

## **Publiseringsavtale**

**Tittel på norsk: ”Fang øyeblikket! Hvordan kan sykepleier legge til rette for en opplevelse av velvære hos en pasient med diagnosen Multippel Sklerose i løpet av en innleggelse i sykehus?”**

**Forfatter(e): Thor Arne Løvdal**

**Årstall: 2009**

### **Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven**

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgsolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering: ja nei**

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)? ja nei**

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over? ja nei**

**Er oppgaven unntatt offentlighet? ja nei**

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/FvL. §13)

**Dato: 25. august 2010**

**Underskrevet fullmakt er arkivert på studentmappen.**

«Fang øyeblikket!»

«Catch the moment!»

Hvordan kan sykepleier legge til rette for en opplevelse av velvære hos en pasient med diagnosen Multippel Sklerose i løpet av en innleggelse i sykehus?

*- Sykepleie til en eldre sengeliggende pasient, innlagt fra sykehjem til sykehus i en uke for behandling av pneumoni, sett i lys av fenomenologi, omsorgsfilosofi, omsorgsteori og Kroppskunnskaping.*

Bacheloroppgave i sykepleie



Bachelor i sykepleie

Bergen, 22. Mai 2009

Revidert utgave 15. August 2010

Antall ord: 10 990

Thor Arne Løvdal

*«Sykepleier viser ved sine handlinger at hun ønsker å bistå den syke – ikke fordi han er syk og skal ha pleie, men fordi han er den han er og ingen annen»*

*(Travelbee, 2003, s. 35)*

## **Sammendrag**

Denne besvarelsen bygger på egen erfaring fra praksis, og setter fokus på tilrettelegging for en opplevelse av velvære hos en pasient med diagnosen multippel sklerose ved bruk av fenomenologi, omsorgsfilosofi, omsorgsteori og Kroppskunnskaping. I tillegg beskrives sentrale momenter i forhold til kommunikasjon. Besvarelsen er basert på et litteraturstudium av faglitteratur samt aktuell forskning.

Det presenteres aktuell teori og forskning i forhold til min problemstilling. Her ser jeg på momenter som er viktige for å møte den langvarig syke pasienten, allianseskaping og Kristin Heggdals konsept om Kroppskunnskaping. Videre følger teori om Multippel Sklerose, og noen sykepleiefaglige utfordringer knyttet til denne diagnosen. Kari Martinsen og Joyce Travelbee anvendes som oppgavens sykepleiefilosofisk-teoretiske grunnlag. Her er fenomenologi og det mellommenneskelige aspektet sentralt. Kunnskap innen hjelpende kommunikasjon anser jeg som viktig, og det presenteres derfor kort noen viktige momenter.

I besvarelsen argumenteres det for viktigheten av allianseskaping og møtet mellom sykepleier og pasient, da gjennom teamarbeid, og åpenheten for tonen, sansing og urørlighetssone i møtet med pasienten ut i fra Martinsen og Travelbee. Jeg har egne erfaringer på hvordan en pasient med multippel sklerose ble møtt, og beskriver noen av de sykepleiepraktiske utfordringene jeg ser i møtet med denne pasienten, sett i lys av Almås og Johansen (2007).

Kroppskunnskaping, det pasienten sitter inne med av erfaring og kunnskap om sin egen situasjon og sykdom, anvendes som et hjelpemiddel for å legge tilrette for en opplevelse av velvære hos pasienten. Hjelpende kommunikasjon, Kroppskunnskaping og en fenomenologistisk tilnærming brukes i en eksempelsamtale mellom sykepleier og pasient. Jeg presenterer også mitt eget begrep «klinisk årvåkenhet», som forklares som en større sanselig tilstedeværelse overfor pasienten.

Det konkluderes med at for å legge til rette for en opplevelse av velvære må sykepleier har fokus på møtet og allianseskapingen med pasienten for å bygge et godt

samarbeid. Videre sees Kroppskunnskaping, det å ha en åpenhet overfor pasientens egen kunnskap, og å lytte aktivt til denne, som en viktig faktor for at pasienten skal føle velvære. Til sist sees det på viktigheten av å slippe til de gode øyeblikkene, og å hjelpe pasienten å se og ta vare på disse. Det argumenteres for at det på denne måten er en opplevelse av velvære i øyeblikkene, de små millimeterne som til slutt utgjør de store meterne.

*Nøkkelord: Multippel Sklerose, livskvalitet, kronisk sykdom, Kroppskunnskaping, omsorg, fenomenologi*

## **Abstract**

This paper is based on personal experience from practical studies, and focus on arranging for an experience of well-being in a patient suffering from the diagnosis Multiple Sclerosis, using phenomenology, philosophy and theory in nursing care, and Patient Expertise. In addition elements on communication is described. This paper is based on a literature study of scientific literature and adequate research.

I use relevant theory and research for my subject. I take a closer look at important elements in meeting the long-term sick patient, creation of alliance, and Kristin Heggdal's concept on Patient Expertise. Further on, theory considering Multiple Sclerosis and nursing challenges tied to this diagnosis is presented. Kari Martinsen and Joyce Travelbee are used as the philosophical and theoretical view on nursing care. I consider knowledge in helping communication important, and therefore briefly present this.

It is argued in favour of the great importance of the meeting and creation of an alliance between the nurse and the patient, and further on the importance of opening your mind to the tone, sensing and private zone when interacting with the patient. This is argued using Martinsen and Travelbee. I have own experience on how a patient with Multiple Sclerosis was met, and therefore describes some of the practical nursing challenges I see considered meeting this patient, based on theory by Almås and Johansen (2007).

Patient Expertise (patient knowledge) is acknowledged as an important guiding tool in arranging for an experience of well-being for the patient. Following this is a conversation between the nurse and the patient where helping communication, phenomenology and Patient Expertise are used. I also present my own term «clinical awareness», which is based on a greater awareness and presence with the patient.

The paper concludes that in arranging for an experience of well-being, the Nurse should focus on the meeting and creation of alliance with the patient to be able to build a good collaboration. Acknowledgement of Patient Expertise is seen as an important factor for the patient to experience well-being. Finally, the importance of creating space for the good moments, and to help the patient to see them and treasure them, is recognized. When it all comes to an end, the small pieces are the ones that make up the big picture.

*Keywords: Multiple Sclerosis, Quality of Life, Chronic disease, Patient Expertise, Nursing Care, Phenomenology*

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>5</b>
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>6</b>
1.1 REDEGJØRELSE FOR VALG I OPPGAVEN, OG OPPGAVENS AVGRENSNING .....	7
1.2 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	8
<b>2 METODE .....</b>	<b>9</b>
2.1 KILDER OG KILDEKRITIKK .....	11
<b>3 ASPEKTER VED DET Å HA EN LANGVARIG SYKDOM .....</b>	<b>13</b>
3.1 FORHOLDET MELLOM DEN KRONISK SYKE OG SYKEPLEIER .....	14
3.2 KROPPSKUNNSKAPING .....	15
3.3 MULTIPPEL SKLEROSE .....	17
3.4 SYKEPLEIE TIL EN PASIENT MED MULTIPPEL SKLEROSE.....	18
<b>4 PRESENTASJON AV SYKEPLEIETEORIER.....</b>	<b>19</b>
4.1 KARI MARTINSEN OM OMSORG.....	19
4.1.1 <i>Kari Martinsen om samtalen – dialog som brobyggende metode.....</i>	<i>21</i>
4.1.2 <i>Møte med pasienten – sansing, urørlighetssonen og tonen .....</i>	<i>21</i>
4.2 JOYCE TRAVELBEE OM MELLOMMENNESKELIGE ASPEKTER.....	21
<b>5 KOMMUNIKASJON .....</b>	<b>22</b>
<b>6 DRØFTING AV MØTET.....</b>	<b>25</b>
6.1 Å MØTE PASIENTEN, ALLIANSESKAPING OG OMSORGSBEHOV .....	25
<b>7 DRØFTING OM OPPLEVELSEN AV VELVÆRE.....</b>	<b>30</b>
7.1 KROPPSKUNNSKAPING SOM HJELPEMIDDEL .....	30
7.2 «JEG FØLER MEG SÅ HJELPELØS» .....	32
7.3 Å OPPDAGE OG Å TA VARE PÅ ØYEBLIKKET .....	34
<b>8 KONKLUSJON.....</b>	<b>36</b>
<b>LITTERATURLISTE:.....</b>	<b>39</b>

# 1 Innledning

I en praksisperiode ved en avdeling på et sykehus, møtte jeg en eldre dame som var innlagt med pneumoni. Hun hadde i tillegg diagnosen Multippel sklerose. Mine tanker og erfaringer fra denne og andre lignende situasjoner på sykehus, danner bakgrunnen for hvorfor jeg har valgt dette som tema for min besvarelse. Når jeg befinner meg i slike pasientsituasjoner, tenker jeg ofte på hvordan man skal møte denne gruppen av pasienter, og hvordan man skal kunne gi dem en opplevelse av velvære, midt i det kaos de gjerne opplever. Lenket til sengen og uten mulighet til å gjøre motstand, er de prisgitt vår tilstedeværelse! Min praksiserfaring med hvordan helsearbeidere møter pasienter er svært varierende. Og min frustrasjon overfor måten enkelte av disse helsearbeidere møtte denne pasienten på, gjorde at jeg ønsket for min egen del, og andre leseres del, å beskrive en god måte man kan legge til rette for en opplevelse av velvære.

Hovedtema i oppgaven blir tilrettelegging for velvære ut i fra fenomenologi, omsorgsteori, omsorgsfilosofi og Kroppskunnskaping. Dette brukes som hjelpemidler for å beskrive hvordan sykepleier kan være med på å legge til rette for en opplevelse av velvære. Derfor har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier legge til rette for en opplevelse av velvære hos en pasient med diagnosen Multippel Sklerose i løpet av en innleggelse i sykehus?  
*- Sykepleie til en eldre sengeliggende pasient, innlagt fra sykehjem til sykehus i en uke for behandling av pneumoni, sett i lys av fenomenologi, omsorgsfilosofi, omsorgsteori og Kroppskunnskaping.*

Jeg ser dette temaet som relevant for sykepleieryrket fordi vi jobber innen et omsorgsykke der kontakt med mennesker utgjør den største delen av jobben vår. Sykepleier må på en god måte kunne møte pasienter i ulike livssituasjoner og kontekster. Begreper som velvære og omsorg er sentrale i min besvarelse, og er høyst aktuelle i en sykepleierhverdag.



## ***1.1 Redegjørelse for valg i oppgaven, og oppgavens avgrensning***

Oppgavens problemstilling og kasus, bygger på en faktisk pasient, erfart gjennom egen praksis. For å eksemplifisere momenter i besvarelsen, har jeg beskrevet situasjoner som jeg knytter opp mot caset. Ikke alle situasjonene er selvopplevd, noen er fortalt av andre helsearbeidere, og noen er konstruert for å belyse eksempler i drøftingen.

