være fleksibel nok til å omfatte komplikasjoner knyttet til svangerskapet (Shields & Candib, 2010, s. 1). Kunnskap fra vår studie om kvinners erfaringer og behov knyttet til oppfølging etter spontanabort er derfor sentralt for utøvelse av jordmorfaget. Våre funn indikerer at jordmor i liten grad er involvert i behandling og oppfølging av kvinner som spontanaborterer. Noen av kvinnene som allerede hadde opprettet en kontakt med jordmor i forbindelse med svangerskapet, ble møtt med avvisning uten muligheter for videre oppfølging. Vi stiller oss spørrende til hvorfor det er slik ettersom tidligere studier (Baird et al., 2018; Freeman et al., 2021) fremhever at jordmødre er et unikt ledd som kan tilby en systematisk oppfølging til kvinner som opplever spontanabort. WHO trekker også frem at kvinner som får oppfølging av jordmødre i forbindelse med inkomplett spontanabort er mer fornøyde (World Health Organization, 2022). Ved å etablere et tilbud der disse kvinnene kan få oppfølging av jordmødre, vil de ideelt sett kunne få oppfølging basert på WCC sine prinsipper om tilgjengelighet, kontroll og kontinuitet.

Stortinget vedtok i 2020 en innstilling som ba regjeringen sikre at kvinner som gjennomgår spontanabort skulle tilbys oppfølging av helsepersonell (Innst. 374 S (2019-2020), 2020). Noen av kvinnene i vår studie opplevde spontanabort i tidsrommet etter at dette vedtaket ble fattet. Det er lite i våre funn som tyder på at vedtaket så langt har ført til en reell endring. Vi håper dermed at vår studie kan løfte frem kvinnenenes stemmer i den faglige og politiske debatten som pågår om hvilken oppfølging de skal tilbys etter spontanabort. Kvantitative studier som ser på hvilken oppfølging som tilbys, og effekten av ulike oppfølgingstilbud, kan også være relevante i denne sammenheng.

Referanser

- Baird, S., Gagnon, M. D., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., & Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare, 16*, 113–117. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.001>
- Berner, E., Hansen, K. H., & Spydslaug, A. (2021). *Spontanabort*. Norsk gynekologisk forening. Veileder i gynekologi. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/spontanabort/>
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K., & Bogossian, F. (2019). Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *International Journal of Nursing Studies, 94*, 107–119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Crepinsek, M., Bell, R., Graham, I., & Coutts, R. (2022). Towards a conceptualisation of woman centred care—A global review of professional standards. *Women and Birth, 35*(1), 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.005>
- Dempsey, A., Grealish, A., Tuohy, T., & Bright, A.-M. (2022). Examining the psychological impact of expectant management of early pregnancy loss on women's wellbeing: A systematic review. *MIDIRS Midwifery Digest, 32*(1), 106–117.
- DiLorenzo, L. (2010). The experience of pregnancy loss. I S. G. Shields & L. M. Candib (Red.), *Woman-centered care in pregnancy and childbirth*. Radcliffe Publishing.
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery, 2*(May), 5-5. <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Freeman, A., Neiterman, E., & Varathasundaram, S. (2021). Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review. *Women & Birth, 34*(4), 316–324. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.012>
- Innst. 374 S (2019-2020), (2020). *Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen: Dokument 8:45*. Stortinget. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2019-2020/inns-201920-374s.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. International Code of Ethics for Midwives. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/english-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jensen, K. L. B., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices

in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59(4), 508–513.

<https://doi.org/10.1111/ajo.12910>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.

Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12–16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>

Leap, N. (2010). The less we do the more we give. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-mother relationship* (2. utg.). Palgrave Macmillan.

Lillo-Stenberg, H. (2020, 16. juni). Hun fikk bare beskjed om å reise hjem etter spontanaborten – nå skal kvinner sikres oppfølging. *Dagsavisen*.

<https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2020/06/16/na-sikres-kvinner-bedre-oppfolging-etter-abort/>

Lindgren, H. M. (2020, 26. januar). Reagerer på manglende retningslinjer for oppfølging etter spontanabort. *NRK*. <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/reagerer-pa-manglende-retningslinjer-for-oppfolging-etter-spontanabort-1.14872544>

Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Nærum, S. R. (2020, 19. januar). Én av fem graviditeter ender i spontanabort: – Forventes at vi skal ta det på strak arm. *NRK*. https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/en-av-fem-graviditeter-ender-i-spontanabort_-_forventes-at-vi-skal-ta-det-pa-strak-arm-1.14811583

Romundstad, L. B., Oldereid, N., Einum, A., & Røyneland, L. (2021). *Habituell abort, gjentatte spontanaborter, Recurrent miscarriage (RM)*. Norsk gynekologisk forening. Veileder i gynekologi. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/habituell-abort/>

Shields, S. G., & Candib, L. M. (2010). Introduction. I S. G. Shields & L. M. Candib (Red.), *Woman-*

centered care in pregnancy and childbirth. Radcliffe Publishing.

