



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Abortsøkende kvinner føler de må forklare seg, hvordan møte dem som sykepleier?

Prosjekt Innland, fagartikkel

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10034

Antall ord: 4911

Norsk sammendrag

Hvordan kan sykepleiere møte abortsøkende kvinner som føler at de må forklare sitt valg?

Innledning

Etter å ha gjennomført intervjuer med sykepleiere som arbeider ved gynekologisk avdeling, satt jeg igjen med spørsmål om hvorfor noen kvinner som oppsøker dette tilbudet føler de må forklare seg for helsepersonell. Retten til fri abort før uke 12 er tross alt en rettighet norske kvinner har hatt i lang tid.

Metode

Datainnsamlingen har foregått på tre måter, [i] semistrukturerte intervjuer med ansatte ved en gynekologisk avdeling, gjort ved hjelp av en intervjuguide. [ii] Observasjon av sykepleiers møte med abortsøkende kvinner, og tilhørende loggbøker fra disse møtene. [iii] gjennomføring av et ressursintervju hos et av *Amatheas* regionale kontor, med referat.

Resultat

Min oppgave diskuterer ulike forklaringer på dette. En forklaring er at kvinnen noen ganger ikke har åpnet seg om sitt valg for noen de stoler på. Informantene beskrev at de møter kvinner som ikke har fortalt noen om at de er gravide, og at de skal ta abort. Helsetjenesten er i flere tilfeller den eneste som kvinnen åpner seg til om sin situasjon.

Likevel beskriver altså sykepleiere som har deltatt i denne studien at noen kvinner føler et behov for å forklare seg for helsepersonell.

Den evige debatten rundt temaet kan også tilskrives en del av skylden. Også våren 2020 blir abort og kvinners reproduktive helse behørig debattert. Det å ta abort er et særdeles personlig valg, og det å høre hva politikere og andre måtte mene om et valg man har tatt – kan ikke være lett.

Konklusjon

Sykepleierne må møte disse kvinnene med respekt og støtte, og hjelpe kvinnene i å finne mening og mestring i det valget de ender opp med å ta. Dette kan de gjøre gjennom å ikke påvirke valget, være engasjert i kvinnens historie, og ikke være dømmende i sitt arbeid.

English abstract

Thesis: How can nurses care for women seeking medical abortion, who feel the need to explain their choice?

Introduction

After conducting interviews with nurses at a gynecological ward, I was left with the question *why do women who seek to terminate a pregnancy, feel the need to explain themselves?* The right to terminate a pregnancy in the first trimester is a right that women in Norway has had for a long time, after all.

Method

The collection of data has been conducted in three ways. [i] Semi structured interviews with employees at a gynecological ward, with an interview guide. [ii] Observations of nurses meeting with women seeking an abortion, and accompanying logbooks. [iii] Interview at one of Amatheas regional offices, with a report.

Results

This study discusses different explanations for this need for women to explain themselves. One explanation is that these women do not always disclose their pregnancy to someone they can trust. Informants described some women who has not told a single person of their pregnancy, or their decision to have an abortion.

Still, the nurses that took part of this study described that some women feel the need to explain themselves.

The continuous debate on this issue is also believed to take part of the blame. In the spring of 2020 several debates regarding issues that affect women's reproductive health is debated – in parliament and in society. Opting to terminate a pregnancy is a very personal choice, and every woman have their reasons to do so. This debate is sure to have an impact on the women faced with these realities.

Conclusion

Nurses must meet these women with respect and support and strive to help these women find meaning in the choice they end up taking. The nurses can do this by not trying to influence the choice, be engaged in their story, and not come across as judgmental.

Innledning og teori

I was sixteen then and irresponsible, so much the child I believed I wasn't. I was young, alone, without financial or moral support, and yes I had an abortion. [...] Indeed, I will one day leave this world for the next and I will ask my maker's forgiveness regarding many things, but preventing the birth of a child I had no way of providing for, will not be one of them. Those who have not been in my shoes cannot begin to comprehend the battle that was warring within me. I didn't know what it was to truly be a woman until I was asked to give up the one thing that defines and unites us as a sex. That was the hardest thing I ever had to do. Who am I? I am your daughter. I am your best friend. I am your neighbor, your sister, your wife, your future mother. And I have a story.

—Mandy, age thirty-four [1]

Slik begynner del to av boken *Behind Every Choice is a Story*, skrevet av blant andre Gloria Feldt, tidligere president i foreningen Planned Parenthood. En organisasjon som er kjent for sitt arbeid for kvinners rettigheter i USA i over 100 år [2]. Budskapet er klart, bak ethvert valg ligger det en historie. En historie ingen andre enn kvinnen selv kjenner fra start til slutt. Likevel er kvinnen nødt til å forholde seg til en rekke faktorer når et slikt valg skal tas. En eventuell partner, familien rundt, fastlege, sykepleiere og kollegaer skal kanskje involveres i avgjørelsen. Til syvende og sist handler det om et liv skal bli til, eller ikke. Lov om svangerskapsavbrudd [3], eller abortloven som den ofte kalles i dagligtale regulerer rettigheten til fri abort i Norge. Den er til stadighet oppe til debatt, og diskusjonene i offentligheten kan bli opphetet. Våren 2020 er det på ny debatt rundt kvinners reproduktive helse, og resulterte i endringer i bioteknologiloven [18]. Slikt sett er temaet kvinnehelse stadig aktuelt.

Det ble i 2019 gjennomført 11726 svangerskapsavbrudd i Norge, og trenden er nedadgående [5]. Helsevesenet møter dermed nærmere 12 000 ulike historier i året. Det har altså stor betydning hvordan helsetjenesten møter disse kvinnene. Helsepersonell som møter abortsøkende kvinner, kan henvise til Amatheia om man oppdager usikkerhet hos kvinnen, eller dersom kvinnen uttrykker behov for det [6]. Stiftelsen Amatheia er en landsdekkende stiftelse, og helsetjeneste [6]. Stiftelsen tilbyr gratis veiledning, informasjon, samtaler og gruppeundervisning for kvinner og menn som måtte ha spørsmål rundt graviditet [6, vedlegg 3].

Flere sykepleieteoretikere har lenge argumentert for at pasienten må forstås og møtes i den situasjonen de selv er i, med andre ord konteksten. [7] «Benner og Wrubel mener at sykepleie er å hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom med utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og den mening den enkelte tillegger situasjonen» [7, s. 26-27]. Benner og Wrubel mener også at det er viktig å forstå hva pasienten selv finner mening i, for å forstå hvordan pasienten kan finne en vei videre [Vedlegg 4]. Sykepleie kan dermed ses på som et redskap for å håndtere helt fundamentale prosesser i livet. En pasient som oppsøker helsevesenet ønsker å få noe behandlet, få rådgivning eller konsultasjon. Stiftelsen Amatheia beskriver at de jobber ut fra en "kriseteori", der kvinnene som oppsøker hjelp og rådgivning i forbindelse med et eventuelt

svangerskapsavbrudd står midt oppe i en livskrise, som de ønsker hjelp til å komme seg gjennom [Vedlegg 3]. Kriseteorien tar utgangspunkt i at ens tanker og beslutninger ikke er fullstendig vedlike i en slik situasjon [Vedlegg 3]. En opplevelse av at kvinnens hverdag er snudd på hodet, ved av tanken på å enten bringe et nytt liv til jorden, eller ikke. Eide og Eide [8] poengterer at sykepleiere burde tilstrebe å møte andre pasienter i krise med medmenneskelighet.

I april 2018 lanserte Kilden Kjønnsforskning.no og Norske Kvinners Sanitetsforening rapporten "Hva vet vi om kvinners helse?" Rapporten hevder at kunnskapsnivået i det norske samfunnet er for lavt, og at det trengs mer forskning [9]. Under forarbeidet med oppgaven ble det klart at både kvinner som oppsøker abort og de som møter dem fra helsevesenet, har en krevende oppgave. Både observasjon av abortsamtaler og ressurssamtaler mer relevant instans tydeliggjorde at helsearbeiderne på dette feltet nærmest må veie hver eneste bevegelse, for ikke å trå feil [Vedlegg 2, vedlegg 3]. Disse beskrev også at deres møter med disse kvinnene som krevende, komplekse og viktige. Noe som fremheves i Kjelsvik [10] er at helsepersonell beskriver at de er bevisst sin væremåte og påvirkningskraft, i tillegg til at de kan oppleve å møte sine egne usikkerheter og komme på kant med egne verdier. Studien viste også at helsepersonell kjenner på et stort ansvar i møte med disse kvinnene, og pasientens beste [10].

Det er interessant å se et slikt pasientmøte i lys av Benner og Wrubels omsorgsteori, slik den er presentert i Kristoffersen [7, s. 26-27]. I modellen presenteres pasientens situasjon særlig forbundet med stress i forbindelse med endring i helsetilstand [7, s. 26-27]. Kjelsvik [11] viste at abortsøkende kvinner ønsker å bli møtt med anerkjennelse og forståelse. Helsepersonell sitter med et ønske om å ivareta pasientens beste [10], Samtidig møter det norske helsevesenet årlig 12 000 kvinner som søker abort [5]. Dermed er det rimelig å anta at området behøver å rettes søkelys mot, og et område som helsevesenet kan arbeide med å utvikle seg videre på. Denne artikkelen tar for seg helsevesenet med ansvar for å ivareta kvinner som oppsøker abort, og hvorfor disse kvinnene føler på et forklaringsbehov i møte med helsevesenet. Flatseth fant dessuten at språket som blir brukt om abortsøkende kvinner har betydning for hvordan kvinnene håndterer valget [12]. Den norske abortkampen har møtt mye motstand, og de rettighetene norske kvinner i dag legger til grunn har vært langt fra selvfølgelige [13].

COVID-19 pandemien gjorde at alle landets universiteter og studenter ble nødt til å omstille seg [14]. For denne oppgavens del er det et par faktorer som spiller inn. All ferdsel på Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitets (heretter NTNU) Campus ble sterkt begrenset [14]. Situasjonen rundt COVID-19 medførte at det ikke var mulig å gjennomføre intervjuene slik de var tenkt, nemlig ansikt til ansikt [14]. Derfor ble de gjort via telefon der en student gjennomførte intervjuet, og en student refererte underveis.

Problemstilling:

Følgende har jeg for denne oppgaven kommet frem til slik problemstilling:

Hvorfor har abortsøkende kvinner et forklaringsbehov, og hvordan møte dem som sykepleier?

Metode

Prosjektet er et samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU), Fremtidens Operasjonsrom (FOR) og en Gynekologisk avdeling ved et norsk sykehus. Studentgruppen består av fire sykepleierstudenter som har intervjuet sykepleiere ved gynekologisk poliklinikk og sengepost (Vedlegg 1). Vi har observert tre abortsamtaler ved gynekologisk poliklinikk (vedlegg 2) og intervjuet en ansatt ved Amatheia (Vedlegg 3).