I denne besvarelsen har jeg, i likhet med Kristin Heggdal (2008), valgt å definere livskvalitet som «velvære» da jeg finner dette mer dekkende for pasienten i min problemstilling. Videre snakker jeg om den kronisk syke som en person med «langvarig sykdom».

Det er flere momenter som kunne vært aktuelle i denne problemstillingen, som for eksempel etikk, makt, den medisinske behandlingen og ikke minst pårørende. Jeg har valgt å sette mitt fokus på velvære i den tiden pasienten er innlagt på sykehuset, hvor fokuset vil bli på velvære i første omgang i forhold til pneumonien. Jeg kommer ikke til å gå inn på behandling og patologi i forhold til denne. Videre fokuserer jeg på velvære i øyeblikkene. Fokus på alliansen og møtet mellom sykepleier og pasient er sentralt. Jeg kommer ikke til å trekke inn pårørende, men anerkjenner viktigheten av deres rolle overfor pasienten. Pasienten omtales som hun fordi jeg har valgt en kvinne i kasuset, derfor omtales sykepleier som en mann. Pasienten er en eldre kvinne, der eldre defineres som personer over 60 år. Etisk tilnærming og fokus anser jeg som en grunnleggende tanke hos en sykepleier. På dette grunnlag velger jeg å ikke gå inn på etikk i min besvarelse.

Jeg beskriver 4 forskjellige allianser pasienten med langvarig sykdom kan inngå med sykepleier. Jeg kommer ikke til å gå inn på hvorfor de dannes, og bakgrunn for hvordan, men peke ut viktigheten av å inngå en sunn allianse med pasienten.

Kroppskunnskap brukes som et hjelpemiddel for sykepleier i å fange pasientens kroppskunnskap og å legge til rette for en videre bruk av denne. Det er for pasienten ukjent at konseptet Kroppskunnskap brukes.

Fenomenologien er beskrevet i kapittelet om metode, og jeg velger derfor å ikke presentere dette nærmere i teoridelen av besvarelsen.

## ***1.2 Oppgavens oppbygging***

Først i oppgaven vil jeg beskrive caset som jeg baserer oppgaven på. Deretter kommer jeg inn på aktuelle tema i forhold til pasienter med langvarig sykdom. Jeg beskriver Kristin Heggdals konsept Kroppskunnskaping. Videre kunnskap om Multippel sklerose og noen momenter vedrørende sykepleie til denne gruppen pasienter. Deretter presenterer jeg noen sentrale momenter fra Kari Martinsens sykepleiefilosofi, og Joyce Travelbees sykepleieteori. Til slutt trekker jeg inn virkemidler i forhold til hjelpende kommunikasjon.

Deretter vil jeg diskutere teori og forskning opp mot min problemstilling. Først kommer jeg inn på den ideelle omsorg i forhold til pasienten, hvordan skape en allianse og hvordan møte pasienten. Videre diskuterer jeg tilrettelegging av velvære sett i lys av Kroppskunnskaping, fenomenologi, og sykepleieteori. Jeg vil bruke Kroppskunnskaping som et hjelpemiddel for å hjelpe pasienten til å føle velvære i sin situasjon og anerkjennelse av pasientens kunnskap. Tilslutt forsøker jeg å beskrive viktigheten jeg mener øyeblikkene spiller for en opplevelse av velvære.

## 2 Metode

Besvarelsen tar utgangspunkt i et litteraturstudium hvor jeg i all hovedsak har gått til primærkilder for å tilegne meg kunnskap. I tillegg har jeg brukt sekundærlitteratur for å få andres tolkninger og synspunkt på ulike teori. Jeg har i min besvarelse valgt en fenomenologisk tilnærming. Bøkene av Kristin Heggdal og Kari Martinsen står i et fenomenologisk lys. Annen litteratur jeg har benyttet baserer seg på naturvitenskapelig- samt humanvitenskapelig kunnskap. Denne kunnskapen benyttes i forhold til patologiske prosesser, og tiltak overfor pasienter med langvarig sykdom (Brekke og Førland, 2009).

Jeg har erfaringskunnskap fra praksisstudier i sykehus, og snart to års arbeidserfaring som pleieassistent på sykehus. Denne kunnskapen benytter jeg meg av i besvarelsens drøftingsdel. I tillegg har jeg snakket med sykepleiere som jobber ved ulike avdelinger på sykehus som har relevant erfaring med den type pasient jeg skriver om i min problemstilling. Dette har jeg gjort for å få en bredere oppfatning, og flere eksempler på pasientsituasjoner som jeg kan benytte meg av i besvarelsen. Etske retningslinjer for anonymisering og beskyttelse av kildene er fulgt. Pasientsituasjoner som blir beskrevet er anonymisert og kan ikke spores til verken person eller avdeling på sykehus.

For å sette besvarelsen min i et vitenskapsteoretisk lys, vil jeg benytte meg av den fenomenologiske og hermeneutiske tilnærmingen. Førstnevnte legger fokus på det å oppnå en egen forståelse av en situasjon eller en annen «jag». For å kunne nå inn til pasienten må jeg først sette meg inn i hvordan hun opplever situasjonen. Først da kan jeg hjelpe henne. «Veien til forståelse av dem andre går gjennom en forståelse av meg selv» (Aadland, 2006, s. 199).

Videre sier fenomenologien at vi må unngå forutinntatthet overfor en pasient. Vi kan se pasienten, men ikke helt og fullt forstå henne før vi reflekterer over pasientens situasjon og samtaler med henne (Aadland, 2006).

Det eneste vi kan forholde oss til, er tingene slik de fremtrer for oss. Men ved å reflektere over tingenes allmenne vesen kommer vi frem til en dypere erkjennelse (Aadland, 2006, s. 180).

På engelsk betyr «I see» mer enn bare «Jeg ser». Det betyr også «jeg forstår». Dette tolker jeg som hermeneutikk og fenomenologi i praksis. Vi skal se, men samtidig forstå pasienten. Den eneste måten vi kan gjøre dette på, er å gå i dialog (Aadland, 2006).

Jeg anvender Kari Martinsen og Joyce Travelbee for å begrunne sykepleien i besvarelsen. Disse stiller seg også i et fenomenologisk lys. Fenomenologien ser på mennesket ut i fra et eksistensielt og helhetlig perspektiv. Man *har* ikke en kropp, men man *er* en kropp. Når denne kroppen får en hemning, er det lett å betrakte hemningen objektivt, det er hemningen som får fokus (Aadland, 2006). Jeg ser det som sykepleiers utfordring å bruke øyeblikk til å trekke fokuset unna «det syke» på kroppen.

I boken til Kristin Heggdal (2008) fant jeg referanser på en forskningsartikkel som jeg har lett opp. Denne omhandler helsearbeideres holdninger overfor pasienters kroppskunnskap, et tema som er sentralt i min besvarelse da jeg skriver mye om å anerkjenne pasientens kroppskunnskap. I boken til Eva Gjengedal og Berit R. Hanestad (2007), diskuterte de en artikkel som jeg har søkt opp. Denne handlet om tapsfølelse blant pasienter med langvarig sykdom. Tap av kropp og kroppskontroll er sentralt i både Kroppskunnskap og viktig for hvordan vi møter pasienten.

I tillegg har jeg søk i SveMed+ hvor jeg kombinerte MeshTermen «Quality of Life» med «Multiple Sclerosis», og «Quality of Life» med «Chronic Disease». På det siste søket fikk jeg 126 treff, hvor et av treffene var en artikkel om kronisk sorg blant pasienter med diagnosen multippel sklerose. Dette er et viktig hensyn sykepleiere må ta i forhold til denne gruppen pasienter.

## **2.1 Kilder og kildekritikk**

I besvarelsen har jeg i all hovedsak benyttet meg av nyere forskning og litteratur. Den litteraturen jeg har brukt, er i stor grad en del av pensumlistene for Bachelor i sykepleie. Derfor anerkjenner jeg de som kvalitetssikret litteratur.

Blant min forskningslitteratur er en av artiklene av en noe eldre årgang. Artikkelen skrevet av Kathy Charmaz ble utgitt i 1983. Artikkelen er en kvalitativ undersøkelse som tok for seg 73 dybdeintervjuer med 57 mennesker med langvarig sykdom. Deriblant multippel sklerose. På tross av at artikkelen er 26 år gammel anser jeg den som fortsatt valid, på bakgrunn av at Gjengedal og Hanestad velger å bruke denne artikkelen i sin bok «Å leve med kronisk sykdom» som ble utgitt i 2007.

I litteraturhenvisningen i Kroppskunnskaping av Kristin Heggdal, fant jeg referanse på en undersøkelse utført av Thorne, Nyhlin og Paterson i 2000. Denne artikkelen ser på helsearbeideres holdninger til pasienters kroppskunnskap. Denne kvalitative undersøkelsen tok for seg 22 personer med insulinkrevende diabetes mellitus, og 13 kvinner med overfølsomhet for miljøfaktorer. Selv om undersøkelsen ikke tar for seg pasienter med multippel sklerose, og ikke sengeliggende pasienter, anser jeg den som relevant for min besvarelse for å gi et bilde på helsearbeideres holdninger rettet mot pasienter som lever med langvarig sykdom.

Artikkelen om kronisk sorg, skrevet av Berggrén (2007) viste seg å være en oversiktsartikkel som baserte seg på en avhandling skrevet av Ann-Kristin Isaksson. Jeg anerkjenner derfor artikkelen noe mindre enn jeg hadde gjort hvis jeg hadde fått tak i primærlitteraturen. Likevel har jeg valgt å bruke artikkelen i besvarelsen, da jeg logget meg på [www.omvardnadsmagasinet.se](http://www.omvardnadsmagasinet.se) og fikk inntrykk av at det er et anerkjent tidsskrift. Berggrén gjengir fra Isaksson at pasienter som får multippel sklerose rammes av tap av kroppskontroll, og sier videre noe om viktigheten av gode øyeblikk for å gi bedre velvære. Dette er sentralt for min besvarelse.

Definisjonen av den kronisk syke pasienten har jeg ikke funnet primærlitteraturen til. Derimot har jeg funnet definisjonen jeg har valgt å bruke gjengitt i både Gjengedal og

Hanestad (2007), og i Heggdal (2008). Derfor anser jeg både oversettelsen og selve definisjonen som adekvat.