Skjeggstad, H. (2012, 27. juli). Kritiserer helsevesenet for mangelfull oppfølging etter spontanabort. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/JoM76/kritiserer-helsevesenet-for-mangelfull-oppfoelging-etter-spontanabort>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforl.

World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline*.

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

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: NSD prosjektvurdering

Vedlegg 4: REK fremleggsvurdering

Vedlegg 5: Forfatterveiledning for tidsskriftet «Sexual and reproductive healthcare»

Vedlegg 6: Eksempel på skjematisk fremstilling av analysen

Vedlegg 7: Mailkorrespondanse med Amatheia

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke erfaringer har kvinner med oppfølging i etterkant av spontanabort?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om hvilke erfaringer kvinner har med oppfølgingen de fikk tilbud om i etterkant av spontanabort.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er en masteroppgave i jordmorfag ved Universitet i Sørøst-Norge. Vi er to masterstudenter som ønsker å undersøke kvinners egne erfaringer med oppfølging i etterkant av spontanabort. Målet er å intervju ca 10 kvinner. Prosjektet vil resultere i en artikkel som kan søkes publisert i et relevant vitenskapelig tidsskrift.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å komme i kontakt med kvinner som har opplevd spontanabort og som ønsker å dele sine opplevelser knyttet spesielt til den oppfølgingen (eller mangelen på oppfølging) de fikk i etterkant.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i prosjektet, og blir valgt ut, innebærer det et intervju som varer ca 45-60 minutter. Intervjuet planlegges gjennomført innen utgangen av februar 2022. Det kan gjennomføres på Zoom eller ved at vi møtes på et egnet sted, avhengig av hvor du bor og hva som passer best for deg.

Dette er en kvalitativ studie, med semi-strukturert intervju som metode. Det innebærer at vi stiller deg noen åpne spørsmål om temaet, og du vil ha mulighet til å snakke om dine opplevelser. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du likevel trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dette gjelder frem til datamaterialet er ferdig analysert. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun vi to masterstudentene og vår veileder som vil ha tilgang på disse opplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data, og datamaterialet vil bli lagret på en kryptert server på universitetet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i mai 2022. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet når prosjektet avsluttes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved førsteamanuensis Eva Sommerseth: Eva.Sommerseth@usn.no [31 00 93 66](tel:31009366) / [908 95 526](tel:90895526)
- Vårt personvernombud: Paal Arne Solberg: Paal.A.Solberg@usn.no, [35 57 50 53](tel:35575053) / [918 60 041](tel:91860041)
- Yvonne W. Andresen, masterstudent: 238312@student.usn.no, 92 41 40 46.
- Silje B. Frydenberg, masterstudent: 130968@student.usn.no, 97 63 51 66.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Eva Sommerseth
(Forsker/veileder)

Yvonne W. Andresen
Masterstudent

Silje B. Frydenberg
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilke erfaringer har kvinner med oppfølging i etterkant av spontanabort?» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide



Intervjuguide

1. Kan du fortelle om hvordan du opplevde oppfølgingen i etterkant av spontanaborten(e)? (Hvilke deler av helsevesenet var du i kontakt med?)
2. Hvilket behov for oppfølging hadde du etter spontanaborten(e)?
3. Hvordan påvirket tilbudet om oppfølging, og eller det manglende tilbudet, din opplevelse av å gjennomgå spontanaborten(e)?

Vedlegg 3: NSD prosjektvurdering

[Meldeskjema](#) / [Hvilke erfaringer har kvinner med oppfølging i etterkant av spontanabort?](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

203259

Prosjekttittel

Hvilke erfaringer har kvinner med oppfølging i etterkant av spontanabort?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektperiode

20.12.2021 - 22.04.2022

[Meldeskjema](#)

| Dato | Type |
|------------|----------|
| 11.02.2022 | Standard |

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 11.02.2022 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 27.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos oss: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: REK fremleggsvurdering



| | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| Region: | Saksbehandler: | Telefon: | Vår dato: | Vår referanse: |
| REK sør-øst D | Silje U. Lauvrak | 22845520 | 28.01.2022 | 440436 |

Silje Beatrice Frydenberg

Fremleggingsvurdering: Kvinners erfaringer med oppfølging i etterkant av spontanabort

Søknadsnummer: 440436

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Sørøst-Norge

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Prosjektet er en kvalitativ studie om hvilke erfaringer kvinner har med oppfølging etter spontanabort. Prosjektet er en masteroppgave i jordmorfag. Metoden for datainnsamling er semistrukturerte intervjuer, målet er å intervju 10 kvinner om deres opplevelser med oppfølging etter spontanabort.