Begrunnelse for valgt metode:

I denne studien er det brukt en kvalitativ tilnærming med semi-strukturerte intervjuer [15, s. 78]. Hensikten bak den valgte metoden er ønsket om å undersøke og belyse sykepleiernes egne tanker og erfaringer, og hva de vektlegger i møte med kvinner som søker provosert abort. Intervjuene har en fleksibilitet der det ikke er faste svaralternativer, og det er mulig å stille oppfølgings spørsmål. Det er også et spørsmål om hva som er realistisk gjennomførbart, både praktisk og økonomisk [15, s. 53]. Kvalitativ forskning dreier seg om å arbeide i tråd med erfaring og hvordan datainnsamlere fortolker observasjonene vi gjør. Malterud [16] beskriver målet i kvalitativ forskning som «[...] å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte selv [...] innen deres naturlige sammenheng.» [16, s. 2469]

Under et oppstartsmøte med avdelingen og studentene der hensikt med studien ble lagt frem, ble det diskutert forskjellige tema og mulige problemstillinger det kunne være interessant å belyse. Disse temaene ble grunnlaget for spørsmålene i intervjuguiden. Dette oppstartsmøtet ga også en åpning for at vi kunne observere abortsamtaler (vedlegg 2, noe vi takket ja til. I tillegg oppsøkte vi Amatheia, og fikk et ressursintervju med dem (vedlegg 3). Selv om disse to datainnsamlingene ga god innsikt i kvinnenens pasientforløp og situasjon, legger oppgaven mest vekt på de semi-strukturerte intervjuene (vedlegg 1). Oppstartsmøtene ga også god informasjon på hvem som kunne være aktuelle ressurspersoner innen fagfeltet, og hvilken litteratur som kan være relevant å anvende.

Torsdag 12. mars 2020 ble Norge nærmest stengt ned på dagen. Landets sykehus ble satt i beredskap, og landets universiteter ble fysisk stengt. NTNU har i sine retningslinjer stengt all undervisning og oppmøte på campus ut vårsemesteret 2020 [14]. På grunn av omstendighetene rundt COVID-19 pandemien var det dermed ikke mulig å gjennomføre de tenkte dybdeintervjuene ansikt til ansikt [14]. Det ble istedenfor gjennomført individuelle telefonintervju. Observasjon av abortsamtale og intervju hos Amatheia ble gjennomført før disse endringene. NTNUs begrensning for ferdsel på Campus [14] har gjort at litteratursøkene i forbindelse med denne oppgaven er begrenset til å foregå på internett, heller enn bibliotek og internett. Arbeidet har ikke blitt betydelig hemmet av dette.

Rekruttering:

Rekrutteringen ble gjennomført av fagutviklingssykepleier ved avdelingen. Det ble rekruttert til sammen fire sykepleiere med varierende erfaring og alder. To sykepleiere fra gynekologisk sengepost og to fra gynekologisk poliklinikk. I tillegg ble det utført et referert ressursintervju med Amatheia, samt systematiske observasjoner av tre abortsamtaler ved gynekologisk poliklinikk. Dette for å oppnå en helhetlig forståelse av abortprosessen. Inklusjonskriteriene var at intervjuobjektene måtte være sykepleiere som jobber på gynekologisk avdeling.

Datainnsamling:

Til sammen ble det gjennomført fire individuelle telefonintervju, med semi-strukturert intervjuguide som var delt opp i ulike hovedtema [15]. Under observasjonene av abortsamtalene var fokuset å observere sykepleieren i møte med kvinnene. I etterkant av observasjonene ble det skrevet tre separate loggbøker av studentenes erfaring [vedlegg 2]. Det ble ført referat av møtet med Amatheia, som senere er utfyllt og godkjent av representanten fra Amatheia [Vedlegg 3].

NTNUs retningslinjer for håndtering av persondataopplysninger [17] fra og med i år sier at det ikke lenger er tillatt med opptak fra datainnsamling, det vil si lyd og bilde. Dette gjorde at intervjuene måtte transkriberes underveis i intervjuet - som vil kunne bety at en del informasjon går tapt, og at man ikke får med seg sånt som pauser, mimikk, nøling, og kroppsspråk [15].

Analyse og tolkning:

Intervjuene ble transkribert underveis. Etterpå ble intervjuene bearbeidet, slik at det fikk en mer skriftlig form. For å få en mer helhetlig forståelse leste vi gjennom hvert intervju flere ganger, for deretter å tolke gjennom fremgangsmåten meningsfortetning [15, 16]. Det ble laget en samlet systematisk og tematisk oversikt over dataene for å finne sentrale temaer [15, s. 90-91] Observasjonene fra abortsamtalene ble systematisert og analysert på samme måte som intervjuene.

Kategoriene som fremstilles under resultater er utarbeidet gjennom gruppens tolkninger, gjennom meningsfortetning, slik beskrevet i Dalland [15, s. 91] og Graneheim og Lundman [18, s. 105-112]. Transkriberte intervjuer er delt inn i naturlige enheter, for så å tematisere disse [15]. Når de ulike enhetene har fått sine temaer, og sorteres, sitter man igjen med en oversikt over temaer og utsagn knyttet til disse temaene. En kan også si det slik at kategoriene vokser frem naturlig under arbeidet med å analysere intervjuene, slik Malterud også beskriver [16].

Forskningsetiske betraktninger:

Informantene ble informert om studien gjennom fagsykepleier, som også bisto i rekrutteringen. Det er innhentet informert, muntlig samtykke fra informantene i forkant av intervjuene, og fra sykepleier og kvinnene ved abortsamtalene. Informantenes anonymitet er ivaretatt ved å utelate eventuelle dialektuttrykk, og ved å utelate arbeidssted.

5.0 Resultat

For å fremstille resultatene på en ryddig og samtidig utfyllende måte har jeg valgt å inkludere noen relevante sitater i tabeller. Tabellene inneholder hver sin. Kategoriene som er inkludert i tabellen har vokst frem under arbeidet med analysen av datamaterialet. Sitater ble delt inn i hva som ble sagt, og deretter falt det seg naturlig å dele inn i slike kategorier. I denne oppgaven brukes fem kategorier som oppsto under dette arbeidet. Sitatene er fra kategoriene jeg har valgt å inkludere, nemlig *omstendigheter*, *forklaringsbehov*, *ambivalens*, *valget* og *følelser*. Informantene er gitt nummer som oppgis etter hvert sitat [15, s. 239].

Valget

Kategorien *Valget* omhandler det vi som studenter oppfatter at informantene mente dreide seg om kvinnenes valg om å avslutte et svangerskap i første trimester, eller å fullbyrde svangerskapet. Intervjuene dreide seg en hel del om kvinnens valg, retten til selvbestemt abort, viktigheten av at dette skulle være kvinnenes valg alene, om hvem som kan ha påvirkningskraft ovenfor kvinnene.

Helhetsinntrykket etter datainnsamlingen er at kvinnene som oppsøker tilbudet møtes av sykepleiere som er engasjerte i kvinnens historie, samtidig som de ønsker å legge til rette for at valget er fullt og helt hennes. Sykepleierne ønsker ikke å påvirke dette valget, men å støtte kvinnen i det valget hun ender opp med å ta. Flere informanter presiserte også at de ikke ønsket å diskutere valget. Intervjuene viser også at sykepleierne ønsker det beste for de abortsøkende kvinnene.

Tabell 1: Valget

Valget	<p>Vi skal ikke spørre spørsmål om hvorfor de velger å ta abort. 1</p> <p>Det ligger mange historier bak det valget. 2</p> <p>Jeg syns det kan være vanskelig når kvinnen ikke er sikker i valget sitt og ikke vet hva hun skal gjøre. Det er vanskelig for henne også, å ikke vite hva hun skal gjøre. Det er vel det jeg syns kan være vanskelig. 3</p> <p>Noen tenker kanskje at vi kan hjelpe dem å ta det valget også, så vi må være veldig forsiktig. 3</p> <p>Jeg tenker at det må være greit å si at dette forstår jeg at er veldig vanskelig for deg. Uansett hva valget havner på så er det vanskelig. Det kan være en grei måte å støtte kvinnen på. 3</p> <p>Når de kommer er det mange som føler for å forklare. Jeg sier at de trenger ikke å forklare, det er greit at du er her, og trenger ikke å rettferdiggjøre. 4</p> <p>Du er så heldig at vi bor i Norge, og vi kan hjelpe deg – dette ordner vi. 4</p>
---------------	---

	<p>Mange av de som gjør det har tatt et valg – og da er det ikke noe mer å tenke på, da er det det riktige. De kunne jo endt opp med å føde barn inn i et vondere liv. 4</p> <p>Men jeg forsikrer dem om at uansett hva de velger, så er det det riktige valget. Har du nok ressurser rundt deg? De må se på alt rundt seg, og gjøre seg opp en mening om de er i stand til å få barn. 4</p> <p>Om de opplever støtte fra oss, kan de gå herfra med litt sånn «visst søren skal jeg det». 4</p>
--	---

Problemstillingen innebærer et fokus mot kvinnens trang til å forklare hvorfor hun søker en provosert abort. Kategoriene *Forklaringsbehov* og *Omstendigheter* er lagt til som underkategorier under *Valget*.

Forklaringsbehov

Forklaringsbehov omhandler et fenomen som ble oppdaget under intervjuene, nemlig at kvinnene føler på et behov for å forklare seg overfor helsetjenesten. Det dukket frem aspekter vi i studentgruppa ikke hadde tenkt over, og nysgjerrigheten meldte seg. Informantene trakk frem at mange kvinner kjenner på et forklaringsbehov. Dels for å ta abort, men også for å i det hele tatt oppsøke tilbudet. En informant erkjente at det å møte disse kvinnene var krevende.

Tabell 2: *Forklaringsbehov*

<i>Forklaringsbehov</i>	<p>Det er ofte forskjellig hvordan pasientene er. Noen føler de må forklare seg, mens noen vil bare bli ferdig med det. De skal ikke trenge å forklare seg om hvorfor de velger å ta abort. 1</p> <p>De andre vi ser at det er tøft for, har behov for å forklare hvorfor. 2</p> <p>Når de kommer er det mange som føler for å forklare. Jeg sier at de trenger ikke å forklare, det er greit at du er her, og trenger ikke å rettferdiggjøre. 4</p>
--------------------------------	--

Omstendigheter

Flere informanter var inne på at enhver kvinne har sin egen grunn til å ta abort, og at kun kvinnen kjenner hele hennes historie. Det kom frem at informantene var svært bevisst på at det er mange bakenforliggende forklaringer for hvorfor kvinnen tar abort. Blant det som ble diskutert var kvinnens sivilstatus, yrkeskarriere, utdanningsforløp, økonomi, partners ønske, egen helse og barnets beste.

