

” NEDSATT INITIATIV VED HJERNESLAG – EN SYKEPLEIEFAGLIG UTFORDRING?”

Christin Larsen

Mastergradsoppgave i helsefag

Avdeling for sykepleie og helsefag

Institutt for klinisk medisin

Det medisinske fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2009

FORORD

Dette prosjektet startet for mange år siden med et vagt ønske om å få anledning til å beskrive noe av det jeg har støtt på i mitt arbeide som sykepleier. Parallelt med dette ønsket har jeg i mange år også kjent et behov for teoretisering av problemstillinger jeg har møtt i arbeidet mitt, ikke minst for å kunne begrunne mine valg i utøvelsen av faget bedre. Jeg har *lengtet* etter ”verktøy” å tenke med.

Da det ble økonomisk mulig for meg å gjennomføre master-studiet, kjente jeg meg derfor veldig takknemlig. Pendling til og fra Tromsø har vært vel anvendt tid. Det har vært godt å få være i ”tenkeboksen” igjen, og å få reflektere over sykepleie som fag og over problemstillinger i praksisfeltet.

Informantene jeg har intervjuet har bidratt til selve grunnsteinene i prosjektet. Uten deres meddelelse hadde jeg ikke kunnet skrevet dette. En stor takk til at dere ga av tiden deres, og ikke minst for alt dere har delt med meg under samtalene vi har hatt. Jeg vil også takke ledelsen ved de slagenhetene som ga samtykke til at sykepleiere ved deres avdelinger kunne stille som informanter, og som også påtok seg arbeidet med å inkludere informanter til intervjuene.

Videre vil jeg takke min veileder Sissel Lisa Storli fordi du er en stor pedagog, men også for faglig dyktig veiledning. Jeg er takknemlig fordi du hele tiden har formidlet tro på oppgaven min, også i perioder hvor jeg selv har ”stått i stampe” og hvor jeg har tvilt på arbeidet med oppgaven.

En takk også til ”mamma” som har lest korrektur på hele oppgaven, og til de nærmeste som har ventet tålmodig og mindre tålmodig på at jeg skulle få tid til dem.

Narvik/ Tromsø, mai 2009

Christin Larsen

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	s.1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s.1
1.2 Problemstilling	s.4
2.0 FORSKNING PÅ OMRÅDET	s. 4
2.1 Pasientens situasjon	s.4
2.2 Medisinsk forskning	s.6
2.3 Forskning på interaksjon og samspill	s.7
3.0 TEORETISK PERSPEKTIV	s.8
3.1 Å være tydende i verden	s.8
3.2 Syn på kunnskap	s.10
3.3 Kunnskap i sykepleien	s.11
4.0 MATERIAL OG METODE	s.12
4.1 Kvalitativ metode	s.12
4.2 Utvalg og rekruttering	s.13
4.3 Perspektiv og forståelse	s.14
4.4 Intervjuet	s.14
4.5 Analysen	s.16
4.6 Etske vurderinger/ personvern	s.18
4.7 Validitet/ Gyldighet	s.19
4.8 Forberedelser/ Godkjenning	s. 21
4.9 Organisering	s.21
5.0 PRESENTASJON AV MATERIALET	s.22
5.1 Informantene	s. 22
5.2 Om samtalene	s.22
5.3 Om å få livet omkasta	s.23
5.4 Følger av å få livet omkasta	s.24
5.5 Om å se	s.28
5.6 Om å sense	s.31
5.7 Om å bygge bro inn til pasienten	s.33
5.8 Om samhandling	s.35
5.9 Om å formidle håp	s.39
5.10 Om å handle med skjønn	s.43

5.11 Videre avgrensing	s.47
6.0 DRØFTING	s.49
6.1 Ulike kunnskapsformer settes i spill	s. 49
6.2 Å sense pasienter- hva innebærer det?	s.53
6.3 Innlevelsen- er sensing et aspekt ved den?	s.58
6.4 ”Balanskunst”- innlevelse i utøvelsen av det sykepleiefaglige skjønn	s.60
6.5 Tre overordna dimensjoner i arbeidet med Å fremme livsmot	s.65
6.6 Sammenfatning av materialet	s.66

1.0 INNLEDNING

En kvalitativ undersøkelse blant sykepleiere om hvordan sykepleierne arbeider for å fremme aktivitet, når pasienten er i aktiv rehabilitering etter et hjerneslag og er preget av nedsatt initiativ og motivasjon.

Prosjektet er avslutningen på masterutdanninga i helsefag ved Universitetet i Tromsø. Jeg ønsker med dette prosjektet å prøve å få innblikk i sykepleieres refleksjoner og erfaringer rundt arbeidet med å fremme aktivitet når pasienten er preget av nedsatt initiativ. Fokuset vil i prosjektet være på sykepleierne. Gjennom samtale med sykepleierne vil jeg søke å få innblikk i deres erfaringer. Jeg vil i den forbindelse foreta intervju. Materialet fra intervjuene vil deretter bli analysert og drøftet opp mot teori, som jeg synes er relevant for problemstillingen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Jeg har arbeidet åtte år som slagsykepleier ved en slagenhet, og har arbeidet mye med veiledning av øvrig pleiepersonale. Mitt arbeid har i hovedsak bestått av motiverings- og veiledningsarbeid, rettet mot pasient og pleiere, i pleien av slagpasienter i akuttrehabiliteringa etter hjerneslag. Dette innebærer blant annet jevnlig internundervisning, stadig arbeide med implementering av til enhver tid gjeldende konsensus og prosedyrer for tverrfaglig behandling og oppfølging, samt opplæring av nyansatte, pleiemedhjelpere og studenter. Jeg har også ytt veiledning daglig i direkte pasientrelaterte pleiesituasjoner, samt hatt ansvar for og utforming av retningslinjer for intervensjon ved ulike vansker, som kan oppstå hos pasienter ved apoplexia cerebri.

Min erfaring er at vi sykepleiere i utgangspunktet handler svært ulikt, også når det foreligger ens prosedyrer. Dette kommer av at de tverrfaglige prosedyrene ikke rommer det som er spesielt for sykepleiefaget, da sykepleie i seg selv ikke så lett lar seg fange og lage lister over. Sykepleie er dynamisk og situasjonsbetinget. Pleieyrket er alltid ”åpent”, og som Elstad og Hamran sier det, er veldig mye av det vi svarer med i en situasjon avhengig av hvordan vi

tolker denne. De sier videre at pleieyrket *må* ha en åpen form , og at det alltid må skapes rom for stadig vurdering. (Elstad/ Hamran 1995 s 89)

I vår slagenhet kan vi ofte se slagrammede, som tilsynelatende kan se ut til å ha nedsatt motivasjon. Pasienten uttrykker kanskje ikke direkte initiativ, og det kan være lett å tolke det dit hen at motivasjon for aktivitet og trening ikke er tilstede. Dette trenger imidlertid ikke alltid å være tilfelle. Uttrykk som dette handler også av og til om den enkeltes endrede evne til aktivitet og handling.

Begrepene *nedsatt initiativ* og *nedsatt motivasjon* benyttes i litteraturen av og til om hverandre. Jeg kommer også til å anvende begge begreper, men vil forsøke å anvende dem bevisst. Begrepet *initiativ* er slik jeg ser det et av mange uttrykk for motivasjon. Begrepet *motivasjon* innbefatter og rommer derfor begrepet *initiativ*. Men begrepet *initiativ* fanger ikke alt vi mener når vi snakker om motivasjon. Når jeg anvender begge begreper, er det fordi begrepet *motivasjon* innehar en dimensjon som også sier noe om pasientens ønsker og vilje. Noen ganger kan det være riktig å romme også denne dimensjonen. Andre ganger ønsker jeg å snakke om forhold hvor denne dimensjonen ikke nødvendigvis er tilstede , for eksempel når pasienten ikke har fysiske forutsetninger for å komme i gang med en handling eller en aktivitet, som han eller hun har et klart ønske om å gjøre. Derfor rettferdiggjør ikke begrepet *motivasjon* alltid det jeg ønsker å vise til, og jeg synes begrepet *nedsatt initiativ* (evne til å komme i gang), av den grunn generelt sett kan være bedre å bruke. Noen ganger vil jeg også finne det riktig å bruke begrepet *aktivitet*, da for å beskrive faktisk handling.

Det er vanskelig å vite om mangel på initiativ skyldes en eventuell depresjon, den organiske hjernelesjonen eller begge deler, og det kan være en sykepleiefaglig utfordring å skulle veilede pasienten i ADL-situasjoner når egenvilje til aktivitet ikke kommer til uttrykk, og uten at man vet helt hva dette skyldes. Ikke minst er det viktig at vi ikke tolker pasientens evne til deltakelse som mangel på vilje til å delta, og at ikke ei slik tolkning får ligge til grunn for de mål vi setter. ADL- situasjoner står for ”Aktiviteter i dagliglivet”, og innebefatter alle dagliglivets aktivitetssituasjoner. Dette kan være stell, måltider, toalettbesøk, dusj, gange og lignende. Dette er naturlige ”treningssituasjoner”, som sykepleieren har ansvar for å bidra i. Det er ikke alltid pasienten evner å delta aktivt i denne type aktivitet, selv om sykepleier bistår og kompenserer der det trengs, men sykepleier har et viktig arbeid i å forsøke å fremme aktiv deltakelse. Dette skal likevel alltid skje på pasientens premisser og i forhold til hva den

enkelte er i stand til å klare, slik at ikke spriket mellom de krav som stilles og pasientens evne til å møte disse blir for stort.

Noen vil vektlegge det å komme i gang med rehabilitering raskt, og bruker mye ressurser på å fremme aktivitet hos pasienten. Andre vil f.eks vektlegge autonomi / selvbestemmelse og raskere gi etter for det de tolker som pasientens implisitte ønske om å slippe, eller de begrunner det med at pasienten ikke makter. Man kommer kanskje ikke helt i posisjon til å hjelpe, i det vi handler ut i fra ulike personlig kunnskaper. Det finnes vel heller ingen fasitsvar på hva som er riktig eller galt i en situasjon, da enhver situasjon kan møtes på svært mange ulike måter. Vi ser på den annen side helst at den hjelp vi yter ikke er personavhengig. Likevel vet vi at det kan den godt være.

Da nedsatt aktivitet i den akutte rehabiliteringsfasen kan minske prognosene for bedring, er det grunnlaget sykepleieren har for handling i arbeidet mot å fremme aktivitet i rehabiliteringa svært viktig. Det er sykepleieren sammen med hjelpepleieren, som har ansvar for å formidle og sørge for opptreningsfokus i ADL-aktivitet gjennom hele døgnet. De andre faggruppene er på banen i kortere perioder i løpet av dagen. Det er derfor min hypotese at sykepleierens håndtering av slike vanskelige situasjoner er av uvurderlig betydning for pasientens rehabiliteringsforløp i akuttfasen, og sågar for videre prognose.

Skal vi klare å gi et godt tilbud for akuttrehabilitering av slagrammede i sykehus, er det derfor viktig at også sykepleieren blir bevisst egen refleksjon omkring sin interaksjon med pasienten, nettopp i de situasjoner hvor pasienten ikke greier aktivitet uten vår motivasjon og hjelp.

Det er viktig at vi deler vår kunnskap, vår erfaring og våre vurderinger med hverandre. Slik kan vi lære mer. Kunnskapsutveksling kan bidra til å øke sykepleiefaglig refleksjon. I neste omgang vil dypere refleksjon kunne virke inn på kvaliteten av den sykepleie vi yter.

Jeg er nysjerrig på hva andre sykepleiere, som arbeider med samme problemstillinger, tenker omkring tema. Hvilke erfaringer har de?

1.2 Problemstilling

Prosjektoppgaven har jeg følgelig kalt: ”Nedsatt initiativ etter hjerneslag- en sykepleiefaglig utfordring?”.

Jeg ønsket med prosjektoppgaven å gjøre en undersøkelse blant sykepleiere, som arbeider med slagpasienter i akutt rehabiliteringsfase. Hvilke erfaringer gjør de seg i arbeidet med mennesker som preges av *nedsatt initiativ*. Hvordan går de fram for å fremme aktivitet hos pasienten? Hva møter de fenomenet hos pasienten med ? Hva vektlegger de i arbeidet sitt?

Problemstillingen i min master-oppgave blir da som følger:

”Hvordan arbeider sykepleiere for å fremme aktivitet i ADL-situasjoner når pasienten preges av nedsatt initiativ, og når pasienten er i aktiv rehabilitering etter akutt hjerneslag ? ”

2.0 FORSKNING PÅ OMRÅDET

I det følgende vil jeg beskrive forskning på området. Jeg har skilt mellom beskrivelser jeg har funnet av pasientens situasjon, medisinsk forskning på området og forskning på det sykepleiefaglige samspill. Jeg har gjort søk i databaser som Bibsys, Cinahl, Cochrane Library, Medline, Pubmed og Swemed+. Jeg har søkt med termene ”apoplexia/ apoplexy”, ”apathy”, “nedsatt initiativ”, ”nursing”, ”care”, ”stroke”, ”activity”, “rehabilitation”, “ADL”, “samspill”, “interplay” og “omsorg”. Jeg har gjort enkelt-søk, men også foretatt enkelte kombinerte søk.

2.1 Pasientens situasjon

For å forstå de utfordringer sykepleieren står i, er det viktig å forstå pasientens situasjon.

Det å få et hjerneslag medfører store endringer og krever at pasienten tilpasser seg sin nye situasjon. For mange medfører det å ha gjennomgått et hjerneslag, at livet på mange måter må bygges opp igjen under nye forutsetninger, fordi noen av de forutsetningene en tidligere hadde ikke lenger er tilstede. Hvordan livet etter hjerneslaget blir, avhenger blant annet av hvor mye pasienten klarer å trene seg opp igjen.

Den første tiden rett etter hjerneslaget, er ei tid som derfor *ideelt sett* bør være preget av intensiv trening. Mange får imidlertid kognitive endringer forårsaket av den organiske skaden i hjernen, og kan dessuten være preget av krisa i seg selv, og pasienten har derfor ofte også endret kognitiv og følelsesmessig kapasitet til å møte livskrisa med.

Det finnes mye litteratur som tar for seg pasientperspektivet etter et hjerneslag. Anne Karin Elstads bok, ”Maria, Maria”, er en selvbiografi som beskriver tiden rett etter at hun ble rammet av hjerneslag og fra forfatterens eget ståsted. Doris Christensen har også skrevet om pasienters erfaringer, og her beskrives godt hvordan livet fortonet seg i tiden rett etterpå. (Elstad 2004, Christensen 1985)

De mennesker som har beskrevet tiden rett etter slaget, beskriver denne tiden som svært vanskelig, og det som kan sies å være felles, og som går igjen i fortellingene, er følelsen av kaos i det å ikke kjenne igjen egen kropp. Tap av styring over egen kropp medfører *tap av selvet og av identitet*. Fremtiden fortoner seg for mange som et stort intet. Livet blir uforutsigbart, for man vet ikke lengre hva morgendagen bringer. *Tap av mening* kan derfor være del av ei eksistensiell krise som oppstår.

Depresjon med følgelig nedsatt initiativ forekommer forståelig nok hyppig. Nedsatt initiativ kan også komme av at pasienten ikke lengre har styring på kroppens funksjoner på samme måte som før grunnet lammelser, styringsvansker, apraxi eller liknende. (Laake 2003)

Det kan være vanskelig å skille skader etter slaget fra primære psykiske symptomer, f.eks som en del av en krisereaksjon. (Carrera & Bogousslavsky 2006)

Studier viser til at *depresjon* er en av de hyppigst fremtredende nevropsykologiske utfall hos mennesker, som er rammet av hjerneslag. Depresjon er representert hos nærmest halvparten av alle som er rammet av slag, hvorav apati eller mangel på interesse utgjør det kliniske bildet. (Caeiro et al. 2006)

Apati kan defineres som mangel på motivasjon og kan ha kognitive, følelsesmessige årsaker eller begge deler og innebærer adferdsmessige aspekter. (Leuken et al. 2006)

Begrepet apati anvendes mye innen litteraturen, spesielt i internasjonale studier. Da jeg ikke synes dette er et godt begrep til bruk for meg i studien min, vil jeg derfor anvende termen ”*nedsatt initiativ*”, som jeg mener er bedre og dekkende for det samme fenomen. Termen er dessuten dekkende for noe av det man kan observere hos pasienten ved flere *ulike* kognitive utfall, i tillegg til depresjon.

2.2 Medisinsk forskning

Dietrichs (2007) viser i sin studie til at tidlig og aktiv slagrehabilitering øker sjansene for å gjenvinne tapte funksjoner etter et hjerneslag. Her vises dessuten til, at det er behov for god motivasjon, tilstrekkelig mengde trening og intensitet, samt at treningen foregår over tid.

Man har også forsket på effekten av ”slagenhet-behandling”, og Bent Indredavik har avlagt doktorgrad ved NTNU på nettopp dette, og har funnet at behandling i slagenhet øker overlevelse og minsker omfanget av funksjonsnedsettelse på sikt. Han antar at den positive effekten ved slagenhetene skyldes *tverrfaglig oppfølging* og intervensjon, men påpeker at man ennå ikke helt har klart å skille ut hvilke eventuelle enkeltfaktorer som kan ha positiv virkning på prognosen. Man tror likevel at den positive effekten bl.a. skyldes ei ”24-timers tenkning” og ”24-timers fokusering” på *opptrening* i de respektive slagenhetene. (Wekre & Vardeberg 2004)

Internasjonale studier viser til det samme. Data fra randomiserte og andre undersøkelser viser til at pasienter som får oppfølging i slagenhet, har større sjanser for å overleve slaget, gjenvinne uavhengighet, og returnere til eget hjem, enn de som ikke får slik organisert oppfølging. (Van der Worp & van Gijn 2007).

Det er også forsket en god del blant fysioterapeuter på ulike metoder og prinsipper for opptrening. Hovedpoenget her er at *aktivitet* er viktig, -også i akutfasen, for rehabiliteringsresultat og framtidig livskvalitet.

I internasjonale artikler, finnes også flere anbefalinger om implementering av såkalt ”Apati-skala”. Denne skal gjøre det mulig å identifisere pasienter med lav motivasjon, slik at helsearbeidere blir bedre i stand til å opprette intervensjoner for å forbedre motivasjonen, og

gjennom dette bidra til opptrening fram mot høyest mulig funksjonelt nivå. (Resnick et al. 1998)

Forslag for *interaksjon og samspill for å forbedre motivasjon og initiativ*, spesielt rettet mot hjerneslagrammede, har jeg derimot ikke funnet.

2.3 Forskning på interaksjon og samspill

Sykepleieren utgjør som nevnt den eneste faggruppa ved slagenhetene, som sammen med hjelpepleiere, følger opp hjerneslagpasienter gjennom hele døgnet. Det må bety at vår tilnærming er viktig, og at den måten vi møter pasienten på, også når nedsatt initiativ preger bildet, er av uvurderlig betydning.

Ut fra viten om at nedsatt initiativ hos pasienten utgjør ei relevant utfordring ved rehabilitering etter hjerneslag, og fordi sykepleieren er den faggruppen som bistår pasienten i ADL-aktiviteter, hvor opptreninga konkretiseres i meningsfull handling, fant jeg det sannsynlig at den sykepleiefaglige interaksjon i møte med denne type utfordringer var blitt viet oppmerksomhet. Jeg gjorde derfor søk for å finne ut hva som er publisert om sykepleie og samhandling med pasienter, som er preget av nedsatt initiativ etter et hjerneslag.

Grovt sett kan jeg si at det er gjort en del arbeider på sykepleie ved demens generelt. Dette gjelder også sykepleie til demente med spesifikke kognitive utfall, så som nedsatt initiativ. En del av dem som er rammet av hjerneslag vil også være pasienter som vil kunne komme inn under denne type kategorier. Det spesielle med hjerneslagpasienter er imidlertid at mangel på aktivitet får så fatale konsekvenser for prognosen.

Forskning som retter seg spesielt mot opptrening av hjerneslagpasienter, er i hovedsak skrevet av fysioterapeuter, med hovedvekt på å redegjøre og argumentere for ulike fysioterapeutiske metoder og prinsipper for opptrening.

De sykepleiere som beskriver sykepleie til pasienter med apoplexia cerebri, har i hovedsak også skrevet *veiledere* for hvordan man ”skritt for skritt”, gjennom metodiske prinsipper for gjenopptrening, kan hjelpe pasienter med hjerneslag fram mot aktivitet, da med fortrinnsvis

fokus på parese og paralyse. Disse beskriver forhold som forflytningsprinsipper, ballansetrening og liknende. (Davies 2000, Christensen 1989).

Jeg har søkt på flere termer og begreper som kan være aktuell for å beskrive den sykepleiefaglige interaksjon. Det finnes mange bøker og artikler som problematiserer overordnede sykepleiefaglige begreper, og drøfter disse, også innenfor andre gitte kontekster. Eksempler på slike termer er termen *omsorg*, f.eks i Austgard, hvor han bl.a. stiller spørsmål om hvorvidt omsorg er et teoretisk kunnskapsområde. (Austgard 2005)

Søk på termen "*Samspill*" som jeg også oversatte til "*Interplay*", ga også treff i litteratur hvor termen drøftes mer generelt. Termene var imidlertid hyppig brukt spesielt i kontekster innenfor psykiatri.

Else Lykkeslet's avhandling "*Bevegelig handlingskunnskap*" beskriver derimot en form for sykepleiekunnskap som er bevegelig og situasjonsbetinget. Hun har identifisert kjennetegn ved denne kunnskapen, gjennom å observere sykepleieres handlinger i ei kirurgisk avdeling. Kanskje hennes funn kan anvendes også i andre kontekster?

Det har ikke lyktes meg å finne studier med fokus på *sykepleieres refleksjoner og erfaringer* i forhold til det å skulle fremme aktivitet til pasienter rammet av hjerneslag, når pasienten har nedsatt initiativ. Slike forhold er viet oppmerksomhet i en del av den mer generelle litteraturen, som er ment som metodiske veiledere i pleien etter et hjerneslag, men da med fokus på pasientens antatte behov etter slaget. Jeg har til nå ikke funnet artikler eller litteratur, hvor *sykepleiers erfaringer* i denne spesielle konteksten er gitt fokus. Dette gjør at jeg tror min studie kanskje kan ha en begrunnet plass innen forskning, slik at nye aspekter belyses i det mangfold som allerede finnes av forskning på feltet.

3.0 TEORETISK PERSPEKTIV

3.1 Å være tydende i verden

Filosofisk teoretisk overbygning for oppgaven er Hermeneutikk, og da som ontologi. Hermeneutikk omtales oftest som *fortolkningslære*, og beskjeftiger seg med spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Det som skiller den ontologiske hermeneutikk fra den

epistemologiske, er at sistnevnte og opprinnelige hermeneutikk beskjeftiget seg med å forstå og å tolke en tekstforfatters livs påvirkning på f.eks en tekst. Dette fordi man innså at det kunne være en hemske for datidens vitenskapssyn dersom en tekst bar preg av en tekstforfatters liv og virke. Kunnskap basert på vitenskap skulle i denne tradisjonen skapes fra sidelinja, objektet skulle iaktas med forskeren som betraktende subjekt fra sidelinja. Noe annet kunne man ikke tillate seg innen vitenskapen. Hermeneutikken som ontologi søker å redegjøre for forståelse, gjennom å klargjøre grunntrekk ved menneskets eksistens og eksistensielle vilkår, og innebærer dermed et brudd med den ”opprinnelige” hermeneutikk. Denne retningen innen hermeneutikken understreker at selve vår måte å leve på er hermeneutisk. Vi er mennesker i verden som tydende mennesker. Essensielle navn her er Heidegger og Gadamer (Thornquist 2003, s. 139-168)

Et slikt teoretisk perspektiv innebærer en erkjennelse av at forskeren ikke er nøytral. Forskerens forforståelse gir opphav til forskerens spørsmål, så vel som forskerens tyding av et materiale. Vår horisont eller forforståelse kan sees på som en for-dom av tingene, og preger vår tenkning inn mot tingene.