Vi viser til din forespørsel om fremleggingsvurdering mottatt 24.01.2022 for ovennevnte prosjekt.

REKs vurdering

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer kvinner har med oppfølging etter spontanabort.

REK vurderer at fokuset er på kvinnenes erfaringer med oppfølgingen, og at prosjektet ikke vil fremskaffe ny kunnskap om helse eller sykdom.

Prosjektet faller dermed utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

REK sør-øst D

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Konklusjon

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Vennlig hilsen

Silje U. Lauvrak

Seniorrådgiver

REK sør-øst

Kopi til:

Universitetet i Sørøst-Norge

Vedlegg 5: Forfatterveiledning for tidsskriftet «Sexual and reproductive healthcare»



SEXUAL & REPRODUCTIVE HEALTHCARE

Official Journal of the [Swedish Association of Midwives](#)
Affiliated with the [Norwegian Association of Midwives](#), the [Danish Association of Midwives](#) and the [Icelandic Midwifery Association](#)

AUTHOR INFORMATION PACK

TABLE OF CONTENTS

| | |
|-----------------------------------|------------|
| ● Description | p.1 |
| ● Abstracting and Indexing | p.1 |
| ● Editorial Board | p.2 |
| ● Guide for Authors | p.3 |



DESCRIPTION

A peer-reviewed journal dedicated to the **sexual** and **reproductive health** of women and men. The journal aims to serve its readers as an authoritative resource of disseminating significant sexual and reproductive healthcare related scientific information.
Our key audience:•Midwives•Maternity care and neonatal nurses•Maternity service users•Obstetricians•Neonatologists•Pediatricians•Health sociologists and economists•Psychologists with an interest in maternal and infant research•Policy makers in sexual and reproductive healthcare•Researchers

The journal welcomes original papers in all aspects of sexual and reproductive healthcare including:•Family planning and contraception •Pregnancy•Labour and birth•Breast feeding•Post-natal period and early parenthood•Abortion•Sexually transmitted infections•Involuntary childlessness •Issues related to the menopausal and post-menopausal years•Professional development and organization of sexual and reproductive healthcare

The journal publishes the following types of paper: original research articles, reviews, short communications, letters to the editor and commentaries. Please see the [Guide for Authors](#) for specific details including online submission at <https://www.editorialmanager.com/srhc/default.aspx>.

Sexual & Reproductive HealthCare aims to have a role as a contributor of new knowledge and evidence to representatives of the health care sector and to society. The journal will present studies demonstrating sexual and reproductive health matters from a multifaceted perspective where the connection between these questions and the individuals' rights will be illuminated.

ABSTRACTING AND INDEXING

Scopus
PubMed/Medline
Embase
Current Contents - Social & Behavioral Sciences
Social Sciences Citation Index

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Margareta Larsson, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Associate Editors

Lena Henriksen, University of Oslo, Oslo, Norway

Rikke Maimburg, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

Ingela Wiklund, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Advisory Board

Mia Ahlberg, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Siw Alehagen, Linköping University, Linköping, Sweden

Ellen Annandale, University of Leicester, Leicester, United Kingdom

Jane Bendix, Nordsjaellands Hospital, Hillerød, Denmark

Ellen Blix, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

Malin Bogren, University of Gothenburg Institute of Health and Care Sciences, Göteborg, Sweden

Rita Borg-Xuereb, University of Malta, Msida, Malta

Kyllike Christensson, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Ilse Delbaere, VIVES University of Applied Sciences, Kortrijk, Belgium

Anna-Karin Dykes, Lund University, Lund, Sweden

Cecilia Ekéus, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Mieke P C Embo, Ghent University, Ghent, Belgium

Birgitte Folmann, University College South Denmark, Esbjerg, Denmark

Hanna Grundström, Linköping University Department of Health Medicine and Caring Sciences, Linköping, Sweden

Helen Haines, , Australia

Rafat Jan, The Aga Khan University, Karachi, Pakistan

Susan Ludington, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, United States of America

Columba Mbekenga, The Aga Khan University Medical College, East Africa, Dar es Salaam, Tanzania, United Republic of

Christine McCourt, University of West London, London, United Kingdom

Theresa M Morris, Texas A&M University Department of Sociology, College Station, Texas, United States of America

Berit Mortensen, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

Hannakaisa Niela-Vilen, University of Turku Department of Nursing Science, Turku, Finland

Olof asta Olafsdottir, University of Iceland, Reykjavik, Iceland

Ingela Rådestad, Sophiahemmet, Stockholm, Sweden

Erica Schytt, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Catrin Borneskog Sinclair, Dalarna University, Falun, Sweden

Elin Skinnirsdottir Vik, University of Bergen, Bergen, Norway

Jenny Stern, Sophiahemmet University, Stockholm, Sweden

Emma M Swift, University of Iceland Faculty of Nursing, Reykjavik, Iceland

Jim Thornton, Nottingham City Hospital, Nottingham, United Kingdom

Jocelyn Toohill, Griffith University School of Nursing and Midwifery - Logan Campus, Meadowbrook, Australia