Tabell 3: Omstendigheter

Omstendigheter	<p>De føler vel at de tar et liv, og noen kommer i en situasjon der de ikke ønsker å ha barn i det hele tatt. Alle skal liksom ha barn og det er målet i livet, det er ikke slik for alle. 2</p> <p>Jeg tenker at det må være veldig vanskelig for dem. Og så fins det mange grunner til at det blir sånn. Det er alltid noe bakenforliggende. Da må vi tenke på om det er noe vi kan gjøre der for å hjelpe dem. Det er ingen som syns det er noe lett, og ingen som har det som ønsket prevensjonsmetode .3</p> <p>At det må være veldig veldig vanskelig. At de kanskje føler på skam og skyldfølelse selv, eller at de ikke har noen å prate med. Nettverk kan være veldig viktig for de som kommer hit. Så det tenker jeg at må være vanskelig å ikke ha noen å prate med. 3</p> <p>Det er jo de som kommer langt, og de som er veldig unge. De første 06'erne har jo kommet nå. Da tenkte jeg farsken, ungene mine er liksom, ikke sant. Du sitter der med et barn, foreldre er med, «gravøren» som jeg kaller dem ser ut som en tiåring, er det fysisk mulig liksom? Hvem skal jeg henvende meg til? Mor, farmor, eller jenta selv? Det er kanskje det som er mest utfordrende, de som er unger. De ser jo ikke særlig voksne ut heller. Herregud, det er tragisk, vet du. Alt er mulig. 4</p>
-----------------------	---

Følelser

Det kom frem under intervjuene at både de abortsøkende kvinnene og sykepleierne ved avdelingen ble berørt på et emosjonelt nivå. Dermed ble det naturlig å inkludere følelser som en kategori. Kategorien *Følelser* inneholder dermed utsagn som er tolket å dreie seg om disse emosjonelle faktorene.

Informantene pekte på at følelser spiller en viktig rolle for den abortsøkende kvinnen. Likevel var også sykepleiernes egne følelser også et tema som kunne påvirke arbeidet. Man kunne sammenlikne den abortsøkende med sine egne barn, og kjenne på en rekke følelser knyttet til det. De kunne også i enkelte tilfeller kjenne på at kvinnens ulike valg gjorde at de følte omtanke for kvinnen.

Tabell 4: Følelser

Følelser	<p>Mange har dårlig samvittighet. Og synes det er fælt. 2</p> <p>De som føler at de ikke har noe valg, enten i hensyn til partner eller jobb. Det er tøft da det er mye følelser innblandet. De føler at de blir påvirket. 2</p> <p>Noen føler at de har gjort noe galt når de kommer hit. Det er vanskelig. 2</p> <p>Det vises veldig godt på kroppsspråk, hvordan de har det når de kommer. De som er rolige og avslappet og kanskje har vært igjennom det før. De som synes det er tøft vises det kjempetydelig på kroppsspråk. 2</p> <p>Jeg prøver å snakke om andre ting, og snike inn litt spørsmål underveis. Det er viktig at dette ikke er gravalvorlig – få dem til å slappe av litt. 4</p> <p>Mange vil jo at vi skal ta et valg for dem, skal jeg si deg. Det hadde vært så deilig for dem å slippe å ta det valget. Jeg kan jo ikke ta det valget for dem. 4</p>
-----------------	---

Ambivalens

Det viste seg at kvinnene uttrykker usikkerhet i forbindelse med valget om å avslutte svangerskapet. Usikkerheten ble ofte beskrevet å dreie seg om ambivalens. Kvinnen kunne ha et iboende ønske om å få barn, «men ikke akkurat nå». Kvinnen kunne ha et ønske om å fullføre studiet først, eller ha en trygg nok økonomi før hun blir mor. Informanten beskrev at slike forhold gjorde at kvinnen ble svært usikker i forhold til valget, og noen ganger ytrer ønske om at sykepleierne tar valget for dem. Underkategorien *Ambivalens* innebærer de sitater innen følelser som tolkes å omhandle ambivalente følelser, det å ha flere følelser på en gang.

Tabell 5: Ambivalens

Ambivalens	<p><i>Hmm.. hva skal jeg si. Ja, hvis det skulle skjedd tar man seg tid til det. Men igjen, jeg tror først og fremst at det er poliklinikken som møter mest av det. * ["Hvordan hjelper du kvinnene som er usikre i sitt valg?"]. 1</i></p> <p>Det er en grunn til at de kommer hit. De kan være unge, under utdanning, før utdanning, nettopp fått jobb, har voksne barn fra før eller andre ting. Tøft på grunn av press fra partner. 2</p> <p>Og så er det alle de som er usikre, mannen vil beholde, damen vil ta abort. Kultur for eksempel, da snakker mannen for kvinnen. Og da ber jeg dem gå ut på gangen, det gjør jeg. Vi ser at det ikke stemmer det de sier. Sier noe annet når han er til stede. 4</p> <p>Sist jeg hospiterte der var det et par som var så uenig, det var litt av en opplevelse. Vi dytter fort disse casene til Amatheia. Det var et one night stand på byen som hun ville beholde. Han var i panikk, og ville ikke i det hele tatt beholde. Han blir jo på en måte ufrivillig far ikke sant. Han husket ikke å ha møtt henne engang. Visste ikke etternavnet hennes heller. 4</p>
-------------------	--

Observasjonene av abortsamtalene viste helsepersonell som var profesjonelle, bevisste sitt ansvar overfor kvinnen. Mest fremtredende var kanskje deres bevissthet på å ikke påvirke kvinnens valg. Observasjonene var vel så nyttige for å tenne nysgjerrighet blant studentene som å observere, og resulterte i at noen i studentgruppen fant sin problemstilling. Ressurssamtalen med Amatheia ga god innsikt i hvilke kvinner som oppsøker veiledning etter møtet med spesialisthelsetjenesten, og hvordan disse følges opp. Et inntrykk etter dette møtet var at kvinnene stort sett oppgir at de er veldig fornøyde med tilbudet ved spesialisthelsetjenesten.

6.0 Diskusjon

Problemstilling:

Hvorfor har abortsøkende kvinner et forklaringsbehov, og hvordan møte dem som sykepleier?

Samfunnet som kontekst:

En innfallsvinkel kan være å se om det kan være samfunnet rundt som gjør at kvinner føler de må forklare seg. Resultatene tilsier at sykepleierne er bevisste på at hver kvinne har sin spesielle historie, og omstendighetene har innvirkning på kvinnens valg. En sykepleier trakk frem at kvinnene er heldige som bor i Norge, og har sin rett til fri abort. Sykepleieren mente at det å ta del i det norske samfunnet var en fordel i så henseende. Det kan også tenkes at retten til fri abort er så selvsagt hos noen, at valget tynger dem ekstra, det er helt og holdent kvinnens valg, hun står dermed helt alene i den beslutningen. Flere informanter trakk frem at kvinner kan ytre ønske om at valget skal tas for dem. Altså trekker de frem sin egen makt og påvirkningskraft i møtet med pasienten. Dette er noe også Kjelsvik [10] fant, at helsepersonell alltid må være varsom for ikke å påvirke. Et fellestrekk fra intervjuene er at kvinnene kjenner på ambivalens, som kan gjøre selv et enkelt valg vanskelig å ta. Ambivalente mennesker er også lette å påvirke, ifølge Kjelsvik [10].

Samfunnets alminnelige holdninger kan også berøre enkeltmennesket. Temaet abort er stadig oppe til debatt. Debatten i seg selv kan gjøre at enkeltmenneskene som skal ta et valg for seg selv, føler at andre har innvirkning på dette valget. Endringen i abortloven våren 2019, og ikke minst den voldsomme samfunnsdebatten som oppsto rundt den [3, 12], må ha hatt innvirkning på de kvinnene som oppsøkte abort rundt denne tiden. Også på vårparten av 2020 er det debatt rundt temaer som påvirker abort, som debatten rundt endringer i bioteknologiloven [18]. Abort er dermed et tema som alltid er levende, en ball som aldri blir lagt død. Flatseth [12] fant også at språket som samfunnet har om de abortsøkende sin situasjon, har innvirkning på hvordan dette valget oppleves. Om samfunnet rundt legger opp til at dette må være et vanskelig valg, og har som utgangspunkt at kvinnen må ha det tøft, er det kanskje lettere at det blir slik [12].

Helsevesenet som kontekst:

Kjelsvik [11] poengterer at tjenesteyter sitter med kunnskap og kompetanse - som igjen gir oss makt overfor tjenestemottaker. Dette er en kompetanse som må brukes på riktig måte for å kunne danne gode relasjoner. Denne delen av kommunikasjonen er også noe som kommer frem av resultatene. En sykepleier utrykte at mange kvinner ønsker at helsevesenet skal ta dette ansvaret for dem, de ønsker ikke å måtte ta valget selv: *Mange vil jo at vi skal ta et valg for dem, skal jeg si deg. Det hadde vært så deilig for dem å slippe å ta det valget. Jeg kan jo ikke ta det valget for dem (4)*. Dette kan være beskrivende for deler av dette asymmetriske forholdet mellom sykepleieren og kvinnen. Kjelsvik [11] viste også at helsepersonell kjente på ansvaret om å ivareta pasientens beste. Helsepersonell beskrev kvinnene som sårbare, lett påvirkelige, og at de kjenner på ambivalens i sammenheng med valget. Denne beskrivelsen forsterker viktigheten av å

være sin egen kommunikasjon bevisst. Informantene beskrev også denne delen av sykepleien som viktig, og alle trakk frem erfaring som en avgjørende del i å kunne forstå denne kommunikasjonen. Med denne beskrivelsen av ambivalente pasienter som er lett påvirkelige [10], kan man skimte makten som ligger hos sykepleieren. Om vi som helsepersonell ikke er bevisst vår makt overfor pasienten når vi utøver sykepleie, står vi i fare for å kunne mislykkes med å danne gode relasjoner - og å utøve vårt arbeide.

Stiftelsen Amatheia beskriver at de arbeider ut ifra en kriseteori [vedlegg 3]. Medmenneskelighet trekkes frem som en viktig rolle for sykepleiere i møte med pasienter i krisesituasjoner [8]. For noen kan det være godt å høre at «jeg er her for deg, jobben min er å hjelpe deg.» Dette reflekteres også i resultatene. En informant trakk frem det å understreke overfor kvinnen at det er forståelig at situasjonen er vanskelig. Og at uansett hvor kvinnens valg lander, så er det et vanskelig valg. Informanten mente at dette var en god måte å støtte kvinnen på. Det kan likevel tenkes at en slik tilnærming vil kunne forsterke kvinnens forklaringsbehov. Om de i utgangspunktet ikke kjenner på at situasjonen er særlig krevende, men føler at helsetjenesten er ute etter en forklaring på hvorfor de kommer. Flere informanter pekte også på at de forklarte kvinnene at uansett hva valget faller på, så er det det riktige valget.