Jeg ønsket å beskrive sykepleieres erfaringer, og å snakke med dem om deres fortolkning i arbeidet. Det var derfor naturlig for meg å velge *hermeneutikken* som ontologisk teoretisk overbygning og perspektiv for oppgaven. Å arbeide med dette har innebåret å arbeide med fortolkning på flere plan. Innenfor nyere hermeneutiske retninger, er tanker fra den filosofiske hermeneutikken videreutviklet, samtidig som metodiske spørsmål taes opp i fornyet form. *Tekstens autonomi* understrekes. Her menes ”tekst” i en utvidet betydning, noe som også kan innebefatte at en samtale kan inneholde overordna meninger, eller at ei samhandling blir til på bakgrunn av tolkning og mening i situasjonen. Mitt teoretiske ståsted har derfor hatt betydning for bearbeidelsen av materialet mitt.

Jeg har sett på fenomenet ”nedsatt initiativ”, og hvordan sykepleiere møter dette i arbeidet med å fremme aktivitet. Jeg hadde på forhånd en forståelse, og denne forståelsen har vært bestemmende for hva jeg ønsket å vite mer om. Wormnæs,1984, hevder at vår forståelse eller våre for-dommer allerede er bestemt av , og er et uttrykk for, en allerede eksisterende forståelses-horisont.

To begrep brukes her som er typiske i den hermeneutiske tradisjon, nemlig *forståelseshorisont* og *fordom*. (Wormnæs i Thornquist 2003) *Forståelseshorisont* er våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger, ifølge Thornquist. I følge henne er *fordom* et begrep som viser til at noe går foran og forut for dom. Det dreier seg med andre ord om den bakgrunnsforståelse vi møter et fenomen med. Poenget her er en anerkjennelse av at vi aldri er forutsetningsløse, men *alltid allerede* et sted. (Thornquist 2003 s 142)

Hermeneutisk sirkel er et velkjent begrep innenfor den hermeneutiske tradisjon. Dette er et viktig fortolkningsmessig prinsipp som innebærer at vi forstår ”delene ut fra helheten og helheten ut fra delene”. Dette vil skje når forskeren gjør ei fordypning av sin meningsforståelse av tingene.

De følgende underkapitlene inneholder presentasjon av teori som jeg har ansett for å være relevant og aktuelt for min problemstilling, og som jeg har satt meg noe inn i både i forkant av undersøkelsen, og også fordypet meg i underveis under arbeidet med og utforminga av masteroppgaven.

Jeg har også måttet foreta en del avgrensninger underveis, noe som har vært naturlig etter hvert som jeg arbeidet meg inn i materien. Teori som jeg hadde tenkt skulle anvendes da jeg skrev prosjektskissen i forkant av undersøkelsen, har derfor blitt byttet ut underveis med mer relevant teori. Mesteparten av den teorien jeg i forkant bestemte meg for å anvende, er likevel teori som er blitt anvendt underveis, om enn i en noe mindre grad enn tidligere tenkt. I og med at det å gjøre en masteroppgave innebærer ei hermeneutisk tilnærming inn til tingene, vil det derfor underveis være behov for å gjøre slike omskiftninger etter hvert som oppgaven skrider frem og materialet trer tydeligere frem for en.

3.2 Syn på kunnskap.

Jeg deler med kunnskapsteoretiker Bengt Molander et syn på kunnskap som innebærer en erkjennelse av at det eksisterer mange ulike former for kunnskap, og at kunnskap lever i handling.

Enkelte vil fortsatt hevde at kun ”påstandskunnskap” er virkelig kunnskap. Andre igjen vil si at et minimumskrav til virkelig kunnskap er at den er artikulert. (Fjelland 1987) Det finnes imidlertid kunnskapsformer som ikke nødvendigvis er artikulerte. Vi vet og kan mer enn vi

kan uttrykke i ord. Verbalisering og teoretisering, og positivismens krav om verifisering har imidlertid preget vitenskapssyn og vitenskapen. Erfaringskunnskapen og den personlige kunnskapen gis ikke rom innenfor dette kunnskapssynet. Erfaring er like fullt ut kunnskap.

Kunnskapen sitter i våre kropper, så vel som i våre hoder, og kommer til uttrykk når vi handler. Michael Polanyi er opptatt av kunnskapens aktive side, og skiller mellom "knowing" og "knowledge".

Molander sier helt enkelt at kunnskap er oppmerksomhet. Med dette mener han at kunnskap kommer til uttrykk og skapes hele tiden, når vi har ei åpenhet og ei oppmerksomhet ut (og inn) mot tingene. Han mener videre at det ikke finnes noen grunn til å akseptere skillet mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Dette fordi innsikt, også teoretisk innsikt, gir seg uttrykk i handling. Slik lever kunnskap i handling, hos Molander.

Dette er i tråd med en hermeneutisk filosofisk livsanskuelse om at vi lever i verden som tolkende og tydende mennesker.

3.3 Kunnskap i sykepleien.

I tråd med mitt teoretiske perspektiv, hermeneutikken som ontologi, kommer jeg ikke utenom min egen forforståelse og min forståelse av sykepleie som fag. Den sykepleiefaglige handlingen er for meg ei handling som ligger på et dypt mellommenneskelig, etisk-moralsk plan. Allikevel, eller kanskje nettopp derfor, kan sykepleien være full av etiske dilemmaer.

Det å skulle veilede ett annet menneske frem mot å mestre en ny livssituasjon, krever oss sykepleiere pedagogisk. Informantenes fortellinger gir innblikk i mye av deres pedagogiske tenkning. Jeg har derfor også lest og anvendt pedagogikk underveis i studiet mitt, og har blitt inspirert til å lese Olav Dalland og hans kreative tenkning omkring de pedagogiske utfordringene helse-og sosialarbeideren står ovenfor. (Dalland, 2001)

Å veilede godt i situasjoner hvor pasienten har nedsatt initiativ, er tolkningskunst og handlingskunst. Pleien må være åpen når vi står i disse situasjonene. Else Lykkeslet har skrevet doktoravhandling og funnet det hun kaller "Bevegelig handlingskunnskap". Det har derfor vært fruktbart for meg å se på hennes arbeid i lys av mitt eget, og vise verca.

Den sykepleiefaglige intervensjonen utøves i et samspill med pasienten. Grunnlaget for spillet er tolkning av en situasjon. *Intersubjektivitetsproblematikken*, som hos Thornquist, har jeg derfor også kommet i befatning med under oppgaven. (Thornquist 2003)

Omsorgen står sentralt i sykepleiefaget og for meg som sykepleier. Det å være der for den andre og det den andre trenger i øyeblikket, men samtidig ha for øye fremtidige behov den andre nødvendigvis ikke ser selv, og å balansere dette på en god måte, er for meg *omsorg*.

Kari Martinsens omsorgsbegrep gir gjenklang i meg som sykepleier. Martinsen fremhever tre aspekter ved omsorg, som alle er relevante inn mot studien. For det første omtaler hun omsorg som et relasjonelt begrep som omfatter et nært, åpent forhold mellom mennesker. For det andre mener hun at omsorg også omfatter utførelsen av konkrete, situasjonsbetingede handlinger basert på en ”forforståelse” av hva som er til den andres beste. Videre sier hun at omsorg er et moralsk begrep knyttet til prinsippet for svake. Hos Martinsen kommer anvendelsen av omsorgen fram i skjønn, eller det sykepleiefaglige skjønn. (Martinsen 1981)

De nevnte teoretikere vil jeg senere komme tilbake til i drøftingen av materialet.

4.0 MATERIAL OG METODE

I det følgende vil jeg beskrive mitt metodevalg og den veien jeg gikk underveis i undersøkelsen min.

4.1. Kvalitativ metode.

Jeg ønsket å gå fram gjennom bruk av kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ tilnærming til ei problemstilling innebærer undersøkelse av få enheter, hvor en vektlegger å gå i dybden av tema. Gjennom denne type tilnærming ønsket jeg å få belyst spillet mellom sykepleier og pasient i situasjoner hvor sykepleier legger til rette for aktivitet, og hvor pasienten samtidig preges av og uttrykker mangel på initiativ.

Fordelen med å velge kvalitativ metode, ligger i at metoden muliggjør analyse i dybden. Intensjonen med studien var å få innblikk i *informantenes refleksjoner* gjennom at de delte sine erfaringer med meg. Dette innebar et ”dybdedykk” og en lengre samtale med få utvalgte

informanter. Siden jeg ønsket å undersøke sykepleieres refleksjoner i pasientrelasjoner som beskrevet ovenfor, fant jeg det riktig å benytte meg av denne metoden.

4.2. Utvalg og rekruttering.

Jeg ønsket å få innblikk i refleksjonene til sykepleiere som arbeidet med pasienter i akutt opptreningsfase etter et hjerneslag, og som hadde erfaring fra dette arbeidet. Jeg måtte derfor forespørre på de stedene hvor det fantes slagenheter. Ledelsen ble først forespurt, og hjalp deretter utfra forespørsel til med å rekruttere informanter.

Av hensyn til tidsperspektivet, og for at prosjektet skulle være gjennomførbart, anså jeg ved prosjektstart fem informanter som tilstrekkelig til studiet. Av ulike grunner endte jeg imidlertid opp med bare tre informanter, noe jeg en tid var engstelig for ikke skulle gi tilstrekkelig med materiale. Det viste seg imidlertid at jeg fikk rikelig med materiale.

Rekrutteringen av informanter startet opp så snart jeg fikk anledning til å påbegynne prosjektet, og allerede høsten 2007. Forespørsler ble da sendt ut per brev til de ulike slagenheter, som jeg hadde valgt ut. Jeg fulgte også opp brevet med en telefonhenvendelse, hvor jeg henvendte meg til lederen for slagenhetene, slik at jeg fikk presentert prosjektet også muntlig. I brevet til ledelsen informerte jeg om hensikten med oppgaven, og jeg forklarte dessuten hvordan jeg hadde tenkt å innhente informasjon til studien. Dette for ordens skyld, og fordi vi under samtalene muligens kunne komme i berøring med taushetsbelagt materiale og taushetsbelagte hendelser. Det var viktig at ledelsen, samt informantene, ble gjort oppmerksomme på at sykepleiernes taushetsplikt også er gyldig under et intervju, og at taushetsbelagt materiale skulle samtales om i anonyme former under intervjuen. Dette gjaldt også den videre bearbeidelse av materiale, samt at sykepleierne under alle omstendigheter er bundet av sin taushetsplikt, også under samtalene med meg.

Jeg har unnlatt å bruke informanter fra egen arbeidsplass, da dette ble for nært for meg som prosjektleder/ forsker. Slik ønsket jeg å unngå at materialet mitt ble påvirket av de relasjonene jeg har i mitt daglige virke og det forholdet jeg har til mine arbeidskolleger og arbeidet mitt til daglig.

4.3. Perspektiv og forståelse.

Jeg er kjent med problemstillingene, og selv om jeg valgte bort intervjuer på egen arbeidsplass, har jeg likevel under arbeidet med oppgaven befunnet meg innenfor eget arbeidsfelt. Ulempen med å forske i eget felt er at man kan være blendet av sin egen forforståelse. Men det er også fordeler med å ha kjennskap til det felt man skal inn i, fordi man gjennom kjennskap til arbeidsfeltet, også har kjennskap til aktuelle problemstillinger i møte med oppgavene der.

Jeg har forsøkt å innta en posisjon hvor jeg har stilt meg *åpen* for det som har måttet komme gjennom intervjuene. Jeg har håpet å derigjennom selv kunne oppnå økt kunnskap om de forhold jeg synes har vært vanskelige og utfordrende i praksis, på områder hvor jeg ofte har følt at jeg har kommet til kort tidligere.

Hensikten med undersøkelsen har vært å forsøke å få tak *informantenes perspektiv*. Jeg har hele tiden likevel håpet på å kunne oppleve at mitt eget perspektiv ble endret og utvidet underveis, da hensikten nettopp har vært å lære mer om de forholdene jeg ville undersøke.

Både forsker og informant bringer på et vis hvert sitt perspektiv inn i en samtale, og det vil forhåpentligvis foregå læring begge veier. Det har vært viktig å være seg bevisst at jeg som forsker har kunnet påvirke prosessene, også under samtale med informantene.

Å endre oppfatning av tingene underveis, mens man arbeider med ett fenomen, og å utvide egen horisont og ståsted, kan sies å være den hermeneutiske sirkel eller spiral man beveger seg oppover og utover i, etter hvert som kunnskapen om et fenomen vokser seg større.

4.4 Intervjuet.

Som innfallsvinkel og port inn til problemstillingen min har jeg anvendt kvalitative dybdeintervjuer.. Slike intervjuer vil kunne bringe fram ny kunnskap, både hos informant og hos forsker, som resultat av at en setter ord på erfaringer. (Kvale 2001))

Gjennom det kvalitative intervju og samtale med informantene søker jeg å komme nær noen aspekter av sammenhenger. Informantens personlige oppfatninger og erfaringer på området

kunne her bidra til at jeg ervervet nye innsikter om temaet. Hensikten var å vinne ny innsikt, ikke å fåbekreftelse på min forforståelse av tingene.

Begrepet ”kvalitative intervjuer” har stor betydningsvidde. Jeg har derfor måtte designe *mitt* intervju, slik at det skulle være anvendbart nettopp til det jeg ønsket å undersøke. Jeg har hele tiden hatt ambisjoner om å få et innblikk i sykepleiernes refleksjoner på en slik måte, at mine forskningsspørsmål ble belyst. Kontekstene jeg søkte innblikk i, ville likevel innbyrdes være forskjellige og helt spesielle. Hver enkelt sykepleier ville ha forskjellige forhold de ønsket å betone og vektlegge. Og informantenes perspektiver på de spørsmål jeg ønsket belyst, ville kanskje være svært forskjellig fra min forforståelse. Noe av det fikk jeg også bekreftet underveis.

I det kvalitative intervju er perspektivet *informanten*. Det er derfor viktig at intervjuformen er preget av *åpne spørsmål*. Og som Marshall & Rossman i Olsen sier det:

” *The participant perspective on the phenomenon of interest should unfold as the participant views it, not as the researcher views it.* ” (Olsen 2003, s 126)

Jeg hadde på forhånd også tenkt på hvor viktig det ville være å klare å styre fokus for tema under samtalen på en god måte, slik at jeg fikk sikret at samtalen dreide seg inn mot de forhold jeg ønsket å få belyst. For likevel å kunne benytte meg av *åpne spørsmål* om temaet, benyttet jeg meg derfor av semi-strukturerte intervju, som tillater informanten å fortelle fritt fra det tema man som forsker velger ut. I den forbindelse utarbeidet jeg en intervju-guide bestående av overordnede aspekter ved tema. Jeg utarbeidet også underspørsmål, for å sikre at vi under samtalen også skulle komme inn på aspekter ved de overordnede spørsmålene jeg ønsket å få belyst, i tilfelle informantene selv ikke berørte forholdene under samtalen.

Det ovenstående utgjør de to første ledd i Kvales syv punkter, *tematisering* som finner sted ved utarbeidelse av ei problemstilling, og *planlegging*, som omhandler selve planleggingen av et prosjekt. Dette utgjør alt fra utarbeidelse av prosjektbeskrivelse, og til å tenke nøye igjennom selve intervjuet (Kvale 2006, s 41).

Deretter følger det å foreta selve intervjuet, *intervjuing*, som hos Kvale. Dette var en setting det ble viktig å tenke nøye gjennom på forhånd, da denne settingen skulle danne selve

grunnlaget for tolkningen jeg senere skulle gjøre. Ikke minst var det viktig å tenke over i hvilke omgivelser intervjuet skulle finne sted i. Det ble om mulig enda viktigere å tenke nøye gjennom hvordan jeg som intervjuer kunne påvirke samtalen i positiv eller negativ retning. Jeg prøvde under intervju-prosessen å forsøke å følge de anbefalinger som skissert hos Kvale i de *kvalitetskriterier* han skisserer, da jeg tror de forhold han her nevner er av stor betydning for kvaliteten av et intervju.

Det er også etiske aspekter knyttet til det å skulle gjennomføre et godt intervju. Man kan komme til å berøre vanskelige situasjoner som sykepleierne har opplevd, og som det kan bli vanskelig å snakke om. Kanskje aktiverer en slik samtale forhold som ikke er bearbeidet hos informantene. Jeg anså det som svært viktig å vise *varhet og sensitivitet* under samtalene og å vise respekt for informantenes grenser. God informasjon på forhånd om hva som skulle skje, om at samtalen ble tatt opp på bånd, at innholdet skulle bli slettet etter at det ble skriftliggjort, og at jeg ville gjøre notater underveis, var også forhold som informanten ble gjort kjent med på forhånd.

Å gjøre tale til tekst eller *transkribering*, som hos Kvale, utgjør neste punkt. I følge Kvale er det å skriftliggjøre det informanten har brakt fram i intervjuet en tolkningsprosess i seg selv. Ordbruk, tonefall, pauser og lignende under samtalen er forhold som også vil ha betydning for transkriberingen. For å ivareta transkripsjonens reliabilitet og validitet anvendte jeg derfor Kvales anbefalinger også til dette.

Jeg har arbeidet ut fra den narrative fortellingen som informantene har meddelt meg under samtalene.

4.5 Analysen.

Materialet som skulle analyseres var intervjusituasjoner hvor fortellinger eller narrativer fra informantene fikk komme fram. I en god samtale kan det skje at nye meningsenheter framtrer, også når man på forhånd har definert ei ramme for tema. Analysemetoden jeg anvendte, er inspirert av den hermeneutiske filosofien, og har til hensikt å løfte fram og opp de meningsenheter som framkommer ved bearbeidelse av materialet. Det ble tatt stilling til, arbeidet med og gjort endringer i fremgangsmåten etter hvert som arbeidet skred framover.

Det jeg først gjorde var å overføre lyd til tekst. Jeg skrev alle samtaler ordrett ned på papir – både spørsmål og svar. En stor del av prosessen handlet om å tenke gjennom hvilke av de utsagn informantene kom med, som med sikkerhet kunne kalles deres utsagn, og som således hadde gyldighet som *deres* refleksjoner over tema. Enkelte steder under intervjuene/ samtaler ble det synlig for meg både da jeg lyttet til opptakene og under analysen, at jeg som intervjuer ble for ivrig og engasjert og derfor enkelte plasser stilte noen ledende spørsmål underveis, tross for en intervjuguide med åpne spørsmål. Intersubjektivitetsproblematikken, som hos Thornquist, gjorde seg gjeldende, og aktualiserte tanker om hva som var informantenes rene utsagn og hvilke av utsagnene som var påvirket av det jeg brakte med meg inn i relasjonen/ samtalen. Siden det var informantenes utsagn jeg var ute etter, måtte jeg være dette bevisst. Jeg måtte luke ut utsagn hvor jeg selv hadde vært for ivrig som intervjuer. Som intervjuer kan man komme til å legge for store føringer på innholdet i et intervju, og man bør derfor være tilbakeholden spørrende, bruke pauser og lytte godt.

Jeg fikk også problemstillinger av typen: ”Hva ligger i ett utsagn?” Etter å ha gått gjennom materialet gang etter gang og hørt og lest hele intervjuet for å fange opp helheten, ble det klart for meg at enkelte uttalelser ikke kunne brukes og tolkes ord for ord. Jeg måtte få fatt i den overordnede meningen bak et utsagn. Noen steder syntes meningsinnholdet opplagt, og informanten var tydelig. Andre utsagn ble ”ulne”, og jeg måtte på sett og vis tolke budskapet. Det ble viktig for meg å være tro mot materialet. Ut i fra dette igjen bestemte jeg de naturlige ”meningsenheter”(naturlige=de som framkom naturlig som følge av dette) . Jeg ble dessuten nødt til å gjøre en meningsfortsettelse av innholdet i noen av uttalelsene. Noen utsagn var som nevnt ”greie”, meningsbærende og entydige. Disse har jeg i presentasjon av materiale flettet inn som direkte tale. Enkelte av disse er også forkortet ned, da med tegn som viser dette. Andre steder i intervjuene har jeg vært jeg nødt til å tyde i større grad. Når jeg har tydet har jeg tatt for meg lengre sekvenser, og deretter funnet de store innholdsmessige linjene i materialet. Dette har jeg gjengitt med egne ord i presentasjonen, men jeg har vært bevisst på å beholde *nøkkel-begrep* som informantene har introdusert. Denne vekslings mellom direkte sitat og sekvenser, hvor jeg omformulerer noe av materialet, skaper også ei språklig vekslings i framstillinga av materialet, som jeg synes gjorde materialframstillinga mer lesbar.

Kvale påpeker at dersom en anerkjenner tolkningens betydning gjennom en hel intervjustudie, kan det motvirke den vanlige feil å legge for stor vekt på analysemetodene som selve *veien* til å finne intervjuets mening. (Kvale 2001)

Det å skulle tolke en tekst er ingen lineær prosess, og det fins ikke ”rett eller galt” vedrørende spørsmål om det innholdsmessige. Veien til å finne noen ”svar” i materialet, handler i all vesentlighet om å ordne et kosmos av noe som ved første øyekast kan minne om et kaos. Å inndele materialet i emner som framkommer når en finner meningsenheter i tekstmaterialet, er en måte å skape kosmos eller orden på. Denne prosessen styres av forskers fokus og hva forsker har blick for å se. Fordi jeg hadde min forforståelse, og fordi jeg var styrende i forhold til fokus underveis i tolkingsprosessen, kjente jeg på redselen for å legge for mye i informantenes utsagn. Spørsmål som : ”Rettferdiggjør denne tolkninga det informanten egentlig mente å si?”, kom ofte. Likeledes tanker som: ” Forsto informanten egentlig hva jeg etterspurte?”. Det er viktig å være ydmyk når du tyder andres utsagn, og å være seg bevisst intersubjektivitetsproblematikken. Utfordringa ligger i å få til ei vekselvirkning mellom det å være styrende og bevare fokus på tema, og samtidig også være åpen underveis i tydinga for nye forhold og sammenhenger, åpen for den andres ”livsverden” og måte å se tingene på.

Jeg har videre gått inn i sentrale begreper som jeg anser som relevante i materialet mitt, sett i forhold til forskningsspørsmålene mine, og forsøkt å operasjonalisere begrepene ved å se på teorier som utdyper disse. Jeg har deretter forsøkt å se materialet i lys av andre studier og teorier, som jeg har anvendt underveis for å forstå. Deretter jeg brakt på bane diskusjoner, som har åpnet seg opp for meg gjennom arbeidet med materiale og informantenes erfaringer, gjennom arbeidet med andres studier, som tematisk har tangert mitt studie, og gjennom møysommelig å ha arbeidet meg gjennom teori . Min egen refleksjon har hele tiden vært aktivert underveis i studien. Jeg har sett på ”delene ut i fra helheten, og helheten ut i fra delene”. På denne måten har spørsmålene i studien min blitt brakt inn i større og nye sammenhenger og meninger for meg, inn i større og større sirkler, som i metaforen ”den hermeneutiske spiral”.

4.6 Ethiske vurderinger/ personvern.

I tråd med krav fra NSD er personopplysninger om informantene blitt oppbevart innelåst under prosessen fram til disse kunne avidentifiseres eller personopplysningene ikke lengre var nødvendig for veien videre i arbeidet med studiet.

Informantene ble på forhånd informert om at samtalene ble tatt opp på bånd, og også om at materialet ville bli forsvarlig innelåst all den tid jeg ikke arbeidet med dette. Jeg var oppmerksom på at enkelte kunne synes det var uvant å bli tatt opp på bånd, og det ble derfor viktig for meg å snakke med informantene om dette på forhånd, samt å betrygge informantene om at de fleste glemmer båndet underveis i samtalen. Informantene fikk også vite at samtalene ville bli slettet etter hvert som arbeidet og transkriberingen skred frem. De ble likeledes informert om at ingen andre enn jeg skulle høre båndopptaket. Jeg trygget også informantene om at jeg ville oppbevare alt øvrig henhørende materiale som ble meg til dels innelåst, og at jeg ville behandle personopplysninger med den største konfidensialitet og respekt.