Hanna Ulfsdottir, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Katri Vehvilainen, University of Eastern Finland - Kuopio Campus, KUOPIO, Finland

Ashley L White, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Editorial Board

Marie Berg, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

Ingegerd Hildingsson, Mid Sweden University, Sundsvall, Sweden

Sigfridur Inga Karlsdottir, University of Akureyri Iceland, Akureyri, Iceland

Tiina Murto, Turku University of Applied Sciences, TURKU, Finland

GUIDE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Aim

Sexual and Reproductive Healthcare is a peer-reviewed, quarterly, multidisciplinary journal of the Swedish Association of Midwives. It is a global forum for health research and policy topics. It publishes original research, scientifically-based review articles, study protocols and invited editorials and commentaries related to sexual and reproductive health care. Studies with various methodologies are welcome.

The journal welcomes original papers in all aspects of sexual and reproductive health including family planning and counseling, management of pregnancy, labour and birth, breastfeeding, postnatal care, parenthood, abortion, infertility and IVF, sexually transmitted diseases and HIV prevention, and issues related to the menopausal and post-menopausal years. Also welcome would be topics such as cultural, educational, historical and professional aspects of reproductive and sexual health.

The journal audience would include researchers, social scientists, health care providers as well as policy and decision makers in sexual and reproductive health.

Types of Papers

Abstracts: A structured abstract is required for all original research articles. The structured abstract, limited to 250 words, should contain all and only the following major headings: **Objective; Methods; Results** and **Conclusion**.

Original articles: a full-length report of original basic or clinical investigation (3000-5000 words including tables, up to 30 references). A structured abstract of no more than 250 words with the following sections (objective, methods, results, conclusions) is required. The rest of the paper should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion, References.

Short communications must not exceed 1,000 words with no more than one table or illustration and five references. An unstructured abstract of no more than 100 words is required. The text should be structured in four parts: Introduction, Methods, Results and Discussion.

Review articles: a comprehensive review of prior publications relating to an important clinical subject (2000-3000 words and 30-50 references). An unstructured abstract of no more than 250 words is required. The Introduction should indicate why the topic is important and should state the specific objective(s) of the review. The Conclusion should include the clinical implications and observations regarding the need for additional research.

Guest editorials: must not exceed 1,000 words and five references.

Letters to the Editor: a question or challenge to an article published recently in *Sexual and Reproductive Healthcare*. Letters must be received within 6 weeks of publication of the article to which they refer and should be no longer than 250 words.

Study protocols: will only be considered for proposed or ongoing trials that have not completed patient recruitment at the time of submission. Study protocols without ethical approval will generally not be considered. The Abstract should not exceed 250 words and should include; Background, Methods, Discussion and Trial.

Please also note that we do not consider revised resubmissions of previously rejected papers.

Contact Details for Submission

Submission of manuscripts proceeds entirely online at <https://www.editorialmanager.com/SRHC>.

Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print

Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable)

Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

BEFORE YOU BEGIN

Manuscripts must adhere to recognised reporting guidelines relevant to the research design. Please upload the appropriate and completed Reporting Guideline Checklist during your manuscript submission process.

Observational cohort, case control and cross sectional studies - STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology STROBE Checklist

Quasi-experimental/non-randomised evaluations - TREND - Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/trend/>

Randomised (and quasi-randomised) controlled trial - CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

Systematic Review of Controlled Trials - PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Systematic Review of Observational Studies - MOOSE - Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/meta-analysis-of-observational-studies-in-epidemiology>

Reporting the range of methods used to improve healthcare - SQUIRE - Standards for Quality Improvement Reporting Excellence SQUIRE Checklist

Qualitative researchers are encouraged to consult the guideline listed below:

Qualitative research - SRQR - Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations SRQR Checklist

*Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*MMAT

Ethics in publishing

Please see our information on [Ethics in publishing](#).

Policy and Ethics

All manuscripts reporting data from studies involving human participants should include a statement that the research protocol was approved by the relevant institutional review board or ethics committees. Please state in the Method section the manner in which informed consent was obtained from the participants. The work described in your article must have been carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

Informed consent and patient details

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent, which should be documented in the paper. Appropriate consents, permissions and releases must be obtained where an author wishes to include case details or other personal information or images of patients and any other individuals in an Elsevier publication. Written consents must be retained by the author but copies should not be provided to the journal. Only if specifically requested by the journal in exceptional circumstances (for example if a legal issue arises) the author must provide copies of the consents or evidence that such consents have been obtained. For more information, please review the [Elsevier Policy on the Use of Images or Personal Information of Patients or other Individuals](#). Unless you have written permission from the patient (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any patient included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

Declaration of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double anonymized) or the manuscript file (if single anonymized). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations of interest: none'. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#).