Jeg har i besvarelsen valgt å benytte Kristin Heggdals konsept «Kroppskunnskaping» som et hjelpemiddel for å legge til rette for mestring hos pasienter med en langvarig sykdom. Kroppskunnskaping er en ny måte å se kroppslig læring på, og det er skrevet og undervist lite om denne måten å tenke på. Derfor har det vært en utfordring for meg å anvende denne metoden konkret i oppgaven. Noe av årsaken er at slik jeg forstår Kroppskunnskaping, retter den seg primært mot pasienter med nydiagnostisert langvarig sykdom. Pasienten i denne besvarelsen er allerede langtkommen i sin sykdom, og gjennom arbeidet med besvarelsen har jeg innsett at Kroppskunnskaping i mindre grad egner seg til en pasient som er sent i sykdomsforløpet. I min besvarelse velger jeg å bruke Kroppskunnskaping som hjelpemiddel i en prosess for å legge til rette for en opplevelse av velvære hos pasienten, hvor jeg ikke har snakket med pasienten om konseptet, eller satt navn på det hun sitter inne med av kroppskunnskap.

Boken jeg har benyttet for å tilegne meg kunnskap om Joyce Travelbee er en oversatt versjon av hennes opprinnelige bok. Likevel anses dette som primærlitteratur, selv om enhver oversettelse også blir en tolkning. Travelbees tanker som kommer frem i denne boken, sammenfaller med annen sekundærlitteratur jeg har lest, derfor går jeg ut i fra at det er en korrekt oversatt versjon.

Kapittelet skrevet av Kari Martinsen i «Lærebok for operasjonssykepleiere» er under utgivelse. Jeg har fått artikkelen overlevert personlig av Kari Martinsen, og anerkjenner denne derfor som holdbar litteratur.

### 3 Aspekter ved det å ha en langvarig sykdom

Mennesker som lever med en langvarig sykdom står overfor mange utfordringer. Livet endres ikke bare for den som får diagnosen, men også for familie, venner og resten av det sosiale nettverket. I tillegg legger ofte sykdommen begrensninger på det sosiale livet. Mennesker med langvarig sykdom har mye kontakt med helsevesenet, og kvaliteten på forholdet mellom den hjelpetrengende og helsevesen kan ha stor betydning for pasientens opplevelse av velvære (Gjengedal og Hanestad, 2007).

For å gjøre teori og diskusjonen i denne besvarelsen mer konkret, bruker jeg et kasus som baserer seg på en pasient jeg har møtt i praksis. Jeg vil komme med en kort beskrivelse av situasjonen:

*Jeg er i praksis ved en somatisk avdeling på et sykehus i Norge. I løpet av praksisperioden blir Ann-Mari innlagt. Hun er en eldre kvinne med diagnosen multippel sklerose. Sykdommen er hissig, og hun har de siste 5 årene vært fullstendig sengeliggende og avhengig av hjelp til å få dekket grunnleggende behov som mat og personlig hygiene. Derfor har hun de siste 5 årene vært beboer ved et sykehjem. Nå er hun nok en gang innlagt på sykehus med pneumoni.*

Det er vanskelig å gi en dekkende definisjon på hvem en pasient med diagnosen langvarig sykdom «er», da det er store variasjoner mellom de ulike sykdommene, og selvsagt menneskene. Man har ulike forutsetninger for å takle en langvarig sykdom. En klinisk definisjon går på at det skal foreligge en klar patofysiologi, og tilstanden vurderes kun fra helsevesenets posisjon. Videre har man en personlig og samfunnsdefinert versjon som baseres på personlige opplevelser, og hva samfunnet definerer som en langvarig sykdom. I den senere tiden har man brukt tre engelske termer for å skille ulike definisjoner av det å være syk eller å leve med en langvarig sykdom: disease, illness og sickness. Disease knyttes til den kliniske definisjonen, illness til den personlige, og sickness til samfunnsdefinisjonen (Gjengedal og Hanested, 2007). Langvarig sykdom sees i denne besvarelsen ut i fra den subjektive personlige definisjonen «illness», og ut i fra definisjonen på kronisk sykdom som er utarbeidet av sykepleierne Mary Curtin og Ilene Lubkin:

Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt.

(Curtin, M. og Lubkin, I., 1998, gjengitt i Gjengedal og Hanestad, 2007, s. 13)

Kathy Charmaz utførte i 1983 en studie blant langvarig syke der *tap av selv* var sentralt hos mennesker med en langvarig sykdom. I undersøkelsen kom det videre frem av intervjuobjektene at de følte et liv fullt av restriksjoner og sosial isolasjon, i tillegg til at de følte seg nedvurdert og som en byrde for andre. Samlet går dette sterkt ut over selvfølelsen. I hennes konklusjonen kommer det blant annet frem at mennesker med en kronisk lidelse er svært sensitive i forhold til negative kommentarer angående seg selv i møte med andre. De overtolker gjerne utsagn til noe negativt. Dette kan føre til problemer i kontakt med andre mennesker. Sosialiseringen som er så viktig, blir vanskeliggjort (Gjengedal og Hanestad, 2007, Charmaz, 1983).

### ***3.1 Forholdet mellom den kronisk syke og sykepleier***

Marit Solheim (2006) beskriver forholdet mellom pasient og sykepleier ved å referere til undersøkelser utført av Thorne og Robinson (1988, 1989). Resultatene av disse undersøkelsene beskriver hvordan den langvarig syke ser på, og velger å forholde seg til helsepersonell. Solheim (2006) presenterer, på bakgrunn av disse undersøkelsene, en modell som viser ulike allianser pasienten kan danne seg i forhold til helsepersonell, sett fra pasientens synsvinkel. Viktige momenter er hva slags tillit pasienten har til egen kompetanse, og til helsepersonellets kompetanse. Modellen bygger på 4 allianser. En heltedyrkende allianse der pasienten velger seg ut en helsearbeider som hun synes skiller seg ut. Pasienten blir avhengig av denne personen. I en resignerende allianse forsvinner pasient-helsearbeider-alliansen, og pasienten har lave forventninger til helsehjelpen hun skal motta. I den tredje alliansen inntar pasienten en konsumentrolle, hvor hun kun deltar i alliansen fordi hun får utbytte av den. Pasienten mener hun vet best selv i forhold til sykdom og omsorg, og mener sykepleier ikke kan sette seg inn i hennes situasjon og behov. Sist kommer



teamarbeid. Dette bygger på et gjensidig forhold, der kjennskap til sterke og svake sider, og tillit til kompetanse går begge veier (Thorne, S.E. og Robinson, C.A., 1988, 1989, gjengitt i Solheim, 2006).

### **3.2 Kroppskunnskaping**

Mennesker som lever med en langvarig sykdom er mer opptatt av de konsekvenser sykdommen har for livsførselen enn den faktiske sykdomsprosessen. Det kan sees i sammenheng med en følelse av tapt kroppskontroll (Gjengedal og Hanestad, 2007). Gjengedal og Hanestad bruker uttrykket «kroniker», noe jeg synes blir uheldig. Pasienten er ikke en kroniker, men er et menneske som lever med en kronisk sykdom. I likhet med Kristin Heggdal (2008) velger jeg også i besvarelsen å omtale mennesker med en kronisk sykdom, som mennesker med langvarig sykdom.

Kristin Heggdal (2008) har gjennom flere års forskning gjennom sin doktorgrad i sykepleievitenskap, kommet frem til et konsept hun har valgt å kalle «Kroppskunnskaping». Konseptet handler om hvordan pasienter «lettere kan bære byrden av en kronisk lidelse» (Heggdal, 2008, s. 19), det vil si å igjen ta kontroll over egen kropp. Følelsen av å ha en kropp kan sammenlignes med en fisk i vannet som ikke legger merke til vannet omkring den. Først når kroppen ikke fungerer er det at vi blir oppmerksom på at vi har en kropp (fenomenologi). Videre går Kroppskunnskaping ut på at pasienten skal jobbe med å finne veien videre gjennom det vanskelige, lære seg selv å kjenne om sine tålegrenser og muligheter, og kunnskap om salutogenesen – kunnskap om det som gir helse. Pasienten skal oppleve en følelse av velvære og kontroll (Heggdal, 2008).

En undersøkelse utført i 2000 av Thorne, Nyhlin og Paterson så på holdninger helsearbeidere hadde til pasienters kroppskunnskap. Undersøkelsen viser at helsearbeidere har en dårlig holdning til denne kunnskapen, og lytter sjeldent. Pasienter som snakket mye om sin egen erfaring og symptomer, ble sett ofte sett på som klagende, overnervøse og besatt av sykdommen sin. Denne undersøkelsen viser at det ligger utfordringer for sykepleier i å møte pasienters kroppskunnskap med en åpen holdning (Thorne, Nyhlin og Paterson, 2000).

Regnbuen er valgt som metafor for Kroppskunnskaping. Fasene i prosessen er delt inn etter fiolett, blå, grønn og rød, med ulike kjennetegn for å differensiere de fra hverandre. Likevel, det er en glidende overgang, noe regnbuemodellen illustrerer. Det å dele inn i faser og nivåer kan synes noe naturvitenskapelig, men Kroppskunnskaping handler om følelsen og forståelsen av egen kropp, den dynamiske prosessen og vekslingen mellom nivåer. Derfor sees Kroppskunnskaping i en fenomenologisk forståelse av kropp og sykdom (Heggdal 2008). Fasene strekker seg fra sykdommen blir oppdaget til en, som tidligere nevnt, fullstendig og integrert kroppskunnskap. *Fiolett fase* er preget av en flukt fra den syke kroppen, og et tap av kroppskontroll. Man skyver unna symptomer – man kan si at pasienten ikke vedkjenner seg at hun er syk, helt til sykdommen og symptomene blir så hemmende for pasienten at de ikke kan gjemmes. Pasienten beveger seg mot *blå fase* der tap av livsglede, sorg og sinne blir fremtredende. Slik jeg tolker denne fasen kan den sees som en sterk form for dualisme, hvor kropp og bevissthet («selvet») for pasienten får et sterkt skille. Det kan føles som om «Kroppen styrer meg» (Heggdal, 2008, s. 62). Fenomenologien står i kontrast til denne dualistiske tenkningen, og for at pasienten skal kunne bevege seg videre i Kroppskunnskaping, må kroppen og «selvet» forenes igjen. De neste fasene i Heggdals modell, bærer preg av en læring og styrket følelse av selvet. I den *grønne fasen* gjennomgår pasienten en kroppslig læring. Både egen erfaring av egen kropp, og samtidig en tilegnelse av naturvitenskaplig kunnskap. Kroppslig læring om egne tålegrenser og erfaring av hva som gjør bedre og hva som gjør verre, gjør at pasienten etter å ha gått flere runder med seg selv, gjerne vært innom de andre fasene i kortere eller lengre perioder, kan komme til den *røde fasen* hvor den kroppslige læringen er integrert i pasienten. Hun har kunnskap om tålegrenser, og spiller på lag med kroppen (Heggdal, 2008).