Informantene fikk videre informasjon om at de deltok frivillig og etter prinsippet om *"informert samtykke"*. Dette innebærer at dersom forespurte og potensielle deltakere takket nei, så ville de ikke måtte begrunne et slikt avslag nærmere. Det ble også informert om at informantene når som helst underveis i prosessen kunne trekke seg uten å behøve å oppgi årsak. Informantene fikk i henhold til dette vite at dersom de trakk seg, også og underveis i prosessen etter at intervjuene var gjennomførte, ville alt tilhørende materiale som de hadde bidratt med i så tilfelle bli slettet umiddelbart.

Jeg opplyste dessuten at de som informanter ville forbli anonyme når det endelige produktet sto ferdig.

4.7 Validitet/ Gyldighet.

Når en skal vurdere validitet knyttet til kvalitative studier, må en anvende validitetskriterier som er i tråd med denne type studier. Studiens validitet må knyttes til andre kriterier enn de som generelt sett anvendes innen den kvantitative forskning. Selv om det alltid er mange måter å fortolke en tekst på, så er ikke en tekst åpen for hvilke tolkninger som helst. Tolkninger og utlegninger av tekster må vurderes ut fra kriterier, som muliggjør stillingstagen til deres relevans og validitet. Disse kan være gjenstand for drøfting og fortolkning, så argumentasjon og fortolkning kommer man ikke utenom. (Thornquist 2003, s. 190)

Kravet til fortolkeren er å ha ei åpen, spørrende og kritisk innstilling, ikke bare til teksten i seg selv, men også til egen fortolkningsvirksomhet. I den filosofiske hermeneutikk er tolkerens

horisont og forforståelse inkludert i erkjennelsesprosessen. Jeg viser her til den hermeneutiske sirkel eller spiral.

Intersubjektivitetsproblematikken aktiveres når en skal ta stilling til validitet. I min studie dreier det seg ikke om å gjenta hva informantene har sagt, men å ”omskape” dette inn i en studiens sammenheng og å ”frembringe en ny begivenhet”. Vi må på et vis gjette tekstens mening fordi vi ikke har tilgang til informantens tanker. (Ricoeur 1979, s. 198, i Thornquist 2003, s. 188)

Det har likevel vært viktig å være material-tro underveis og å forsøke å få frem nettopp informantenes erfaringer. Jeg har vært bevisst på egen forforståelse og på at jeg enkelte ganger i iver forfulgte ett tema under samtale, hvor jeg noen ganger ble ivrig etter å følge opp egne assosiasjonsrekker sammen med informanten. Dette kan sees på som en svakhet i forhold til validitet eller gyldighet når studien skal presenteres som andre sykepleieres erfaringer.

På den annen side er ikke forskeren nøytral observatør og passiv tilskuer til det som foregår under en slik samtale. Forskeren er den som bringer tema på bane, som legger føringer på en del av innholdet i samtale, og som både forut for og under en slik prosess, som et intervju er, har sin forforståelse eller horisont.

Under den interaksjonen som foregikk under samtale var også jeg, i ly av min erfaring på feltet, selv representant for det fagfelt vi beveget oss inn i under samtale. Jeg stilte således ikke med ett ”utenfra-perspektiv”, men hadde i aller høyeste grad et ”innenfra-perspektiv”, slik som hos Skjervheim.

Med ett slikt utgangspunkt vil forskeren ikke være passiv nøytral til den kunnskapsutveksling som en slik samtale framkommer, men være medskapende i innholdet i samtale. Jeg har som forsker mitt subjektive ståsted. Informantens subjektive ståsted etterspørres under samtale. I samspillet mellom oss oppstår noe mellom oss, som vi enkeltvis og hver for oss kan hende ikke hadde kommet til å reflektere over. Informanten bringer gjennom samtale nye aspekter ved tema på banen, som intervjupersonen kan tenke seg inn og videre i sammen med informanten. Dette går begge veier. Slik kan det oppstå ny kunnskap, både hos forsker og hos informant, jfr. ”den hermeneutiske sirkel”.

Validiteten kan imidlertid forvares ved at det ikke finnes noe hevd på "egentlig sannhet" når vi snakker om erfaringsfeltet hos den enkelte sykepleier i møte med den problematikken jeg som forsker introduserte. Søkenen etter egentlige, sanne meninger ble, i følge Kvale, avblåst i filosofien for en del år siden. (Kvale 2006 , s 154)

4.8 Forberedelser/ Godkjenning

Min prosjektsbeskrivelse ble på forhånd godkjent ved masterfag-utdanninga i helsefag ved Universitetet i Tromsø, hvor jeg har vært student under prosjektet.

Ledelsen ved de nevnte slagenheter var på forhånd informert og forespurt om å bidra til rekruttering av informanter til prosjektet. Aktuelle informanter fikk så et skriv, hvor de fikk informasjon om prosjektet, og hvor de kunne samtykke i at de stilte som informanter til prosjektet.

Prosjektet ble meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Det var ikke nødvendig å søke om tillatelse fra Datatilsynet, da jeg primært ikke skulle inn i direkte taushetsbelagte forhold under prosjektet. Personvernet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, har gitt tillatelse til oppbevaring av data under utarbeidelse av prosjektet. Det er ved prosjektslutt sendt melding til NSD om at prosjektet er avsluttet.

4.9 Organisering

Universitetssykehuset i Tromsø, avdeling Narvik, hvor jeg har arbeidet som slagsykepleier, har fristilt meg fra arbeidet og gitt meg lønnet 50% permisjon til å gjennomføre prosjektet over ett års tid. Jeg har likevel måtte anvende lengre tid, da oppgavens omfang egentlig krever hel permisjon over ett år. Jeg har derfor brukt ytterligere ett år på å ferdigstille oppgaven, da jeg det siste året har arbeidet i full jobb og skrevet på fritiden.

Arbeidsgiver la som premiss, at mitt Master-prosjekt skulle omhandle geriatri eller slag-rehabilitering i akutenheten.

Studien er forøvrig, bortsett fra 50% lønn ett års tid, finansiert av egne midler.

5.0 PRESENTASJON AV MATERIALET

5.1 Informantene

Samtlige informanter arbeider og har lang erfaring med rehabilitering av slagpasienter i akuttfasen. Alle har derfor også lang fartstid i arbeid med problemstilling og sitter inne med uvurderlig erfaring på området. Ytterligere data om informantene ansees ikke å være nødvendig å presentere, sett i forhold til studiens hensikt. Et annet viktig aspekt i den forbindelse er at informantenes anonymitet skal bevares.

5.2 Om samtalene

Samtalene med informantene utgjorde tre svært ulike intervjuer/ samtaler. Det overrasket meg egentlig ikke, at sykepleierne vektla så vidt forskjellige ting i samtale med meg omkring ett og samme tema, når jeg i utgangspunktet forespurte den sykepleiefaglige interaksjonen. Dette svarte til en viss grad til den forforståelsen jeg hadde, at vi sykepleiere innehar personlig kunnskap og vektlegger ulike aspekter i møte med pasienten, når problemstillingene tilsynelatende er av samme art. Likevel fant jeg mange felles kjennetegn på det de fortalte. I fremstillingen av materialet har jeg flettet samtalene sammen, slik at alle informantene får ”stemmer”, og får komme fram med sitt.

En av sykepleierne var opptatt av de organisatoriske forhold, og vektla i stor grad betydningen av de organisatoriske og økonomiske rammene som pleien skulle utøves innenfor. Hun var opptatt av den betydning rammefaktorene utgjør på godt og vondt. Denne sykepleieren vektla også sensitivitet i møte med den enkelte og det å se og å sense det mennesket hun står overfor i arbeidet sitt.

En annen av informantene snakket mye om selve interaksjonen, om holdninger og det hun rent pedagogisk la for dagen i møte med pasienter med nedsatt motivasjon. Betydningen av å inneha tro på fremgang, og å formidle dette videre til pasienten gjennom ord og handling, trakk hun også frem.

Den tredje informanten vektla også det direkte møtet med pasienten, og presenterte betydningen av å se den andre, og å gi rom for pasientens opplevelsesverden i sin tilnærming til pasienten. Samtlige vektla kunnskapens verdi, erfaring og skolering.

Så vidt forskjellige samtaler hadde likevel fellestrekk, slik at jeg har valgt å presentere dette materialet under ett. I min presentasjon skiller jeg ikke den enkelte informant fra den andre, da det som er av verdi i materialet ikke handler om hvem som har sagt hva, men den samla erfaring fra alle samtalene, som til sammen utgjør noe felles meningsbærende.

I det følgende vil jeg beskrive samtalene og samtalenes innhold nærmere. Materialet er fremstilt ”tydet”. Det vil si at jeg har trukket ut meningene i utsagnene slik de framkom for meg. En god del av fremstillingen er utdrag av ”direkte tale”. Dette for at fremstillingen ikke skal bli så tunglest. Dette blir presentert i en struktur som jeg tydet som overordnede aspekter ved materialet. Disse utgjør aspekter som jeg synes løftet seg frem som vesentlige underveis i prosessen med å analysere intervjuene/ samtalene. Jeg har valgt å presentere dem i en naturlig rekkefølge som etter mitt syn representerer den rekkefølgen aspektene vil bli aktualisert i arbeidet med problemstillingene i praksis. Innledningsvis vil jeg beskrive hvordan livet kan bli omkastet etter et hjerneslag.

5.3 Om å få livet omkastet.

Mange vil før hjerneslaget inntreffer ha levd et liv i selvstendighet , uten begrensninger i forhold til utøvelse av dagligliv. Etter hjerneslaget vil enkelte få innskrenket bevegelsesfrihet og utfordringer knyttet til endra kropp og funksjonsnivå med de følger for livsutfoldelse dette medfører. Noen vil komme i en situasjon hvor de i en fase av livet eller i uoverskuelig fremtid vil behøve hjelp til i det daglige til stell, laging av mat og spising eller til forflytning. Det å få et hjerneslag innebærer derfor for mange å få livet omkastet. Livsinnhold og livskvalitet er for mange truet.

Det å oppleve endringer i forhold til kroppsfunksjoner truer identitet og selvbylde. Å ta imot hjelp der man før har vært selvstendig kan oppleves vanskelig for mange . Noen får kognitive skader etter slaget i form av nedsatt hukommelse, nedsatt evne til innlæring, språkvansker eller afasi, forstyrret persivering, perservasjonsvansker og apraxi . Andre igjen kan være plaget med hemianopsi (synsfeltsutfall), hørselssvekkelse og svelgproblemer. Atter andre kan

ha lammelser, -fullstendige eller delvise lammelser, nedsatt sensitivitet i både hud og ledd, slik at man ikke greier å kjenne i hvilken retning ens egen fot befinner seg. Hele ens verden og måten man har vært i verden på, og ”bebodd” denne, kan være endret. Mange har en kombinasjon av sensoriske og motoriske utfall etter slaget. Det å være tilbakeholden i aktivitet kan derfor være en følge av mange og sammensatte forhold. Man kan ikke være full av initiativ når man ikke lengre kjenner sin egen kropp og får til å styre denne slik man ønsker, eller når man ikke lenger husker hvordan man før gjorde dagligdagse ting. Å ikke ville prøve, når man ser at det man prøver på ”blir feil”, er også naturlig. God og kyndig veiledning under rehabiliteringen er nødvendig dersom man skal greie å trene seg opp igjen.

I tillegg har mange også etter hjerneslaget ei naturlig nedstemthet, som noen ganger kan gå over i en depresjon. Det er derfor viktig å forebygge at ei nedstemthet får ”etablere seg”. Tristhet er derimot uunngåelig, og den som har det slik må også få aksept for at ting er trasig. Det er likevel viktig at vi som hjelpere peker på håpet, slik at vi kan hjelpe pasienten til å ”livne til“, både fysisk og mentalt.

Rehabilitering er en prosess med formål å gjenvinne høyest mulig funksjonsevne og livskvalitet etter sykdom og skade, og å mestre disse endringene som følge av dette. For de fleste er livskvalitet ensbetydende med det å kunne klare seg mest mulig selv, det å oppleve sosialt fellesskap og det å kunne fortsette å leve et rikt liv. Kognitiv svikt som følge av slaget eller alderspsykiatriske problemer som depresjon som følge av funksjons tap har derfor store negative konsekvenser for rehabilitering. (Knut Laake, 1997)

Samtalene med informantene mine ga meg innsikt i sykepleierfaring og -forståelse av at det å rammes av hjerneslag også innebærer det å få selve livet omkastet. Nedenfor har jeg skissert en del av det informantene mine pekte på under samtalene våre, og som kan være (slike) følger etter et hjerneslag.

5.4 Følger av å få livet omkasta.

Gjennom samtalene med informantene kommer det fram fortellinger, som har det til felles at de bærer preg av varme og omsorg i møte med mennesker, som har blitt rammet av hjerneslag. Det engasjement de viser meg gjennom fortellingene sine, og gjennom det de tenker, rører ved meg. Det slår meg at det ikke bare er arbeidet deres de forteller om. De viser

meg omsorgens ansikter og hvordan de tar ansvar for svake, og jeg tenker at dette handler om mer enn fag.

De begynner med fortellinger, som for å få meg til å forstå, om hvordan hjerneslag kan ramme både ”sinn og skinn”. Det kan se ut til at det er viktig for sykepleierne at jeg som intervjuer forstår opplevelsesaspektet når sykdom rammer, at jeg har skjønt utgangspunktet deres. En av dem forteller:

” Dette med Apoplexia, det er egentlig en veldig sår ting for den det gjelder. Vi prater ofte om det i avdelinga. Det er en sår ting for den det gjelder, for ting skjer så fort”.

Denne informanten viser til ei *sårbarhet*, som sier mye om pasientens opplevelse. For henne er det viktig å være oppmerksom på pasientens sårbarhet. Denne sårbarheten *kan* være en faktor som bidrar til at pasienten viser mindre initiativ. Mange vegrer seg for å delta aktivt, tror hun.

Måten vi møter dette såre på, tror hun kan være avgjørende for om pasienten kommer videre i prosessen. Det å ta inn og forsøke å forstå pasientens situasjon og meningsverden, det vil si den mening han knytter til den situasjon han har kommet i, tror hun er ei første forutsetning for å kunne yte god hjelp og støtte videre.

Det kan oppleves *nedverdiggende* å måtte ta imot hjelp. En av dem forteller:

”I akuttfasen ser vi det helt tydelig. Folk som har vært oppe og koka sin mat, og handla inn, (alle) de tingene man regner med å kunne fortsette med,...er snudd helt oppned.” (---) ”Det oppleves som en nedverdiggelse for den det gjelder. Det å ha vært husmor i femti år... og så plutselig så klarer du ikke de mest enkle ting. Du kan se at det lyser i øynene deres!!..... Og dette med å huske på å skjerme dem da, fra andres blikk,...er viktig.....! Det er nok ei stor sårhet for den det gjelder.”

Denne sårheta er det viktig at vi ser, sier hun, slik at vi ikke utsetter pasienten for andres blikk i situasjoner hvor det blir synlig at de må ha hjelp. Sånn kan vi ivareta den andres verdighet, sier hun.

Informanten peker også på viktigheten av å ta på alvor den slagrammedes opplevelse av tap og den sorg som følger dette. Sorgen kan komme som følge av endringer i evne til aktivitet. Forutsetninger for deltakelse i selve livet er endret. Vi må møte pasienten i hans eller hennes sorg, sier hun. Selve opplevelsen av tap kan noen ganger være forhold som vi hjelpere kan spille på i møte med pasienten. For å vekke opp lyst til å stå på for å trene seg opp igjen, kan man minne pasienten på ønsket om greie ting slik som før.

Slik kan en få motløsheten hos pasienten ”med på lag” og forsøke å lage en ”link” mellom livet før og nå. Dette kan bidra til å øke motivasjonen til å stå på.

Det kan være ulike forhold som er årsaken til at pasienten er vanskelig ”å dra i gang”. Det er ikke alltid lett, sier en av informantene, å greie å skille hva som er uttrykk for en depresjon, og hva som er uttrykk for forskjellige kognitive utfall som kan følge av slaget. Noen ganger kan nedstemthet være ledd i en naturlig sorgreaksjon, mens det andre ganger er gått over i det vi i medisinsk forstand kaller en ”depresjon”. Om dette sier hun:

” En naturlig sorgreaksjon pleier å gå over. Man reagerer, men greier samtidig å hente guts til å tenke videre. Noe er skjedd, man erkjenner det, og det kjennes trasig, men man ser at man er i gang igjen til en annen måte å leve på, og tror på at det her kan bli bra likevel. Ved en depresjon så ligger man og graver i gjørma, og kommer aldri ut derfra. ”

Nedstemthet hos pasienten, enten den skyldes ulike organsiske kognitive skader etter slaget, eller er en følge av en krise-reaksjoner på endra forutsetninger for å leve livet, *påvirker* likevel rehabiliterings-forløpet,- og også den sykepleie hun yter.

Veien gjennom rehabiliteringa med en som er nedstemt som ”annerledes”, sier en av informantene. Hun må arbeide med delaktighet på en helt annen måte enn ellers. Jeg spør på hvilken måte hun arbeider annerledes,? Hun gir ikke konkret svar, men gjengir en enkelt-episode som hun husker godt, sier hun. I det hun forteller, kan jeg øyne at hun lever *sammen med* pasienten i arbeidet sitt, og at hun i møte med det syke mennesket også tar inn over seg den andres opplevelse av lidelse og sorg. Jeg kan også høre - i det hun forteller- hvordan målet for henne i møte med dette mennesket er å forsøke å formidle håp om et liv også etter slaget. Mange opplever imidlertid at den psykiske påkjenningen går over i depresjon. En annen av informantene gjengir et pasienttilfelle hvor, nedstemthet sto i veien for fremgang:

” Jeg relaterer det vi snakker om veldig til en pasient, som vi faktisk overflyttet til en annen rehabiliteringsinstitusjon i dag, og som kom til oss før jul med kjempestort høyresidig hjerneslag. Jeg har aldri hatt pasienter som har overlevd så stort infarkt som han hadde. Han var kjempedårlig til å begynne med, hadde de første tegnene på herniering, og så sto han over den tidlige akutte fasen, og så gikk det jo lenge før det på en måte, før man trodde tru på dette, men så.....! Han begynte å få sondeernæring og begynte å komme i gang, før vi fikk se hva det ble til, han begynte å komme i gang etter hvert. Men så var han forferdelig trøtt , og vi fikk han egentlig bare våken når han satt opp på sengekanten sammen med oss, da slo han opp øynene og var littegrann med oss. Det er sånn det ofte begynner med de store infarktene.... De ligger ofte i en salgs tornerose-søvn, og så vekker du dem opp og begynner å stimulere til mer våkenhet, gjennom å mobilisere og å tidlig komme i gang og få dem ernært, slik at de får energi til å yte noe. Slik at de ikke blir helt tom! ”

Hun forteller videre om hvordan de observerte at han evnet å ta instruksjon under veiledning fra personalet, slik at de forsto, at her fantes det rehabiliteringspotensiale og ting å bygge videre på. Han forsøkte etter beste evne å være med på det de foreslo, men hadde veldig, veldig liten kapasitet. Deretter stagnerte det helt, forteller hun. Hun beskriver hvordan det hele stoppet helt opp, og om hvordan han ikke hadde lyst til å komme opp av senga i det hele tatt. Han hadde ikke lyst på besøk, han hadde ikke lyst til å spise, han hadde i det hele tatt ikke lyst til noen verdens ting. De foreslo tidlig for ham at mangelen på initiativ kunne skyldes depresjon, noe han bekreftet. Han kunne fortelle at han hadde mistet gløden og gnisten til absolutt alt, og ville absolutt ingen verdens ting mer. Like før han dro på videre rehabilitering begynte personalet å øyne effekt av antidepressiva som han hadde fått av legen. Han begynte å komme litt mer ”på gli”, var litt mer motivert ,og hadde litt mer lyst til ulike ting. Han begynte så smått og ta initiativ selv, som f.eks til det å gi uttrykk for at han var sulten, og han fikk også tilbake matlysten, som han hadde manglet lenge.

Det kan også være tungt for personalet å stå i, dersom pasienten er deprimert eller har mistet gnisten.

” Det å få tilbake initiativ til å kjenne at nu vil jeg opp og ut av senga, det er.....(tankepause)!! Det er kjempevanskelig å jobbe med disse som har mista gløden og innsikten”.

Det kan også se ut til at begrepet depresjon, og bruken av denne termen hos de sykepleierne jeg snakket med, rommer mer enn den medisinske termen ”depresjon”. Flere av sykepleierne ser ut til å bruke begrepet også om kognitive skader etter slaget som kan påvirke initiativet, og det kan se ut til at begrepet i praksis rommer en slags ”samlesekk” for alle de faktorer som kan virke inn på psykologiske og kognitive mekanismer etter et hjerneslag, og som kan bidra til pasientens nedstemthet. Bruken av begrepet og innholdet denne kulturen tilegner det kan muligens henge sammen med sykepleiefagets holistiske fundament eller helhetsdimensjon.

En av informantene forteller at det kan være vanskelig å skille mellom psykiske og kognitive følger av organisk hjerneskade. En psykisk reaksjon på omkastningene i livet kan også gå over i en depresjon, og disse forholdene virker ofte sammen og inn på hverandre. Det kan derfor være vanskelig å vite hvorfor pasienten viser ”nedsatt initiativ”. Mange andre forhold i akutfasen kan dessuten kreve både pasientens og vår oppmerksomhet.

”Det er jo som oftest når de kommer på Rehab at de oppdager at det her er nok ikke sykdommen”(...)” Det er nok dem som plukke det opp, mer enn det vi gjør”(...)”For i akutfasen er det så mange andre ting som skjer”.

Informantene maler et rikt bilde av hvordan pasienten kan ha det rett etter å ha fått hjerneslag. De er i en sårbar situasjon. Å vite dette som helsepersonell, og å handle i tråd med denne viten, synes å være hovedbudskapet til informantene når de snakker om følgene av å få livet omkastet etter et hjerneslag.

5.5 Om å se

Det å se den andre er et annet aspekt av det å forstå den andres situasjon. Det ”å se” synes å romme det sykepleierne mener de gjør, når de tar inn hele mennesket og forsøker å se også bak det ytre og å høre mellom ordene. Det handler om å se det som pasienten nødvendigvis ikke uttaler i rene ordelag, men som likevel blir uttrykt gjennom mimikk og det non-verbale. Det kan være det å se den andres redsel og engstelse, eller det kan handle om å gjøre gode

observasjoner generelt. Informantene bruker begrepet å se om det de gjør når de ser helheten, hele mennesket, og handler i tråd med dette. Det rommer også det å se at pasienten har mistet motet underveis.

” Det er veldig viktig å være observant. Når pasienten kommer til avdelinga og føler at armen er litt doven eller de går litt ustøtt, så ser man engstelsen (deres) hvis man ser etter.(...) Vi har faste prosedyrer, vi tar CT (caput), vi gjør undersøkelser, og det skaper jo trygghet. Men man må også se personen. Det må man gjøre!! Det skaper også trygghet for den det gjelde, det gjør det.....”

Når også sinnet vårt rammes og ”lammes”, trenger vi rom til dette. I møte med mennesker i store omveltninger og i krise, er det viktig å se, og gi rom, slik at det som er vanskelig og vondt får en plass å være. Å gjøre seg best mulig kjent med den man skal hjelpe, med det sosiale nettverket rundt den enkelte, er også ei nødvendig forutsetning for å gi god hjelp. En av informantene forteller:

*”Jeg tar tidlig kontakt med pårørende. Jeg inviterer gjerne til en samtale hit, dersom de har anledning til å komme. Noen kommer jo langveis fra, og det er ikke alltid de kommer seg hit, og da må vi ta den praten på telefonen. Det er viktig å få historie på den enkelte og å få høre fra ektefellen eller fra ungene det de har å fortelle om faren sin eller mannen sin eller.....Dette for å få litt mer å bygge på, spesielt i forhold til de som har afasi etter slaget. Da har man mer å prate med den enkelte om, dersom man kjenner litt av den enkeltes livshistorie. Det er viktig å gjøre seg kjent og å spørre: ”Hva heter ungene dine?” eller ”Hvor mange barnebarn har du?” eller ”Hvor bor de?” , og slik kan vi starte en samtale rundt de tingene. Det er viktig for meg å få kunnskap om mer enn den enkeltes sykehistorie. Vi har så mye fokus på det som skjer etter at pasienten kommer inn i sykehus, men jeg synes vi må vite litt mer om deres bakgrunn. Hvor de bor....og hvordan de har klart seg. Det er utrolig forskjell på folk.
”*

Da er det viktig å se både pasienten og de pårørende, sier hun. Å se og å ta inn over seg hvem den andre er, og at vi må gå individuelt inn, får konsekvenser for sykepleien. Å gi rom til at den andre kan tre frem slik at vi ser bedre, er et annet aspekt av det å se:

” (...)Du kan ha kunnskap , du kan gjøre ting rett.....Men ser du pasienten, samtidig?..... Det kan være rett alt du har gjort eller sagt, men har det vært rett sånn innerst inne i forhold til pasienten? Jeg tror man må inn og gi den andre tid, slik at man forstår den andre, slik at man ser pasienten og det som er spesielt for ham eller henne. ”

Å kunne yte god hjelp er avhengig av kjennskap til pasienten, og at vi som sykepleiere setter oss inn i den andres livsverden, og sørger for å bli best mulig kjent med det mennesket vi står overfor. Dette vies sterkt fokus hos informantene.