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service [Crossref Similarity Check](#).

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Content should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader; contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition; and use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, stereotypes, slang, reference to dominant culture and/or cultural assumptions. We advise to seek gender neutrality by using plural nouns ("clinicians, patients/clients") as default/wherever possible to avoid using "he, she," or "he/she." We recommend avoiding the use of descriptors that refer to personal attributes such as age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition unless they are relevant and valid. When coding terminology is used, we recommend to avoid offensive or exclusionary terms such as "master", "slave", "blacklist" and "whitelist". We suggest using alternatives that are more appropriate and (self-) explanatory such as "primary", "secondary", "blocklist" and "allowlist". These guidelines are meant as a point of reference to help identify appropriate language but are by no means exhaustive or definitive.

Contributors

Submission of multi-authored manuscripts to this journal requires the consent of each author and all have to sign the covering letter. All authors of, and all contributors must specify their individual contributions at the end of the text. The following format is suggested: "I declare that I participated

in the (here list contributions made to the study) and that I have seen and approved the final version. I have the following conflicts of interest" (list here all relevant conflicts and source of funding). This should be listed in the "Comments" field in EM.

Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#).

Elsevier supports responsible sharing

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement, it is recommended to state this.

Open access

Please visit our [Open Access page](#) for more information.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's Author Services.

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Referees

To expedite the review process Authors are encouraged to provide the editorial office with the names and email addresses of two potential referees that are able to competently review the article submitted for possible publication. The referees are not to be associated with or involved with the article in any way or be from the same institution as the author(s) involved with the article.

PREPARATION

Queries

For questions about the editorial process (including the status of manuscripts under review) or for technical support on submissions, please visit our [Support Center](#).

Peer review

This journal operates a double anonymized review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. Editors are not involved in decisions about papers which they have written themselves or have been written by family members or colleagues or which relate to products or services in which the editor has an interest. Any such submission is subject to all of the journal's usual procedures, with peer review handled independently of the relevant editor and their research groups. [More information on types of peer review](#).

Double anonymized review

This journal uses double anonymized review, which means the identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

Title page (with author details): This should include the title, authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

Anonymized manuscript (no author details): The main body of the paper (including the references, figures, tables and any acknowledgements) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

Review Criteria

Each paper that the editor/s assess as suitable for peer review is allocated to two reviewers who are asked to assess the paper against one of the Journal's three sets of reviewing criteria i.e. 1) Quantitative Research; 2) Qualitative Research; 3) Scholarly Paper Review Criteria.

View the Review criteria [here](#).

Detailed Response to Reviewers

When submitting a revised manuscript, a Detailed Response to Reviewers must accompany the revision. This document must not contain any of the Author(s) details.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Materials and Methods

The Methods section should describe the research methodology in sufficient detail that others could reasonably be expected to be able to duplicate the work. However, if the methodology has been previously published, the appropriate reference should be cited, and a full description is not required. Methods of statistical analysis should be identified and, when appropriate, the basis for their selection stated. Statistical software programs used should be cited in the text. *P* values should be expressed to no more than three decimal places. For qualitative studies, please explain all steps in the process of analysis so that the reader is able to follow.

Results

The Results section should present the findings in appropriate detail. Tables and figures may be used, but duplication between text and tables or figures is to be avoided. If quotations are used, please limit the number

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal as they help increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

Abstract

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our information site.

Authors can make use of Elsevier's [Illustration Services](#) to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords and avoid general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, "and", "of"). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, it is recommended to include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Nomenclature and units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other quantities are mentioned, give their equivalent in SI. You are urged to consult [IUPAC: Nomenclature of Organic Chemistry](#) for further information.

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Authors are responsible for the accuracy of references. The 'Vancouver' style is used. References appearing for the first time in a table or figure should be cited in the text where the table or figure is mentioned.

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these

references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is highly encouraged.

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software](#).

Reference formatting

There are no strict requirements on reference formatting at submission. References can be in any style or format as long as the style is consistent. Where applicable, author(s) name(s), journal title/book title, chapter title/article title, year of publication, volume number/book chapter and the article number or pagination must be present. Use of DOI is highly encouraged. The reference style used by the journal will be applied to the accepted article by Elsevier at the proof stage. Note that missing data will be highlighted at proof stage for the author to correct. If you do wish to format the references yourself they should be arranged according to the following examples:

Reference style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given.

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Reference to a journal publication:

[1] Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun* 2010;163:51–9. <https://doi.org/10.1016/j.Sc.2010.00372>.

Reference to a journal publication with an article number:

[2] Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *Heliyon*. 2018;19:e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00205>

Reference to a book:

[3] Strunk Jr W, White EB. *The elements of style*. 4th ed. New York: Longman; 2000.