Den gode relasjonen:

Ved spørsmål om hvordan danne en god relasjon til pasientene, svarte en informant «Det handler om å vise at jeg er der for dem, og kan ta imot de bekymringene de har (2).» Kjelsvik [11] har gjennomført en kvalitativ studie der kvinner beskriver et ønske om å bli møtt med forståelse og anerkjennelse. Kjelsvik legger også frem behovet for at de som møter kvinnene må ta kloke valg, og være bevisst på makten de har i denne relasjonen [11]. Altså ligger det et stort behov for sykepleiers rolleforståelse. En informant mente at sin rolle var at pasienten følte seg ivaretatt, og fikk den beste mulige pleien. Det er individuelt hvordan man føler seg ivaretatt som pasient. En sykepleier fortalte at én måte å støtte kvinnen på er å bekrefte overfor kvinnen at valget er vanskelig, og at det kan være en måte å møte ambivalens på, nemlig å anerkjenne at den er der. *Noen føler at de har gjort noe galt når de kommer hit. Det er vanskelig (2).* Noe må være galt dersom kvinner i Norge føler at de gjør noe galt når de utøver sin rett til fri abort. Sykepleiere har en utfordring i å ivareta kvinner som føler de gjør noe galt bare ved å oppsøke dem.

En viktig del av resultatene i denne studien er kvinnenes forklaringsbehov. En informant forsøkte å drøfte rundt dette: *De føler vel at de tar et liv, og noen kommer i en situasjon der de ikke ønsker å ha barn i det hele tatt. Alle skal liksom ha barn og det er målet i livet, det er ikke slik for alle (2).* Det er likevel viktig for sykepleierne å ikke få kvinnen til å føle at hun tar et liv. Dette med å implementere følelser er noe som kan skje om man får forespeilet at noe er vanskelig [12]. Om man som abortsøkende kvinne føler at sykepleierne gjør valget vanskeligere, kan det tenkes at dette kan være skadelig for den relasjonen som behøves mellom kvinnen og helsevesenet. Ved spørsmål om hvordan man skaper en god relasjon med kvinnen, svarte flere sykepleiere at det var viktig med å vise at man har god tid, både med samtale og kroppsspråk. Informantene mente også at de som regel hadde nok tid til å gjøre jobben sin i det daglige.

Å forstå hvor kvinnen er:

Temaet forklaringsbehov dukket opp i forbindelse med et spørsmål om hvordan man leser pasienten. *Det er ofte forskjellig hvordan pasientene er. Noen føler de må forklare seg, mens noen vil bare bli ferdig med det. De skal ikke trenge å forklare seg om hvorfor de velger å ta abort (1).* Sykepleieren er altså bevisst på at kvinnene er forskjellige, og har en unik forståelse av hvor de er. Under datainnsamlingen ble det klart at det er vanlig at kvinner oppsøker tilbud om abort, uten å fortelle det til noen som står dem nær. Dette kan fungere som en årsak til at kvinnen føler for å rettferdiggjøre sitt valg om å ta abort, da hun foreløpig ikke har rettferdiggjort det ovenfor noen andre enn seg selv. Informantene forteller altså at kvinnen ikke alltid har åpnet seg for sin egen indre krets. De møter da opp til abortsamtaler uten å ha sagt ett ord til noen de stoler på. Dette kan bety at sykepleieren som gjennomfører denne samtalen er den første som kvinnen åpner seg for. Da er det kanskje naturlig at det dukker opp et behov for å forklare hvorfor man ønsker en abort. Flere informanter fortalte at mange kvinner har et slikt forklaringsbehov, og at det var krevende å møte disse kvinnene. Benner og Wrubel trekker frem det å fremme mestring når de beskriver sykepleierens rolle i møte med pasienten [7, s. 26-27]. En kan da si at sykepleierens rolle her kan tenkes det å være tilgjengelig for kvinnen dersom hun behøver å åpne seg, tilby veiledning om hun skulle ha behov for det og tilby støtte i det valget hun ender opp med. Eide og Eide [8]. Observasjonene av abortsamtalene [vedlegg 2] viser også at dette er noe sykepleierne er bevisst på, at de forsøker å lese kvinnen selv, og møte henne der hun er.

Indre omstendigheter

En sykepleier fremhevet at omstendighetene kvinnen står i, er avgjørende for hvordan valget blir tatt, som utdanningsforløp, hjemmesituasjon og økonomi. Sykepleieren tar dermed hensyn til kvinnens historie, og bakgrunn, og har det i bakhodet når sykepleieren møter pasienten. Dette støtter opp om funn i Kjelsvik [10] om at sykepleierne blir engasjerte i kvinnens historie, og ønsker pasientens beste. Sykepleierne ga uttrykk for at det er viktig å forstå hvordan kvinnene opplever det å stå i den situasjonen de gjør. Sykepleieren er nøye på å ikke legge skyld på kvinnen. Man kan spørre seg om denne skylden er noe kvinnen selv påfører seg, eller om det er andre strukturer som gjør det slik. Flere informanter mente at det måtte være vanskelig å gå gjennom abortprosessen uten å ha med seg noen.

Sykepleierens rolle kan være å møte kvinnene med forståelse, og å prøve å ikke pålegge skyld, og ikke påføre skam. Sett i lys av Benner og Wrubel kan man hevde at sykepleierens rolle er å hjelpe kvinnen til å gjenfinne mening i sin situasjon. Hvor man finner mening er individuelt. Det kan ligge i å fullbyrde svangerskapet, og forsøke å mestre morsrollen. Det kan også være å avslutte svangerskapet, og å fullføre studiet først, eller gjøre en god jobb på arbeidsplassen, eller å leve det livet en hadde sett seg ut på forhånd. En sykepleier beskrev at kvinner kan stå tryggere i sitt valg om å fullføre graviditeten etter å ha oppsøkt helsevesenet, og til og med finne en sterk, indre driv for å gjennomføre dette.

Studiens styrker og svakheter

Datainnsamlingen endte opp i å bli en begrenset utgave enn slik det opprinnelig var tenkt. Gruppen fikk rekruttert færre informanter enn tenkt, og fikk ikke gjennomført intervjuene ansikt til ansikt. Det er begrenset hva man kan tolke ut fra fire intervjuer, men det er dette gruppen fikk anledning til å gjennomføre.

Både situasjonen som begrenset fysisk oppmøte og opptak av samtaler utfordrer nyanser i den kvalitative tilnærmingen. Nyanser som kroppsspråk, nøling, intonasjon og liknende er verdifull informasjon som kan si mye om informanten i intervjuøyeblikket [15 s. 89]. Når intervjuer ble gjort over telefon, og ikke ansikt til ansikt slik hensikten var, forsvinner nemlig noen av våre observasjoner av sykepleieren vi intervjuer. Blant annet vil det være vanskeligere å plukke opp usikkerhet og nøling hos informanten. Det kan også være mere utfordrende å få stilt spørsmål slik vi ønsker å stille dem, da informanten kan oppfatte dem annerledes for eksempel grunnet manglende øyekontakt.

Prosjektet er initiert av praksisfeltet selv, som har lagt frem hvilke områder som det var ønskelig at bachelorstudentene ved NTNU skulle rette søkelys mot. Når det gjelder studiens analyse og diskusjon rundt datamaterialet, er det en styrke i at dette er noe studentgruppen som helhet står bak. Studien omfatter tre metoder for innsamling av data, som gir forskjellige innfallsvinkler. Studentgruppen har fått se de som møter abortsøkende kvinner, i sitt daglige arbeid. Vi har også møtt Amatheia, som tilbyr ekstern oppfølging og veiledning til abortsøkende kvinner, i tillegg til å få observere abortsamtaler.

Den opprinnelige intervjuguiden inneholdt ikke spesifikke spørsmål knyttet til kvinners forklaringsbehov. Dette var noe som dukket opp i selve intervjusituasjonen, som vekket nysgjerrighet og resulterte i valget av oppgavens tema.

Konklusjon og oppsummering

Resultatene viser sykepleiere som er genuint interesserte i kvinnes historier, og forsøker til det ytterste å støtte kvinnen i hennes valg, uten å påvirke valget. Noen kvinner føler de må forklare sitt valg, som kan skyldes flere årsaker.

Våren 2020 er kvinners reproduktive helse på ny blitt aktuelt. Kvinners rett til abort blir stadig sådd tvil rundt, den evige debatten rundt temaet må tilskrives deler av skylden. En annen forklaring er det at kvinnen noen ganger ikke åpner seg om sitt valg for noen de stoler på. Sykepleieren er noen ganger den eneste som får høre hele kvinnens historie. Sykepleieren sitter også med en relasjonell makt, overfor kvinnen, gjennom sin kompetanse og rolle i situasjonen.

Hvordan møte dem som sykepleier?

Sykepleieren må støtte kvinnen i å selv gjenfinne mening i den situasjonen kvinnen står i etter valget. Sykepleierne må møte disse kvinnene med respekt og støtte, og hjelpe kvinnene i å finne mening og mestring i det valget de ender opp med å ta. De må også være tilgjengelig dersom kvinnen har behov for å snakke ut, da kvinnen ofte ikke har betrodd seg til noen. Dette kan de gjøre gjennom å ikke påvirke valget, være engasjert i kvinnens historie, og ikke virke dømmende i sitt arbeid.

Oppfordring til videre forskning:

Kvinnehelse har våren 2020 på ny vært oppe til debatt i nasjonale medier, i politikken, og i de ganske hjem. Det ville vært spennende og undersøkt om disse kvinnene lar seg påvirke av debatten – som til tider kan være nokså opphetet.

Det er også et spennende aspekt ved pasienter som får dårlig samvittighet bare ved å oppsøke et tilbud om helsehjelp. Dette kan være et interessant tema som kan forskes på videre.

Referanseliste

1. Feldt G. og Jennings C. T. Behind Every Choice is a Story. University of North Texas Press; 2002.
2. Planned Parenthood. About Us [Internett]. New York: Planned Parenthood; Uten dato [hentet 02. juni 2020]. Hentet fra <https://www.plannedparenthood.org/about-us/who-we-are>
3. Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1975
4. Adresseavisen. Nederlag for KrF: Stortinget har vedtatt historiske endringer i bioteknologiloven [Internett]. Trondheim: Adresseavisen; 26. mai 2020 [Oppdatert 26. mai 2020; hentet 02. juni 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.adressa.no/nyheter/innenriks/2020/05/26/Nederlag-for-KrF-Stortinget-har-vedtatt-historiske-endringer-i-bioteknologiloven-21925026.ece>
5. Folkehelseinstituttet. Fakta om abort [med 2019-tal] [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 08.03.2017 [oppdatert 13.03.2020; hentet 13.05.2020]. Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/>.
6. Amatheia. Om oss [Internett]. Oslo: Amatheia; uten dato; [hentet 13.05.2020]. Tilgjengelig fra <https://www.amatheia.no/om-amatheia>.
7. Kristoffersen NJ. Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I: Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016. s. 15-103.
8. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
9. Rødland AW. Hva vet vi om kvinners helse? Kilden kjønnsforskning.no; April 2018 [hentet 13.05.2020]. Tilgjengelig fra http://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf.
10. Kjelsvik M. Tveit Sekse RJ. Litlere Moi A. Aasen EM. Gjengedal E. Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. Journal of Clinical Nursing. 2018;27:4192–4202.
11. Kjelsvik M. Gjengedal E. First-time pregnant women’s experience of the decisionmaking process related to completing or terminating pregnancy – a phenomenological study. Scand J Caring Sci; 2011; 25; 169–175.
12. Flatseth M. Abortpolitikkenes førende forestillinger om kvinner. Tidsskrift for kjønnsforskning. 2010;34: 92-108.