Det finnes i materialet mitt også historier om å *ikke* se den andre. En av informantene forteller om en hendelse mange år tilbake hvor hun sto ovenfor en pasient som reagerte negativt på alle tiltak som ble iverksatt fra personalets side. Hun forteller hvordan hun i etterkant har forsøkt å gi hendelsen mening, ved for egen del å finne en form for forklaring på pasientens reaksjoner. Hun tror ikke personalet den gangen var tilstrekkelig oppmerksom på at pasientens reaksjoner skyldtes at han hadde det vanskelig. Hun tror ikke de så ham tilstrekkelig. Måten hun forteller på bærer preg av at det også kan være vondt å ikke nå frem med hjelp, som hun sier:

” Det gjør noe med oss når vi ikke vinn` frem.....”

Samtalene med informantene rommer også historier om å hjelpe andre til å se. Under en av samtalene spør jeg om det hender at forventningene til pasienten spriker.

Hun forteller om enkelttilfeller hvor pårørende har forventninger om at sykehuset skal gjøre mannen eller faren deres *helt* frisk igjen etter slaget. Da må man bruke tid på å informere godt, dersom dette ikke er tilfelle. Akseptasjon kan imidlertid ta tid, både hos den som har gjennomgått et hjerneslag, og hos familie og nære. Hun sier:

” Det er jo de forventningene til sykehuset som finnes ute blant folk flest,... at man skal komme hit og få en slags reparasjon for å bli frisk! Det er jo det folk ofte tenker, at man skal få behandling, og så skal man bli frisk og fri for plager og vansker.....Det er jo forventningene til sykehuset. ”

Hun forteller videre om en pasient-relasjon hun for tiden jobber med:

” Vi har en pasient med høyresidig infarkt som ikke har sykdomsinnsikt, og som ikke forstår at han har lammelser en gang, og hvor kona sitter hjemme og ikke kan begripe hvorfor vi ikke får det til. Nei!! Og henne har jeg invitert til å komme hit og være sammen med oss for å.....,ikke bare for å være gjest, men for å se litt hvordan vi jobber sammen og hvordan kommunikasjonen er.....Hvordan vi får det til!”

Hun arbeider bevisst med å bringe pårørende aktivt med inn i konkrete ADL- situasjoner, for å hjelpe dem til å se og forstå. Slik kan hun lettere spille på lag med de nære rundt pasienten.

” Det er noen ganger kjempevanskelig, men dersom pårørende klarer å se med egne øyne, at det faktisk er slik vi beskriver det, at de klarer å forstå det.....,så er det lettere for dem å begripe hvorfor vi tar avgjørelser som kanskje ikke er sånn som de forventer. ”

Slik jeg tolker henne, mener hun at det kan være vanskelig å få til et godt samarbeide dersom forventningene spriker i flere retninger, og dersom omgivelsene stiller med urealistiske forventninger. Hun arbeider derfor mot at alle involverte skal ha felles forståelse for tingene.

Det å se rommer, slik jeg tolker det informantene legger i begrepet, det du gjør når du forsøker å ta inn over deg og favne den andres situasjon, ut fra så mange aspekter som mulig. Viten om og forståelse for hva hjerneslaget kan forårsake generelt, og kjennskap til det enkelte menneske spesielt er ting informantene trekker fram som uvurderlig utgangspunkt for å gi god hjelp videre.

5.6 Om å sense

Informantene snakker også om det ”å sense”. Dette innebærer, slik jeg forstår, et annet aspekt av det ”å se”. Når sykepleierne bruker begrepet, forteller de at de lytter med hele seg, og at de tar inn over seg og fornemmer ”noe” i samhandlinga med pasienten, uten at de helt kan sette fingeren på hva det er. Andre ord for det å sense kan være ”Fornemmelse”, ”magefølelse” eller ”finfølelse”.

Begrepet anvendes første gang når jeg spør en av informantene hvordan hun fanger opp at pasienten har nedsatt motivasjon.

” Det er jo ulike måter det kan gi seg uttrykk på. Det kan jo være de somikke tar initiativ til noen ting . Du senser på en måte at her er det noe. Det kan gå på uttrykk, både på ord, kroppsuttrykk og mimikk, vil jeg si(...)Slik fanger du det opp. ”

Jeg vil ikke helt slippe det hun sier om å ”sense”, og spør ytterligere rundt det. Hun sier:

”Det er jo helhetsinntrykket du går ut i fra (---) og du senser i forhold til familien også. Du får input fra familien, og du får det fra den som har fått slag, og så ser du jo handlingene deres sammen eller hver for seg. Og så tolker du ut av disse bildene.... ”

Slik jeg forstår henne, er det ”å sense” den tolkeprosessen hun gjør ut fra de (små) tegn pasienten eller de pårørende gir til kjenne. Er det noen forskjell da på ”å se” og ” å sense”, kan man saktens spørre?

Det ”å se” omhandler mer aspekter av å se, og å ikke overse, hvordan sykdom rammer hele livet og meningsdimensjonen i den andres liv, og det som åpenbart er spesielt for den andre i den nye livssituasjonen. Denne viten skjerper blikket på et vis, og hjelper sykepleieren til å se den andres opplevelse i tillegg til de fysiske endringer som har inntrått. ”Sensing” er, slik jeg tolker det, mer befestet i ei oppmerksom ”lytting”, hvor sykepleierne lytter oppmerksomt med hele seg til en type stemning hos den andre. Den er i større grad enn det ”å se” situasjonsbetinget og kontekstuell.

Å kunne *sense* er ett godt utgangspunkt for å fange opp viktige ting, mener informantene. Nedsatt motivasjon kan ”senses” og kan i følge en av dem gi seg forskjellige uttrykk hos ulike pasienter. Hun forteller:

”Noen er halvhjertige med på det man vil ha dem til,” (...) ”,og du senser hvor mye.... eller hvilken sinnsstemning de har dersom de er her..... Om de er deprimerte, eller om der er noe som ligger dypere enn det som er vanlig i forbindelse med

sykdommen.... Og så ser du det i handlinger, med at du kanskje på en måte ikke får dem med i den grad de burde vært med”.

Informantene konkretiserer senere i samtalen med et eksempel på hvordan det å sense det pasienten uttrykker har konsekvenser for hennes handling som sykepleier. Hun forteller:

” ...Og likedan dette med å ta dem med på badet framfor speilet og sitte der...Jeg tror man må vurdere litt. Det finns de som går rett i kjelleren, når de ser seg selv i speilet for tidlig! Ellers bruker man jo ofte denne metoden for å vise pasienten hvordan det kan være forskjell (fra den ene sida til den andre (min tilføyelse)), slik at de ser at det blir feil på klærne sine (feil påkledning(min utdypelse)).... ”

Det å sense synes å omhandle ei *finstemthet* i møte med pasienten. På lik linje med at et instrument kan være finstemt slik at man greier å fange og uttrykke nyansene i musikken, kan man være finstemt i møte med et annet menneske. Det handler, slik jeg tolker det informantene sier, om en type finstemt oppmerksomhet hos sykepleierne, som gjør at nyansene i den andres meningsverden får spille ut og spille med. Dette er viktig for så å kunne handle på en god måte.

5.7 Om å bygge bro inn til pasienten

Det å nå inn til i pasienten, for å kunne handle godt, kan utgjøre ei utfordring fordi pasienten kan ha mer enn nok med å være i seg selv. En måte å gjøre dette på, kan være å ta seg god tid i situasjoner som oppstår, hvor det er vanskelig å få den andre ”på gli”. Det å handle godt for den andre, trenger ikke alltid romme en ”gjøre-dimensjon”. Det kan av og til være viktig å la aktivitet hvile til fordel for en god samtale omkring tingene. En av informantene forteller:

”.....De er i en sårbar situasjon, de reserverer seg.....! Dersom man kommer inn og gjør et og anna, det er selvfølgelig ikke noe galt i å prøve å få dem opp!.....Men man sier : ”Nu skal du prøve...du skal opp, og pasienten har nedsatt initiativ og vegrer seg, ...da er man nødt til å stoppe opp ved tankene rundt akkurat det. Man behøver ikke å være sykepleieren som foretelle, at man har hatt oppe ho fru Hansen og ho har gått noen steg , så æ har gjort en god jobb, æ!.....Æ kan ha gjort en god jobb med å roa ned situasjon litt, sett den litt an, og påbegynt noe fra en anna innfallsvinkel, rett og slett. Æ vet at æ godt har kunnet kommet ut for kritikk for at æ

bare har hatt ho fru Hansen på sengekanten, eller har tatt tid til å prate med ho og gjort en avtale . Men når du gjør en sånn avtale, så glem` du den ikke av. Du går inn seinere på dagen , og du gir litt tid og romfor tanken. Og mi erfaring er at man må gripe det da, man må gå tilbake! Men man må gi rom,.....for pasienten har også erfaring i ulike tilnærmelsa. Og selv om æ vet at det gjør godt å komme opp av senga, må æ gjøre det på en etisk fin måte. Ikke overkjøre....da kommer vi ikke langt! Du kommer så mye lengre med å gi rom for alt det som mennesket foran dæ uttrykke.....Og når de ligg`der, med sorgen sin, og har mista motet, og initiativet er deretter.....så må vi pleie det også. Det er mange aspekta rundt det å bli ramma av slag. Apoplexi er svært for mennesket det gjelder.”

Samtalen jeg hadde med denne sykepleieren bar preg av hennes tydelige holdning til at det å handle godt ikke nødvendigvis er ensbetydende med å få den andre med i fysisk aktivitet, selv om dette var den opprinnelige intensjonen hennes. Det hun forteller er at det ikke er mulig å få et annet menneske med inn i aktivitet og til å fokusere på opptrening, dersom andre ting stenger for eller har behov for vår oppmerksomhet. Det med å ta tid til det pasienten opplever, og å bruke tid til og å åpne opp for pasientens tanker og opplevelser er viktig dersom vi ønsker å fremme initiativ og delaktighet.

Informanten vektlegger også det å være sammen med pasienten, i ”her og nå”- situasjonen og å ta del i de inntrykk, som ulike situasjoner kan gi sammen med den andre. Slik forsøker hun å bygge bro inn til pasienten og å leve seg inn i den andres horisont.

” ...Du må være et sted i lag med dem, det trur jeg er fryktelig viktig....! Og det har jeg inntrykk av blir satt pris på. Å bli liggende i senga og så bare bykses opp og over i en rullestol og ut av rommet, er ikke å være tilstede!!.....Uansett hva jeg gjør eller hvordan jeg gjør det, så prøver jeg og dra pasienten med i det jeg gjør....Om det er guiding eller bare det å rettlede, så er det viktig å få de med.”..... ” Det er viktig å hjelpe de ut av senga og opp, om ikke annet så kan det å være tilstede sammen, være noe så enkelt som å hjelpe dem opp på sengekanten og å sitte ved siden av dem og kikke ut i vinduet på himmele, eller på stjernene. Bare den lille tingen der, å være sammen om noe, har jeg inntrykk av gjør noe med sinnsstemningen deres. Det virker som om de blir lettere av det, dersom de er tungsindig.”

En av informantene påpeker viktigheten av at vi gir pasienten tid og rom til å gjenvinne erfaring i at det finnes et levelig liv etter slaget. Ei erfaring som det tar tid å erfare. I dette ligger det også en appell til sykepleieren om å være tålmodig i arbeidet. Som hun sier:

”Man må forstå at det går tid, det tar tid. Altså det tar tid! Og det trur jeg er viktig hele veien”.

Det å gi rom og tid handler vel også om hva vi som hjelpere forventer, og om hvordan vi tåler å stå i den andres motløshet. I følge henne er det er veldig viktig også å formidle til pasienten at det kan ta tid å komme seg, slik at de ikke mister motet og ”går i kjeller`n”, som hun velger å uttrykke det

En annen av informantene har erfart at hun hos enkelte pasienter bruker lengre tid for å få dem på gli i opptreninga. Hun setter dette i sammenheng med sorgopplevelsen hos pasienten. Hun fremhever betydningen av å være nær og tilstede sammen med pasienten:

”Du bruker lengre tid.... fordi slaget rammer på en måte.....eller sorgen rammer vedkommende.” (---)” Andre (igjen) må man dempe, nesten,.... så ivrige kan de være....! Men når jeg står ovenfor dem som jeg ser har et depressivt uttrykk til tingene som skjer, så er det viktig med nærhet. Man må gå inn i de situasjonene og være der...”

Hun forteller videre at det å gi tid til det pasienten opplever som vanskelig og vondt, - og gå i dialog med pasienten om det vanskelige, har betydning:

”Og så viser det seg, at når man bruker tid og ivaretar den mellom-menneskelige biten..., dialogen..., da vinn` vi frem som oftest.”(---) ”Vi har teknologi, vi har medisiner, prosedyrer, absolutt alt....! Men dersom vi ikke har den mellom-menneskelige biten med (oss)....., da tape de raskt initiativ!”

Informantene nevner alle den betydningen medikamentell behandling med antidepressiva kan ha i akutfasen. Det kan være nødvendig for å gi pasienten ”et medikamentelt løft” i rehabiliteringa. Likevel er den terapeutiske effekt samhandling og samtale kan ha som er informantenes og sykepleiefagets ”svar” og tiltak til ”nedsatt initiativ” i akutfasen.

5.8 Om samhandling

ADL-trening og -aktivitet er viktig trening. Det er ofte i disse situasjonene man tydeligst ser mangel på initiativ og motivasjon, og hvor det kanskje lettest er synlig at pasienten ikke er motivert til aktivitet. På spørsmål om hva sykepleierne gjør, når pasienten ser ut til å ha nedsatt motivasjon eller viser lite engasjement i konkrete ADL-situasjoner, illustrerer en av informantene hvordan hun også konfronterer pasienten med den situasjonen de er i:

” Det er klart, man møter også dem som ikke forstår hensikten med det vi gjør. De kan si: ”Kommer du nu og skal mase nå igjen!....Hva er det? Kan du ikke bare hjelpe meg, få på meg klærne, og så er vi ferdige med det?.....Så slipper jeg å gjøre noe som helst...? Og så gjør du det heller for meg....? ”Og da må jeg noen ganger spørre pasienten: ” Hva trenger du? Se for deg at du skal hjem, hvordan skal du få på deg klærne hjemme? Hvis du ikke er med og trener på det nu, så blir det kjempevanskelig når vi har et mål om at du skal hjem til heimhusan igjen. ””

Videre sier hun:

” Noen ganger er det faktisk lurt å konfrontere pasienten med hvordan situasjonen er. Han som vi f.eks har inne hos oss nå, som er lam, som sier at han ikke kjenner noen som er lam, og han er nå i alle fall ikke lam....fordi han har bevart sensibiliteten i foten sin... !Han oppfatter ikke seg selv som lam!... Han er det vanskelig å få med på opptrening! ”

Det er likevel viktig å presisere overfor pasienten, at hun vil være der og støtte og å hjelpe til og gi ei hand der det trenges. Man må samtidig påpeke at pasienten *selv* faktisk må ta et tak, dersom han skal greie å trene seg opp. Det er med andre ord ikke nok bare å forstå den andres situasjon. Sykepleieren må også stille krav, sier hun.

En annen av informantene forteller om hvordan hun forsøker å *sense* og å gi rom til pasienten i samhandlinga med pasienten. Hun forteller også om hvordan hun tar i bruk ”mild makt” :

”Det jeg oftest gjør er at jeg går inn til pasienten, og så setter jeg meg som regel ned. Det er ikke så viktig å få pasienten opp med en gang, eller få ham til å spise eller hva

det er vi skal gjøre....Så roer jeg ned, og føler på situasjonen. Prøver å høre hva pasienten sier, og så fanger jeg opp situasjonen. Dersom pasienten er bra språklig, så kan du alltid fange opp ting, ikke sant?... -Som du kan gå litt videre på!....Hvis pasienten ikke har initiativ, ikke føle` at det nytter,.....kanskje ikke har helt forståelse for at det er viktig f.eks å sitte på sengekanten, finne sitteballansen eller liknende, så er det min erfaring at jeg av og til må bruke mild makt. Når du vet at pasienten har sovet bra, fått litt frokost, så går du inn, setter deg ned , roer.....og så får du overbevist pasienten om at han skal prøve å sette seg på sengenkanten, ...”Vi gjør det, vi ser kordan det går”Men av og til må du på en mild måte skjære igjennom. For dersom pasienten er initiativløs, så vil han overbevise deg om at han skal opp senere, på ettermiddagen heller, kanskje.....,og da sier jeg at det kan han gjøre , men vi prøver litt nå likevel, forsiktig..., og ser hvordan det går! Så kan det faktisk gå noen dager, og så ser du når du kommer på arbeid en ettermiddag, så kommer pasienten i prekestol sammen med fysioterapeuten. Men det er viktig å ikke være sta, og å tvinge og være en sånn myndig sak,.....for da tar du litt lurven fra dem,.....! Dette er mennesker som har god erfaring gjennom livet på å kjenne sitt ståsted, og mange tror jeg fortsatt kjenner sitt ståsted, uten at.....!.Jeg tror man må være litt ydmyk og gå inn med den kunnskapen man har om mennesker, (om) hvordan man skal takle den personen, at man ikke overstyrer dem. Man prøve` ut forsiktig. Erfaringa mi tilsier at da kommer det. Så sant ikke andre ting skjer. ”

Hun presiserer at den ”autoritære- paternalistiske holdningen” ikke er måten å gjøre tingene på, men hun bruker likevel ”mild makt” slik at ikke pasienten blir passivisert. Det er et fremtredende trekk ved det hun forteller at hun føler seg fram til (senser) hva som blir riktig i situasjonen.

En annen av informantene bruker leken som middel for å få pasienten til å samarbeide. Hun viser til et eksempel med en pasient hun arbeider med for tiden:

” For å få vedkommende med på morgenstellet, for eksempel, så begynner vi med en vits! Og så må han få lov til å fortelle hva han gjorde i går ettermiddag. Og så må vi jobbe litt med gjennombevegelse av kroppen da, uten at jeg sier hva jeg gjør. Men jeg sier: ” Nu kan du være med å strekke deg opp mot lyset i taket”. Og så gjør han det, og så syns han at jeg er kjempeteit som kommer hit og gjør det her. ”Ja, men da

gjør vi det en gang til”, sier jeg, ”så får vi være ekstra teit !” og så leker vi litt, sier jeg. Og så leker vi bevegelse gjennom bena, og så leker vi tilslutt at han er med opp og løfter sete. og får av og på klærne. Men han er nesten ikke klar over selv hva vi holder på med. Så sitter vi på sengekanten og trener på balanse, sittebalanse og postural stabilitet. Så sitter vi slik og leker litt, og så sier jeg:” La oss sitte i robåten og så ror vi litt”,.....”Og så er det gynging i båten”, sier jeg, ”.. og så gynger vi og, og så tar du fatt i årene, og så er du med og løfter blikket ditt framover, og så henter du deg inn igjen...!” Jeg vet ikke hvor jeg henter det fra, men i forhold til akkurat denne pasienten, så er det faktisk slik vi må gjøre det for å få han med oss. Vi må late som om vi er i båten. Late som om , ja.....! Og da er han plutselig med og finner stabiliteten, er med i forflytninga, og over i stolen, og på en måte gjør det (likevel),..... Men jeg kan ikke komme inn til han og si: ” Nu skal du ta og stille dæ”.

Informanten forteller om hvordan hun veksler i måten hun møter den enkelte på , ut i fra hvem hun står ovenfor. Hun forteller hvor viktig det er å prøve å få ett innblikk i mennesket hun har med å gjøre. Hun spør:

”Hvilket menneske står jeg ovenfor? Hvilken ballast er med ham fra før?

Hvordan har han tidligere løst problemene sine, inni her!!? (peker på brystet sitt).”

Jeg får innblikk i hvordan hun tenker og handler for ikke å overstyre den andre, men samtidig hvordan hun *drar* pasienten med inn i aktivitet. Samtidig forteller hun, riktignok mellom linjene, om målet med det hun gjør: Hun forsøker å fremme aktivitet og fremgang fordi hun har erfaring og kjennskap til at opptrening faktisk krever egenaktivitet fra pasientens side.

Det å vektlegge de ulike individuelle behovene hos pasienten og å forsøke og finne ut hva som fungerer for nettopp det mennesket man i øyeblikket har med å gjøre er forhold alle informantene vektlegger. Dette vektlegges parallelt med det å gi rom for det den andre uttrykker. Under samtalene kommer det fram hva informantene forsøker å formidle: Det finnes ikke generelle verktøy til å anvende i arbeidet med å hjelpe pasienten med nedsatt initiativ til aktivitet. De verktøy sykepleierne derimot tar i bruk er spesielle, og for å finne dem anvender sykepleierne ”sensing” i situasjonen og sin kjennskap til pasienten. Dette er et

forsøk på å være kreativ, for å finne gode situasjoner for pasienten, for å fremme aktivitet og delaktighet.

5.9 Om å formidle håp....

I samtale med informantene kommer det også fram at det er viktig å formidle tro på fremgang gjennom trening, og derigjennom håp, når pasienten mangler motivasjon og gnist til å komme videre. Det å peke på fremgang overfor pasienten, selv de bitte små tingene, er helt essensielt dersom man skal oppnå resultater i rehabiliteringens akutfase.

En av informantene mener sykepleierens evne til å formidle håp til pasienten om bedring, er essensielt i arbeidet med å hjelpe pasienten til et positivt fokus på opptreningen. Det å ha kunnskaper om mulighetene til opptrening og bedring av midlertidig tapte funksjoner, og tro på at det er mulig å gjenvinne livskvalitet tiltross for varig funksjonsnedsettelse, er nødvendig dersom vi sykepleiere skal greie å motivere pasienten til aktivitet, hevder hun.

En slik tro og optimisme i møte med den slagrammede, tror hun bidrar til å smitte over på kvaliteten av det arbeidet hun gjør og den innsatsen hun legger for dagen. Slik kan ei holdning til arbeidet virke negativt eller positivt inn på pasientens initiativ. mener hun.

” Dette med å skape entusiasme inne hos pasienten, det er viktig,(...)Det er noe man må være fokusert på når man jobber.....”

En annen forteller om samme forhold:

” Det er farlig, på en måte, dersom vi går inn og ikke ser pasienten. Hvis du ikke klarer å nå fram og skape litt entusiasme..... Det er jo en del av vår jobb som sykepleiere og hjelpepleiere å hjelpe pasienten med å gi (de) håp.”

Det å sense godt i hver enkelt situasjon, gjør det mulig å møte den andre der han eller hun befinner seg. Da kan man arbeide med den andres ståsted som utgangspunkt, slik at pasienten gjenvinner tro og entusiasme. Verdien av å vise *engasjement* i arbeidet med pasienter i rehabilitering etter et hjerneslag, er et forhold som blir sterkt betont av alle informantene. En

av sykepleierne setter evne til engasjement i sammenheng med ressurstildelingen på avdelingen der hun arbeider. Hun forteller fra den tiden de hadde "slagenhet" om engasjementet til personalet:

" Vi merka det jo! Og jeg har god erfaring med både det å ha en slagenhet og å være uten. Selv om vi ikke har en fullstendig slagenhet i dag, så har vi likevel kompetansen , heldigvis. Men det er stor forskjell likevel.! Det at vi hadde fokus på slag skapte en entusiasme som gjorde at vi var flinkere til å bidra til at pasienten gjenvant initiativet.....Dette var en følge av engasjementet til personalet. For det er utrolig hvor man kan bidra til å passivisere en pasient, dersom man ikke går inn for å stimulere dem.(....)"