Reference to a chapter in an edited book:

[4] Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, editors. *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc; 2009, p. 281–304.

Reference to a website:

[5] Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK, <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 [accessed 13 March 2003].

Reference to a dataset:

[dataset] [6] Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Note shortened form for last page number. e.g., 51–9, and that for more than 6 authors the first 6 should be listed followed by 'et al.' For further details you are referred to 'Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals' (*J Am Med Assoc* 1997;277:927–34) (see also [Samples of Formatted References](#)).

Journal abbreviations source

Journal names should be abbreviated according to the [List of Title Word Abbreviations](#).

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including [ScienceDirect](#). Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our [video instruction pages](#). Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. During the submission process, after uploading your manuscript, you will have the opportunity to upload your relevant datasets directly to *Mendeley Data*. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the [Mendeley Data for journals page](#).

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).

Additional information

AFTER ACCEPTANCE

Online proof correction

To ensure a fast publication process of the article, we kindly ask authors to provide us with their proof corrections within two days. Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra

charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Author Services](#). Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

© Copyright 2018 Elsevier | <https://www.elsevier.com>

Vedlegg 6: Eksempel på skjematisk fremstilling av analysen

| Kode-gruppe | Subgruppe | Meningsbærende enheter | Kondensat | Analytisk tekst |
|---|---------------|---|--|---|
| Emosjonelle konsekvenser av mangelfull oppfølging | Normalisering | <p>Ja, da kan jo hvertfall ikke jeg være lei meg. For jeg har jo to barn og...</p> <p>Så man har liksom ikke lov, eller - man har lov, men det føltes ikke sånn. Som at du skal ha lov til å være lei deg...</p> <p>Når jeg på en måte var så kort på vei og veldig mange sier "jaja, du var jo, det var godt du var så kort på vei...". Sant, så det er jo litt sånn. Ehm... Måten man, ja, du blir liksom møtt med at det, det er så normalt da. Og det er det, men det er veldig mange som, det er veldig få som snakker om det.</p> <p>Og så går du på jobb, og så skal du drive å... abortere i døen på jobb liksom. Sånn ordentlig. Men tørr man ikke si i fra sant, for... føler at nei, det er så normalt, det er det man hører. Så skal man bare bite tennene sammen...</p> <p>Selv om man tenker at man er en sterk person, så er det og lov å være lei seg, og det er jo noe med den der, nesten litt sånn skamfølelse.... At du føler at du har ikke lov til å være lei deg fordi du var så kort på vei.</p> <p>Så da spurte jeg jo, for jeg husker jo at jeg kjente at, altså, det er jo en veldig spesiell, rar opplevelse å bare plutselig vite at du ikke er gravid lengre... Så jeg var liksom sånn, ja, hva gjør jeg nå? Hva forventes av meg? Forventes det at jeg bare skal gå rett på jobb nå? Kan jeg være lei meg? Altså... Fordi jeg fikk jo presentert det som at, dette er veldig vanlig... Man mister jo veldig ofte første gang, så det er ikke noe du må tenke på, du må bare prøve igjen. Så jeg tok det hele jo litt sånn, ja, hva gjør jeg nå? Jeg er veldig lei meg, men jeg klarer ikke sette ord på hvorfor jeg er så lei meg. Var veldig mye sint. Klarte ikke å forklare det heller.</p> <p>Så følte jeg ikke at jeg kunne gå til legen min heller å si at: Hei, jeg har mistet. Jeg er blant statistikken der og alle mister jo... Så ja, jeg følte jo. Jeg visste jo bare ikke hva jeg skulle gjøre...</p> <p>Så var jeg jo, etter fire dager så gikk jeg jo bare hjemme og visste jeg liksom ikke, så... Kjent på veldig mye rare ring, og tenkte jeg... Nei, nei, nå bare overdriver jeg... Nå må ikke jeg være så drama-queen som det jeg følte jeg var...</p> <p>For jeg ble jo veldig sånn der... andre gangen og, så ble jeg bare sånn, utrolig sinna, stakkars samboeren min fikk jo gjennomgå for å si det sånn... Og jeg var så lei meg, og jeg var så frustrert og ehm, ja, Blei liksom så innmari sjalu, plutselig ble jeg det... Altså, jeg måtte kontrollere alt han gjorde. Ehm, og... Også har jeg jo tenkt ettertid, at jeg tro nok den første aborten, den var og veldig vond, men igjen fortalte meg at det var lov til å synes at det var vondt. Fordi at det var så vanlig... Så da har jeg liksom ikke tillatt meg selv å sørge den første gangen da.</p> <p>Nei, jeg... jeg ble egentlig litt sånn, jeg bare preillet det av meg. Første, første aborten så tenkte jeg bare, nei nå bare kjører vi på igjen. Eh... Det går andre ganger. Eh... og det er ikke vits i å legge seg ned å grine, for det... det har jeg ikke fått noe inntrykk av at jeg kan.</p> <p>Jeg hadde et behov for å... Ja, selv om alle sier at det er normalt, så er det jo greit med noen som også sier at det er trist og sånt. Det spørs jo litt på hvem det er da. For ofte så er det jo det en får beskjed om... At dette er normalt, og det må du forvente. Det er litt trist, men sånn er det liksom bare</p> <p>Nei, jeg tenker jo at det er et så viktig tema fordi det er jo så mange som er gjennom det samme. Og det er jo, egentlig så sier man jo at det er så vanlig... ehm... Men så er det kanskje ikke vanlig for alle.</p> <p>Du må bare tåle det. Også er det jo vi da, som får da to uker sykemelding og så må du tilbake til jobb... Og ikke noe oppfølging fra sykehuset, ikke i det hele tatt... Ikke noe informasjon, og ikke, jeg følte heller ikke det var sånn... omsorgsfullt det de drev med. Det føltes litt som om, de har sikkert hatt det mange ganger i løpet av en uke, så de ser på en måte helt som et individ da. Hvor tungt det egentlig har vært... Mhm, (Stilhet). Så, ja... Det har ikke vært den beste opplevelsen da...