13. Store Norske Leksikon. Abortkampen [Internett]. Oslo: Store Norske Leksikon; 27. juni 2019 [hentet 02. juni 2020]. Hentet fra <https://snl.no/abortkampen>
14. NTNUs retningslinjer i forbindelse med COVID-19: <https://www.ntnu.no/korona>.
15. Dalland O. Metode og Oppgaveskriving. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 25, 2002; 122.
17. NTNUs retningslinje for behandling av personopplysninger:
<https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Retningslinje+for+behandling+av+personopplysninger>
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today [2004] 24, 105–112.

Vedlegg 1:

Intervjuguide

Intervjuguiden ble utformet slik at det ble stilt ulike spørsmål, avhengig av hvilken del av avdelingen sykepleieren arbeidet ved. Studentgruppen ble i oppstartsfasen av arbeidet kjent med arbeidsoppgavene de ulike avdelingene hadde, og hvem som i utgangspunktet hadde ansvar for hva. Dette gjorde at intervjuet kunne gå rett på sak, og ikke stille irrelevante spørsmål.

Sengepost intervjuguide:

Innledning:

Hvilken utdanning har du, og når tok du utdanningen din?
Hvor lenge har du jobbet ved avdelingen?
Har du annen relevant erfaring fra før?
Har du erfaringer fra tidligere som har vært nyttige å ha med i denne jobben?
Hvordan opplever du arbeidsmiljøet ved avdelingen?
Hva tenker du om provosert abort?
Hva er sykepleierens rolle i møte med abortsøkende kvinner?
Er det noe som er spesielt vanskelig?

Påvirkning

Hva tenker du om den påvirkningskraft man har som sykepleier når det kommer til det vanskelige valget?
Er dette noe dere reflekterer rundt ved avdelingen?
Tror du kvinner kan være tilbøyelig til å endre mening etter samtaler med helsevesenet?
På hvilken måte?
Kan det innvirke på kvinnens psykiske helse?
I hvor stor grad oppfordres kvinnen til å reflektere over eget valg?
Hvorfor?
Hvordan anerkjenne at dette kan være vanskelig, uten å pålegge kvinnen skyldfølelse eller følelser som ikke utgangspunktet ikke er det?

Samtaler

Hvilke vurderinger gjør du deg i møte med pasientene som ønsker provosert abort?
Og hva gjør det med hvordan du former samtalen?
Hvor rutinepreget er du i møte med kvinnene som ønsker provosert abort?
Hvor bevisst er du på ordvalg og kroppsspråk til pasientene dine?
Hvordan kan man fange opp signaler på kvinner som trenger å prate?
Møter du kvinner som er usikre på sitt valg?
Hvordan kommer usikkerheten frem?
Hvordan hjelper du kvinnene som er usikre i sitt valg?
og har du tid til de?
Kan du møte kvinner som er usikre på sitt valg da de er i gang med abortprosessen?
Går du da inn på det? Hvordan?

Er det spesielle utfordringer/hensyn å ta når det gjelder abort etter uke 12?
Hvilke?
Hvordan forbereder man kvinnene før møte i nemd?
Hvordan oppfølges de i etterkant?

Oppfølging:

Kartlegger man pasientens psykiske helse?
Hvilken informasjon har du som sykepleier tilgang til utenom pasienten selv?
Får alle kvinnene informasjon om videre oppfølging før-under-etter provosert abort?
Hvordan vurderer sykepleier hvorvidt pasienten har behov for oppfølging?
Dersom kvinnen har behov for ytterligere oppfølging i ettertid av aborten, tror du det kan det være en hindring at de da må oppsøke et helt nytt tilbud?
Struktur og Ressurser:
Er det mye tid til refleksjon på avdelingen?
Ved disse refleksjonene, hva er det som oftest går igjen?
Hvor mye av jobben du gjør er det fastsatte prosedyrer eller maler for?
Er det noe du har følt at mangler på enkelte områder? I så fall hva?
Opplever du å ha god nok tid til å følge opp pasientene dine?
Hvis nei, hva trenger du mer tid til?
Hvis ja, hvordan prioriterer du tiden din?
Hvordan er opplæringen til nyansatte med tanke på det å møte kvinner som ønsker abort?

Pasientomsorg og Pasientsikkerhet:

Hvordan danner du som helsepersonell gode relasjoner til pasientene du møter?
Hvordan kan du forsikre deg om at pasienten føler seg ivaretatt?
Hvordan gir du god sykepleie/omsorg til disse kvinnene?
Hvor stor plass tenker du partner skal ha i en slik situasjon?
Er det utfordringer knyttet til at partner er, eller ikke er, tilstede?
Hvordan blir partnere ivaretatt på avdelingen?
Kommer mange kvinner hit uten å snakke med noen som står dem nær først?
Følges disse opp annerledes?

Poliklinisk intervjuguide:

Innledning:

Hvilken utdanning har du, og når tok du utdanningen din?
Hvor lenge har du jobbet ved avdelingen?
Har du annen relevant erfaring fra før?
Har du erfaringer fra tidligere som har vært nyttige å ha med i denne jobben?
Hvordan opplever du arbeidsmiljøet ved avdelingen?
Hva tenker du om provosert abort?
Hva er sykepleierens rolle i møte med abortsøkende kvinner?
Er det noe du tenker er spesielt vanskelig?

Samtaler

Hvilke vurderinger gjør du deg om pasienten i samtalen?
Og hva gjør det med hvordan du former samtalen?
Hvor lang tid har du per samtale?
(Kjenner du på et tidspress i samtalen?)
Hva i samtalen er fastsatt i rutine og skjema som må fylles ut, og hvor mye styrer du selv?
Hva er betydningen av ditt ordvalg og kroppsspråk i møte med pasientene?
Hvordan kartlegger dere pasientens psykiske helse før eller under samtalen?
Hvilken informasjon har du som sykepleier tilgang til utenom det pasienten selv deler?
Hvordan vurderer du hvilket behov kvinnen har for ekstra oppfølging/støtte under/etter aborten?
Hvordan følges disse behovene opp etter at kvinnen forlater poliklinikken?
Møter du kvinner som fremstår usikre på sitt valg?
Hvordan kommer usikkerheten frem?
Hvordan kan man fange opp signaler på kvinner som trenger å prate?
Hva har din erfaring å si i vurderingen av pasientens behov for videre oppfølging?
Hva tenker du om kvinner som returnerer for abort gjentatte ganger?
Følges disse opp på en annen måte?
Er det spesielle utfordringer/hensyn å ta når det gjelder abort etter uke 12?
Hvilke?
Hvordan forbereder man kvinnene før møte i nemd?
Hvordan oppfølges de i etterkant?

Påvirkning

Hva tenker du om den påvirkningskraft man har som sykepleier når det kommer til valget om å avslutte svangerskapet?
Tror du kvinner kan være tilbøyelig til å endre mening etter samtaler med helsevesenet?
På hvilken måte?
Kan det innvirke på kvinnens psykiske helse?
I hvor stor grad oppfordres kvinnen til å reflektere over eget valg?
Hvorfor?
Hvordan anerkjenne at dette kan være vanskelig, uten å pålegge kvinnen skyldfølelse eller følelser som i utgangspunktet ikke er der?

Oppfølging:

Får alle kvinnene informasjon om videre oppfølging før-under-etter provosert abort?
Er ditt inntrykk at alle kvinnene informeres om Amatheia?
Hvorfor?
Hvordan vurderer sykepleier hvorvidt pasienten har behov for oppfølging?
og hvilken oppfølging?
Kommer mange kvinner hit uten å snakke med noen som står dem nær først?
Hva tenker du om deres situasjon?
Følges disse opp annerledes?

Dersom kvinnen har behov for ytterligere oppfølging i ettertid av aborten, kan det være en hindring at de da må oppsøke et helt nytt tilbud?

Struktur og Ressurser:

Er det mye tid til refleksjon på avdelingen?

Ved disse refleksjonene, hva er det som oftest går igjen?

Hvor mye av jobben du gjør er det fastsatte prosedyrer eller maler for?

Er det noe du har følt at mangler på enkelte områder? I så fall hva?

Opplever du å ha god nok tid til å følge opp pasientene dine?

Hvis nei, hva trenger du mer tid til?

Hvis ja, hvordan prioriterer du tiden din?

Hvordan er opplæringen til nyansatte med tanke på det å møte kvinner som ønsker abort?

Hjemmeabort

Hva tenker du om hjemmeabort som en mulighet for kvinner som ønsker provosert abort?

Hvilke fordeler og ulemper har du erfart med hjemmeabort?

Hvor stor selvbestemmelse har kvinner selv i valget om de skal ta hjemmeabort eller på sykehus?

Bli kvinner oppfordret til å velge en form foran en annen?

Opplever du at pasientene føler seg trygge ved hjemmeabort?

Hvordan sørger du som sykepleier for at pasienten føler seg trygge ved en hjemmeabort?

Opplever du at pasienten får god nok oppfølging ved hjemmeabort?

I hvor stor grad informeres kvinnene godt nok til å kunne ta en selvstendig beslutning?

Hvordan forsikrer man seg om at kvinnen er godt nok informert?

Tusen takk for at du ble med!

Vedlegg 2: Observasjon av abortsamtaler

Studentgruppen var så heldig å få være med og observere sykepleiere under abortsamtaler. Først i etterkant ble det klart at disse kunne brukes som datagrunnlag, som følge av at COVID-19 pandemien begrenset oppmøte ved sykehus. Observasjonen fulgte likevel noen systematiske punkter, og det ble ført loggbøker i etterkant.

Systematisk observasjon av sykepleier ved abortsamtale, strukturert etter følgende punkter:

- Verbal kommunikasjon
 - o Ordvalg
- Nonverbal kommunikasjon
 - o Kroppsspråk
 - o Berøring
 - o Blikkontakt
- Var det åpenhet for spørsmål fra pasient?
- Hvor stor del av samtalen ble brukt til informasjon?
- Forsikret sykepleier seg om at informasjonen var forstått?
- Spørsmål i etterkant av observasjon: Hvilke inntrykk fikk sykepleier av pasienten?