Hun forteller videre:

"Vi hadde en iver i avdelinga. Veldig! !!(...) Vi tok testa.....pasienten merka det strukturerte opplegget vårt og følte seg trygg.....og så at det gikk framover!.....Og var ivrig etter å komme opp og trene og være med i det hele....Og vi hadde ergoterapeut som var med og gjorde en del av testene. Og så var de ellers rundt om i avdelinga og bidro, på vakte` i helgene, og.....Tok pasienten opp av senga,- satt på sengekanten,- fikk sittestilling,- testa ut litt.....Pasienten merka at vi hadde et enormt fokus på opptreninga, og det skapte trygghet,og engasjementet smitta over på pasientene."

Under samtalene trekker også informantene fram viktigheten av å formidle håp til pasienten gjennom å peke på framgang og formidle ei positiv tro på og holdning til rehabiliteringa. En av sykepleierne kommer med et konkret eksempel:

" Jeg har en pasient her i dag som jobber veldig mye med å få til postural kontroll, med det å greie å finne sittebalansen. Det er gått en måned siden slaget, og vi er ennå på det nivået at han ikke har sitteballanse ennå. Han skyver seg mye over til ene sida, og har kjempestore problemer med å ta instruksjon. Overfor han er det viktig å påpeke framgangen, og for eksempel å si: " Du satt i ti sekunder helt uten støtte i dag, og det gjorde du ikke før helga. Merka du det? Ser du det?" Da kan han svare: "Ja, jeg hører du sier det.", så det er nok litt slik at han hører det jeg sier, men klarer ikke helt

å se det selv, og da kommer det nok sikkert av den der gniste, som ennå ikke er helt tilstede. ”

Hun forteller videre om betydningen av å påpeke de bitte små tingene som indikerer fremgang. Hun forteller som om hun står i situasjonen:

” Vet du, i dag gikk det bra å drikke uten at vi hadde tykningsmiddel i. Tenk, for en uke siden greide du nesten ikke å svelge, og nu merker jeg på svelgfunksjonen din, at den er blitt mye bedre. I da, g da du fikk brødskive, så la vi den til rette med tykningsmiddel oppå og ordna den til sånn som logopeden hadde råda oss til, og du slapp den grøten som du var blitt så lei av..... ”

Det er også av stor verdi at andre faggrupper blant personalet inntar samme holdning, påpeker hun.

” Jeg ser hvor viktig det er at hjelpepleierne er så godt skolerte hos oss. Det er viktig for å stimulere pasienten til initiativ. De tar også mye ansvar når det gjelder uttesting av alle ting, på en god måte. Ja, jeg tror på det at man må ha kunnskap om hvordan man skaper initiativ hos pasienten, vi må tro på at det nytter.....og være med....vi må nok være med og stimulere til initiativ! Det er ialle fall min erfaring. ”

I materialet mitt finnes også fortellinger om ikke å nå frem. Det kan også oppleves tungt å arbeide med pasienter som mangler gnist og pågangsmot. Vi takler dette ulikt, fordi vi mennesker er forskjellige, sier hun.

” Jeg tror det kommer veldig mye an på hvilke mennesker vi hjelpere er, for hvordan vi reagerer. Vi er så forskjellige, vi pleiere. Jeg tror nok jeg er en type som ikke gir opp andre folk så lett. Jeg ser den lille gnisten en eller annen plass, og man ser kanskje ikke gnisten helt til å begynne med. Men likevel så vet du at den vil kunne komme, og at den vil kunne komme gjennom pasientens opplevelse av mestrings. Det handler veldig mye om å kunne hjelpe dem til å se de små målene som er nådd, og å fortelle pasienten at ”du får til ting i dag som du ikke klarte i går”. Dersom man klarer å finne de små fremskrittene, og å peke på dem overfor pasienten, så har det

stor betydning for selvtilliten og mestringsfølelsen som de opplever, når de får til de små tingene. ”

En av informantene poengterer at målet med det hun gjør er svært ulikt fra pasient til pasient. Å oppleve mestring i arbeidet kan avhenge av hvordan man ser på det å vinne fram med arbeidet:

” Det kan være såre saker, såre saker..... som ligger til grunn tildet med å ikke nå inn! Det kommer jo an på hvor hardt ramma de er. Det inntrykket jeg sitter med etter å ha jobbet alle disse årene, er at man når alltids inn, men de rammes så ulikt, også!.....For et menneske kan målet være å komme opp og få strekt litt på kroppen, sette seg i rullestolen og nyte kaffen på stua, selv om ene sida ikke fungerer.....Man når inn på en eller annen måte, e dersom man går inn for det....det gjør man!”

Ikke alle oppnår gode resultater av opptreninga, selv om man skulle greie å ”nå inn” til pasienten, noe som kan handle om endrede forutsetninger etter slaget. Og som hun sier, det er ulike aspekter ved det å få til et resultat. Noen ganger handler det kanskje om å hjelpe pasienten til å akseptere endrede forutsetninger for livsutfoldelse. Hun sier:

”....Man får alltids et eller anna resultat, uansett om de blir sendt videre til mer opptrening eller pasienten blir her og vente` på sykehjemsplass!!”

Det å bidra til å gi pasienten håp for fremtida, henger sammen med vår evne til å se hva vi som helsepersonell kan bidra med, tror hun:

” Jeg blir så frustrert når andre ikke klarer å se at der faktisk finnes rehabiliteringspotensiale hos pasienten. Når de på en måte avskriver det, og sier : ”Nei, der inne er det bare tungt.....uff, det er ille å gå inn på det rommet”. Ei sånn innstilling sprer seg raskt til de andre, og så sier plutselig flere at ”Nei, der inne er det bare pleie, der er det tungt og ingenting å hente”. Sånne holdninger sprer seg raskt, og kan være farlige. Det er mer konstruktivt å gå inn på et rom hvis man har fokus på at vi ser fremgang, selv om den er minimal, og hvis vi fokuserer på det positive med å f.eks si: ” Lurer på hvordan det går i dag? Jeg tror faktisk han er på gli...!”

Denne sykepleieren forteller om sin sentrale rolle i å motivere også personalet der hun arbeider. Hun tror sykepleiernes engasjement virker direkte inn på kvaliteten av det arbeidet som blir gjort. Hun tror det er av uvurderlig verdi, at personalet også hjelper hverandre til å se positivt på utfordringene de står i, når pasienten ikke er delaktig med hele seg i opptreningen. Det har en smitteeffekt på pasienten, og det påvirker det som pleierne bringer med seg ut i avdelingen,- og inn i relasjon til pasienten. Hun eksemplifiserer fra ”rapporten” om morgenen:

” -Jøss, la du merke til i går på hundre-og-seks at det begynne` å gå fremover med ham? -Hvordan har helga vært? –Jo, nu så har han plutselig fått til å komme opp på toalettet selv, med hjelp...!”

I følge informantene kan sykepleieren bidra til, at pasienten gjenvinner håp dersom de viser engasjement i arbeidet og gjennom engasjementet sitt gjenspeiler ei holdning til, at det de gjør nytter. Dette tror de pasienten fanger opp og sender. Det å oppleve at noen bryr seg, kan være avgjørende for pasientens holdning til sin egen situasjon. Avmakt og resignasjon gis dårligere vilkår. Håpet blir gitt grobunn. Og som en av informantene sier det:

” Det er viktig å få dem opp, og å få dem med!..... Og også fortelle, at her er fjell for oss å gå, her er ting som går bra! Og her er mange ting som kan bli bedre enn de har vært. Faktisk!”

5.10 Om å handle med skjønn

Det er veldig mange kunnskapsfelt som er viktig å kunne noe om dersom man skal gjøre en god jobb i akutfasen med slagpasienter, spesielt overfor dem som har kognitive vansker og /eller nedsatt initiativ. Dette er forhold jeg er kjent med fra før, men som jeg får bekreftet i møte med informantene. Alle kunnskapsfeltene utgjør hver for seg delkunnskap som danner grunnlaget for det skjønn vi går inn med i den enkelte situasjon. Det er kunnskap som lever i vårt møte med pasienten, og som preger vår handling i møte med denne.

Informantene har alle lang erfaring, men meddeler også et behov for ytterligere kunnskap, bl.a. om krisereaksjon, om problematikken rundt depresjon hos pasienten, og om ”teknikker” som bidrar til følelse av mestring hos pasienten. Nettopp fordi slagpasienten ofte har svært komplekse vansker etter slaget, stiller det ekstra krav til oss, sier en av informantene. Det er i

følge informanten veldig mange kunnskapsfelt det er viktig å kunne noe om, dersom man skal gjøre en god jobb med å motivere, når pasienten viser ”nedsatt initiativ”. Dette er forhold jeg er kjent med fra før, men som jeg får bekreftet i møte med informantene. Alle kunnskapsfeltene en bruker i arbeidet sitt utgjør hver for seg kunnskapsområder og kunnskapsformer, som danner grunnlaget for det skjønn vi går inn med i den enkelte situasjon. På spørsmål om hvilken kunnskap informantene bruker i arbeidet sitt, kan det se ut som om det er vanskelig for informantene å gi noe konkret svar . En av dem sier:

” Jeg føler at jeg kan en god del nå etter å ha vært her ei stund, og føler faktisk at jeg har mye kunnskap som jeg kan dele med nye medarbeidere som begynner hos oss. Det kan være teknikker jeg bruker, men også håndlaget mitt som jeg kan dele med andre, ting jeg gjør som jeg egentlig ikke kan sette ord på hvorfor jeg gjør sånn eller slik! Men jeg gjør det med hendene mine,... og med hodet mitt, og uten at jeg helt kan forklare hvorfor jeg velger akkurat den bestemte måten å gjøre ei forflytning eller et stell på, annet enn ønsket om at det skal bli en mestringssituasjon for pasienten. ”

Kunnskapen sitter i ryggmargen, sier hun, som en slags ryggmargseffekt, og gjør at hun raskt kan hente den opp når hun har behov for den. Den er kommet som følge av erfaring, sier hun. Det er ikke den type kunnskap man nødvendigvis kan lese seg til, sier hun videre. Kunnskap og erfaring er også særlig viktig, tror hun, når man skal håndtere de kognitive vanskene pasienten kan oppleve etter et slag:

” Jeg tenker da på den kunnskapen jeg har om hodeskader generelt og hvilke følger de kan ha. De forhold som er med på å forme oppførselen til folk.... Hva er det f.eks som gjør at pasienten oppfører seg som han gjør , hvorfor er han så tverr og vanskelig.....? Jo, vi må faktisk huske på at det her er en skade i hodet! Han er ikke tverr for at han vil være det, men det er faktisk hodeskaden som gjør at han reagerer som han gjør!At han f.eks ikke forstår det man sier og blir sint når han ikke forstår. Og det er det viktig å ha erfaring på. Vi knytter jo ofte det vi opplever opp i mot den erfaringa vi har fra før..... Når vi tidligere har møtt mennesker med hodeskader, som har fått til ting på en annen måte enn vi er vant til, og som har lært seg problemløsning på andre måter enn vi synes høres fornuftig ut, -har andre mestringstrategier i konkrete situasjoner enn vi ville ha valgt, så tar man med seg den kunnskapen som en ballast i møte med andre pasienter.”

En annen av informantene forteller om noe av det samme med andre ord:

”Jeg tror erfaring er viktig. Du vokser jo på erfaring opp igjennom livet. Det er det du bygger på. Når du er nyutdanna, (---) så innbiller jeg meg at du ikke har så mange knagger å henge ting på.”

Vår tolkning vil alltid være begrenset av den mening vi knytter til et fenomen, som igjen gjenspeiler den måten vi forstår tingene på.

Hun sier videre, at den kunnskapen hun bruker når hun står ovenfor pasient med nedsatt motivasjon og skal jobbe for å fremme delaktighet, ikke finnes i noen form for prosedyrer. Kunnskapen er med andre ord bevegelig og situasjonsbetinget. Hun sier:

”Vi har ikke noen prosedyrer som sier hva vi skal gjøre”.

Videre sier hun:

” ..Man gjør så mye uformelle ting.....eller ting som ikke står nedfelt noen plasser(...) at du glemme det...!”

Den mellom-menneskelige interaksjonen, som er en del av møtet med pasienten, vies plass i samtalen vår, nok en gang. Hun prater om det spontane og bevegelige som oppstår i ulike situasjoner som et resultat av det sykepleieren bringer med seg inn i relasjonen, og det den enkelte pasient formidler. Sykepleierens forforståelse anvendes i møte med det spontane og situasjonsbetingede. Pasienten på sin side innehar også en forforståelse for tingene, som vil prege møtet og det som finner sted. Om den kunnskap denne informanten anvender sier hun:

” Det er erfaring. Erfaring fra yrkeslivet og erfaring privat livserfaring. Jeg ser forskjell fra tida jeg arbeidet som hjelpepleier tidligere, før jeg tok sykepleien, og nå. Jeg tror jeg har tilegnet meg annen kunnskap nå, etterpå. Med økt kunnskap ser du nok litt annerledes på tingene som skjer rundt deg.”

Den menneske-kunnskapen og den sensitiviteten som vi bruker i møte med den andre, er av uvurderlig betydning, sier hun. Med årene er hun blitt bedre rustet til å bruke sitt skjønn, hevder hun. Evne til skjønn tror hun kommer med erfaring. Hun sier:

” Når man jobba tidligere i livet og ikke hadde den kunnskapen, og nu ser hva man gjør for å motivere pasienten.....ja, det er nesten så man ikke orker å se tilbake..! Men man må lære å bruke skjønn!! Det handler om å ta i betraktning de psykologiske mekanismene , sorg eller tilbaketrekning, i arbeidet med pasienten og å ta det med i de vurderingene en gjør. Mennesker blir også rammet slik i møte med sykdom. Å vite det.... det er jo en form for kunnskap.”

Jeg spør hvor hun har lært det hun bruker i arbeidet sitt, når hun fremmer delaktighet og aktivitet hos pasienten. Hun sier:

” Det er nok mest erfaring. Egentlig. Og møte med massevis av ulike mennesker i arbeidet mitt. (---) Og så har man jo en del kurs på dette med apoplexia. Nu har jeg også tatt videreutdanning nylig, og har fått en del kunnskaper innenfor psykologi, krisebehandling.....sånne ting. Det er det jo viktig å ha kunnskap om. Å se pasientene og å hjelpe dem til å mestre de ulike fasene i ei krise er jo viktig å kunne noe om. Det er viktig generelt innenfor sykepleie, men disse her pasientene blir så fort og så hardt ramma. Ja, det er så spesielt.....”

Jeg spør videre om hun tror det trenges en spesiell mennesketype i dette arbeidet med å fremme livsgnist og motivasjon for å trene seg opp etter et hjerneslag. Hun forteller:

” Du trenger i alle fall erfaring. Av dem jeg har arbeidet med, kan jeg i alle fall si at forståelsen for det mennesket du står overfor er viktig. Det å oppnå god kontakt. Mange klarer å få dem på fote og lykkes med det de setter seg fore. Men det er mennesker som er godt skolerte, som har veldig gode bakgrunnskunnskaper. De kan for eksempel spørre pasienten: ”Jammen, koffør trur du ikke det?” , dersom pasienten er i tvil om han greier å mestre noe.....”.

Hun beskriver samhandlingene med pasienten. Den type samhandling som (selvfølgelig) er situasjonsbetinget og i mange tilfelle spontan. Når jeg ber henne beskrive med ord og med eksempel på en slik situasjon, forteller hun videre:

”Jeg liker å gå alene inn!!.....uansett hvor ramma de er blitt. Så liker jeg å gå alene inn og drive med ADL-trening. For da føler jeg at jeg får de mer med på lag. Jeg føler også at jeg lettere får deres oppmerksomhet. Og da er det lettere å sette ord på ting de føler i lag med dem. ”

For å komme inn på pasienten, kreves både sykepleierens og pasientens oppmerksomhet og ro rundt situasjonen, dersom man skal få pasienten med ”på lag”. Viktige vurderinger gjøres likevel på ”tverrfaglig skjønn” og med tverrfaglig basis, sier en av informantene. Utveksling av kunnskap personalet imellom er derfor også en viktig del av det å anvende skjønnet.

” Man må prøve å finne ut sammen hvordan det skal bli best mulig....”

Om det tverrfaglige samarbeide sier hun:

”.....Derfor er det spennende å jobbe i et team der man er flere....(---)...På posten her har vi mange diskusjoner.....som kan gå på det rent etiske ,og det kan gå på behandling og forskjellige ting. (---) Man gir hverandre erfaring. ”

Jeg hører henne fortelle at erfaring også utveksles og bygges ved at man utveksler ideer og tanker sammen med andre sykepleiere og andre faggrupper. Det å reflektere over måten man håndterer utfordringene på, både alene og sammen med andre, er en del av det å bygge på kunnskapen sin, slutter en av informantene.

Under samtalen snakker vi også om den organisatoriske tilrettelegging innenfor sykehusene, rammene for utøvelse og om sykepleiefagets vilkår når økonomien rår. Vi kommer inn på viktigheten av at ressurser er tilgjengelige, at man har tid til ikke bare det å gjøre noe for pasienten i akuttrehabiliteringa, men også det å være noen for pasienten. Slik kommer vi indirekte inn på ”gjøre-dimensjonen og ”være-dimensjonen” innenfor faget, og vilkårene for utøvelse av omsorgen innenfor sykehusene i dag. Det organisatoriske rundt de tjenestene vi

tilbyr –rammevilkårene, sier en av informantene, har slik sett stor betydning for hvor god sykepleie vi greier å yte.

5.11 Videre avgrensing.

Når jeg går materialet i sømmene, er det noen forhold som peker seg ut som spesielt interessante, nettopp fordi de utgjør en salgs essens av det informantene snakker om, sånn som jeg ser det. Jeg kunne valgt å gå i dybden av flere av de forhold informantene snakker om. Oppgavens omfang tillater ikke det. Dessuten utkrystalliserer det seg to-tre forhold som jeg finner mer relevant enn andre, sett i forhold til spørsmålene mine som jeg i utgangspunktet hadde. Årsaken til at jeg finner dette relevant, er at jeg i samtalen etterspør hva sykepleieren gjør - og hvilken kunnskap sykepleierne bruker - i arbeidet med å fremme initiativ når pasienten har nedsatt motivasjon etter et hjerneslag. Samtlige snakker da om det ”å sense” hvor pasienten befinner seg, som et utgangspunkt for videre samhandling, og at denne sensingen ligger til grunn for hvordan de skal angripe problemet videre. Ut fra det de sier, så er sensing noe de gjør hele tiden, og som bygger på den erfaring de har med problemsstillingene. Sensing henger derfor sammen med både den erfaringskunnskap de har og den øvrige kunnskap de måtte ha om slag og følger av slag. Til sammen utgjør alle disse kunnskapsformer, som sykepleierne tar i bruk når de senser, sykepleiers faglige skjønn. Å sense er med andre ord et aspekt av skjønnen. Da disse to begrepene til sammen utgjør essensen av det sykepleierne snakker om, er det naturlig å dra disse begrepene med videre, og å forsøke å beskrive disse. Jeg har blant annet derfor sett nærmere på følgende forhold:

-” Å sense”, som informantene forteller at de gjør når de forsøker å tolke pasienten.

-”Skjønn” som samlesekk for ulike former for kunnskap som taes i bruk når informantene senser .

Jeg ønsket som sagt å se nærmere på begrepene, og forholdet mellom dem innbyrdes. Jeg har derfor lest litteratur som omhandler disse aspektene ved sykepleie. I den forbindelse har jeg lest Else Lykkeslets doktoravhandling hvor hun beskriver den kontekstuelle og situasjonsbundne sykepleie, og hvor hun har funnet det hun kaller ”bevegelig handlingskunnskap”. Det ble nødvendig for meg også å fordype meg i tydingens aspekter, for å komme dypere inn i materialet, og bringe meg nærmere spørsmålene mine. Jeg har i

tillegg til Else Lykkeslet lest hvilken betydning Martinsen tilskriver fenomenet ”sansing”, noe som jeg mener ligger til grunn for evnen til ”å sense”, og dessuten noe av det hun sier om ”tydning”.

Det andre aspekt, som jeg har viet oppmerksomhet, er skjønnets som kunnskapsform og samlebegrep for mange ulike former for kunnskap. Skjønnets ligger alltid som en klangbunn til grunn for vår for tolkning i sykepleien. Martinsen har sagt og skrevet mye om skjønn, som det derfor har vært naturlig å gå inn i. Det har dessuten vært viktig å gå inn i annen kunnskapsteori for å få grep om ”skjønnets”. Bengt Molander har vært nyttig å tenke ut ifra, og da spesielt hans refleksjoner omkring kunnskap som ”oppmerksomhet”.

Under drøftingsdelen vil jeg se på kunnskapsparadigmene i sykehusene i dag og forsøke å drøfte den type kunnskap som informantene anvender og mener er viktig i akutt-rehabiliteringa, opp og inn imot vilkårene og rammene for utøvelse av denne delen av sykepleiefaget.

Til sist vil jeg se på problemstillingene mine på nytt, og i lys av mitt materiale, samt i lys av relevant teori, prøve å dra noen slutninger.

6.0 DRØFTING

6.1 Ulike kunnskapsformer settes i spill

I samtalene med informantene kommer det fram hvordan de anvender ulike kunnskapsformer sammen, når de gjør sine sykepleiefaglige vurderinger. Veldig mange ulike kunnskapsformer ”spiller” på en måte sammen.

For det første har de kunnskap om sykdommen Apoplexia cerebri, og om hva som skjer rent fysisk og fysiologisk ved et hjerneslag. Den kunnskapen, som er tuftet på det naturvitenskapelige kunnskapsparadigmet, er kunnskap de trenger i møtet med pasienten. De må kunne noe om hvordan og om hvorfor sykdommen rammer, og om hva som skjer i kroppen i form av lammelser når slaget inntreffer. De har også kunnskaper om

pasientbeskrivelser, og om hvordan endringer i kroppen "kjennes" i pasienten, og hvordan opplevelse av rommet kan endres.

Informantene har kunnskap om hva som kan hende på det rent kognitive plan, hvordan persipering, eller bearbeidelse og tolkning av impulser og inntrykk kan være skadet og forstyrret, og hvordan dette kan gi seg utslag i ulike symptomer og vansker. De har også generell kunnskap om kriser og om krisereaksjon, og om de psykologiske mekanismene som kan oppstå når et menneske er i krise. De har generell innsikt i hvordan tap av kropp og funksjon kan føre til tapsopplevelse, og om sorgreaksjoner som kan følge i kjølvann av tapt eller midlertidig tapt funksjon.

Dette er kunnskap sykepleierne delvis har lært teoretisk, men som de også har fått erfaring med gjennom sitt arbeid. Sykepleierne har også kjenneskap til at depresjon forekommer hyppig etter et hjerneslag. De har likeledes erfaring i å stå i pasientrelasjoner hvor depresjon og nedstemthet preger bildet. Informantene har også opparbeidet seg lang og personlig erfaring med hvordan de skal "fange opp" nedstemthet eller depresjon hos pasienter. De "senser" hvordan pasienten har det. Dette kan være en form for "taus kunnskap", som er opparbeidet gjennom erfaring, såkalt "erfaringskunnskap" eller "personlig kunnskap". De beskriver også hvordan ferdigheter, for eksempel det å mobilisere en pasient til sengekant, er en kunnskapsdimensjon. Dette inngår i "handlingskunnskap", hvor de handler i tråd med at de "senser" i den enkelte situasjon eller kontekst. Denne kunnskapen utøves spesielt og ulikt alt etter hva situasjonen krever, og kan derfor også betegnes "situasjonsbundet -og kontekstuell kunnskap".