</p> | <p>Jeg vet jo at jeg har lov til å være lei meg, men det føltes likevel ikke sånn. For det er jo så normalt. Det var i hvertfall det jeg fikk høre, flere ganger. Det føltes så feil å gråte, og å være lei meg, for jeg var jo tross alt ikke så langt på vei. Jeg skulle bare ønske det var noen som sa til meg at selv om det er normalt, så har jeg lov til å være lei meg, lov til å være sint og til å sørge. Men det sa de ikke. Så da måtte jeg jo egentlig bare ta meg sammen da, leve som normalt, som om ingenting hadde skjedd. For jeg er jo egentlig bare en av mange.</p> | <p>Samtlige av kvinnene ble gjentatte ganger fortalt av både helsepersonell og mennesker rundt seg hvor normalt det er å oppleve spontanabort. En av kvinnene opplevde det som beroligende å få høre at dette rammet mange. Men flertallet av kvinnene reagerte negativt på forsøket på å normalisere deres opplevelser. De opplevde at dette medførte at det ble vanskeligere å bearbeide følelsene de satt igjen med i etterkant. De ble usikre på om de kunne tillate seg å sørge over tapet fordi det er så normalt å spontanabortere i første trimester. En kvinne beskrev skillet mellom fornufthen og følelsene rundt dette temaet; hun visste det var normalt å være lei seg, men følte likevel skam over disse følelsene fordi hun allerede hadde to friske barn. Flere uttrykte et ønske om at helsepersonell kunne stadfeste at det er tillatt og normalt å ha følelsesmessige reaksjoner på spontanaborten.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | |
| | | <p>Veldig trist å, altså, å komme hjem. Det var jo tomt. Veldig trist. Men å vite at så mange har fått, gått gjennom det og at folk har opplevd det, det tror jeg har veldig mye å si for min del. At det ikke bare er meg da... Og det ble jeg minnet på hele tiden.</p> |
| | | <p>Men at den liksom sorgen skal være så intens (snufser) og stor. Det hadde jeg ikke klart å forestille meg jeg. Ehm... Og det klarer ikke folk, og derfor har det også vært en sånn.. eh.. veldig ensom sorg. Ehm.. man blir liksom, folk tenker at: ja, sånn skjer, og det var sikkert ikke meningen og.. Man får veldig mye sånne klønte.. Ehm.. ja, forsøk på støttende tilbakemeldinger eh...</p> |
| | | <p>Ehm.. Jeg.. og så tenkte jeg kan ikke tenke at dette er urettferdig, at det skulle skje meg fordi det skjer så mange, og jeg har valgt å få flere barn.. Ehm.. Kanskje var det ikke meningen?</p> |
| | | <p>Da fikk jeg beskjed om at du skal leve som normalt, du kan gå på trening og gå på jobb, og det var veldig vanskelig for meg å høre. Så jeg ble jo veldig sur, og så sånn dette er ikke normalt for meg og.. jeg har ikke noe behov for å abortere på døen på jobb liksom.</p> |
| | | <p>Neida, så det er liksom sånn, men jeg har ikke liksom gått noe inn på det følelsesmessige da, kanskje sånn som jeg forteller om nå merker jeg... Og det er kanskje nettopp fordi at det.. føles så vanlig da..at det liksom er en del av det å ja..være kvinne, eller en del av det å prøve og være gravid atte ja..risikoer for det er nokså stor da, så man på en måte..føles rart å skulle (latter og snufsing) eh...ta sånn på vei (stemmer tykner) eller hva jeg skal si.</p> |
| | | <p>Det var egentlig ganske sjokkerende.. Eller har dere, er jeg var ikke klar for det, eller? Er jeg..Jeg forventet det liksom ikke jeg, jeg har ikke vært i så mye kontakt med fastlegen min egentlig, eller helsevesenet.. eller jeg har liksom aldri vært i en situasjon hvor jeg hatt behov for det, så..Jeg har liksom ikke så.. Jeg har kanskje.. Bare gått ut fra at man får ja, (humring) eller.. Men ehm, men.. Ja, jeg føler jeg følte at det forverret situasjonen da, fordi at du føler deg veldig hjelpsløs og veldig makteløs og veldig betydningsløs.. Ehm, fordi at, du har jo på en måte.. Du får jo mange som sier at: ja, men det er vanlig at det skjer, og det skjer så ofte og sånn, men det er litt sånn.. Jeg mistet (nært familie medlem) min i fjor også, og det er veldig vanlig at folk dør.. Alle skal dø liksom, men det hjelper deg ikke i en situasjon når (nært familie medlem) din dør. Akkurat det at du sier at, ja ja men vi skal jo alle dø, så jeg skjønner ikke hvorfor du griner liksom.. ikke sant, så.. Det var litt sånn holdning liksom at ja, ja.. så det skjer og, det skjer jo kjempe mange mennesker og så videre</p> |
| | | <p>Men ikke sant, du blir liksom møtt med at ja, uff da... Så... Litt den der skammen over å være litt sånn... Får man lov til å grine liksom? Bare at de kan bekrefte, eller sånn, de må ikke bekrefte det, jeg vet jo det er lov allikevel, men det er jo den der i selve situasjonen, så er... vært godt med noen som bare sa: dette... dette er vanlig, du har lov til å være skikkelig, skikkelig lei deg.</p> <p>Og jeg ble hele tiden minnet på at, at du er ikke den eneste som opplever det. Det er liksom veldig mange kvinner som har gått gjennom det, det er helt vanlig og normalt, og det kan skje, alt vi sier det er helt normalt frem til tredje, ehm..spontanabort da. Og det er da man begynner å utrede det. Det var litt sånne ting som gjorde at jeg ble veldig lettet over.. Det var veldig beroligende. Fordi i første omgang. Jeg husker et av de første spørsmålene, jeg spurte da jeg fikk vite om dette her var sånn: "Ehm... Er det noe galt med meg, liksom... Kan jeg bli gravid på nytt.. Er, har dette noe med meg å gjøre.. Mannen min?" Nei, det var det ikke. Det var aldri et friskt barn. Det var aldri et friskt foster liksom. Det var. Så det har jeg hørt veldig fra sykehuset og, det er helt vanlig, det er helt vanlig. Det skjer med veldig mange kvinner. Det var sånn jeg hørte daglig. Jeg husker ikke statistikken, men det også nevnte de jo flere ganger. Så det hjalp veldig.</p> |