Sykepleier skal bistå pasienten i å arbeide seg gjennom fasene i Kroppskunnskaping, for så å hjelpe og bistå pasienten med å løfte henne høyere opp mot en fullstendig integrert kroppskunnskap. Her er empowerment (brukermedvirkning) sentralt, da dette går ut på nettopp det å la pasienten delta i sin egen behandlingsprosess (Heggdal 2008).

Sykepleier skal bidra til at den kroppslige læringen har gode vekstvilkår. Pasienten er brobyggeren, sykepleier skal delta i arbeidet. Ved å vise pasienten at hun blir tatt på alvor og bekreftet i forhold til sin kroppskunnskap, legger vi til rette for mestring og følelse av velvære. Sykepleier blir en veileder for pasienten, og er med på å synliggjøre muligheter, ulike veier og valg som pasienten kan ta (Heggdal, 2008).

### ***3.3 Multippel Sklerose***

Multippel sklerose kjennetegnes av en degenerasjon av myelinskjedene som omgir de lange nervetrådene. Selve nevronet blir ikke skadet, men degenereringen gjør at funksjonen vil bli betydelig nedsatt. Dette fører til at pasienten får utfall fra den delen av kroppen den affiserte delen av sentralnervesystemet styrer. Sykdommen er noe mer representert blant kvinner enn hos menn, og debuterer i 20-40 års alderen. Man har ikke en sikker forklaring på årsakene til multippel sklerose, men antar at det er på grunn av en autoimmunologisk reaksjon mot myelinskjedene. Gjerne oppstått i forbindelse med viss type virusinfeksjon. Man ser også en viss arvelig disposisjon (Wyller, 2005).

Multippel sklerose representerer et svært uforutsigbart sykdomsforløp. Enkelte pasienter får en akutt symptomdebut med anfall, mens gradvise forandringer sees hos andre. Det kommer mye an på hvor degenereringen av myelinskjedene starter. Det kan skje i hele hjernen og nedover spinalkanalen. Ofte rammes sensomotoriske eller motoriske områder, men tap av syn kan også være et symptom på påvirkning av synsnerven. Plager som tretthet og utmattelse er også vanlige, men kognitive utfall sees sjelden (Wyller, 2005).

I enkelte tilfeller kan pasientens symptomer gå helt tilbake på grunn av en remyelinisering av nevronene. I andre tilfeller foregår nedbrytingen kontinuerlig, og utfallene av skadene blir stadig mer gjeldene. Man har altså pasienter som opplever akutte anfall og en rask remyelinisering, og pasienter som gradvis forverres til alvorlig invaliditet. Dette er ytterpunktene, og pasientene befinner seg på ulike steder mellom disse. En generell regel er at man etter hvert anfall får en litt bedre periode, men over tid vil pasienten få et stadig dårligere funksjonsnivå (Wyller, 2005).

Det er få behandlingsmuligheter knyttet til multippel sklerose. Man kan gi medikamentell behandling som profylakse mot anfall, men hovedfokuset rettes mot behandling av symptomer som svimmelhet, spastisitet, og ikke minst smerter. Et vanlig problem for pasienter med multippel sklerose er også depresjon. Hardt rammede pasienter, gjerne sengeliggende har også utfordringer knyttet til residive pneumonier (Wyller, 2005). Dette er i min besvarelse årsaken til at pasienten blir innlagt på sykehus.

### ***3.4 Sykepleie til en pasient med multippel sklerose***

For mange er diagnosen multippel sklerose forbundet med gradvis forverring. Dette må sykepleier ta høyde for når han planlegger sin sykepleie. Pasienten skal kunne bevare noe av sin selvstendighet og egenverd – delta i egne beslutninger i den grad det er mulig. Sentralt står ivaretagelsen av pasientens rutiner fra for eksempel sykehjem. De bør opprettholdes, da pasienten vet at dette ikke overskrider tålegrenser og fremmer stabilitet i både hverdag og sykdom (Almås og Johansen, 2007). Jamfør Kroppskunnskaping (Heggdal, 2008).

Sykepleier må tilstrebe å iverksette tiltak som kan virke smertedempende og hindre utvikling av spasmer. Jevnlig leieendring blir viktig for å unngå blant annet trykksår. Samtidig som nervene brytes ned, forsvinner også evnen til å kjenne om en kroppsdel er i knipe, eller en uheldig stilling. Leieendring for å motarbeide spasmer er også en viktig del av smertelindringen. Pasienter som har lammelser er spesielt utsatt for dette. Smertefullt leie eller smertefulle spasmer ødelegger for søvn og hvile. Søvnmangel kan i sin tur forverre sykdommen. Når sykepleier hjelper pasient med stell, må han være oppmerksom på at bevegelser og handlinger må skje på en rolig måte. Ekstremiteter med kraftige spasmer må ikke «tvinges opp», det må heller vurderes spasmeløsende medikament før stell (Almås og Johansen, 2007).

Respirasjonen vil hos de hardest rammede pasientene være nedsatt. Dette vil gi pustebesvær ved mye slimsekresjon (Almås og Johansen, 2007). Dette fører til at mange av disse pasientene er plaget med luftveisinfeksjoner. Sykepleier må oppfordre

pasienten til å utføre hosteøvelser. Dype sukk kan også være effektive. Hyppig leieendring vil og stimulere hosterefleksen (Almås og Johansen, 2007).

En artikkel skrevet av Catarina Berggrén (2007) beskriver noen momenter som kom fram i en avhandling utført av Ann-Kristin Isaksson. Kronisk sorg synes å være vanlig blant pasienter med diagnosen multipel sklerose. Noen av tiltakene som kom frem, var viktigheten av å gjøre små ting for å minnes på at det går an å «leve», at livet *gir* mening på tross av sykdommen. Også denne avhandlingen kommer frem til at mye handler om tap av kropp hos denne pasientgruppen, noe som også Heggdal (2008) presenterer som sentralt.

## **4 Presentasjon av sykepleieteorier**

### **4.1 Kari Martinsen om omsorg**

Kari Martinsen er sykepleiefilosof og har tenkt mange tanker om omsorg og sykepleie. I begrepet «omsorg» legger hun det å bekymre seg for, vise omtanke for, ta hensyn til, ta hånd om, og hjelpe (Martinsen, 2003). I dagens samfunn råder ikke omsorgsbegrepet så sentralt som det burde ha gjort. Den som er selvhjulpen og selvstendig blir belønnet (Martinsen, 2003). Martinsen legger ikke vekt på individet selv, men på det forholdet som eksisterer mellom mennesker (Alvsvåg, 2000).

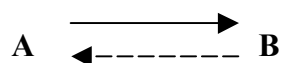
Martinsen (2003) skiller mellom to viktige typer omsorg. Vekstomsorgen og vedlikeholdsomsorgen. Dagens samfunn baserer seg i stor grad på vekstomsorgens tankegang. Denne går ut på at en syk pasient skal gis den hjelp han eller hun trenger for å kunne på et senere tidspunkt gjenoppta sin funksjon i samfunnet. Her støter vi på Dorothea Orems teori om egenomsorg. Men i følge Martinsen er omsorg et mer grunnleggende begrep enn egenomsorgen, og vedlikeholdsomsorgen blir viktig for å favne de pasienter som er langtidssyke (Martinsen, 2003).

Omsorg er bestående av to ord, henholdsvis «om» og «sorg». Uttrykket kommer av det tyske ordet *sorgen* som man kan oversette til «å bekymre seg for», eller «å være

omtenksom overfor». Begrepet omsorg handler derfor mer om å *sørge for* enn å *sørge* (Martinsen, 2003).

Videre definerer Martinsen (2003) tre fundamentale kvaliteter i omsorgen. Omsorg som en *relasjonell omsorg*, en *praktisk* og en *moralsk*. Førstnevnte går ut på at omsorgen er en sosial relasjon der man har et felleskap med andre, og bygger på solidaritet. I tillegg til omsorg, står tillit sentralt i sykepleien. Tillit har å gjøre med innlevelse og engasjement. I profesjonelle omsorgssituasjoner viser pasienten tillit ved å blottlegge følelser og kropp til sykepleieren. Sykepleieren må gjøre seg denne tilliten verdig for å kunne utvikle tillitsforholdet (Martinsen, 1990). Den praktiske omsorgen bygger på en forståelse som forutsetter en erfaring. Det vil si at de situasjoner vi har erfaring fra, kan vi forstå. Pasientens erfaring av *sin* situasjon blir viktig. Til sist den moralske omsorgen. Dersom omsorg skal være ekte må sykepleieren ut fra en holdning anerkjenne den andre (pasienten) ut i fra hennes situasjon. Å anerkjenne pasienten betyr ikke at sykepleier nødvendigvis forventer noe tilbake, sykepleier er der og «sørger for» pasienten. En ekte omsorg, en generalisert gjensidighet (Martinsen, 2003).

Kari Martinsen (2003) støtter seg til den tyske filosofen Martin Heidegger når hun snakker om den generaliserte gjensidige omsorgen. Omsorgen fordrer et forhold mellom minst to mennesker, og innebærer gjensidighet i en eller annen form. Den generaliserte gjensidigheten er spesiell da et stikkord her er altruisme. Å handle på en måte som tjener andre uten å forvente noe tilbake, man har *omsorg for andre*. Martinsen (2003) illustrerer generalisert gjensidighet slik, der A er sykepleier (den som gir omsorg) og B er pasient (den som mottar omsorg):



(Martinsen, 2003, s. 72)

Jeg vil også trekke inn Kari Martinsens tenkning om paternalisme i sykepleien. Hun beskriver den svake paternalismen, som vil si at sykepleier skal ta over noen valg for pasienten for å lette på forventningene til hva pasienten selv skal ta stilling til. Pasienten skal ha lov til å være syk (Martinsen, 1990).

#### *4.1.1 Kari Martinsen om samtalen – dialog som brobyggende metode*

Som fellesskapsbyggende verktøy, er samtalen et av de viktigste vi har (Martinsen, 2005). Å høre etter på hva den andre har å si, og å svare på det med nye spørsmål, legger tilrette for en *samtale*. Vi «taler sammen» om en tredje «sak», «Saken» kan være det å mestre sosial kontakt, eller mangelen på den, når pasienten lever med langvarig sykdom. Det er i spenningen mellom pasient og sykepleieres kunnskap og forståelse, rommet for samtalen ligger. Vi engasjerer oss i den andres tanker, og bygger broer mellom ulike syn (Heggdal, 2008, Martinsen, 2005).