Kunnskapen som informantene forteller at de anvender kan inndeles i "påstandskunnskap", "fortrolighetskunnskap" og "ferdighetskunnskap", ei inndeling vi finner hos den norske filosofen Kjell Johannesen. (Johannesen 1984). Påstandskunnskap er den kunnskap som kan formuleres som påstander, mens fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap omtales som aspekter ved praksiskunnskap. Dette kan være håndlag, fortrolighet med termer, eller fortrolighet med aktuelle forhold innenfor en praksis.(Lykkeslet 2003, s 62)

Det informantene mine forteller om kan forstås på denne måten. Til sammen utgjør disse kunnskapsformer eller kunnskapsdimensjoner grunnlag for utøvelse av skjønnsmessige handlinger. Informantene mine forteller om det faglige skjønn, som innebærer å sette ulike

former for kunnskap i spill på en god måte, til det beste for pasienten. Skjønn er med andre ord hjelpekunst. Hos Kari Martinsen er skjønnen forklart i ”Skjønnen på vippen”. Dette vil jeg komme tilbake til under kapitlet 6.3.

Hvordan kan man så forstå de ulike kunnskapsformene og samspillet mellom dem? Else Lykkeslet har i sin doktorgradsavhandling kommet frem til begrepet *bevegelig handlingskunnskap*. (Lykkeslet 2003, s. 182) Hun bygger bl.a. på Johannesens inndeling av kunnskap, og den måten han begrepsfester og deler inn kunnskapen, når hun ser på praktisk sykepleie. Tema for avhandlingen er praktisk kyndighet i sykepleie. Denne kunnskapsdimensjonen, kan i følge henne knyttes opp mot begrepet praksiskunnskap. Hun viser til at man tradisjonelt sett innen sykepleie har skilt mellom teoretiske kunnskaper og praksis. Dette er i følge henne ”to sider av samme sak”, viktig å ”sammenføre” og å ”bygge bro mellom”.(Lykkeslet 2003, s 1) Gapet mellom teori og praksis har vært påfallende, sier hun. Handlingskunnskapen behøver alltid faktakunnskap som underlag, men er noe annet enn faktakunnskap, og fakta og handling kan ikke skilles, sier hun videre, og hun refererer til Ramirez, spansk filosof, som også bygger på Aristoteles, og som deler kunnskap i handlingskunnskap og faktakunnskap. (Lykkeslet 2004, s. 63)

Lykkeslet har identifisert typiske gjøremål og situasjoner i en sykehusavdeling som stell, måltid og gjenopptrening. Hennes hensikt med avhandlingen er å identifisere og beskrive situasjoner, eller det landskap, som gir gjøremål innen sykepleie begrepsmessig innhold og som kan styrke sykepleiefaglig identitet. En slik identifisering, sier Lykkeslet, vil kunne være med på å gi språk til den praksiskunnskap sykepleiere har, eller til dimensjoner av denne. Sykepleiere har grep eller begrep om det de gjør, sier hun, og hennes utgangspunkt er at denne kunnskapen, handlingskunnskapen, ligger innbakt i de handlinger og gjøremål som utføres.

Informantene i min studie beskriver noe liknende. De innehar den generelle kunnskapen om hva som trenges i rehabiliteringa, en form for teoretisk kunnskap om tingene. I all handling anvender de så sensing, som en slags veiviser i situasjonen. Situasjonene, og det de senser i den enkelte situasjon, er avgjørende for hvordan sykepleierne går inn i de ulike ting. Disse (situasjonene) er skiftende og forskjelligartede, og det er viktig at sykepleierne ”leser” og forstår situasjonen godt, dersom de skal kunne handle godt.

Sykepleiefagets egenart, sier Lykkeslet, vil alltid være praksisnært og ha utgangspunkt i det enkelte møte mellom sykepleier og pasient, med mål som individuell, konkret og helhetlig pleie, og hvor situasjonene stadig er skiftende og komplekse. (Lykkeslet 2004, s)

Mine informanter forteller om sine refleksjoner rundt det kontekstuelle og situasjonsbundne som preger møtet med pasienten, og som danner grunnlag for interaksjon og samhandling i arbeidet med å fremme delaktighet når pasienten er preget av mangel på intiativ. Lykkeslett på sin side beskriver *den dagligdagse kunnskapen*. Hun definerer denne som en del av den totale kunnskapen som sykepleie som praksis bygger på. Mitt studie kan derfor sees på som en dialog til Lykkeslets avhandling og en beskrivelse av en daglig, kontekstuell og situasjonsbunden sykepleiekunnskap.

Lykkeslet har studert sykepleiere i praksis og ser på den daglige sykepleiekunnskapen ut fra et bevegelig handlingsperspektiv. I presentasjonen av empirien introduserer hun begrepet *pasientkjennskap*. Hun introduserer videre emneområdet *å leve med pasienter*, og *å se pasienter*, og *det trenede blikk*. Hun beskriver også området *å sense pasienter*. Hun identifiserer også fire strukturer i det å være sykepleier, som hun kaller *kjennende*, *medlevende*, *seende* og *sansende*. Dernest gir hun innhold til begrepet ”bevegelig handlingskunnskap” ut fra perspektiver om ”værekunnskap” og ”gjørekunnskap”. Disse to er sammenflettede og kan ikke sees som isolerte fenomener, sier hun. (Lykkeslet 2003, s169) Videre sier hun at praksiskunnskapen som bevegelig handlingskunnskap forutsetter en tilstedeværelse som innbefatter å være og å gjøre samtidig. I en travel hverdag kan den enkeltes innsats likevel bli målt opp imot gjøremålsorientert aktivitet. Tanker omkring dette kommer fram i det informantene mine forteller:

”Man behøver ikke være sykepleieren som forteller at man har hatt oppe ho fru Hansen og ho har gått noen steg, så æ har gjort en god jobb, æ! Æ kan ha gjort en god jobb med å roa ned situasjonen litt, sett den an, og påbegynt noe fra en anna innfallsvinkel, rett og slett” (Se s.33)

Jeg forstår disse to dimensjonene slik at gjøredimensjonen rommer gjøremålene, og væredimensjon rommer det å være tilstede og å forstå og møte den andre på en god måte. Dette gjør man som sykepleier imidlertid samstundes, men i ulike situasjoner kan disse to

dimensjonene ved sykepleien være ulikt betont. Jeg vil komme tilbake til disse to dimensjonene senere i drøftinga om ”skjønnnet på vippen”.

I materialet mitt kommer det fram fragmenter av den praktiske, dagligdagse erfaringskunnskapen, som er situasjonsbundet og kontekstuell. En kunnskapsform, som kanskje faller utenfor det som kan kalles kunnskap i tradisjonell vestlig forståelse. (Molander 1993) Informantene mine beskriver hvordan de ”leser” og tolker situasjoner og hvordan de svarer på disse ut ifra sine (forutsetninger for) tolkninger i situasjonene.

Med utgangspunkt i Merleau-Pontys` s persepsjonsteori, foregår det hele tiden en vekselvirkning mellom det vi tar inn gjennom sansene og det vi svarer på gjennom handling. Dette er en evig runddans i mennesket og utgjør også den hermeneutiske sirkel, det vil si at kunnskapsdannelse skjer hele tiden, mer og mindre bevisst. Hos den erfarne sykepleieren vil også kunnskap ”sitte i hendene” og utgjøre ”et kunnande”, som hos Molander, eller en form for ferdighet. (Merleau-Ponty 1994, Molander 1996)

Molander beskriver videre kunnskap som ”oppmerksomhet” som en overordnet dimensjon , og som de ulike kunnskapsformene samles i , før handlingen uttrykkes i skjønnet. (Molander 1996, s. 11)

6.2 ”Å sense” pasienten- hva innebærer det?

Lykkeslet utlegger begrepet ”å se”. Hun henviser til Wittgenstein i ”Filosofiske Undersøkelser” som snakker om *å se aspekter*. Han snakker om at vi kan tolke samme forhold forskjellig. Han viser også til to måter ”å se” på. Det går nemlig ifølge ham an å se, og å ikke se, på samme tid. Med dette mener han, i følge Lykkeslet, at øynene ser, men uten bevissthet om *hva* de ser. (Wittgenstein 1997, s. 222 i Lykkeslet 2003, s. 154)

Merleau-Ponty snakker på sin side om at blikket får fatt i tingen i større eller mindre grad, og det er avgjørende om blikket *går lett over* noe eller *hviler* på noe. (Merleau-Ponty, 1994.s.111 i Lykkeslet 2003, s.154)

Det å se dreier seg med andre ord om mer enn rent fysiologiske prosesser. Det å se noe som noe bestemt, vil ifølge Wittgenstein i Lykkeslet innebærer å se et aspekt ved det man ser. Med

dette trekker han også inn sammenhengen eller kontekstens betydning for hvilke aspekter man ser ved tingene. Det å mangle evnen til å se noe, kaller han aspektblindhet.

”Og alt etter hvilken historie jeg omgir meg med, kan jeg se ulike aspekter. Og her er det nær slektskap med det å oppleve et ords betydning.” (Wittgenstein 1997, s. 239 i Lykkeslet 2003 s. 153)

Som også Lykkeslet beskriver, vil informantene også i min studie i de situasjonene samtale våre har belyst være innstilt med ”antenner” til å se visse aspekter. Dette er slik fordi sykepleierne kan noe om det de skal se etter, de har en forforståelse for situasjonen. Eksempler på hva de ser etter kan være så mangt. For eksempel ser de etter fenomener og forhold som kan virke inn på pasientens initiativ. Det de ser ,og ser etter, henger sammen med det sykepleierne har kjennskap til på generell basis om hjerneslag, og det de ellers vet fra før om pasientens individuelle tilstand. Blikket er på en måte rettet mot aspekter de forventer innenfor den gitte kontekst.

Med dette ”å se” skjer på en måte ei slags objektivisering, mener Lykkeslet. Vi trer unna samhandlingen med pasienten for å observere hva vi ser, sier hun. Kroppen som objekt saumfares når man ser, og man prøver å få med seg flest mulig observasjoner som kan ha betydning. Man kartlegger med andre ord pasienten på ett vis. Dette behøver ikke stå i kontrast til at pasienten samtidig blir sett som ett levende og uttrykksfult menneske, sier hun videre.

Hva vi ser, og ser etter, vil i følge Lykkeslet være påvirket av vår forforståelse for tingene, vår kunnskap og erfaring. Jeg mener det også er påvirket av konteksten. Hva forventer vi å se? Forhold vi ser gis alltid ei mening svarende til den konteksten vi befinner oss i, og ser i, for eksempel det pasienten svarer med i en situasjon. Det sykepleierne ser gis ei bestemt betydning ut i fra den enkelte situasjon. Den betydning det gis bestemmer i nesten omgang sykepleierens tilnærming. Her ligger det også en fare som mine informanter tydeliggjør. Det er en fare her for at vi kan blindes av at vi allerede vet hva som er det beste i situasjonen. Vår forforståelse kan gjøre at vi ikke i like stor grad har med oss *oppmerksomheten*, som hos Molander, for nye måter å se tingene på. På den annen side kan forforståelsen hjelpe oss til å styre blikket mot viktige aspekter vi uten denne kanskje ikke ville sett. Her ligger det hermeneutisk element i den praktiske tilnærming i pleien; At vi hele tiden bygger på vår

kunnskap, som i den hermeneutiske sirkel, forutsatt at vi har ei åpenhet for ”det nye” i situasjonen og ikke blindes av vår forforståelse.

Slik kan jeg også overføre Lykkeslet`s tanker til materialet mitt. Den kunnskap informantene mine anvender, sett ut i fra det de forteller at de gjør, er på mange vis bevegelig handlingskunnskap ”som hos Lykkeslet. Hennes begrep er det kunnskapsbegrep som best favner den kunnskap informantene mine anvender når de arbeider for å fremme pasientens delaktighet når pasienten er preget av ”nedsatt initiativ”. .

I Lykkeslet`s oppgave spør hun om det er forskjell på å sanse og å sense? I materialet hennes kommer det imidlertid tilsyne en forskjell. Når sykepleierne i avhandlingen hennes anvender begrepet ”å sense”, er de opptatt av hvordan pasienten har det og hvilke følelser de har i forbindelse med oppstått sykdom. Sykepleierne er da opptatte med å tolke det pasienten gir uttrykk for, både verbalt og kroppslig, i den hensikt å finne ut noe om hvordan de har det.

I studien hennes kommer det fram at evnen til å sense er noe som læres underveis, og som har med livserfaring å gjøre. Sensing tar tid, sier hun. Det tar nemlig tid å finne ut om pasientens uttrykk betyr dette eller hint, og om vår tolkning av det vi senser ”står seg” over tid. Et sår kan lett observeres på overflaten, selv om man skulle være travel og stressa, men det er imidlertid vanskeligere å finne relasjonen mellom indre prosesser og de ytre uttrykk, ifølge henne. Sensing tar med andre ord tid.

Informantene mine forteller om den erfaring de har– og de forteller om det å sense. Å se kan man muligens gjøre bare med teoretisk kunnskap, men det å sense krever derimot et annet kunnskapstilfang, og erfaring med tingene.

Sykepleie er et praktisk og handlingsorientert yrke, sier hun videre. Man vil derfor også kunne sense gjennom en aktivitet eller en handling, mener hun. Dette er forhold jeg gjenkjenner fra mitt eget materiale, og som er i tråd med Merleau-Ponty`s persepsjonsteori.

Lykkeslet identifisere videre flere aspekter av det å sense. Det ene aspektet omhandler ”*evne til å være følsom for menneskelige uttrykk*”. Hun begrunner dette med at man som sykepleier utfører ulike handlinger på en måte man tror er best for pasienten. Noe av denne utførelsen, sier hun, kan nok begrunnes ut fra faglige teorier, men man kan tenke seg at noen måter å føle

seg frem på alltid vil være personlig og framkomme i den aktuelle situasjonen. Uttrykk fra pasienten står på en måte i relasjon til neste steg i handlingsrekken. Likevel vil det innenfor enhver praksis også finnes erfaringskunnskaper som oppfattes som ”riktige” og danner grunnlag for handlingsvalg, sier hun (Lykkeslet 2003, s 160)

En av informantene mine sier:

”Noen er halvhjertig med på det man vil ha dem til, og du senser hvor mye, eller hvilken sinnsstemning de har dersom de....Om de er deprimerte, eller om det er noe som ligger dypere enn det som er vanlig i forbindelse med sykdommen...Og så ser du det i handlinger, med at du kanskje på en måte ikke får de med i den grad de burte vært med.” (se s.32)

Dette eksemplet fra materialet mitt gjenspeiler en evne til å være følsom for menneskelige uttrykk.

Det neste aspektet Lykkeslet trekker fram er det ”å sense når nok er nok”. Dette kan for eksempel være å sense når man bør stoppe å prate med en pasient om et tema. Det handler om å sense den andres grenser for hvor nært man kan gå. Dersom pasienten tydelig stopper et tema, med irritasjon eller liknende, er det enkelt å vite hvor denne grensen går. I andre tilfeller, når pasienten møter oss med taushet, kan dette være vanskeligere. Noen ganger gir ikke svaret seg med en gang, hevder Lykkeslet, og sykepleieren må stille spørsmål. Hun sier videre at det alltid er noe ”ved siden av” ordene, som er med på å gi ett budskap spesiell betydning. Wittgenstein kaller dette ”Unvågbar Evidenz”, og mener gester, stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsholdning (Wittegenstein 1978, s 262 i Lykkeslett 2003, s 163).

Det tredje aspektet hun framsetter av det å sense kaller hun ” å liste fram hvordan pasienten har det”. Hun viser til at sykepleierne fornemmer at noe ikke er helt slik det skal være for pasienten. Av og til kan man da stille spørsmål direkte og få bekreftet eller avkreftet en slik fornemmelse. Man har kanskje i forkant senset kroppsspråket til pasienten. I tydingen av kroppsspråket finnes heller ingen fasit, sier hun videre. Ulike kulturer har ulike fortolkningstradisjoner.

Lykkeslet`s materiale viser til at sykepleierne sjelden går rett på og stiller direkte spørsmål ved mistanke om at pasienten ikke har det bra. De gir derimot pasienten ro, avventer litt, for deretter å begynne litt forsiktig for å *liste det frem* etter hvert.

Det å *sense* bygger i hennes materiale på det å få en fornemmelse av noe. Av og til bygger det på noe pasienten sier, men oftere på kroppslige uttrykk, eller kombinasjon av verbale og nonverbale uttrykk. I mitt materiale ser det ut til at det ligger til grunn for all samhandling med pasienten. Sykepleieren tar utgangspunkt i det hun fornemmer i en situasjon, i tillegg til det hun har sikker viten om, og arbeider med disse to aspekter side om side, hele tiden. Slik er *sensing* innbakt i handling.

Ut i fra Lykkeslet`s materiale sier hun videre at *sensing* er utforskningsarbeid, hvor en ved hjelp av tid prøver å finne ut om ei førstetolkning av det en tror pasienten uttrykker ” står seg”. Man kan kanskje si at man ved å *sense* beveger seg inn i et tolkningsrom, sier hun.

Hun sier at det imidlertid ikke alltid er like enkelt hverken å være følsom eller å vite om man tolker de menneskelige uttrykk riktig. Det reiser seg i følge henne flere spørsmål i dette feltet, og Lehtinen, sier hun, deler dem inn i tre grupperinger. Disse grupperingene er for det første ”det som angår relasjonen mellom indre prosesser og ytre adferd”, for det andre ”det som angår ett uttrykks ”ekthet” og hvordan ”ekthet” karakteriseres”, og sist ”det som gjelder den verbale ytringens relasjon til de handlinger som aktørene utfører eller planlegger å utføre”. Og spørsmålet reiser seg naturlig: Kan man ha sikker informasjon om indre prosesser, spør hun? Intersubjektivitetsproblematikken, som hos Thornquist (2003, s. 110) er aktuell når man tyder en situasjon eller et utsagn. Hva er felles forståelse eller det intersubjektive av tingene, - hva er med andre ord mitt eget og hva er den andres? Innen hjelpekunst er det derfor viktig å være seg bevisst hva en selv bringer med seg inn i en relasjon. Det er likeledes også viktig å stille spørsmål ved egen tolkning og hvorfor man tolker tingene slik man gjør. Åpenhet for at tingene også nødvendigvis ikke er slik vi tror, er en form for ydmykhet, som bør få spille med.

Det informantene mine forteller om *sensing*, viser at det er en prosess som krever tid og tilstedeværelse. Dette sammenfaller med Lykkeslet`s funn. *Sensing* krever tilstedeværelse ”her- og nå”, og at sykepleier og pasient har tid og ro. Eksemplene er hentet fra mitt materiale:

”Og så viser det seg, at når man bruker tid, og ivaretar den mellom-menneskelige biten..., dialogen..., da vinn vi frem som oftest.” (se s. 35)

Det framkommer av materialet at sensing krever engasjement og årvåkenhet eller oppmerksomhet. Som tidligere nevnt sier Molander at kunnskap er oppmerksomhet. Det å sense og å være tilstede årvåkent i en situasjon som krever det, er på sett og vis å anvende og å nyskape kunnskap. Det å sense og det å være tilstede årvåkent eller oppmerksomt har noe felles, tenker jeg. Når årvåkenheta er tilstede kan sensinga finnes sted. Oppmerksomheta er kanskje ei forutsetning for sensinga? Gjennom oppmerksomhet og sensing kan man fange opp *den etiske fordring* i en situasjon, slik som hos Løgstrup i Martinsen. (Martinsen 2003, s 91)

6.3 Innlevelsen – er ”sensing” et aspekt ved den?

Innlevelse er nødvendig dersom vi skal kunne forstå den vi skal hjelpe, og for å hjelpe godt er vi nødt til å forstå den andre. Forutsetninger for innlevelse er *samklang*, eller det at vi kan uttrykke oss sammen på en god måte slik at den andre forstår. For å kunne gjøre dette må vi være vare for *stemtheten* i våre uttrykk. Stemtheten kan forståes som den ”tonen” vi slår an i kommunikasjon med andre mennesker. Eksempler her er når vi er åpen, lyttende og mottakelig, eller motsatt stengt for det den andre uttrykker. (Martinsen, 1996, s. 95-97)

Martinsen hevder at vi har ei stemthet i våre uttrykk. Med dette forstår jeg at det vi uttrykker gis *form* gjennom vårt engasjement, vår ”tone” eller ”tonefall”. I våre samværsformer slår vi an en tone, sier hun, og det er gjennom denne tonen at den andre utleverer seg i tillit. Likeledes vil vi lukke oss til, når vi er utrygge, sier hun, og undertrykke vår uttrykksfullhet. Vi blir da saklige, slik at ikke tone eller geberder skal røpe oss. Slik jeg tolker henne er det viktig *hvordan* sykepleierne går den andre i møte. Vi kan åpne eller lukke en situasjon for samhandling gjennom våre væremåter. (Martinsen 1996, s. 89)

Martinsen henviser videre til Løgstrup, som eksemplifiserer dette med samtalen. I samtalen tiltaler vi hverandre, og det stilles en fordring til den andre. Denne fordringen angår ikke svaret vi gir, men *hvordan* vi møter den andre, og at vi svarer på en god måte. Det å hjelpe den andre til å løfte blikket, og se mere enn det som i øyeblikket er vanskelig, kan være en god måte å møte den andre på, slik informantene i materialet mitt beretter om :

”Det er viktig å få de opp, og å få de med!... Og å fortelle at her er fjell for oss å gå, her er ting som går bra! Og her er mange ting som kan bli bedre enn de har vært. Faktisk!” (se s. 43)

Hvordan kan man forstå det informantene sier litt bedre? Martinsen siterer Løgstrup, og her finnes tydelige paralleller til det informantene sier:

”Fordringen er alltid samtidig en fordring om at bruke den utleverthet, som den udspringer af, til at sprænge den andens indespærring og få hans blikk til at runde en vid horisont.” (Løgstrup (1956)1991 i Martinsen 2003, s.90)

Med dette forstår jeg at det å ta imot *den etiske fordring*, når den andre utleverer seg, er å ta imot det den andre sier og tenker på en god og aksepterende måte, og videre; Å hjelpe ham til å tenke i et større perspektiv. Slik kan jeg hjelpe den andre til å spreng de grenser den andre tenker innenfor. Dette kan utvide den andres horisont og bidra til nytenkning, sier Martinsen. Dette utgjør ett aspekt av det å dra omsorg for den andre.

I materialet mitt finnes sekvenser hvor informantene snakker om betydningen av ”å være et sted sammen”. De anser det som viktig å finne et slags ”fellesrom”, hvor samklang kan finne sted:

”Du må være et sted i lag med dem, det trur jeg er fryktelig viktig...!(....),om ikke annet så kan det å være tilstede sammen, være noe så enkelt som å hjelpe de opp på sengekanten, og å sitte ved siden av de og å kikke ut vinduet og på himmelen, eller på stjernene. Bare den lille tingen der, å være sammen om noe, har jeg inntrykk av gjør noe med sinnsstemningen deres.” (se s. 34)

En annen måte å ha omsorg for den andre i en situasjon på, er å være seg bevisst hva en formidler som metabudskap. Det vil si det budskap en formidler under ordene. Våre kropper vil fortelle hvor fortrolige vi er i en situasjon, enten med tema, eller i forhold til det å gi den andre av tida vår, men tonen i det vi sier, røper også engasjement og interesse eller mangel på dette. (Martinsen 1996, s. 89) Stemtheta er derfor bestemmende for samklang, og ei forutsetning for samklang mennesker imellom. Det er viktig i en sykepleier-pasient relasjon, hvor maktballansen er forskjøvet i og med at den andre er avhengig av sykepleieren, at

sykepleieren er seg bevisst hvordan hun fremstår og hvordan hun virker inn på situasjonen, om hun åpner eller lukker for samklang. Dette er også hjelpekunst.