Vedlegg 7: Mailkorrespondanse med Amathea

Fra: Yvonne Andresen <andresenyvonne@hotmail.com>

Sendt: onsdag 26. januar 2022 11.15

Til: Amathea Post <post@amathea.no>

Emne: Oppfølging av kvinner etter spontanabort

Hei,

Vi er to jordmorstudenter fra USN som er i gang med vår masteroppgave. Problemstillingen er «Hvordan er kvinners erfaringer med oppfølging i etterkant av spontanabort?»

Vi vil intervju minimum 10 kvinner i den forbindelse. Det er et semistrukturert intervju og fokuset er at kvinnene selv skal få fortelle om deres opplevelser. De kvinnene vi vil intervju kan fortelle om krevende og sårbare erfaringer som igjen kan gi sterke reaksjoner både under og etter intervjuet. Disse kvinnene kan ha hatt en mangelfull oppfølging i etterkant av deres spontanabort(er) og vi ønsker derfor å kunne legge til rette for at de kvinnene som ønsker det, kan få en form for oppfølging i etterkant.

Vi lurer derfor på om dere synes det er greit at vi kan be disse kvinnene ta kontakt med dere, dersom de ytrer behov for mer oppfølging.

Vennlig hilsen

Yvonne W. Andresen

Sendt fra [E-post](#) for Windows

Fra: [Amathea Post](#)

Sendt: onsdag 26. januar 2022 kl. 13:39

Til: [Yvonne Andresen](#)

Emne: SV: Oppfølging av kvinner etter spontanabort

Hei og så fint at dere tar kontakt! Spennende problemstilling på masteroppgaven og at dere har tenkt på oppfølging for de dere intervjuer er veldig bra. Dere kan selvsagt henvise de til oss! Hvis dere trenger noe informasjonsmateriell så kan vi sende det til dere.

Masse lykke til med masteroppgaven!

Med vennlig hilsen

Hege Evensen

Nestleder Stiftelsen Amathea

Telefon: +4796633585

E-post: hege.evensen@amathea.no



Pilestredet Park 7

0176 Oslo