#### *4.1.2 Møte med pasienten – sansing, urørlighetssonen og tonen*

Kari Martinsen skriver i en artikkel som er under utgivelse i en ny lærebok for operasjonssykepleiere om det å *sanse* pasienten, respekt for *urørlighetssonen*, og oppmerksomhet overfor *tonen* i pasientmøtet. Dette kan overføres til enhver pasientsituasjon – også utenfor operasjonsstua! Å sanse pasienten vil si å være sansende tilstede i situasjonen, at man skal være i pasientens åndedrag (Martinsen, 2009). Urørlighetssonen er der og verner om alle menneskelige relasjoner. Dette er grenser som skal respekteres og ikke overtrampes. Først når sykepleieren har kommet pasienten på et sanset hold, kan man sanse pasientens urørlighetssone, uten at vi på noen måte kan si hvor den går. Tonen er stemningen i rommet, som tillater sykepleier å være sansende tilstede overfor pasienten. Vi kan i tonen fornemme pasientens holdninger, en *grunntone* (Martinsen, 2006).

#### **4.2 Joyce Travelbee om mellommenneskelige aspekter**

«Sykepleieren hjelper alltid andre» skriver Travelbee i boken sin «Mellommenneskelige forhold i sykepleien» (Travelbee, 2003, s. 30), og med dette forstår jeg hennes individfokus rettet spesielt mot det mellommenneskelige forholdet. Travelbee skiller mellom sykepleie-pasientrelasjonen og menneske-til-menneske-relasjonen. Det vil si at ikke før sykepleier og pasient opplever hverandre som mennesker, kan en kontakt oppstå. Man må se seg som likverdige «deltagere» i relasjonen (Travelbee, 2003).

Videre mener hun at det helsefremmende arbeidet sykepleier gjør overfor pasienten, handler om å hjelpe pasienten til å finne mening i sykdommen og de helsefremmende tiltakene som blir iverksatt. Her er pasientens egen holdning til sykdom en av de største utfordringene (Travelbee, 2003). Jeg vil henwise til Kristin Heggdals konsept om Kroppskunnskaping, da jeg oppfatter Travelbee som svært sammenfallende med Heggdals tenkning i forhold til helsefremmende prosesser. Man skal mestre sykdom og lidelse, og bruke det som erfaring i en kroppslig læring (Heggdal, 2008, Travelbee, 2003).

Om det innledende møtet skriver Travelbee (2003) om viktigheten av å se og oppfatte den andre, samt det av tanker og følelser som stråler ut. Jamfør Kari Martinsen om tonen, sansing og urørlighetssonen. I det første møte observerer sykepleier, men sykepleier blir også observert tilbake, og ut i fra de slutninger henholdsvis pasient og sykepleier tar, vil følelser oppstå. Travelbee (2003) er opptatt av at vi skal bryte ned stereotypien, det at vi ser «pasienten». Pasienten er ikke sin sykdom. Vi må tilstrebe å se mennesket.

Slik jeg ser Travelbee, oppsummerer hun noe av essensen i både Kroppskunnskaping og Kari Martinsens tanker. Fokus på det mellommenneskelige møtet og viktigheten av kroppslig erfaring og mestringsaspektet av sykdom er alt sentralt for sykepleien til Ann-Mari.

## **5 Kommunikasjon**

Kari Martinsen (2005) beskriver en treleddet samtale. Jeg – du-relasjonen og *det* vi samtaler om. Denne samtaleformen fordrer noen praktiske kunnskaper om hjelpende kommunikasjon. Hvordan vi får frem det vi vil i en samtale, hvordan legge tilrette for at en god samtale kan oppstå. Dette beskriver Eide og Eide (2007) i sin bok «Kommunikasjon i relasjoner».

Hjelpende kommunikasjon fordrer grunnbegrepet «omsorg» (Eide og Eide, 2007). Jeg vil derfor komme inn på noen elementer jeg mener er sentrale i forhold til denne besvarelsen. Bekreftende eller hjelpende kommunikasjon handler om å se den andre,



at den andre føler seg forstått. Å skape rom og mulighet for pasienten til å kunne gi uttrykk for det hun tenker på (Eide og Eide, 2007). Forutsetninger for en god, utforskende samtale fordrer åpne spørsmål. Denne typen spørsmål «åpner» opp for samtalen og skaper rom for forklaringer, beskrivelser og følelser (Eide og Eide, 2007).

Nonverbal kommunikasjonsform avslører lett vår umiddelbare reaksjon på situasjoner vi kommer opp i. Denne reaksjonen trenger nødvendigvis ikke være bevisst for oss selv, men pasienten legger fort merke til den. Den nonverbale kommunikasjonen vi uttrykker med vårt kroppsspråk formidler noe til den andre, og det gjerne tydeligere enn med ord (Eide og Eide, 2007). Uheldig og utilsiktet kroppsspråk trenger nødvendigvis ikke være ment slik, men et bevisst kroppsspråk vil likevel legge til rette for en åpnere samtale der man skaper rom for at pasienten kan få snakke om det hun vil (Eide og Eide, 2007).

Ved å følge en samtale verbalt, gir man en fortløpende og bekreftende tilbakemelding på det pasienten sier. Enten nonverbalt eller ved et kort «ja» eller «nei». Man kan også støtte opp med korte positive tilbakemeldinger som «så fint!» eller «bra!», eventuelt «så trist!» Å følge verbalt kan legge tilrette for en oppbygging av tillit mellom pasient og sykepleier. Dette kan gi et grunnlag for videre samarbeid slik at pasienten kan føle seg tatt på alvor og møtt på en god måte (Eide og Eide, 2007). Ut i fra egen erfaring ser jeg at pasienter som ”henger i ringesnoren” ofte ikke blir lyttet til og møtt. Dette gjelder gjerne langvarig syke pasientene som har størst hjelpebehov, slik som pasienten i mitt kasus. Man befinner seg derfor raskt i en nedadgående spiral hva videre samarbeid angår. Som oppfølging av den verbale følgingen kan man for eksempel be pasienten å utdype det hun snakker om. Denne oppfordringen viser at man er interessert og aktivt lytter til det pasienten har å si (Eide og Eide, 2007).

Å gjenta nøkkelord i det pasienten sier, viser at man lytter og kan på denne måten bevisstgjøre for pasienten det sentrale i problemstillingen og stimulere til videre assosiasjoner og følelser. Når pasienten har fortalt videre, kan sykepleier ved å reformulere eller «samle» hovedbudskapet i en kort setning sjekke om han har forstått hovedbudskapet og pasienten får mulighet til å rette opp eventuelle misforståelser. Man speiler her meningsinnholdet i setningen. En annen form for speiling kan være

av følelser der man bekrefter og synliggjør følelsene for pasienten (Eide og Eide, 2007).

Å bruke humor i kommunikasjon med pasienter kan være en god måte å møte følelser og behov som er vanskelige å forholde seg til, eller som pasienten undertrykker og fortrenger. Humor kan åpne opp situasjoner, lette stemning og legge til rette for bedre kontakt. Det er viktig å lære pasienten å kjenne før man bruker humor (Eide og Eide, 2007).

Kristin Heggdal (2008) refererer til en kommunikasjonsmetode som kalles løsningsfokusert tilnærming (LØFT). Dette er en brobyggende metode som baserer seg på å skape forandring ved å undersøke muligheter og løsninger. Blant annet brukes såkalte mestringsspørsmål. Disse hjelper til å holde et fokus på de sterke sidene, på friskhet, og det personen faktisk får til i forhold til det å mestre langvarig sykdom (Heggdal, 2008). Jeg presenterer eksempel på et mestringsspørsmål i kapittel 7.2.

## 6 Drøfting av møtet

Jeg går i besvarelsen min ut fra at Ann-Mari har nedsatt opplevelse av velvære, og vil nå prøve å belyse momenter som bør vektlegges for at sykepleiere kan legge tilrette for en opplevelse av velvære hos henne, den uken hun er innlagt hos oss.

For at en pasient som er «lenket» til sengen skal føle seg ivaretatt fordres det at sykepleier er tilstede og møter pasienten på pasientens premisser. Når jeg snakker om den ideelle omsorgen til en pasient med multippel sklerose legger jeg da, i likhet med Kari Martinsen, særlig vekt på møtet mellom mennesker (Alvsvåg, 2000). I dette tilfellet møte mellom sykepleier og Ann-Mari. I tillegg trekker sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (2003) inn momenter rundt viktigheten av menneske-til-menneske kontakten eller møtet. Disse to teoretikerne, samt fenomenologien, er med på å danne et bakteppe for min diskusjon av den ideelle omsorgen til pasienten. Sykepleier må foreta en «utforskning» for å finne ut hvilken tilnæringsmåte han vil bruke for å komme i kontakt med pasienten. Eide og Eide (2007) skriver om kommunikasjon, at dette fordrer god omsorg til pasienten. Og for å i det hele tatt kunne åpne opp for at en allianse skal kunne skapes, trenger sykepleier å møte pasienten med respekt og individuell tilnærming.

### 6.1 *Å møte pasienten, allianseskaping og omsorgsbehov*

Når Ann-Mari kommer på avdelingen og sykepleier møter henne for første gang, må sykepleier åpne opp sansene sine for pasienten. Hva slags allianse er i ferd med å bygges i mitt forhold til denne pasienten? Solheim (2006) skriver at hos pasienter med langvarige sykdommer, er det sett et mønster i forhold til hva slags allianse denne pasientgruppen inngår med sykepleier. Jeg har erfart svært ulike allianser hos flere kroniske pasienter. Fra heltedyrking til en mer ren konsumentrolle. Pasienten i mitt kasus inntok en heltedyrkende allianse til en av sykepleierne og spurte etter han ved en hver anledning. Ingen andre var «gode nok». Hadde hun spørsmål, foretrakk hun å snakke med denne sykepleieren. Utfordringene kom naturlig nok når denne sykepleieren ikke var på vakt. Hvorfor en pasient inngår slike allianser har jeg valgt å ikke utdype videre i min oppgave.

Ved at Ann-Mari favoriserer den ene sykepleieren, kan det kanskje settes spørsmålstegn ved om sykepleieren gjør for mye for pasienten. Et sted jeg var i praksis fikk jeg høre at de gangene da man fikk bemerkninger fra pasienter som vi ikke gav så mye hjelp som de ønsket, hadde man gjort en god jobb. De skulle tvinges til å gjøre så mye som mulig selv. Kari Martinsen (2003) skriver i boken «Omsorg, sykepleie og medisin» om vedlikeholdsomsorgen, og viktigheten av å tenke en slik omsorg overfor pasienter som er langvarig syke. Martinsen (2003) velger også å trekke inn en annen sykepleieteoretiker i denne sammenheng. Dorothea Orem presenterte en egenomsorgsteori, og i grove trekk går denne ut på at det pasienten kan klare selv, skal hun gjøre. Denne teorien er svært anvendbar i et rehabiliterings øyemed, men slik Kari Martinsen (2003) beskriver «vedlikeholdsomsorg», passer ikke Orem's teori inn i tenkningen i forhold til min pasient. Man må «gi pasienten lov til å være syk». Enkelte mennesker skal få slippe å ta alle avgjørelser og utføre alt de objektivt sett kunne klart selv. Dette beskriver Martinsen (1990) som «den svake paternalisme».