Det er ikke uten betydning at sykepleieren er nær og tilstede, som jeg også finner i materialet mitt. Men det er også viktig på hvilken måte sykepleieren er nær og tilstede. Martinsens definisjon av sykepleie i "Fenomenologi og omsorg" er formulert slik:

" Sykepleie er omsorg i nestekjærligheten for det lidende og syke menneske der fagkunnskapen og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk." (Martinsen 1996, s. 38)

Hva er så denne "nærværenheten", og hvorhen kommer denne til uttrykk i utøvelsen av sykepleie? I mitt materiale i samtale med informantene beskrives det som kan tenkes å være "nærværenhet" som det å være tilstede sammen med pasienten i form av *å se den andre*, og *å sense i situasjonen*, og det *å gi rom for den andre*. Det innebærer det å ha tro på livets iboende muligheter tiltross for endringer som sykdom og lidelse kan føre med seg. I materialet mitt kommer viktigheten av *å formidle tro på fremtida* fram, tro på de iboende muligheter som ligger der tiltross for at sykdom preger livet en tid.

I følge Martinsen er sansing ei åpenhet hvor vi forstår, men ikke begrepsmessig og saklig, men bevegelig og åpent. I dette ligger at vi må leve oss inn i situasjonen og i den andres ståsted. Det er dette som er *innlevelsen*. Å forstå sanselig, er i neste omgang ei tydeliggjøring av det som vi tar inn og "lever oss inn i", og som virker på oss i sansingen. Hun sier:

"Sansingen er i bevegelse, og bevegelsen er sansende og uttrykksfull og kaller på en stadig klarere tydeliggjøring eller binding." (Martinsen 2003 s. 95)

Tydeliggjøring, slik jeg forstår henne, finner sted når vi reflekterer rundt og forstår tingene. Det er på sansingen vilkår vi forstår, sier Martinsen. Sansingen er med andre ord ei forutsetning for forståelsen av ting. Sansing som åpen nærhet og refleksjon som objektiv avstand til tingene, skjer i en evig runddans, om og om igjen, og danner grunnlag for forståelsen. Dette representerer også den hermeneutiske sirkel, hvor man forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene.

Det sykepleierne anvender og kaller for *å sense* og *å se* er fragmenter av en annen type kunnskap enn den generelle og predefinerte kunnskapen. Det er dette som danner grunnlag, i materialet mitt, for hvordan sykepleierne møter problemstillinga hvor jeg spør ”*hvordan arbeider sykepleiere for å fremme aktivitet i ADL-situasjoner når pasienten preges av nedsatt initiativ,(....).*” (se s.) Slik dannes grunnlaget for samspill og (sam)handling for å fremme delaktighet hos pasienten.

6.4 ”Balansekunst”- innlevelse i utøvelsen av det sykepleiefaglige skjønn

Værekunnskapen utgjør en del av den kunnskapsdimensjon som bærer i seg empatien, innlevelsen eller sensitiviteten. Gjørekunnskapen utgjør en del av den kunnskapsdimensjon som bærer i seg handlinga eller det rent praktiske ved ei handling. Disse kunnskapsdimensjonene anvendes sammen, men kan være betonet ulikt fra situasjon til situasjon. De to kunnskapsformene er komplementære, og kan også i ytterpunkter representere sentimentaliteten versus paternalismen. Sykepleieren kan på den ene siden blir sentimental for pasientens opplevelse av tingene, og gi etter for pasientens manglende lyst til for eksempel å delta i aktivitet. På den andre siden kan sykepleieren i ly av sin merviten komme til å overkjøre pasientens vilje gjennom å tvinge pasienten til deltakelse på en autoritær måte.

I ly av sin viten om hvordan slaget kan oppleves for pasienten bør sykepleieren på den ene siden bekrefte pasientens opplevelse, og vise empati , også når denne ikke har makter å delta i aktivitet. På den andre har sykepleieren ”merviten” om hvordan opptrening bedrer prognose med hensyn til det å gjenvinne funksjon, og må av den grunn også hjelpe pasienten til å gjenvinne funksjon gjennom ADL-trening og aktivitet. Det å møte pasienten med forståelse og aksept, trenger ikke å stå i konflikt med det å handle for å få pasienten opp og med. Som en av informantene beskriver gir hun tid og rom til pasienten, og forsøker å sense (*” Så roer jeg ned og føler på situasjonen...”(se s.36)*) hva som blir riktig å gjøre i akkurat denne situasjonen:

” Hvis pasienten ikke har initiativ, ikke føler at det nytter, kanskje ikke helt har forståelse for at det er viktig for eksempel å sitte på sengekanten, finne sitteballansen eller liknende, så er det min erfaring at jeg av og til må bruke mild makt.(...) Men av og til må du på en mild måte skjære igjennom. For dersom pasienten er initiativløs, så vil han overbevise deg om at han vil opp senere, på ettermiddagen heller, kanskje, og

da sier jeg at det kan han gjøre, men vi prøver litt nå likevel, forsiktig, og ser hvordan det går!” (se s.36-37)

En samtidighet i å være og å gjøre, sier Lykkeslet, er grunnlaget for den praktiske sykepleiekunnskapen (Lykkeslet 2003, s.176) Gjøre-dimensjonen ved sykepleiernes handlinger viser seg når de handler praktisk overfor pasienten. Eksempler på praktisk handling i materialet mitt er i denne sammenhengen handlaget, og støttende hender, eller det å gi støtte på en god måte under mobilisering på sengekanten og i forflytning. I informantenes fortellinger ligger gjøremålene innbakt i fortellingene:

”For å få pasienten med på morrastellet, for eksempel, så begynner vi med en vits! Og så må han få lov til å fortelle hva han gjorde i går ettermiddag. Og så må vi jobbe litt med gjennombevegelse av kroppen da, uten at jeg sier hva jeg gjør. Men jeg sier: ”Nu kan du være med å strekke deg opp mot lyset i taket”. Og så gjør han det, og så synes han jeg er kjempeteit som kommer hit og gjør det her. ”Ja, men da gjør vi det en gang til”, sier jeg, ” og så får vi være ekstra teit!” Og så leker vi litt, sier jeg. Og så leker vi bevegelse gjennom bena, og så leker vi tilslutt at han er med opp og løfter setet, og får av og på klærne. Men han er nesten ikke klar over selv hva vi holder på med. Så sitter vi på sengekanten og trener på ballanse, sitteballanse og postural stabilitet. Så sitter vi slik og leker litt, og så sier jeg: ”La oss sitte i robåten og så ror vi litt, og så er det gynging i båten”, sier jeg, ”og så gynger vi og, og så tar du fatt på årene, og så er du med og løfter blikket ditt framover, og så henter du deg inn igjen!”(.....) Men jeg kan ikke komme inn til han og si: ” Nu skal du ta og stelle dæ.”
(se s. 37-38)

Lykkeslet mener at kunnskapsdimensjonen ”å se” og ” å sense” i hennes materiale peker i retning av å oppdage det mulige i pasientens situasjon. I mitt materiale, i nevnte situasjon hvor informanten forteller, spiller sykepleieren på de muligheter situasjonen rommer, og til sitt kjennskap med pasienten, for å ”dra pasienten med” i aktivitet uten å være autoritær og paternalistisk i sin væremåte. Væredimesjonen er eksplisitt i det hun gjør. I ly av sin væremåte makter hun det *gjøre-dimensjonen* innebærer på en god måte for pasienten. Væredimensjonen og gjøre-dimensjonen er sammenvevde i fortellingene.

Lykkeslets materiale viser at de viktigste elementer i denne kunnskapsdimensjonen kan sies å være avpasning og utforskning/ oppdagning. Denne avpasningen og oppdagningen kommer tilsyne gjennom det sykepleierne gjør, og ikke så mye gjennom ordene de bruker. (Lykkeslet 2003, s. 179). Dette er ”redskaper” sykepleierne anvender. I avpasning ligger, slik jeg tolker henne, at sykepleierne tilpasser handlinga gjennom det de vet fra før om pasienten, og det de sender og oppdager underveis med pasienten under handlinga. Slik er det også i materialet mitt.

Martinsen på sin side sier at pasientens ”er” er sykepleierens ”bør” (2003, s.91) I situasjonen ligger det ei etisk fordring. Denne ”fordringa” som hos Løgstrup i Martinsen, vil alltid få sitt innhold fra situasjonen. I dette ligger at det er situasjonen som er bestemmende for hva som er å handle godt for den andre. Det vil aldri være uttalt, eller åpenbart, på forhånd hva som er riktig å svare med i en situasjon, siden fordringen får sitt innhold fra situasjonen. Vår forforståelse av tingene vil likeledes være bestemmende for hva vi ser, og vår åpenhet og for hva vi sender. Fordringen er imidlertid taus, sier Løgstrup:

”Fordringen, der ligger i ethvert møte mellom mennesker, får altså slet ikke mund og mæle, men er og bliver taus. Den enkelte, til hvem den er rettet, skal selv fra forhold til forhold afgjøre, hva den går ud på. Det betyder ikke, at den enkelte vilkårlig, lunefuldt, efter eget forgodtbefinnende kan give den hvilket innhold han vil. I så fald ville der ingen fordring være.” (Løgstrup (1956)1991 i Martinsen 2003, s. 91)

To forhold som likevel kan være veiledende for handling, i følge Martinsen, er at den i første omgang må oppdages, dernest utfordrer den vårt faglige skjønn, og krever dermed faglig innsikt i sykepleiefaglig sammenheng. (Martinsen 2003, s. 92) Informantene mine forteller om at de anvender erfaring, på spørsmål om hvilken kunnskap de anvender. Faglig innsikt kommer gjennom erfaring med tingene. Gjennom faglig innsikt og erfaring er vi bedre rustet til å anvende skjønn og til å forstå en situasjon.

Men det er ikke tilstrekkelig å forstå hva vi skal skjønne i fordringen, mener Martinsen videre. Vi må også spørre hvordan vi skjønner, og hvordan vi utøver vårt skjønn. Den etiske fordring utfordrer vår fantasi, faglige innsikt og situasjonsanalyse, sier hun videre. Den utfordrer vårt faglige skjønn, vår dømmekraft. Hva er det vi så skal skjønne, spør hun så? Det vi skal

skjønne, sier hun, er å aldri ta den andres ansvar, selvstendighet og vilje fra ham (Martinsen, 2003, s. 92) . Informantene mine forteller om sine refleksjoner rundt de samme forhold:

”Det er viktig å ikke være stå, og å tvinge og være en sånn myndig sak, for da tar du lurven fra de! (...) Jeg tror man må være litt ydmyk og gå inn med den kunnskapen man har om mennesker, hvordan man skal takle den personen, at man ikke overstyrer de. Man må prøve ut forsiktig. Erfaringa mi tilsier at da kommer det.” (se s. 37)

Martinsen mener at her ligger omsorgens grenser. Og hun siterer Løgstrup:

”Ud fra den samme fordring er udelukket at varetagelsen nogensinde kan bestå i for den andens skyld at tage hans selvstændighed fra ham. Ansvar for den anden kan aldrig bestå i at overtage hans eget ansvar.” (Løgstrup (1956) 1991 i Martinsen 2003, s. 92)

I dette ser vi at det ligger et maktforhold innbakt i omsorgen. Man kan risikere å trå over den andres grenser dersom man ikke er oppmerksom i den enkelte situasjon. Når det gjelder det å oppdage fordringen, sier Martinsen at den først oppdages i ettertid dersom man har manglende *oppmerksomhet* på området, og da ut fra den andres reaksjoner på vår handling. Dette kan videre være forklaringen på den urett man kan øve overfor andre, sier hun (Martinsen 2003, s. 92). Oppmerksomhet er derfor nødvendig i utøvelsen av det faglige skjønnet. Dersom dette skjønnet, hvor en ser gjennom sin forforståelse og senser gjennom innlevelse i situasjonen er den kunnskap sykepleierne anvender, er dette også i tråd med Molanders syn. Han sier, som tidligere nevnt at oppmerksomhet er kunnskap. I materialet mitt kommer det også til syne en type oppmerksomhet, som informantene sier oppøves gjennom erfaring med tingene:

” Man må lære å bruke skjønn!! Det handler om å ta i betraktning de psykologiske mekanismene, sorg eller tilbaketrekning, i arbeidet med pasienten, og å ta det med i de vurderingene en gjør. Mennesker blir også rammet slik i møte med sykdom, Å vite det, det er jo en form for kunnskap.” (se s.46)

Innlevelsen og oppmerksomheta står derfor sentralt i anvendelsen av skjønnet. Når innlevelsen tas i bruk, når vi er oppmerksomme og fanger opp at den andre behøver tid og

rom for å mobilisere de indre ressurser, har vi forutsetninger for å handle godt i en situasjon - uten å ta den andres ansvar og vilje fra ham. Dette møter man, ifølge informantene mine, gjennom innlevelse og oppmerksomhet i anvendelsen av det faglige skjønn.

Martinsen trekker også *tilbakeholdenhet* fram i sin drøfting av skjønnnet (Martinsen 2003, s. 100). I dette begrepet legger hun, slik jeg tolker henne, sykepleierens evne til å trekke seg stille tilbake for det som vi ikke har i vår makt. Om man skal dra dette ned på et anvendelig praktisk plan, kan dette romme sykepleierens evne til å akseptere de rammer og livsbetingelser som er gitt oss, som også kan være en slags fortrolighet med sykdom og lidelse. Dette er i følge henne å forholde seg estetisk-kunstnerisk til de livsvilkår vi er underlagt. Ydmykhet for livets vilkår, vil i neste omgang appellere til at vi gjør vårt til at den andres livsmuligheter skal ha vekstvilkår, slik jeg tolker henne. I livsmuligheter ligger, slik jeg ser det, ikke bare våre fysiske ”vekstmuligheter” og potensialer, men også vekst gjennom erfaring og livskriser. Dette er viktig, da sykepleie som fag bygger på et holistisk menneskesyn.

Dette gjøres på en god måte ifølge informantene mine når handling bygger på innlevelse slik at avpasning og oppdagning er mulig. Slik hjelper sykepleierne i materialet mitt pasienten med og inn i aktivitet, gjennom innlevelse og oppmerksomhet i anvendelsen av det faglige skjønn, når pasienten er preget av nedsatt initiativ. . I det følgende og siste avsnitt vil jeg drøfte en tredje dimensjon ved materialet, nemlig den temporale eller tidsmessige dimensjon som ligger i det informantene forteller om.

6.5 Tre overordna dimensjoner i arbeidet med å fremme livsmot.

Både gjøre- og væredimensjonen er tilstedeværende i utøvelsen av skjønnnet. Det vi imidlertid skal skjønne i fordringen, sier Martinsen, er å gjøre livsrommet til den andre rommelig, å frisette livsmuligheter og livsmot (Martinsen 2003, s.93). Informantene mine forteller om betydningen av å formidle håp. De forteller at det viktig å formidle tro, gjennom det de *gjør*, og gjennom det de *er* (for pasienten). I dette kommer det tilsyne er være- og en gjøredimensjon. Imidlertid ligger det en tredje dimensjon også i materialet, en dimensjon som er essensiell i arbeidet med å fremme delaktighet og å styrke livsmot hos pasienten.

Handling bygger på innlevelse, slik at avpasning og oppdagning er mulig. Informantene forteller om viktigheta av å vite hvem pasienten er, og å få innsikt i pasientens livsverden:

”Hvilket menneske står jeg ovenfor? Hvilken ballast er med ham fra før? Hvordan har han tidligere løst problemene sine, inni her!?! (peker på brystet sitt).” (se s.38)

I materialet mitt kommer det fram at det er viktig med kjennskap til pasienten, slik at dette kan spille med i arbeidet med å fremme delaktighet og livsmot hos den andre. Informanten som er sitert ovenfor , sikter nok til den andres mestrings-strategier. Men også det å ha kjennskap til den andres liv generelt er viktig i arbeidet:

”Det er viktig å få historie på den enkelte, og få høre fra ektefellen eller fra ungene det de har å fortelle om faren sin, eller mannen sin, eller... for å få litt mer å bygge på(...)Vi har så mye fokus på det som skjer etter at pasienten kommer inn i sykehus, men jeg synes jeg må vite litt om deres bakgrunn. Hvor de bor...og hvordan de har klart seg. Det er utrolig forskjell på folk.” (se s. 29)

En av informantene forteller om anvendelsen av sensing i dette arbeidet også:

” Det er jo helhetsinntrykket du går ut i fra (...) og du senser i forhold til familien også. Du får input fra familien, og du får det fra den som har fått slag, og så ser du det i handlingene deres sammen, eller hver for seg. Og så tolker du ut av disse bildene...” (se s.32)

Slik Martinsen fremstiller det i sin forståelse av Løgstrup, er sansingen hos Løgstrup tilbakeholdende, slik at den gir plass og rom til å ta imot den andre. Sansing, bevegelsen, stemtheten, forståelsen og uttrykkene , sier Martinsen, er fasetter av det samme. Sansingen er i bevegelse, og bevegelsen er sansende og uttrykksfull og kaller på en stadig klarere tydeliggjøring eller binding (Martinsen 2003, s. 95). Informantene senser og tyder, også i arbeidet med å få tak i hvem de står ovenfor. Å gjøre livsrommet til den andre rommelig, å frisette livsmuligheter og livsmot er likevel det overordna som vi skal skjønne i den etiske fordring (Martinsen 2003, s. 93).

”Den danske filosofiske fenomenolog og teolog K.E. Løgstrup skriver at den etisk fordring er taus. Den har ikke munn og mæle. Den gir ingen handlingsanvisninger.

Men den utfordrer vårt faglige skjønn, vår dømmekraft – ikke bare med ett hva vi skal gjøre, men med et hvordan. ” (Martinsen 2003, s. 78)

Sykepleierens kjennskap til pasienten er, ved siden av innlevelse i den enkelte situasjon, også retningsgivende og danner grunnlag for dette *hvordan*. Gjennom kjennskap til pasientens fortid, og ønsker for fremtid, blir noe i den andres livsverden tydeliggjort. Dette er viktig i arbeidet med å *bygge bro inn* til pasienten. Å arbeide med pasientens perspektiv på fremtiden for å synliggjøre muligheter eller livsmuligheter for den andre, kan skape initiativ og livsmot:

”Det er klart, man møter de som ikke forstår hensikten med det vi gjør(...)og da må jeg noen ganger spørre pasienten: ”Hva trenger du? Se for deg at du skal hjem, hvordan skal du få på deg klærne hjemme? Hvis du ikke er med å trener på det nu, så blir det kjempevanskelig når vi har ett mål om at du skal hjem til heimhusan igjen””.
(se s.36)

Det ligger ei rettethet mot fremtid når sykepleieren arbeider med den andres delaktighet. I materialet kommer det fram at sykepleieren arbeider mot å synliggjøre ei fremtid for å fremme den andres delaktighet og livsmot. For å få til dette argumenteres det med fortid. Pasientens liv er riktignok endret, men ved å styrke den andres opplevelse av at han er et liv verdt å leve, vil han muligens ”ta tak”. Slik veves fortid , nåtid og fremtid sammen i arbeidet mot å fremme delaktighet og initiativ, og å styrke den andres livsmot. Ved å sitte på sengekanten og ro igjen med årene, kan det hende at noe vekkes. Slik får fortid og fremtid betydning i nåtid.

Å ta imot den etiske fordring er slikt sett også å hjelpe den andre til å tenke i et større perspektiv. Slik kan man hjelpe ham til å sprengde de grenser han tenker innenfor. Dette kan utvide den andres horisont og bidra til nytenkning. Eller som Løgstrup sier det så godt:

” Fordringen er alltid samtidig en fordring om at bruke den utleverthet, som den udspringer af, til at sprænge den andens indespærring og få hans blikk til at runde en vid horisont.”(Løgstrup (1956)1991 i Martinsen 2003, s. 90)

Slik arbeider også sykepleierne for å ”sprengde” dette ”nuet” hos pasienten. ”Nuet”(nåtiden) eller pasientens innestengthet eller *indespærring* i det vanskelig og tunge, som kan true med å

ta over for livsmotet, er det viktig å få bukt med. Sykepleieren arbeider derfor med å hjelpe pasienten til å se at han ikke bare er det han greier å "gjøre", men at han "er" (hans "være" er) alt det som ikke avhenger av hva han klarer akkurat nå. Sykepleierne arbeider med pasientens perspektiv på seg selv, og med pasientens "horisont", for å få til delaktighet og handling i nuet. Pasientens livsverden utgjør hans fortid, nåtid og fremtid. Vi er nemlig ikke bare det som skjer akkurat i nuet, vi er også alt det vi har levd, og alle våre tanker om fremtiden. Det vi gjør og greier rent handlingsmessig er derimot bundet i tid og sted. Væredimensjonen er derfor overordna gjøredimensjonen, når vi tenker dette sammen inn i tidsdimensjonen eller den temporale dimensjon. Gjøre-, være- og tidsdimensjonen ved utøvelsen av sykepleie er sammenvevde i materialet mitt. Sykepleierne arbeider med ulike forhold som kan sies "å høre inn under" disse tre dimensjoner i arbeidet med å fremme delaktighet og livsmot hos pasienten.

Disse tre dimensjoner er vevet sammen som grunnleggende og overordna dimensjoner ved sykepleiernes arbeide i å fremme delaktighet, når pasienten er preget av nedsatt initiativ.

6.6 Sammenfatning av materialet

Informantene beskriver hvordan endringer i funksjonsnivå kan skape endringer i selvbilde og livsutfoldelse hos den som er rammet av hjerneslag, og hvordan dette i sin tur frambringer ei sårbarheten hos den det gjelder. Denne sårbarheta må vi være klar over, sier de, og viser dermed til ei etisk fordring til sykepleieren om å være lydhør overfor denne.

Informantene forteller videre om *innlevelse* som ei forutsetning for å hjelpe pasienten til deltakelse i aktivitet, når pasienten er preget av nedsatt initiativ eller livsmot. "Å se" og "å sense" rommer aspekter av denne innlevelsen. De forteller videre hvordan de i møte med pasienten, forsøker å bygge bro inn til pasientens meningsverden. Utgangspunktet er at god hjelp må begynne der den andre befinner seg, i god "Løgstrup'sk" forstand. Dette krever innlevelse i pasientens livsverden, og innlevelse i utøvelsen av det sykepleiefaglige skjønn.

Informantene sier videre at man behøver kunnskap på feltet. De mener kunnskap på feltet kan være avgjørende for om man greier å hjelpe pasienten til delaktighet i aktivitet, når pasienten er preget av nedsatt initiativ eller livsmot. Informantene trekker i denne sammenheng fram erfaringskunnskapen som vesentlig, i tillegg til generell kunnskap om hjerneslag. De sier også at det er viktig å ha innsikt i hvordan et hjerneslag kan ha innvirkning på menneskers

livsverden. Informantene arbeider med å styrke selvbilde og identitet hos pasienten. I dette arbeidet anvender de sin kjennskap til pasientens livsverden,. De anvender pasientens fortid og fremtid i dette arbeidet, for å utvide pasientens horisont. Dette gjør de for å vekke til livet livsmot, slik at pasienten skal bli delaktig i ”nåtid”, og i den akutte rehabiliteringsfase.

Informantene mine beskriver også viktigheten av å formidle tro på at det nytter innad i personalgruppa, slik at ikke pleiepersonalet ”gir opp” når pasienten har nedsatt initiativ. Materialet inneholder således refleksjoner rundt viktigheten av det å ha engasjement i arbeidet ,i tillegg til kunnskap og erfaring, når en arbeider i den akutte rehabiliteringsfasen etter hjerneslag, og når pasienten er preget av nedsatt initiativ.

Informantene utdyper også verdien av å reflektere over handling, og å reflektere sammen med andre som har erfaring på feltet, nettopp fordi dette er pasientsituasjoner som er etisk utfordrende, og fordi det har betydning for pasientens rehabiliteringsforløp hvordan vi møter disse utfordringene i praksis.