Vedlegg 3:

Studentgruppen tok selv kontakt med Stiftelsen Amatheia og ba om et ressursintervju, for å kunne forstå forløpet som abortsøkende kvinner går gjennom. Det ble ført referat i ettertid, for gruppens egen skyld. Referatet ble i etterkant godkjent og utfyllt av Amatheias representant.

Intervjuguide for møte med Amatheia:

Spørsmål til møte med Amatheia

Tirsdag 10.03.2020 kl. 10.00

Studenter = S

Amatheia = A

S: Hvilken utdanning har dere som jobber her?

S: Hvor mye blir tjenesten brukt?

S: Hvor mye tid har dere til hver samtale?

S: Hvordan fungerer veiledningen, og hvordan arbeider man?

S: Er dere statlig støttet?

S: Er det noen spesielle utfordringer?

S: Hvordan er det å snakke med par om graviditeter som skal avsluttes? Påvirker det samtalen om partner er tilstede?

S: Opplever dere at noen som kommer til dere angrer etter en abort? Hvordan følges det opp?

S: Hvordan følges psykisk helse opp?

S: Får kvinnene oppfølging over tid eller enkeltsamtaler, og hvordan håndteres gjengangere av tilbudet?

S: Klarer dere å nå ut til målgruppen?

S: Hvordan er dere bevisst på ordvalg og kroppsspråk?

S: Kan det være et hinder at kvinnene må oppsøke et nytt tilbud for oppfølging?

S: De som kommer hit, hva har de å si om opplevelsen fra sykehuset?

S: Hvordan oppleves samarbeidet mellom dere og sykehuset?

S: Er det noen problemstillinger knyttet til abort før eller etter uke 12?

Vedlegg 4:

Kristoffersen NJ. Sykepleiefagets teoretiske utvikling, nettressurs. I: Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016. s. 15-103.

Utvidet kapittel fra nettressursene i *Grunnleggende sykepleie 3*.

Jeg legger dette kapitlet med som vedlegg, slik at man ikke trenger innlogging for å oppnå tilgang til den.



Tilpass til siden



Sidevisning



A) Les høyt



Legg til notater



PATRICIA BENNER OG JUDITH WRUBEL OMSORGSFILOSOFI

Det to amerikanske sykepleiere Patricia Benner (født 1924) og Judith Wrubel (født 1962, død 2015) gav i 1989 ut boka *The primacy of caring*, der de innledningsvis kritiserer rådende sykepleieteorier for ikke å være tilstrekkelig formet av sykepleierpraksis, og fordreier en tenkt ideell sykepleie, men en virkelig sykepleieeksperisise, slik den praktiseres fra dag til dag (s. 5). Når det i det følgende refereres til bare sidetall, er det ovennevnte bok det gjelder.

teoriens styrke, som ligger i dens evne til å forenkle og vise sammenhenger og mønstre i sykepleierens brokete virkelighet.

! Teoretiske kunnskaper gir oversikt og en prinsipiell forståelse av empiriske fenomener, noe som er særlig påkrevd for uerfarne sykepleiere. På samme måte som uerfarne bilførere trenger de retningslinjer og teoretiske prinsipper for å handle riktig og for å unngå å gjøre alvorlige feil.

Men etter hvert vil en uerfaren sykepleier utvikle komplekse ferdigheter og en intuitiv helhetsforståelse av konkrete situasjoner, og kan gradvis frigjøre seg fra en bevisst bruk av teoretiske prinsipper og retningslinjer.

Sykepleiere som fungerer på dette nivået, kan utvikle nye sykepleie-kunnskaper ved å ta utgangspunkt i eksempler på praktisk ekspertise, mener Benner og Wrubel. Ved å sette ord på en slik ekspertpraksis vil en kunne trekke ut kunnskaper som kan danne grunnlaget for en ny og forbedret sykepleiepraksis i neste omgang. Beskrivelsene kan da bli normgivende for den framtidige utøvelsen av sykepleie på det aktuelle området.

Benner og Wrubels omsorgsfilosofi har seg vanskelige innvalgte de komponentene som realiseres i en sykepleieteorier, den er tvert imot en kritikk av slike teorier. Men også Benner og Wrubel ser klare sammenhenger mellom bestemte fenomener/begreper, som *stress*, *mestring*, *sykdom*, *helse* og *veivær*. Disse sammenhengene er imidlertid flertydige og komplekse og kan ikke påvises eller forstås utenhengig av den personen det gjelder, eller uavhengig av den konkrete situasjonen og sammenhengen som personen er en del av.

Teoriens grunnlag

Menneskesyn

Benner og Wrubel bygger eksplisitt på Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse (Heidegger

2 | PATRICIA BENNER OG JUDITH WRUBEL OMSORGSFILOSOFI

Når mennesket bryr seg om noen eller noe, vil en rekke handlinger nettopp av den grunn være uakseptable og uaktuelle.

Kroppslige kunnskaper. Benner og Wrubel framholder at mennesket er en helhet, og at helse og sykdom må forstås som *levd erfaring*. De tar dermed sterk avstand fra det såkalte dualistiske menneskesynet, som skiller mellom kropp og sjel. Dette skillet mellom tenkning og kroppslige ferdigheter preger kunnskapsnytt i vår vestlige kultur den dag i dag. Andre former for kunnskaper enn de som er utviklet gjennom tenkning og refleksjon, slik som kunnskapsfulle kunnskaper, i beste fall anses de som mindre verdifulle kunnskaper.

Det kan også være andre årsaker til at det som Benner og Wrubel kaller *kroppslige kunnskaper*, er lite påaktet – for eksempel at de ofte er implisitte og skjult i handlingene når handlingene fungerer godt og hensiktsmessig. Kroppslige kunnskaper fungerer på det ubevisste plan, der de ikke krever bevisst oppmerksomhet eller refleksjon i den konkrete situasjonen. Det er først når våre kroppslige kunnskaper ikke strekker til fordi situasjonen er ny og ukjent, at vi blir oppmerksom på vår kroppslige «intelligens». Da må vi tilegne oss kroppslige kunnskaper på en bevisst måte, ved at vi konsentrert oss og tenker under innstuderingen av nye bevegelser eller øvelser. Men stort sett gir vår kroppslige intelligens oss en rask, ubevisst og umiddelbar forståelse av hva en situasjon betyr. Evnen til en slik umiddelbar forståelse er en del av menneskets natur (Dreyfus 1979, Merleau-Ponty 1962).

Kroppslig kunnskap (embodied knowledge) spiller en rolle i mange ulike situasjoner, for eksempel når en gjenkjenner ansikter og gjenstander, og når en vedlikeholder kroppstillinger og utfører bevegelser uten konsentrert oppmerksomhet. Kroppslig kunnskap er også en viktig del av de komplekse ferdighetene som utøves av for eksempel en jazzpianist eller en dyktig sykepleier (Benner 1984). Kroppslig kunnskap kan med andre ord beskrives som et vik-



tig aspekt ved menneskets evne til å reagere på en meningsfull og hensiktsmessig måte:

Mennesker er med sin kroppslige kunnskap i stand til å leve i verden og gjenskape den som sin verden, en levende mening. Mennesker er også med sin kroppslige kunnskap i stand til å leve lett og ubesværet i denne verden. De er hjemme her (s. 44).

Kroppslige kunnskaper utvikles og nyanseres i en sosial sammenheng. Kroppen tar opp i seg de ulike «meninger» vi lever med innenfor vår kultur. Vi anslår for eksempel umiddelbart hva som er «passende avstand» til andre mennesker i ulike situasjoner – som at det er akseptabelt å sita nærmere hverandre på en full buss enn i en butik-ka. Også kunnskaper vi har tilegnet oss for å mestre ulike ferdigheter, blir etter hvert liggende i kroppen, slik at det ikke lenger krever bevisst anstrengelse eller konsentrasjon å utøve disse ferdighetene. Da vi også redskapene vi bruker, for eksempel en pinsett eller en spytt, oppleves som en forlengelse av kroppen (se bind 1, kapittel 4, s. 140).

! Kroppslige kunnskaper er evnen til å opptråtte meningen i en situasjon på en ureflektert måte, og til å handle hensiktsmessig i gitte situasjoner uten bevisst gjennomtenkning.

Bakgrunnsforståelse. Vi er vant til å bruke begrepene mening og forståelse i subjektiv betydning, om en bestemt persons mening eller forståelse. Men begrepet *bakgrunnsforståelse* gjelder en annen form for forståelse. I tråd med Heidegger (1962) hevder Benner og Wrubel at menneskets bakgrunnsforståelse er de «meninger» som alle innenfor en kultur deler, og som kulturen gir et menneske fra fødselen av. Disse kulturelle meningene er ikke konkrete utsagn, men de er likevel bestemte for hva som oppfattes som virkelig, av medlemmene i den aktuelle kulturen. Bakgrunnsforståelsen bestemmer den

PATRICIA BENNER OG JUDITH WRUBELS OMSORGSEKSFORSØK | 3

enkeltes virkelighetsforståelse, og Merleau-Ponty (1962) sammenlikner denne kulturelle bakgrunnsforståelsen med lyset: Du ser ikke selve lyset, men du ser det lyset faller på, og uten lyset ser du ingenting. Menneskets kroppslige kunnskap gjør det i stand til å ta inn denne kulturelle bakgrunnsforståelsen helt fra fødselen av, allerede før evnen til bevisst refleksjon er utviklet.

Spesielle anliggender. Den kroppslige kunnskapen og den kulturelle bakgrunnsforståelsen bidrar til at hverdagen i stor grad kan leves uten bevisse anstrengelser og refleksjoner over daglige gjøremål og aktiviteter. «Kroppslig kunnskap tillater mennesker å leve i verden og forstå den i relasjon til dem selv, og bakgrunnsforståelse frambringer innholdet i det som blir forstått» (s. 47). I tillegg til disse to sentrale aspektene ved menneskets eksistens i verden er det et tredje viktig aspekt, som er knyttet til forståelsen av helse og helsevikt. Dette aspektet gjelder omsorg, det at noe betyr noe for oss. Fordi visse ting og andre mennesker betyr noe for oss, blir vi involvert i og engasjert i verden. Benner og Wrubel kaller denne formen for engasjement «concern», som Kirkevoild (1998) oversetter med *spesielle anliggender*.

Mens maken mennesket er i verden på, i stor grad blir bestemt av kroppslig kunnskap og kulturell bakgrunnsforståelse, er menneskets ulike aktiviteter knyttet til dets spesielle anliggender – til det som er av betydning for den enkelte. Det aspektet vi kaller spesielle anliggender, dreier seg om konkrete forhold eller personer som den enkeltes omsorg er knyttet til. Til forskjell fra det overordnede og abstrakte omsorgsbegrepet dekker begrepet spesielle anliggender *konkrete og spesifikke* forhold som betyr noe for *den enkelte*. Et menneskes handlinger er bestemt av de spesielle anliggender i dette menneskets eget liv – av det som betyr noe og har verdi for vedkommende. Her blir spørsmålet om motivasjon uinteressant. Det som «beveger» mennesket, er dets spesielle anliggender, mener Benner og Wrubel.