Den alliansen vi bør etterstrebe er teamarbeid. Solheim (2006) beskriver dette som et samarbeid som innebærer at flere sykepleiere deltar i allianse med pasienten, kjenner til sterke og svake sider hos begge parter, og har en gjensidig tillit til hverandres kompetanse. Utfordringen er derimot at vi alle er mennesker, og både pasient og ikke minst sykepleier har ulike forutsetninger for å skape gode og fruktbare allianser. Ved å anerkjenne pasientens kroppskunnskap, og ved å lytte til denne, vi man i større grad ha mulighet til å oppnå et samhandlende teamarbeid.

Kari Martinsen (2009) skriver i en artikkelen om blant annet tone, sansing og urørlighetssone. Disse tre aspektene har jeg valgt å trekke inn i oppgaven min for å belyse den ideelle omsorgstilnærmingen. Hvis man skal komme i kontakt med pasienten, må man lære hennes grenser å kjenne. Dersom man ikke tar hensyn til pasientens urørlighetssone, kan det oppleves som krenkende for pasienten. Denne sonen er så forskjellig fra menneske til menneske, og fra situasjon til situasjon. Martinsen (2009) skriver om at å oppdage tonen i et rom, den tone pasienten «skaper» rundt seg, gir sykepleier mye informasjon om veien videre. Helt konkret: Dersom sykepleier aner en usikker tone, åpner sykepleier sansene sine for pasientens mulige

usikkerhet. Kanskje velger sykepleier å tilnærme seg pasienten på en annen måte enn han ellers ville gjort. Sykepleier sanser at pasienten er usikker og legger hånden på skulderen til pasienten for å roe ned og vise at han er «sansende tilstede». I dette eksempelet kunne sykepleier sanse at pasientens urørlighetssone «tålte» noe kroppskontakt. Men urørlighetssonen er en «hellig sone» rundt pasienten og må respekteres og bør ikke overskrides. Disse grensene vil det være naturlig for sykepleier å utforske og kanskje utfordre i møtet med denne Ann-Mari. Det å sanse en tone kan for mange kanskje høres «uhåndgripelig» ut, men for å knytte det til praksis, ser jeg det slik at det handler mye om det kliniske blikk sykepleieren tilegner seg. Han har en erfaringskunnskap som han benytter i ulike situasjoner til å sanse det som skjer.

Videre trekker Joyce Travelbee (2003) inn temaer som er relevant for sykepleier i dette møtet. Som nevnt innledningsvis, handler mye av hennes teori om det forholdet sykepleier skaper med pasienten: et menneske-til-menneskeforhold. At vi skal oppfatte hverandre som mennesker, før relasjonen kan oppnå kontakt. I det innledende møtet skriver Travelbee (2003) om viktigheten av å se og oppfatte den andre, samt det av tanker og følelser som stråler ut. Her vil jeg minne om Kari Martinsen slik jeg har beskrevet ovenfor. I det første møte observerer sykepleier, men sykepleier blir også observert tilbake! Og den nonverbale kommunikasjonen blir sentral. Det kommer jeg inn på litt senere. Travelbee (2003) er opptatt av at vi skal bryte ned stereotypien, det at vi ser «pasienten». Pasienten er ikke sin sykdom. Vi må tilstrebe å se mennesket, for som Travelbee sier:

«Sykepleier viser ved sine handlinger at hun ønsker å bistå den syke – ikke fordi han er syk og skal ha pleie, men fordi han er den han er og ingen annen»  
(Travelbee, 2003, s. 35)

Sykdommen har kommet langt hos Ann-Mari, og hun vil trenger hjelp til alt av personlig hygiene, ernæring og mobilisering. Almås og Johansen (2007) beskriver omsorgsbehovet hos pasienter med diagnosen multipel sklerose, og sykepleier må være oppmerksom på å gi pasienten det hun trenger. Min erfaring fra dette kasus, sier noe om et behov som kanskje mange pasienter av denne typen gjerne ikke får tilfredstilt i den grad de trenger det. Det å bli mobilisert og leiendret. Jeg opplevde at

pasienten ble omtalt som «vanskelig», eller «krevende». Dette var på grunn av at hun ringte i snoren hele tiden, og når hun fikk hjelp, var hun aldri fornøyd. Bortsett fra når sykepleieren hun «heltedyrket» var med. Jeg tror at andre sykepleieres negative holdning til denne pasienten i og for seg var berettiget nok. I en travel sykehushverdag synes mer kritisk syke pasienters behov viktigere enn behovet for å få flyttet på en arm som har ligget i samme stilling hele formiddagen. Men er dette en riktig prioritering? Blant annet Almås og Johansen (2007) og Wyller (2005) beskriver noen av de utfordringene man står overfor spesielt i forhold til pasienter som Ann-Mari. Dersom en pasient med multippel sklerose blir liggende i samme stilling over lenger tid, vet sykepleier at faren for utvikling av trykksår er høy. Utvikling og forverring av spasmer øker, og smerten i disse musklene kan bli uutholdelige. Dersom dette skjer, kan det gå ut over søvn og hvile. Og dersom denne søvnrytmen blir forstyrret, kan det føre til en eskalering av symptomer og utvikling av sykdommen. Dessuten vil faren for utvikling eller forverring av pneumoni være større. Likevel blir pasienten som «henger i ringesnoren» slik jeg har erfart, dessverre plassert bakerst i køen.

Hvordan kan vi gi den *ideelle omsorgen* til denne pasienten? Hele tankegangen om prioriteringer i sykehushverdagen anser jeg som et hinder for at en sengeliggende pasient som er langtidssyk skal få den omsorg hun trenger. Ut i fra min erfaring, forsvinner langtidssyke pasienter ofte i mengden av hjerteinfarkt, KOLS i forverring, og blodsukker som plutselig er altfor høyt. Den langtidssyke og klare pasienten blir ikke sett, fordi hun er stabil i sin sykdom og det meste «går på rutine» hos denne typen pasienter. Kari Martinsen (2003) sier at man ikke kan handle omsorgsfullt dersom man ikke har forståelse for den andres situasjon. Slik jeg ser det kan ikke sykepleier fullt *forstå* pasientens situasjon. Skulle man det, måtte man ha vært like syk som Ann-Mari, og vært i samme situasjon. Men det å oppnå en *forståelse* ved å bekrefte at som sykepleier ser vi for, og er der for pasienten, kan sykepleier handle enda mer omsorgsfullt.

Ann-Mari er klar og orientert, men lenket til sengen. Sykepleieren tenker kanskje at: «Hun er jo klar, så hun sier i fra hvis hun trenger noe.» Akkurat i dette tilfellet sier pasienten i fra hele tiden, men jeg tror at pasienter som er klare og orienterte har lett for å bli glemt. Nettopp på grunn av at de kan gi beskjed dersom det skulle være noe.

Jeg tror at for å kunne gi god omsorg, må man øke fokuset på gruppen av langtidssyke som er klare. Ikke fordi de er klare, men *fordi* de er klare. Med dette mener jeg at pasienter som er klare og følger med, leser sykepleieren mye bedre, kan høre det som blir hvisket lavt. Kunnskapen og erfaringen til Ann-Mari er reell, og hun vet nøyaktig hva som er best for henne. På grunn av dette, kan ikke sykepleier forsøke å snakke seg bort, feie unna det som han synes er bagatellmessig. Pasienten kan sanse dette. Sagt på en annen måte, det å snakke om vær og vind hver gang man er inne hos en klar pasient går ikke. Det må være hold og fornuft i det man gjør og sier.

I det vi uttrykker ligger mye nonverbalt, og sykepleier må ha fokus på dette. Som Travelbee (2003) sier om det innledende møtet, observerer sykepleier og pasient hverandre. Eide og Eide (2007) skriver om nonverbal kommunikasjon, og viktigheten av å være oppmerksom på denne. Dersom sykepleier står med armer i kors, og inntar en «ovenfra-og-ned» holdning mot pasienten, legges forholdene dårligere til rette i det allianseskapende møte. Slik jeg ser det blir viktigheten av et bevisst fokus på kommunikasjon svært viktig i møte med klare pasienter. Selvfølgelig gjelder dette også uklare pasienter, men denne gruppen pasienter har ikke min oppmerksomhet i denne oppgaven.

Kathy Charmaz (1983) utførte en undersøkelse der det kom fram at det er vanlig at langtidssyke mennesker har en tapsfølelse overfor seg selv. Det å være klar i hodet, klar over sin tilstand og funksjonstap, er svært vanskelig for pasienten. Dette må sykepleier ha i mente, og spesielt ha fokus på omsorgsbehovet, og behovet for å bli sett og tatt vare på. Det *banale* er det *basale* - det helt grunnleggende blir det viktigste! Sykepleier må være oppmerksom på at Ann-Mari er prisgitt vår tilstedeværelse og hjelp for å utføre den minste bevegelse, og ivareta alle funksjoner som for oss som er friske er så naturlige å utføre at vi ikke en gang tenker over dem. Det vil si at for Ann-Mari å få flyttet litt på armer og ben, kan ha så utrolig mye mer å si enn det vi kan ane.

## 7 Drøfting om opplevelsen av velvære

Min umiddelbare reaksjon på denne pasienten er at her har vi en dame som har tungt for å puste, og i tillegg har multippel sklerose. Dette fører til enda større problemer med pusten. Hvordan kan vi i denne første fasen legge til rette for at hun opplever velvære i den situasjonen hun er i, og videre, hvordan legge til rette for en opplevelse av velvære i tilhelingen av pneumonien. I det pasienten innlegges er hun dårlig, og svært medtatt. De første to dagene før antibiotikaen begynner å ha effekt, vil slik jeg ser det, opplevelsen av velvære gå ned. Pasienten er enda mer medtatt, og pusten vil være tyngre enn normalt.

Men så må jeg spørre meg selv: Er det sånn å forstå at hun trenger å ha en nedsatt opplevelse av velvære selv om hun er så sliten og syk? Vil ikke en følelse av ivaretagelse, omsorg, og det å føle at vi er der for henne, det at vi *sørger for* henne slik Kari Martinsen (2003) tenker i forhold til den generaliserte gjensidigheten, føre til en opplevelse av velvære? Pasienten skal i den første perioden på sykehuset få lov til å være pasient, og som Martinsen tenker videre, kan sykepleier utøve den svake paternalisme og passe på at pasienten får den behandling hun trenger, og kan hvile i den visshet om at hun blir *sørget for* av sykepleier. Vi sørger for å iverksette tiltak for å lette på pusten. Kanskje trenger hun litt oksygentilførsel, og slimløsende midler. Senere kan hun selv begynne å delta mer aktivt i tilhelingsprosessen med sine helsefremmende kroppskunnskaper om tålegrenser, og hva som gir helse og hva som gir uhelse.