7.0 AVSLUTNING

Utgangspunktet for prosjektet har vært et ønske om å få innblikk i sykepleieres refleksjoner og erfaringer rundt arbeidet med å fremme delaktighet, når pasienter i akutt opptreningsfase etter et hjerneslag er preget av nedsatt initiativ. Gjennom samtaler med sykepleiere har jeg søkt å få innblikk i deler av deres erfaring på området. Utgangspunktet mitt for å søke inn mot dette var en viten om at det i akutt rehabiliteringsfase er viktig at pasienten kommer tidlig ”i gang” med trening etter et hjerneslag. Jeg har mange års erfaring med at dette kan være utfordrende når pasienten er preget av nedsatt initiativ. Jeg har dessuten erfaring med at sykepleiere handler ulikt, i møte med dette fenomenet. Kan dette ha å gjøre med at vi har ulik erfaring med hvordan vi håndterer pasientens manglende livsmot? Vi har alle ulik personlig kunnskap. I tillegg vil hver enkelt situasjon i møte med pasienten være unik og spesiell, og romme forskjellige andre forhold som også skal tas hensyn til. Det har likevel vært interessant å oppdage at de tre informantene mine, som alle har en god del erfaring med problemstilling, arbeider med de samme aspekter for øye, dog på forskjellig personlig vis.

Jeg har i mitt daglige arbeid tidligere sett at noen pleiere har et spesielt håndlag i å evne å *dra med seg* pasienten i opptreninga. Jeg ønsket å lære mer om dette. Jeg har vært undrende til hvilken kunnskap sykepleierne tar i bruk i møte med problemstillingen, og undrende på hvilke refleksjoner sykepleiere gjør seg rundt eget arbeid med problemstillingen. Å snakke med sykepleiere om dette ble derfor veien jeg måtte gå.

Informantene har delt sine refleksjoner med meg rundt det kontekstuelle og situasjonsbundne som preger det enkelte møte med pasienten, og som danner grunnlag for samspill og samhandling i arbeidet med å fremme delaktighet når pasienten er preget av manglende initiativ eller livsmot. I materialet kommer det frem fragmenter av den praktiske og dagligdagse erfaringskunnskapen, slik som hos Lykkeslet. Slik har jeg identifisert litt av den kunnskapen sykepleierne sier de anvender i møtet med dette., riktignok med begrep som er ”lånt” fra andre.

For å fremme delaktighet og livsmot, forteller informantene at de anvender *innlevelse* og *oppmerksomhet*. Molander beskriver som nevnt at oppmerksomhet er en overordna dimensjon som de ulike kunnskapsformer samles i før handlingen uttrykkes i skjønnet. (Molander 1996 sd.11) Innlevelse i det som er spesielt for den enkelte pasient og det spesielle i situasjonen oppnår sykepleieren ved å ”se ” og ” å sense” pasienten, som begge er aspekter av bevegelig handlingskunnskap. Det sykepleiefaglige skjønn utøves så ”på vippen” ved hjelp av innlevelse og oppmerksomhet. Slik ballanserer sykepleieren i ”skjønnet på vippen” mellom det å møte pasienten i det som er vanskelig og tungt for ham, og å fremme delaktighet slik at hun ivaretar pasientens rehabiliteringspotensiale eller livsmuligheter. Dette gjør sykepleieren gjennom å stadig minne pasienten på hvem han er, for å vekke livsgnist. For å få pasienten til å være delaktig og å *gjøre*, spiller sykepleieren på pasientens *være* eller det pasienten *er*.

Informantene beskriver et arbeide som krever tid og tilstedeværelse. Hvordan dette arbeidet påvirkes når sykepleieren er travel og har liten tid i arbeidet i rehabiliteringa, er ikke forhold som jeg har gått inn i underveis i prosjektet. Kanskje kan det være noe å gå videre på ved en annen anledning?

ETTERORD

All forskning bør ha en nytteverdi. Gjennom arbeidet mitt som slagsykepleier har jeg over flere år sett at gnisten eller livsmotet inni oss er av uvurderlig betydning for hvordan vi mennesker takler vanskelige livsendringer. Noen av oss er ”fightere”. De fleste av oss er skjørere, eller blir skjøre i møte med at vi får livet omkasta. Jeg har sett utrolig mange mennesker som har overrasket meg i det at de, helt av seg selv, mobiliserer en enorm kampvilje under sykdom. Dette er mennesker som ofte kommer langt i rehabiliteringa, fordi viljen så sterkt er tilstede.

Jeg har også sett mange mennesker som ikke synes at livet og mulighetene i livet lengre er verdt å kjempe for etter at slaget rammer. Skal ikke mennesker få ha lov til å innta ei slik holdning når livet blir omkasta? Mangler man respekt for den tunge siden av livet når man vil arbeide for å fremme delaktighet, også der det kan se ut til at pasienten har gitt opp?

Når man vet at prognosene avhenger av pasientens innsats i den tidlige rehabiliteringsfase, kan man ikke tenke slik. I ly av min merviten om dette har sykepleieren et ansvar, som sykepleier og som medmenneske. Å ta det ansvaret er uttrykk for livsaktelse, for å bruke Martinsens begrep. Min erfaring er at mange av disse som sliter og har det tungt i ukene etter slaget, er det fullt mulig ”å snu” og å få til å glimte til igjen.

Dette arbeidet krever tid og nærhet. Du kan ikke skynde deg samtidig som du skal være nær og sensende for viktige forhold. Du kan heller ikke skynde deg raskt og effektivt gjennom en still-situasjon som krever innlevelse og oppmerksomhet og som fordrer at pasienten gis tid og rom. Det forteller også informantene, og jeg har erfaring med det samme fra arbeidet mitt til daglig. Kravet om effektivitet, og den markedsøkonomiske tenkninga på sykehusene i dag bidrar til knappe ressurser. Pasienter ikles det markedsøkonomiske språk og blir til enheter, avdelinger blir til driftsenheter. Bak dette ligger det noen verdisyn på mennesket.

Martinsen er av den oppfatning at våre tenkemåter kan medtenkes i praktisk sykepleie. Men hun reflekterer også over om ulike teoretiske forutsetninger fører til at omsorgen for pasienten blir praktisert på forskjellig måte, at tyngdepunktet rettes ulikt, slik hun formulerer det (Martinsen s. 41) Den økonomiske tenkningen er tuftet på sitt paradigme.

Vi er inne i ei tid hvor brukermedvirkning, empowerment og samhandling vinner klang, og hvor lovverk klart fremhever at brukeren skal tas med i prosesser som angår den enkelte. Men i hvor stor grad gis pasienten den ”medmakt” som sentrale føringer legger opp til, når ressursene i form av hender og hoder til å gjennomføre dette ikke følger på? Og hva innebærer det egentlig å ta brukeren med i prosessene? Når er brukeren *egentlig* med i prosessene?

LITTERATURLISTE

Christensen D. (1985). *Liv etter lammelse?* København: Munksgaard

Christensen D. (1989). *Bedre liv etter lammelse? Apoplexi, sygepleie, samarbeide*
København: Munksgaard

Dalland O. ((1999) 2001) 2.oppl. *Pedagogiske utfordringer for helse og sosialarbeidere*
Oslo: Gyldendal Akademisk

Davies P. (2000). *Steps to follow*. Berlin: Springer

Elstad A.K. ((1988) 2007) . *Maria, Maria*. Oslo: Aschehoug

Elstad I., Hamran T. (1995). *Et Kvinnefag i Moderniseringen*. Ad notam Gyldendal AS.

Kvale S. ((1997) 2006). 9. Opplag. *Det kvalitative Forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Kvigne K. (2006). *Når kvinner rammes av hjerneslag* Oslo: Universitetet i Oslo: avhandl.nr.233

Laake K. (1997) *Geriatrici i Praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Lykkeslet E. (2003) *Bevegelig handlingskunnskap En studie i sykepleiens praksis*
Tromsø, Universitetet i Tromsø, dr.polit.

Martinsen K. ((1996) 2003) 2. utgave *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger*

Oslo, Universitetsforlaget

Martinsen K. ((1993) 2003). *Fra Marx til Løgstrup; Om etikk og sanselighet i sykepleien*

Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen K. (2005). *Samtalen, Skjønnnet og Evidensen.*

Oslo: Akribe AS

Molander B. (1996). 2. opparb.oppl *Kunnskap I Handling*

Gøteborg, Bokforlaget Daidalos AB,

Thornquist E. (2003). 2. opplag *Klinikk–Kunnskap-Informasjon*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Thornquist E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og Vitenskapsteori for helsefag.*

Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Austgard K. (2005). Er omsorg et teoretisk kunnskapsområde?

Norsk Tidsskr for sykepl forskning; 7(1): 38-48

Bart van der Worp H., Jan van Gijn. (2007). Acute ischemic Stroke .

The new England Journal of Medicine; 357: 572-9

Caeiro L., Ferro JM., Santos CO., Figueria ML. (2006). Depression in acute stroke *Journal Psychiatry Neurosci; 31(6): 377-383*

Carrera E., Bogousslavsky J. (2006). The thalamus and behavior: Effekts of anatomically distinct strokes . *Neurology; 27. June: 1817-1823*

Dietrics E. (2007) Hjernens plastisitet- perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag

Tidsskr Norsk Lægeforening; 127: 1228-31

Johannesen KS (1984) Kunst, språk og estetisk praksis

Norsk filosofisk tidsskrift: Vol 19, no1: 9-41

Leuken LD., Seidl U., Schwartz M., Vølker L., Neumann D., Mattes K., Schrøder J., Schweiger E.,
Psychometric properties of a german version of the Apathy Evaluation Scale. *Fortachr Neurol
Psychiatr*; 74(12): 714-22

Olsen H. (2003) . Gode kvalitative interview med ”riktige” informanter?

Sosiologisk Tidsskrift; 11(2): 123-155

Resnick B., Zimmermann SI., Magaziner J., Adelman A. (1998) Use of Apathy Scale as a measure
of motivation in elderly people. *Evaluation Rehabil Nurs*; 23(3): 141-7.

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt (Ledelsen)

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt (Informanter)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 5: Sammendrag

Vedlegg 6: Abstract

Vedlegg 7: Kvittering fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

Vedlegg 1

Til Avd.ledelsen ved _____

Christin Larsen
Taraldsvikbakken 4
8517 Narvik

Narvik, ___/___-___

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Vil med dette rette en forespørsel til avdelingsledelsen om å få tillatelse til å gjøre intervju/ samtale med en 1-2 sykepleiere ved avdelingen i forbindelse med mitt Masterfag-prosjekt. Jeg er for tiden student ved universitetet i Tromsø, og skal skrive masterfagoppgaven min dette studieåret. Som valgt tema for min faglige fordypning ønsker jeg gjennom samtale med sykepleiere som arbeider og har arbeidet en tid med slagpasienter i akutt opptreningsfase, å få innblikk i de erfaringer de har gjort og gjør seg med pasienter som i akutt opptreningsfase preges av nedsatt initiativ. Ønsket mitt er gjennom prosjektet dette å øke min egen refleksjon rundt tema. Prosjektets tittel vil foreløpig være ””Nedsatt initiativ”- ei sykepleiefaglig utfordring?”

Jeg skal ikke inn i pasientopplysninger, og prosjektet er derfor ikke konsesjonspliktig og trenger ikke konsesjon av Datatilsynet. Prosjektet behøver heller ikke tilrådes av Regional Etisk komite, i følge samtale med Ingunn Ytrehus, REK Nord. Prosjektet er derimot meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Prosjektleder og formelt ansvarlig for prosjektet er Sissel Lisa Storli ved ASH ved Universitetet i Tromsø, som vil fungere som min veileder underveis i prosjektet.

Jeg vil benytte meg av intervju som har form som en samtale, og som vil ha halvannen times varighet. Under intervjuet vil jeg stille spørsmål som oppfordrer informanten til å foretelle om erfaringer med arbeidet med slagpasienter som er preget av nedsatt initiativ i akutt opptreningsfase. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og innholdet transkribert. Student/ forsker er underlagt taushetsplikt og data vil bli behandlet konfidensielt. Materialet vil bli oppbevart innelåst, og opptaket slettet så snart innholdet er skriftliggjort. Hver enkelt informant vil bli avidentifisert underveis i prosessen, slik at det ikke vil være mulig å tilbakeføre opplysningene til den enkelte informant eller det enkelte arbeidssted denne arbeider ved.

Lydbånd vil bli slettet senest januar 2008, og alle personopplysninger dertil vil bli anonymisert innen utkanten av november 2007. Prosjektet vil påbegynnes snarest mulig inneværende høst, og er planlagt avsluttet i mai 2008. Samtalene/ intervjuene er planlagt lagt til siste halvdel av oktober/ første halvdel av november d.å. Deltakelse skjer under prinsippet om frivillighet og ved informert samtykke, og samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at grunnen til dette må oppgis. Det skal heller ikke ha konsekvenser på arbeidsplassen dersom dette skulle skje, eller dersom sykepleieren(rne) ikke ønsker å delta i prosjektet.

Ber med dette om at overnevnte forhold taes opp til vurdering. Dersom det gies tillatelse, ber jeg om hjelp til å rekruttere 1-2 informanter (sykepleiere) til prosjektet. I den forbindelse har jeg utarbeidet skriv til sykepleierne som ligger vedlagt. Svarkonvolutter er lagt ved og frankerte. Ber om at svar returneres med underskrevet svarslipp, både fra ledelsen og fra sykepleiere snarest til meg og innen __/__/__, slik at jeg kan påbegynne prosjektet snarest, alternativt får henvendt meg snarest til andre slagenheter for forespørsel om deltakelse. Dersom det er noe dere vil spørre om kan jeg kontaktes på tlf :

Skrivet er sendt i to eksemplarer hvorav en til avdelingsleder og oversykepleier ved slagenheten. På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Christin Larsen

Taraldsvikbakken 4

8517 Narvik

Svarslipp (stryk det som ikke passer)

Jeg/ vil gir med dette tillatelse/ ikke tillatelse til at overnevnte prosjekt ”Nedsatt initiativ”- ei sykepleiefaglig utfordring?” gjøres ved min/vår avdeling. Jeg vil forespørre sykepleierne og derigjennom være behjelpelig med å rekruttere 1-2 informanter til prosjektet.

_____, _____, _____, ____/____-____

(navn) (stilling) (sted) (dato)

Vedlegg 2

Til Sykepleier(e) ved slagenheten _____

(sted)

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Jeg er student ved Universitetet i Tromsø, og skal skrive fagspesifikk fordypningsoppgave ved studiet Mastergrad i helsefag dette skoleåret. Som fordypningsoppgave ønsker jeg å få innblikk i de refleksjoner sykepleiere har omkring de sykepleiefaglige utfordringer vi står ovenfor når pasienten etter et hjerneslag har nedsatt initiativ og befinner seg i akutt opptreningsfase. Jeg vil i den forbindelse gjerne intervju sykepleiere som har erfaring med tema, og som arbeider i slagenhet. Hensikten med studien er å lære mer for egen del, for å øke egen sykepleiefaglig kompetanse og refleksjon.

Vil med dette derfor rette en forespørsel til deg, som en av flere sykepleiere, om å delta som informant i prosjektoppgaven min. Jeg vil bruke intervju for å samle informasjon, og intervjuet vil ha form av en samtale av halvannen times varighet. Du vil ikke ha utgifter til reise i forbindelse med intervjuet, og intervjuet vil legges utenom arbeidstid. Under intervjuet vil jeg stille spørsmål som oppfordrer deg til å fortelle om erfaringer du har med arbeidet ditt med slagpasienter som er preget av nedsatt initiativ i akutt opptreningsfase. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og innholdet transkribert eller skriftliggjort. Jeg er underlagt taushetsplikt, og alle data vil behandles konfidensielt av meg. Materialet fra intervjuet vil bli oppbevart innelåst, og opptaket vil bli slettet etter at det er transkribert. Hver enkelt informant vil bli aidentifisert, slik at det ikke vil være mulig å spore opplysninger tilbake til deg som person, eller til det arbeidssted der du arbeider. Opptaket av samtalen vår vil bli slettet senest januar 2008, og alle personopplysninger dertil vil bli anonymisert innen utgangen av november 2007.

Prosjektet vil påbegynnes snarest mulig inneværende høst, og er planlagt avsluttet i mai 2008. Samtalene / intervjuene er planlagt lagt til siste halvdel av oktober/ første halvdel av november d.å.

Deltakelse skjer under prinsippet om frivillighet og ved informert samtykke. Samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt underveis i prosessen, uten at grunnen til dette må oppgis. Det vil ikke få konsekvenser på arbeidsplassen din dersom dette skulle skje, eller dersom du ikke ønsker å delta i prosjektet.

Ledelsen ved din arbeidsplass har fått forespørsel om tillatelse til å gjøre undersøkelsen , og når du mottar dette brevet også tatt positiv stilling til dette. Ledelsen er informert om de nevnte forhold, og om hvilke instanser som må gi/ har gitt tillatelse til prosjektet, samt navn på formelt ansvarlig veileder i studentprosjektet mitt. Håper du finner tema nyttig, og ser deg villig til å delta ved undersøkelsen. Ber i den forbindelse om at du returnerer svarslipp snarest, slik at jeg , dersom du ønsker å delta, kan komme raskest mulig i gang med prosjektet, -og dersom du ikke ønsker dette, kan forespørre andre som informanter til prosjektet mitt. Du finner frankert konvolutt vedlagt til bruk for svarslipp. Dersom du vil spørre om noe, er du velkommen til å ringe meg på tlf :

Med vennlig hilsen

Christin Larsen

Taraldsvikbakken 4

8517 Narvik

Svarslipp (stryk det som ikke passer)

Jeg ønsker/ ønsker ikke å delta som informant i studentprosjektet ””Nedsatt initiativ”- ei sykepleiefaglig utfordring?”.

Jeg er kjent med mine rettigheter til å trekke meg fra prosjektet dersom jeg måtte ønske dette.

_____, _____, _____, ____/____
(navn) (stilling) (sted) (dato)

INTERVJUGUIDE

1. Du arbeider i en slagenhet....

| -Hvilken erfaring har du med å arbeide med slagpasienter?

-Har du annen arbeidserfaring?

2. Fortell litt om hvordan du som sykepleier arbeider ift slagpasienter i rehabilitering...

3. -Noen pasienter kan ha nedsatt initiativ eller motivasjon....

-Har du opplevd det ?/ -Hvordan ? /-Fortell om dette.....

4.- Har du noen tanker om *hvorfor* enkelte pasienter kan ha nedsatt initiativ?

5. -Det kan være utfordringer knyttet til å arbeide med pasienter som har nedsatt initiativ, tenker jeg.....

- Hva tror du om det? –Ser du noen utfordringer? –Ser du noen dilemma/ etiske dilemma?

6. Aktivitet i ADL-situasjoner er viktig trening.....-Har du noen tanker om dette?

7. Hva gjør du når pas ser ut til å ikke ville aktiviseres, eller viser lite engasjement, i ADL-situasjoner, for eksempel....?

-Er det noe du har erfart som hjelper i å få fram aktivitet? – Gjør du noe spesielt for å fremme aktivitet?

-Er det noe du har erfart ikke hjelper?

-Gjør det noe med deg som sykepleier dersom du ikke når fram? -På hvilken måte?

8. Kan du huske en bestemt situasjon hvor du måtte motivere pasienten for å få til aktivitet, og hvor du nådde fram?

-Hva gjorde du da?

9. Kan du huske en bestemt situasjon hvor du *ikke* nådde fram med å motivere pasienten?

- Hva tror du det var i situasjonen som gjorde at det ikke gikk?

10. Det du gjør når du motiverer pasienten til aktivitet, er det noe du bare gjør av deg selv, eller har du lært det noen steder.....?

- Etterutdanning? -Kurs? -Erfaring gjennom arbeidet ditt? - Andre ting?

11. Dersom du arbeider sammen med fysioterapeut eller ergoterapeut..... hvordan jobber dere sammen....?

-Jobber dere sammen på en annen måte når pas har nedsatt initiativ.?

-I så fall, hvordan?

12. Vi sykepleiere, tror du vi handler ulikt i møte med slike utfordringer.....?

-I så fall, hva tror du det kommer av ?

-Tror du at vi har noe å lære av hverandre?

Har du noen tanker om hvordan vi skal få det til?

13. Tror du det jeg spør om er viktig?

-I så fall, hvorfor er dette viktig?

SAMMENDRAG

BAKGRUNN:

Nyere forskning viser at tidlig og aktiv rehabilitering etter hjerneslag forbedrer sjansene til å gjenvinne tapt funksjon etter hjerneslag. Forskning viser også at det er viktig med motivasjon, hyppig trening, og at treningen foregår over tid. Depresjon og nedsatt motivasjon preger imidlertid mange pasienter den første tiden etter hjerneslaget. Dette kan ha betydning for rehabilitering og prognose. Det er ikke forsket på sykepleieres erfaringer med dette arbeidet. Likevel er det denne faggruppen som har ansvar for det meste av pasientens treningssituasjoner i den første tiden på sykehus. Det er derfor et viktig spørsmål hva sykepleiere gjør for å fremme motivasjon og deltakelse.

METODE:

Kvalitativ forskningsmetode. Bruk av kvalitative intervju av sykepleiere som har erfaring fra problemstillingen.

RESULTATER:

Informantene forteller om innlevelse som ei forutsetning for å hjelpe pasienten til deltakelse i aktivitet, når pasienten er preget av nedsatt initiativ eller livsmot. De forteller videre hvordan de i møte med pasienten, forsøker å bygge bro inn til pasientens meningsverden. Dette krever innlevelse i pasientens livsverden, og innlevelse i utøvelsen av det sykepleiefaglige skjønn. Sykepleiere arbeider med å styrke selvbilde og identitet hos pasienten. I dette arbeidet anvender de sin kjennskap til pasientens livsverden for å få til samhandling med pasienten.

KONKLUSJON:

Studien antyder at sykepleiere bør arbeide med utgangspunkt i innlevelse i pasientens livsverden, når pasienten er preget av nedsatt initiativ etter et hjerneslag, for å fremme samhandling og delaktighet i treningssituasjoner.

ABSTRACT

BACKGROUND:

Recent research shows that early and active rehabilitation after stroke improves the chances to regain lost function after stroke. Research also shows that it is important with motivation, frequent training and that training takes place over time. Depression and loss of motivation, however, characterize many patients the first time after the stroke. This may have significance for treatment and prognosis. It is not pursued in nurses experiences with this work. Anyway it is this group which is responsible for the majority of patient trainings-situations in the very first time in hospital. It is therefore an important question what nurses do to promote motivation and participation of the patient, when the patient is characterized by loss of motivation.

METHODS:

Qualitative research methods. The use of qualitative interviews of nurses who have experience with this issue.

RESULTS:

Informants tell about involvement and understanding as a prerequisite for promoting participation in activity, when the patient is characterized by loss of initiative. They also tell how they interact with the patient, trying to “build a bridge” into the patient's meaningful world. Nurses work to enhance self-esteem and identity of the patients. In this work, they use their knowledge of the patient's life world to get to the interaction with the patient.

CONCLUSIONS:

The study suggests that nurses should work on the basis of involvement in the patient's life-world, when the patient is characterized by reduced initiative after stroke, to strengthen interaction and participation in training situations with these patients.



Sissel Lisa Storli
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
Breivika
9037 TROMSØ

Vår dato: 02.11.2007

Vår ref :17689 / 2 / SF Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.10.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17689	<i>Nedsatt initiativ etter hjerneslag- en sykepleiefaglig utfordring</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Sissel Lisa Storli</i>
<i>Student</i>	<i>Christin Larsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

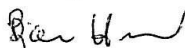
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endrings skjema.cfm. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Solve Fauskevåg

Kontaktperson: Solve Fauskevåg tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Christin Larsen, Taraldsvikbakken 4, 8517 NARVIK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven § 8, første ledd.

Informasjonsskrivet er tilfredsstillende under forutsetning av at:

- Setningen om at "hver enkelt informant vil bli aidentifisert slik at det ikke vil være mulig å tilbakeføre opplysningen til den enkelte informant..." slettes eller korrigeres all den tid datamaterialet er indirekte identifiserende og/eller det benyttes en koblingsnøkkel
- Det står at datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt
- Det skal stå at det ikke får noen konsekvenser i forhold til arbeidsplassen dersom noe velger å ikke delta

Vennligst ettersend revidert informasjonsskriv.

Det forutsettes at informantene ikke uttaler seg om identifiserbare enkeltpersoner som for eksempel pasienter de har hatt kontakt med.

Ved prosjektslutt 01.06.2008 skal datamaterialet anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), samt at lydopptak og koblingsnøkkel slettes.