Denne spesielle maken å være i verden på innebærer at alle endringer i et menneskes liv må forstås

4 | PATRICIA BENNER OG JUDITH WRUBELS OMSORGSEKSFORSØK

ut fra hva endringen betyr for dette mennesket, eller ut fra hvilke konsekvenser den får for vedkommendes spesielle anliggender. Det som truer en persons spesielle anliggender, truer personen selv. Vi forstår enhver situasjon umiddelbart og direkte, og tillegger den mening ut fra situasjonen betyr for oss. Begreper som giftermål, skilsmisse, arbeidsledighet, forfremmelse, fødsel og helsevikt representerer endringer som gjør en persons tidligere selvforståelse utilstrekkelig. Den vante maken å være i verden på kan seg å være ubehagelig, den nye situasjonen. Endringen har berørt vedkommendes spesielle anliggender og må derfor gjøres til gjenstand for bevisst refleksjon og gjennomtenkning. Ved sykdom og helsevikt vil ulike personer oppleve varierende grader av stress, avhengig av i hvilken grad deres spesielle anliggender er truet.

Omgivelser

Benner og Wrubel hevder at mennesket ikke kan betraktes alene fra sin sammenheng eller sitt miljø. Mennesket blir hva det er, ved å leve i en bestemt sosial, kulturell og historisk sammenheng, og det utvikler kunnskaper om verden ved å være i verden på en bestemt måte. Det sosiale miljøet og kulturen er opphavet til en bakgrunnsforståelse som gjør det mulig for den enkelte å fungere relativt fritt og ubesvært innenfor sin kultur.

Kunnskaper om verden som er utviklet gjennom det å leve i en bestemt kultur, er i stor grad uttalte og vanskelige å formulere i ord. Også menneskets spesielle anliggender utvikles gjennom det å leve i en bestemt sammenheng, og heller ikke disse spesielle anliggender kan forstås løst fra et helhetlig perspektiv på menneskets totale livssituasjon.

Helse

Benner og Wrubel forholder seg eksplisitt til helsebegrepet. De legger naturlig nok hovedvekten på de subjektive aspektene ved begrepet, i tråd med sin fenomenologiske tilnærming til mennesket og til menneskets situasjon i verden. Dette person- og

situasjonsvhengende perspektivet gjenspeiles i de gjerne brukte begrepet *velvære* framfor helse. Helsebegrepet knyttes ofte til objektive fysiologiske og psykologiske normverdier og er lite egnet til å reflektere en bestemt persons opplevde helse, mens velværebegrepet nettopp reflekterer den subjektive, individuelle opplevelseskomponenten som Benner og Wrubel ønsker å vektlegge: «Velvære defineres som et sammenfall mellom ens muligheter og det en virkelig praktiserer og opplever, og er basert på det å gi og å ta imot omsorg» (s. 160).

Benner og Wrubels forståelse av begrepet helse og velvære samsvarer med Lazarus' (1966) syn på stress og mestring og Antonovsky's (1987) syn på helse (se henholdsvis kapittel 25 og 2 i Grunnleggende sykepleie). Disse forfatterne ser på helse som resultatet av et samspill mellom forhold og faktorer i personen selv og i den situasjonen personen er i. Et menneskes opplevelse av velvære kan ikke ses alene fra den sammenhengens vedkommende befinner seg i, eller fra vedkommendes spesielle anliggender. Slik betraktet blir helse uavhengig av om det forekommer objektive sykdomstegn eller ikke. Velvære og helse må forstås helhetlig, ved at begrepete må omfatte personen som helhet, og ikke bare personens kropp, psyke eller sjel, hevder Benner og Wrubel:

En fenomenologisk definisjon av helse må romme det å være så vel som det å bli til noe; den må være basert på et integrert syn på psyke, kropp og sjel; og den må være basert på faktiske muligheter mer enn på tesen om at fullstendig frihet er mulig (s. 160).

Sykepleie

Sykepleien rettes mot personer som opplever stress ved helsevikt, tap og sykdom. Stressbegrepet i Benner og Wrubels sykepleietenkning er nær knyttet til behovet for sykepleie, fordi opplevelsen av stress er individuelt og et resultat av et samspill mellom forhold i personen og i omgivelsene.



! Et menneske opplever stress og har behov for sykepleie i situasjoner der det opplever sine spesielle anliggender truet av helsevikt, sykdom og tap.

Sykepleieren må følgende tilnærme seg pasientens situasjon på en helhetlig måte, og ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av denne situasjonen. Benner og Wrubels syn på stress og mestring er basert på synspunkter hos Lazarus (1966) og Lazarus og Folkman (1984). Deres syn er omtalt i bind 3, kapittel 25, s. 242.

Teoriens beskrivelse av sykepleiefunksjonen

Sykepleiers mål og hensikt

Ut fra den forståelsen av helsebegrepet som er nevnt over, må sykepleierens overordnede mål være å hjelpe den enkelte til å leve ut, eller til å leve i overensstemmelse med, sine spesielle anliggender ved sykdom, tap og lidelse. Et viktig delmål for den enkelte blir da å mestre sin livssituasjon. Sykepleierens tilnærming til den enkelte pasienten tar utgangspunkt i den meningen pasienten selv tillegger situasjonen.

Pasientens situasjon

I motsetning til de fleste andre forfattere er Benner og Wrubel ikke spesielt opptatt av hva som kjennetegner mennesker som har behov for sykepleie. Det eneste kjennetegnet ved pasientens situasjon som de eksplisitt formulerer, er pasientens egen opplevelse av helsevikt, sykdom eller tap.

Benner og Wrubel har samme holdning til sykdomsbegrepet som til helsebegrepet. Også sykdom og subjektiv meningsinnhold. Symptomer på sykdom er meningsbærende ved at de tolkes og gis mening av pasienten selv, ut fra hvordan de oppleves, og hvordan de griper forstyrrende inn i pasientens tilværelse. Tølgelig er det nødvendig å skille mellom subjektiv opplevd sykdom og sykdom i objektiv forstand. «Ettersom sykepleiere beskjefter seg med helse og sykdom, velst og tap, slik de opplever, er det nødvendig å skille mellom [subjektiv opplevd] sykdom (=illness) og [objektiv] sykdom (=disease)» (s. xii).

«Illness» er ikke nødvendigvis knyttet til objektiv sykdom eller funksjonsforstyrrelse (se også bind 1, kapittel 2, s. 59). Den meningen som tillegges ulike symptomer, kan variere sterkt ut fra hva som er pasientens spesielle anliggender.

En viktig konsekvens er at den sykepleien pasienten mottar, må oppleves som meningsfull om den skal være effektiv.

Sykdom forstått som den menneskelige erfaring av tap eller dystfunksjon har sin egen virkelighet. Til sjunde og sist må all behandling oppleves meningsfull i lys av den menneskelige erfaring. Behandlingen vil bli mindre effektiv og lidelsen vil øke dersom behandlingen ikke samsvarer med pasientens forståelse av sin sykdom (s. 6).

Behovet for sykepleie skyldes en forandring i et menneskes livssituasjon, blant annet fordi det ikke er i stand til å fungere uhemmet i den nye situasjonen. Dette menneskets kroppslige kunnskaper og bakgrunnsforståelse er blitt utilstrakkelige, og vedkommende må stoppe opp for å reflektere over situasjonen og hva den krever. Det er et slikt brudd på en uhemmet og ubesvart funksjon Benner og Wrubel betegner som stress.

Stress defineres som sammehendte av mening, forståelse og ubesvart funksjon, som medfører at personen blir skadd, opplever tap eller står overfor en utfordring. Situasjonen innebærer sorg, behov for forklaring eller tilgjørelse av nye ferdigheter (s. 59).

Det er menneskets spesielle anliggender som bestemmer hvordan den konkrete situasjonen oppleves, og som blir bestemmende for hvordan mennesket reagerer og handler:

Fordi omsorg er bestemmende for hva som betyr noe for et menneske, bestemmer omsorg også hva som oppfattes som stressende, og hvilke muligheter som finnes for å mestre. Omsorg skaper muligheter (s. 1).

De situasjonene som fører til et sammenbrudd i den enkeltes tankestrømte og ubesvarte funksjon, involverer hele mennesket. Helsevikt er som regel en slik situasjon, fordi mange av de sidene av tilværelsen som tas for gitt, da faller bort. Kroppslige kunnskaper og bakgrunnsforståelse blir med et utlitrakkelig og bryter sammen, og situasjonen oppleves stressende – og truende. For det er

[...] bakgrunnsforståelsen og de personlige anliggender (som) bestemmer hva som regnes som stressende, samt hvilke muligheter for mestring som finnes i form av forståelse, ferdigheter, kunnskaper, verber og tilgjengelighet (s. 58).

Mennesket tillegger konkrete situasjoner mening ut fra hva som er dets spesielle anliggender. Men dette fører også til begrensninger av den enkeltes frihet og muligheter i situasjonen. Benner og Wrubel kaller dette «situasjonsbetinget frihet og situasjonsbetingede muligheter» (s. 54). Mennesket kan ikke velge fullstendig fritt hvilken mening det skal tillegge en konkret situasjon, fordi meningen er begrenset av den enkeltes bakgrunn, kulturelle bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender.

Stress er en unngåelig følge av at mennesket lever i en verden der et «noe» betyr noe for det, og der det er engasjert i dette «noe» gjennom omsorg. Noe tilsvarende gjelder for mestring, som ifølge Benner og Wrubel er det mennesket gjør i følge Benner og opplever stress. Men siden opplevelsen av stress altså springer ut av en situasjonsforståelse som ikke kan velges fritt, blir også valgmulighetene når det gjelder mestringstrategier, begrenset.

Mange av de stressituasjonene mennesket opplever, kan vanskelig «kureres» eller avverges. Ofte fins det ingen utvei ved lidelse,ulykke og tragedie. Dessuten er mennesket ubeslutsomt knyttet til sin egen virkelighet; det kan ikke frigjøre seg fra sin livssituasjon og sine spesielle anliggender – det kan ikke slutte å bry seg om. Et foreldrepar som for eksempel nettopp har fått et barn med en alvorlig, livstruende misdan-

ning, vil befinne seg i en stresssituasjon som det ikke fins noen vei ut av. «Løsninger» som å behandle barnet på mirakuløst vis eller å la være å bry seg om hva som skjer med barnet, er ikke reelle. Å distansere seg følelsesmessig fra et problem kan nok være en riktig mestringstrategi i enkelte sammenhenger, men en slik strategi vil være lite egnet i dette tilfellet. Foreldres bunnløse fortvilelse kan ikke fjernes på noen enkel måte, og helsearbeidere må i stedet gå inn for å lindre og mildne sorgen og fortvilelsen gjennom sin forståelse av den meningen foreldrene tillegger situasjonen.