### 7.1 *Kroppskunnskap som hjelpemiddel*

Kroppskunnskap er en relativt ny måte å tenke i helsefremmende prosesser på, og det er en utfordring å sette den inn i en praktisk situasjon. Likevel føler jeg at konseptet, måten og tenke på, og pasientens deltakelse gjør Kroppskunnskap til et godt hjelpemiddel for sykepleier å nytte i møte med pasienten som har en nyopplaget sykdom, eller den erfarne og kroppsvitende pasienten. Sykepleier er der for pasienten som en «medvandrer», eller «kroppsløs» i den kroppskunnskapende prosessen.



I Kroppskunnskaping anses pasienten som ekspert i behandlingen av den langvarige sykdommen. Det er pasienten som sitter inne med kunnskap om hvordan kroppen takler situasjoner, forverringer – eventuelt det som gir eller forebygger forverringer. Heggdal (2008) snakker om empowerment i forhold til den kroppslige læringen. Empowerment handler om nettopp det å la pasienten aktivt være med i behandlingen av seg selv, samt å la pasienten drive egenbehandling. Pasienten i kasuset er en erfaren dame som har levd med sykdommen gjennom mange år. Å ikke lytte til hennes kunnskap om egen kropp og mestringskapasitet, vil være et overgrep mot hennes integritet og selvbestemmelse.

For å starte med et eksempel: Ann-Mari gir uttrykk for at sengen ikke er god for henne, fordi denne typen madrass gjør at kroppen ikke slapper av, og ikke avlaster henne. «Det er ikke sånn madrass jeg er vant til. Jeg har en mye bedre hjemme!» Erfaringene mine rundt denne pasientsituasjonen, tilsier at slike uttalelser fra pasienter med langvarig sykdom kan blir møtt med en spesiell type kommentar blant sykepleiere. «Nå er hun på sykehus, og sånn gjør vi det her!» Slik jeg ser det, er dette en av de farligste tenkemåtene, når pasienter med langvarig sykdom begynner å «kreve» ekstra hjelp utover det vanlige. Thorne, Nyhlin og Paterson (2000) kommer også med et eksempel i sin undersøkelse hvor en sykepleier overser en pasients erfaringskunnskap i forhold til insulin. Sykepleier sier at : «We know what's best for you in the hospital» (Thorne, Nyhlin og Paterson, 2000, s. 305). Ann-Mari vet at madrassen ikke er god for henne, det har hun erfart gjennom utprøving av forskjellige typer madrasser. I situasjonen beskrevet av Thorne, Nyhlin og Paterson (2000), gikk pasienten senere i en alvorlig hypoglykemi som følge av at sykepleier unnlot å lytte til pasientens kunnskap. Dersom sykepleier er lydhør for pasientens kunnskap om kropp og *det som gir helse og det som forebygger uhelse*, vil sykepleier straks undersøke om hvorvidt det er mulig å for eksempel anskaffe en madrass av typen Tempur.

I eksempelet ovenfor ser vi at pasienten har kunnskap om hva som blant annet gir god eller dårlig søvn, og mindre smerter i kroppen. På dette området bør og skal vi se på pasienten som ekspert. Det er Ann-Mari som ligger i sengen hele døgnet, så hvordan kan sykepleier påstå at han vet best? Eller hvordan kan da sykepleier la være å skaffe en ny madrass umiddelbart? Undersøkelsen utført av Thorne, Nyhlin og Paterson

(2000) viser at holdningen til pasienters kroppskunnskap er svært vekslende hos helsearbeidere. Pasienter som kom med egen kroppskunnskap blir sett på som overnervøse, klagete og besatt av sykdommen. Heggdal (2008) nevner salutogenese og empowerment som viktig i forhold til pasienters kunnskap. Som jeg har nevnt tidligere er det bare Ann-Mari som vet hvordan det er å ligge der i sengen, og vi bør respektere den kunnskapen hun har om komplikasjoner og det som gir helse for henne (salutogenese). Jeg har i likhet med Gjengedal og Hanested (2007) valgt å se begrepet sykdom ut i fra «illness» som sier noe om den subjektive opplevelsen av det å være syk. I dagens sykehushverdag, kan det se ut som den kliniske definisjonen «disease» og samfunnsdefinisjonen «sickness» er gjeldene. La oss ikke fortsette denne trenden med å behandle sykdommen og ikke pasienten som lever med sykdommen.

## **7.2 «Jeg føler meg så hjelpeløs»**

En situasjonsbeskrivelse:

*Mot slutten av oppholdet på sykehuset sier Ann-Mari til meg når jeg hjelper henne med middagen at hun føler seg så hjelpeløs. «Hjelpeløs?», spør jeg tilbake. Ved å gjenta dette nøkkelordet, som Eide og Eide (2007) beskriver, legger jeg til rette for at Ann-Mari kan utdype og reflektere videre. Hun forteller at det å ligge her og ikke kunne gjøre noen ting, «bare henge med på lasset», gjør at hun føler at livet ikke har noen verdi. Jeg vet ikke hva jeg skal svare på det Ann-Mari sier. Det blir stille i et lite minutt. Det virker som om hun tenker nøye på det hun nettopp sa.*

Når en person kan defineres med kriteriene fra blå fase i Kroppskunnskaping, skriver Heggdal (2008) at det handler mye om tap av livsutfoldelse, sorg og sinne. Det virker på meg som at Ann-Mari har beveget seg over i blå fase. Hun føler seg hjelpeløs og gir uttrykk for at livet ikke har noen verdi. Det er alvorlige og eksistensielle aspekter Ann-Mari tar opp. Fenomenologien ser mennesket fra et eksistensielt og helhetlig perspektiv. Som tidligere nevnt handler det om at kroppen er ikke noe man *har*, det er noe man *er*. Hos Ann-Mari har denne kroppen fått en hemning av stor karakter. Ut i fra fenomenologien beskrevet i Aadland (2006) tolker jeg det slik at hemningen stjeler all fokus, og kroppen blir fra pasientens syn betraktet som et objekt. Ann-Mari

har en kropp, og denne kroppen virker ikke slik den skal. Det er ikke sikkert at hun kan komme dit hen at kroppen hennes igjen kan bli noe hun er, men sykepleier bør strebe etter dette. Kari Martinsen (2009) skriver om sansingen av pasienten. Jeg velger å kalle dette for «klinisk årvåkenhet». Dette tar utgangspunkt i et «klinisk blikk», men i en videre forstand hvor man i tillegg til blikket, åpner opp for sansing. Som sykepleier sanser jeg i denne situasjonen at pasienten virker nedstemt og lite motivert. Hun har vært igjennom nok en pneumoni, og hun vet ut i fra kunnskap om egen kropp, at det med sikkerhet ikke er siste gang. Dersom jeg er «klinisk årvåken» i mitt møte med Ann-Mari, åpner jeg for grunntonen i møtet, og sansingen for hennes urørlighetssone.

Fortsettelse av situasjonsbeskrivelse:

*Jeg velger å bryte stillheten. Det er tydelig at Ann-Mari tenker mye på utreisen, og er lite motivert fordi hun vet hun kommer til å bli dårlig igjen. «Når du forteller om hvor vanskelig du har det nå, lurer jeg på hvordan du klarer å komme deg igjennom dagene?» Her bruker jeg mestrings spørsmål, ut i fra løsningsorientert tilnærming som kan benyttes som en brobyggende metode, slik Heggdal (2008) beskriver det. Spørsmålet er utfordrende og direkte. Jeg velger likevel å bruke dette, fordi jeg nå har blitt kjent med Ann-Mari. Ann-Mari forteller om familien sin og barnebarna. Og pusekatten som pleier å være utenfor sykehjemmet. Hun sier at det å vite at familien hennes er der for henne betyr mye, og at det er veldig kjekt å se barnebarna vokse og bli større. Hun eldste har nettopp begynt i andre klasse, og har alltid masse å fortelle når hun er på besøk hos Ann-Mari. Jeg bruker kommunikative hjelpemidler slik de er beskrevet av Eide og Eide (2007), og bekrefter hele tiden det hun sier med korte «Ja» og «Mmm». Til slutt sørger jeg for at jeg har forstått hva hun sier og oppsummerer med et spørsmål: «Familien din betyr mye for deg?» Hun svarer ja. «Familien min er grunnen til at jeg kjemper meg gjennom lungebetennelse etter lungebetennelse». «Og så pusekatten», sier jeg spøkefullt. Ann-Mari smiler: «Og pusekatten ja.»*

Ann-Mari virker litt lettere til sinns, og stemningen er god mens jeg hjelper henne med middagen. Før jeg går ut snakker vi om hennes erfaringer gjennom sykdommen. Ann-Mari sitter inne med mye kunnskap om sykdom, og egne tålegrenser. Jeg sier at vi skal være lydhør over for hennes kunnskap, og oppfordrer henne til å gi oss

tilbakemelding på hvordan hun føler erfaringene om kroppskunnskap mottatt på avdelingen.

### ***7.3 Å oppdage og å ta vare på øyeblikket***

Ann-Mari er sterkt preget av sykdommen. Og selvfølgelig har sykdommen, og utviklingen av den ført mye med seg. Som sagt ovenfor, beskriver fenomenologien en eksistensiell og helhetlig opplevelse av kroppen. Men når en del av kroppen er sykt, får denne dele oppmerksomhet og blir objektivisert. Mennesket danner et skille i forhold til kropp og sjel (selvet). Heggdal (2008) trekker her inn begrepet dualisme, altså skillet mellom kropp og sjel. Kroppskunnskap, og fenomenologien, søker etter å oppheve dette skillet, slik at kropp og sjel igjen kan fungere helhetlig sammen og ikke mot hverandre. Hos Ann-Mari har sykdommen satt så dype spor at det å skulle fokusere på en vei mot bedre helse og selvstendighet, er uhensiktsmessig. I mitt arbeid med denne besvarelsen, har jeg mer og mer fått en bevissthet og fokus mot øyeblikkene. Man kan gjerne være ambisiøs og sette seg mål om at pasienten skal føle velvære hele tiden og fortsette med den følelsen etter utskrivelse. Det er selvfølgelig en utopi som ikke lar seg gjennomføre. Sykepleier må være mindre grådig. Når alt kommer til alt, er det de små millimeterne som er de store.

Som jeg nevnte, vil en hemning i kroppens funksjon få et stort fokus i livet. Dette kan føre til at det blir vanskelig for meg som sykepleier å nå inn til Ann-Mari. Likevel er det her fokuset mitt ligger. Slik Kari Martinsen (2009) beskriver det å være «sansende tilstede» og ha sinnet åpent for tonen, sansing og urørlighetssone, kan jeg finne de situasjonene som gjør at Ann-Mari kan glemme hemningene for et lite øyeblikk. For Ann-Mari bør fokuset være på å oppdage, fange, og ta vare på øyeblikket. Jeg vil beskrive en slik situasjon der sykepleier hjelper pasienten til å oppdage øyeblikket av velvære:

*Etter å ha ligget hele natten uten å bli mobilisert nok, er Ann-Mari helt utslitt om morgenen. Hun har smerter i høyre hofte og skulder etter å ha ligget på denne siden i flere timer. Hun kom inn i går, men hun har ikke fått en bedre madrass. Spasmene i armer og ben er ekstra smertefulle i dag. Hun virker nedstemt og lite villig til å*

*gjennomføre noe morgenstell. Jeg prøver å motivere henne, og tilbyr smertestillende før stell. Hun takker ja, men sier samtidig at: «Det kommer ikke til å bli noe behagelig!» Jeg får hjelp av en hjelpepleier til å utføre stellet. Vi bruker god tid, og tar nøye hensyn til spasmen og forflytter med rolige bevegelser. Hun får vasket seg med en lunken klut, og får på nye, rene klær. Etter stellet henter jeg frokost og finner tid til å sette meg ned litt med henne. Jeg snakker med henne om hvordan hun opplevde stellet og smertene. Hun gir uttrykk for at det var ubehagelig, men at det selvsagt er viktig å få vasket seg og få på rene klær. Jeg spør videre om hvordan hun opplevde øyeblikket mellom den smertefulle forflytningen og da hun fikk vasket seg. Ann-Mari gir uttrykk for at det å være velstelt og vite at det ikke lukter har mye å si for hennes følelse velvære. Og det å få vasket ryggen etter å ha svettet gjennom natten var godt. Jeg forklarer viktigheten av å gripe øyeblikkene, og samle på de. Ofte må man gjøre det smertefullt for at det i et øyeblikk skal kunne finnes en opplevelse av velvære. For så at det blir ubehagelig igjen. Det er de små tingene som kan bli de store. Ann-Mari forteller om en opplevelse hun hadde samme dag hun kom inn. En pleier satte vinduet på gløtt, og Ann-Mari kunne høre at fuglene sang utenfor. Hun gledet seg over at våren nok en gang var kommet. Dette øyeblikket var godt, og hun smiler mens hun forteller om det.*

Ann-Mari har selv klart å finne et godt øyeblikk og ta vare på det. Slik jeg ser det, blir det en viktig oppgave for sykepleiere å legge til rette for at gode øyeblikk kan oppstå, samtidig som vi minner pasienten på dem dersom hun ikke ser dem selv. Øyeblikkene er det eneste vi har, det er det som i det lengste betyr noe.

I likhet med artikkelen skrevet av Berggrén (2007) ser vi at øyeblikkene er av stor betydning for å vinne tilbake livet. Jeg vil avsluttet denne delen med et sitat fra artikkelen:

Varje ny strategi bidrog till att minska sorgen och dessa patienter som lärt sig se allt fler nya kvaliteter i livet, fick tillbaka sitt framtidshopp. De hade fått en insikt och förståelse för sig själv och andra som lever med sjukdom.  
(Berggrén, 2007, s. 21).

## 8 Konklusjon

Min problemstilling er stor og utfordrende. Hvordan legge tilrette for en opplevelse av velvære? Kan sykepleier virkelig gjøre dette for pasienten? Er tilrettelegging for velvære rett og slett en umulighet?

Jeg har gjennom denne besvarelsen forsøkt å belyse momenter jeg anser som viktige for å kunne svare på problemstillingen. Det første jeg så på var betydningen allianseskapingen har for det videre samarbeidet mellom sykepleier og pasient. En allianse som bygger på et teamarbeid legger tilrette for at sykepleier og pasient sammen kan «dra lasset». For å innlede et slikt teamarbeid, må tillit til kompetanse, og respekt for sterke og svake sider hos hverandre gå begge veier. For å kunne møte pasienten på en slik måte at sunne og fruktbare allianser kan gro, poengterer Kari Martinsen (2009) at sykepleier må være oppmerksom på blant annet tonen, sansing og urørlighetszone i møtet. Jeg velger å kalle dette en klinisk årvåkenhet, og henspeler med dette på en utvidet forståelse av det kliniske blikk. Når man er klinisk årvåken ser jeg det slik at sykepleier sanser så mye mer enn kun de vitale tegn hos pasienten. Man åpner i større grad opp sansene sine for det som også omgir pasienten. Dette gir sykepleier verdifull kunnskap om pasienten, og hvordan dette mennesket må møtes. Dette er også Travelbee (2003) opptatt av. Å oppfatte hva den andre tenker og føler hjelper sykepleier i allianseskapingen. I tillegg er det viktig å være oppmerksom på den nonverbale kommunikasjonen i det innledende møtet. Ann-Mari er klar og orientert, og er like skarp som sykepleier i observasjon av kroppsspråk, andres uttrykk gjør inntrykk!

Ann-Mari kan ha tungt for å puste, tyngre enn det pleier å være. Pneumonien gjør at sekret utskilles, og hopper seg opp i lungene. Hun er slapp og medtatt. I slike situasjoner kan det synes umulig å legge tilrette for at hun skal få en opplevelse av velvære, men jeg mener man kan det. Ved å vise at man er tilstede, at man som Kari Martinsen (2009) sier det, *sørger for* henne, og gir henne hjelp til å ta kontroll over pusten, vil ikke da pasienten føle seg trygg og ivaretatt? Og er ikke det da en form for velvære i den kaotiske situasjonen?

Jeg har forsøkt å anvende Kroppskunnskaping som hjelpemiddel for å belyse hvor viktig anerkjennelsen av pasientens erfaringskunnskap om kropp, tålegrenser og salutogenese – det som gir helse, er. Sykepleier må lytte og etterlyse denne kunnskapen, og anvende den i behandlingen sammen med pasienten. Det at pasienten føler sin kroppskunnskap bli tatt på alvor, kan bidra til at pasienten gjenvinner kontroll over kroppen sin (Heggdal, 2008). Oppegående mennesker er i større grad i stand til å utøve disse helsefremmende tiltakene på egenhånd, mens Ann-Mari er avhengig av andres hjelp.

Mens jeg har jobbet med denne besvarelsen har jeg fått et fokus mot øyeblikkene, og viktigheten av å ta vare på disse. En opplevelse av velvære kan ikke skapes, den kan bare legges til rette for. Dersom sykepleier legger tilrette for gode opplevelser, og hjelper pasienten til å se disse øyeblikkene kan en opplevelse av velvære oppnås for pasienten. Jeg beskriver en situasjon der Ann-Mari skal få hjelp til morgenstell. Her fokuserer jeg på å synliggjøre for henne velværen i det øyeblikket hvor hun fikk vasket bort svette på ryggen, og at man gjerne må gjennom noe ubehagelig for å i et øyeblikk få oppleve at noe er godt. En opplevelse av velvære.

For at Ann-Mari skal kunne få en opplevelse av velvære, må sykepleier være med på å legge tilrette for at øyeblikk av velvære kan oppstå. Sammen med pasient, snakke om verdien av disse, og samle de som gode minner om at på tross av sykdom og smerte, kan man fremdeles leve og oppleve velvære i de små tingene. Dersom sykepleier forventer at Ann-Mari skal ha en konstant opplevelse av velvære, er vi for grådige. I det store bildet, er det de små millimeterne som teller. Ved en oppmerksomhet overfor pasientens Kroppskunnskap, en klinisk årvåkenhet i møtet og bygging og pleie av alliansen mellom sykepleier og Ann-Mari, og ved å samle på de små gode øyeblikkene, kan sykepleier, slik jeg ser det, legge til rette for en opplevelse av velvære hos henne.

En fordring for at sykepleier skal kunne møte Ann-Mari på den måten jeg har forsøkt å beskrive i min besvarelse, er at han ser Ann-Mari for den hun er, og ikke bare sykdommen. Jeg innledet denne besvarelsen med et sitat av Joyce Travelbee. Jeg ønsker også å avslutte besvarelsen med dette, som en påminnelse om viktigheten av det å se Ann-Mari, vise forståelse for Ann-Mari, og å være der for Ann-Mari:

«Sykepleier viser ved sine handlinger at hun ønsker å bistå den syke – ikke fordi han er syk og skal ha pleie, men fordi han er den han er og ingen annen»  
(Travelbee, 2003, s. 35)



## Litteraturliste:

Aadland E. (2006) *Og eg ser på deg...* Oslo, Universitetsforlaget.

Almås, H. og Johansen, E. R., (2007) Sykepleie til pasienter med nevrologiske sykdommer. I: Almås, H. (red.) (2007) *Klinisk sykepleie Bind 2*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, s. 802-837.

Alvsvåg, H. (2000) Menneskesynet – fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. I: Alvsvåg, H. og Gjengedal, E. (red.) (2000) *Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen, Fagbokforlaget, s. 19-36.

Berggren, C. (2007) Kronisk sorg vanlig för MS-sjuk. *Omvårdnadsmagasinet*, 5 (4), s. 18-21.

Brekke, V.E. og Førland, O. (2009) *Bacheloroppgave i sykepleie – et veiledningshefte for studenter*. Haraldsplass Diakonale Høgskole.

Charmaz, K. (1983) Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5 (2), s. 168-195.

Eide H. og Eide T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Gjengedal E. og Hanestad B.R. (2007) Om kronisk sykdom. I: Gjengedal E. og Hanestad B.R. (red.) (2007) *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo, Cappelen Forlag, s. 10-26.

Heggdal K. (2008) *Kroppskunnskaping*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2005) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Martinsen K. (1990) Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Jensen, K. (red.) (1990) *Moderne omsorgsbilder*. Oslo, Gyldendal, s. 61-98.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo, Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo, Akribe.

Martinsen K. (2006) Sårbarheten og omveiene – Løgstrup og sykepleien. I: D. Bugge, P.R. Bødwardt og P.A. Sørensen (red.) (2006) *Løgstrups mange ansigter*. København, Forlaget Anis, s. 255-270.

Martinsen K. (2009) Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten. Upublisert manuskript. I: Dåvøy (red.) m.fl. (2009) *Lærebok i operasjonssykepleie*. Gyldendal (under utgivelse).

Solheim, M. (2006) Å vere kronisk sjuk – oppleving, meistringsoppgåver og konsekvensar for sjukepleie. I: Solheim, M og Aarheim, K.A. (red) (2006) *Kan eg kome inn? Verdier og val i heimesjukepleien*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 110-133.

Thorne, S.E., Nyhlin, K.T. og Paterson, B.L. (2000) Attitudes toward patient experience in chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 37 (4), s. 303-311.

Travelbee, J. (2003): *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.