Det at mennesket ikke har noen mulighet til å tre ut av sin egen virkelighet, innebærer at det konstituerer seg selv, og blir konstituert, gjennom sine erfaringer. En som overlever alvorlig sykdom eller skade, og som har vært døden nær, vil være preget av det resten av livet. Denne personen vil kunne øke sin personlige styrke på bakgrunn av en slik livserfaring, og bedre sine evner til å takle problemer senere i livet. En annen kan istedet bli ekstremt sårbar av den samme livserfaringen, slik at enhver ny situasjon med sykdom eller fare kan utløse angst og fortvilelse. Det er i det hele tatt svært mange måter «å være i verden på» etter å ha opplevd alvorlig sykdom, tap og sorg. Men det er aldri mulig å se verden på nøyaktig samme måte som før den alvorlige hendelsen inntreffer.

I Benner og Wrubels forståelse av stress og mestring ligger det at mulighetene til å mestre en belastende situasjon er vesentlig begrenset. Mennesket står ikke fritt til å velge blant alle mulige mestringstrategier, fordi en rekke strategier vil være lite aktuelle ut fra den meningen som tillegges situasjonen: I enhver situasjon vil mange mestringstrategier være utenknelige for dem som er involvert. For de fleste foreldre vil det for eksempel være utenknelig å slutte å bry seg om sitt syke barn, eller å forlate det. En lang rekke mestringstrategier vil dessuten være irrellevante eller uaktuelle i en konkret situasjon, understreker Benner og Wrubel.

PATRICIA BENNER OG JUDITH WRIBEL'S OMSØRSKSELØSOPPI

Sykepleierens rolle og metoder. Benner og Wribel beskriver svært liten grad generelle metoder for utveksling av sykepleie, men gir en rekke konkrete eksempler på korrekt og retningssøgende sykepleiepraksis, anskueliggjør av erfaringer sykepleiere som beskriver konkrete praksissituasjoner.

En kvinne som var stolt av hendene sine. Jeg arbeider på en sykehjemsavdeling. Denne dagen arbeider jeg dagvakt, og hadde som vanlig ansvar for fire pasienter. En av dem var ny, hun hadde kommet dagen før, innlagt fra hjemmet. Hun var i slutten 60-årene og var hardt rammet av leddgikt. Jeg fikk rapport ved begynnelsen av vaken, og det slo meg at hun var en ganske «lett» pasient. Sammenliknet med mange av de andre pasientene på posten, som var rammet av hjernelidelser og var halvslidd lammet, framstod hennes vansker med å forflytte og stelle seg selv som mindre alvorlige. Hun hadde ikke altså og dysfagi, og hun var kontinent for både urin og avføring. Da jeg gikk inn på rommet for å hilse på henne, lå hun i sengen, men var våken. Jeg så at hun var liten av vekt, og tenkte at jeg ikke ville ha vansker med å hjelpe henne ut av sengen alene.

Morgenen er alltid veldig hektisk hos oss. Alle pasientene skal få sitt morgenstall og frokost og være klare til fysioterapi og annen behandling i tide. Jeg var travelt opptatt med de andre pasientene mine og hadde ikke mye tid å avsette til den nye pasienten. Jeg hjalp henne med å få stull, seg og komme seg opp i rullestolen som hun brukte. Hun sa at hun var usikker på om hun ville ut på stua til frokost, og jeg tenkte at det ikke var så uvanlig den første dagen. Jeg tenkte ikke så mye over det før jeg vendte tilbake til rommet hennes ca. klokka ni, da mye hadde roet seg ned. Jeg fant henne sittende i rullestolen. Hun så lei seg ut, og satt framoverbøyd med hodet i hendene. Jeg satte meg på en stol rett ved siden av henne og la armen varsomt rundt skuldrene hennes. Hun begynte med en gang å gråte. Huskende fortalte hun om hvor ubrukkelig og stygg hun følte seg, ikke kunne hun bruke hendene sine til noe, og sykdommen hadde

Her beskriver vi en situasjon med tilknytning til kvinnen i fortellingen. Historien fortelles av en sykepleier som hadde kontakt med denne kvinnen dagen etter at hun ble innlagt på sykehjemmet.

gjort dem deformerte og stygge. Min første tanke var at jeg ønsket å si noe som kunne minne henne opp, så at hun ikke var så hardt rammet, og at hun tross alt hadde greid seg hjemme med sykdommen i mange år. Når hun nå var blitt pasient på sykehjemmet, var vi jo her for å hjelpe henne. Noe vi gjerne gjorde, men noe stoppet meg, og i stedet for å si noe ble jeg sittende og lytte til henne.

Etter en pause stilnet gråten, og hun begynte å fortelle om livet sitt. Hun fortalte om hvor aktiv og uavhengig hun hadde vært, og hvordan hun hadde sett fram til å gå av med pensjon og bruke tid på sine interesser. «Og jeg har alltid vært så stolt av hendene mine. Det høres høvelig ut, men jeg har alltid likt hendene mine». Jeg bare satt der, og hun fortsatte å fortelle at hun alltid hadde etaker å lage mat og bake og arbeide i hagen, og at hun nå hadde mistet alle disse tingene som hadde vært så stor betydning for henne. «Og hendene mine har jo blitt så stygge» fortsatte hun. «De andre pasientene her vil se på meg som et monster når jeg kommer ut på dagligstua» hvuset hun. «Jeg skammer meg over hvordan jeg ser ut», fortsatte hun stille.

Jeg opplevde at noe viktig var i ferd med å slippe mellom oss. Kanskje skyldtes det at jeg selv nylig hadde erfart et betydelig tap i mitt eget liv som bidrog til at jeg virkelig kunne forstå hennes sorg om å ha mistet, og over å ha fått et forandret utseende. Jeg følte at det hadde vært helt feil av meg å betragte henne som en «lett» pasient. Det som kunne synes som lett for meg, sammenliknet med alle de fysisk tunge pasientene vi hadde på posten, hadde en helt annen betydning for henne. De fysiske forandringene som endret hennes funksjon og utseende, var for henne totalt adekvedende. Det som kunne synes å være

PATRICIA BENNER OG JUDITH WRIBEL'S OMSØRSKSELØSOPPI

minde funksjonstap for meg, innebar tap som betydde at hun måtte gi avkall på mange ting som for henne var svært viktige.

Jeg kunne se at det var godt for henne at jeg var der og lyttet til henne på denne måten, uten å si noe og uten å forsøke å trøste. Etter en times tid hjalp jeg henne med å sminke seg og ordne håret, og med å ta på en jakke som skjulte de deformerte henderne hennes. Etterpå trillet jeg henne ut på dagligstua, der hun raskt kom i prat med en av de andre kvinnene.

Jeg hadde deretter fri i tre dager. Da jeg kom tilbake på vakt, fikk jeg ansvaret for andre pasienter. Jeg så henne midlertid på dagligstua og la merke til at øyene hennes lykte opp når hun så meg. Hun smilet til meg, før hun vendte tilbake til sammen med sin medpasient. De hadde tydeligvis lært av hverandre, og var opptatt med å minnes gårdsdrift i gamle dager

Forfatterne mener at slike beskrivelser av ekspert-sykepleie er viktige for en normativ teoretisering innenfor sykepleiefaget. På et generelt og overordnet plan peker de på sykepleierens ansvar for å kartlegge hvordan pasienten selv opplever sin situasjon, og hvilken mening han tillegger den.

For di personlige anliggender avgjør hva som står på spill for enkeltmennesket i enhver situasjon, er utfordringen for helsepersonellet å forstå de anliggender som innvirker på den enkeltes forståelse av sin sykdom (s. 88).

Bare ved å forstå hvilken mening pasienten tillegger situasjonen, og hvilke personlige anliggender han mener er frukt, kan en få innblikk i hvordan pasienten ser på mulighetene til å mestre situasjonen.

Da kan en også formidle videre til legen og til de påtørende hvordan pasienten forstår situasjonen, det å utføre rutinepregete oppgaver.

som de begge hadde erfaring med. Akkurat nå kunne jeg høre dem snakke om hagsjell, som de begge hadde vært opptatt av. Skulle bringebær beskjæres om høsten eller om våren?

Hun var nå levende engasjert og mimet lite om den nedstimmte kvinnen jeg hadde truffet for første gang for fire dager siden. Jeg visste med meg selv at mitt møte med henne hadde hatt betydning, og at det hadde hjulpet henne med å finne seg til rette på posten. Det var ikke det jeg sa eller gjorde, men at jeg var der og lyttet til hennes historie. Samtidig var dette møtet viktig for meg. Jeg lærte noe viktig som jeg visste fra før, men som det er lett å glemme i en hektisk hverdag. Uansett situasjon er det menneskets egne opplevelser av sin situasjon jeg må ta utgangspunkt i som sykepleier. Hvis jeg ikke gjør det, vil jeg ikke kunne hjelpe.

og hva som betyr noe for ham. Med en slik innsikt kan sykepleieren ta pasientens sak i situasjoner der de påtørende og det øvrige helsepersonellet er mist opptatt av å ivareta sine spesielle anliggender. Da bør sykepleieren føle seg forpliktet overfor pasienten, ikke overfor legen eller de påtørende.

Benner og Wribel tar også for seg sykepleierens spesielle anliggender, som er nær knyttet til sykepleierens personlige bakgrunn og yrkesutdanning, men også til konkrete situasjoner. På en måte er det nettopp den enkelte sykepleierens spesielle anliggender som har gjort vedkommende til sykepleier – slik som ønsket om å arbeide med mennesker, eller ønsket om å hjelpe andre, eller personlige omsorgsverdier.

Men i den enkelte praksissituasjonen vil sykepleierens spesielle anliggender være mer konkrete og knyttet til pasientens situasjon og personlighet. De spesielle anliggender vil være det som er viktig og avgjørende for sykepleieren å realisere, der og da, og det som gjør at sykepleien blir noe annet og mer enn det å utføre rutinepregete oppgaver.

**LITTERATUR**

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley.
- Benner, P. og Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. California: Addison-Wesley.
- Benner, P., Hooper, K.P. og Stammard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A thinking-in-action Approach*, 2. utg. New York: Springer.
- Benner, P., Tanner, C.A. og Chesla, C.A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement and Ethics*, 2. utg. New York: Springer.
- Benner, B. Seipen, M., Loonard, V., Day, L., Shulman, L.S. (2010). *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. New York: Jossey-Bass.
- Dreyfus, H. (1979). *What computers can't do: the limits of artificial intelligence*. New York: Harper Colophon Books.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Blackwell.
- Heidegger, M. (1981). *Vært och tiden*. (2 bind). Lund: Doxa.
- Kirkvold, M. (1998). *Sykepleierroller: analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Cyklendal.
- Lazarus, R.S. (1986). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. og S. Folkman (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.