

Fem variasjoner over ett tema i sygepleiefaglig veiledning

Artiklen er den sjette og sidste i serien om sygeplejefaglig vejledning som mangfoldig og praktisk kundskab og magt hos fem eksperter

Av Trulte Konsmo, lektor
Ill. Line Berger.

I denne serien har vi fått et innblikk i praktisk kunnskap hos fem eksperter på sygepleiefaglig veiledning, som har blitt inspirert av ulike tradisjoner. Gjennom intervjuer har veilederne fortalt hvert sitt paradigme (mønsterksempele) (1, 2). Ved å analysere paradigmene har vi trukket ut deler av veiledernes referanserammer (3). De av leserne som har fulgt med, har sikkert lagt merke til at det er store forskjeller i de fem referanserammene, men også interessante likheter. I denne artikkelen skal vi se nærmere på disse forskjellene og likhetene. De fem veilederne ble bedt om å reflektere høyt om hvordan de ville forholdt seg i en tenkt veiled-

ningssituasjon (4, 5). Hensikten med dette var å kunne sammenligne hvordan de ulike veilederne forholdt seg til samme situasjon. Situasjonen ble beskrevet som følgende (2):

»En sykepleier på en rehabiliteringsavdeling tar opp at hun er frustrert og oppgitt i forhold til en eldre dame som har vært innlagt de siste 4 ukene. Damen hadde selv søkt om å få komme på rehabiliteringsopphold etter at hun hadde fått sitt annet slag. Sykepleieren og de andre ansatte har forsøkt å gjøre sitt beste, men pasienten har sabotert alt, og isolert seg på rommet sitt. Mannen hennes har ikke vist seg under oppholdet, og ryktene sier at han

vil skilles. Damen skal reise hjem i morgen«.

I utformingen av caset ble det vektlagt at det skulle være et vanlig problem med mange løse ender og dermed mange mulige innfallsvinkler til veiledning.

Det er ikke uproblematisk å be eksperter om å veilede på et case. Den amerikanske sykepleierforskeren Patricia Benner har beskrevet hva som kjennetegner praksisen til eksperter på klinisk sykepleie (1). I korte trekk kan man si at eksperter:

- styrer sin praksis intuitivt etter tidligere erfaringer.
- ser situasjonen som en helhet og forstår intuitivt hva som er det sentrale.

- involverer seg i situasjonen og dermed blir svært sanseskarpe for andres og egne muligheter og ressurser.

Ut fra denne forståelsen av eks-
perters praksis blir det tydelig at
veiledning på caset blir problema-
tisk, fordi man da hverken kan se
helheten eller involvere seg, og
blir dermed fratatt muligheten for
å få tak i viktig informasjon. Alle
veilederne ga uttrykk for fru-
strasjon over dette. Som en av
dem sa:

*»Det blir fryktelig vrient for
meg å ta en sånn tekst, for jeg
har ikke personvariablene. Og
da er jeg for min del hjelpeløs,
for min virksomhet er basert på
å forstå det personlige«.*

Veilederne forsøkte å kompensere
noe ved å trekke meg med inn i et
rollespill. Den rollen jeg valgte å
spille var som en ureflektert, ufag-
lig sykepleier med dårlige hold-
ninger. Denne rollen beholdt jeg
overfor alle veilederne. Det var
altså ingen lett oppgave de fikk.

Til tross for svakhetene med
case-metoden som jeg her har be-
skrevet, mener jeg denne metoden
er nyttig for å få fram forskjeller i
veilederens tilnæringsmåter. Vi
skal nå slippe de fem veilederne til
i tur og orden. Underveis vil lik-
heter og forskjeller mellom deres
praksis bli fremhevet.

Ellen

Ellen er inspirert av gestalttenk-
ning (6). Hun startet med å etter-
lyse flere opplysninger om syke-
pleieren. Ellen var svært proses-
sorientert og var opptatt av hvor
lenge sykepleieren har gått i vei-
ledning, om hun har møtt opp re-
gelmessig, har tatt opp situasjoner
før, samt hvor trygg hun virker i
gruppa.

Deretter trakk Ellen meg inn i et

rollespill hvor hun ville ha meg til
å si hva det var i denne situasjonen
jeg ville ha veiledning på. Jeg
gjentok sykepleierens frustrasjon,
fordi jeg var redd for å påvirke
hennes veiledning, det vil si at jeg
valgte fokus for henne. Dette viser
noe av case-metodens utilstrekke-
lighet, fordi det nettopp er syke-
pleieren som skal si hva som er
hennes problem.

Ellen fortsatte å presse meg til å
bestemme hva jeg vil ha veiled-
ning på. Dette kalte hun »skillfull
frustration«, altså at hun frustrerte
meg helt bevisst for å få meg til å
bli klar over hva jeg ville med
dette her. »Det jeg er opptatt av er
deg altså hva er det du vil med å
bringe dette inn her«. Hun kom
med forslag om det var en konkret
situasjon jeg hadde vært i, eller
om jeg ønsket å forberede meg til
det neste møtet med pasienten. Til
slutt bestemte Ellen seg for å se på
sykepleieren og de reaksjonene
hun hadde hatt overfor denne pa-
sienten.

Ellen: Det som jeg *tror* ville
vært naturlig i den sammenhen-
gen – det kommer helt an på hva
slags samspill jeg hadde med deg
– jeg ville kunne tatt inn en tom
stol og så bragt fru Hansen inn her.
»Kan du forestille deg at den stol-
en kan symbolisere fru Hansen?
Hvordan er det for deg at fru Han-
sen er her?«

Deretter kunne du ha gått over i
den tomme stolen og forestillt deg
at du var fru Hansen. »Fru Han-
sen, hvordan er det for deg å møte
Trulte som sykepleier?« Og da
ville du *helt* sikkert ha oppdaget
noe. Kanskje fru Hansen hadde
sagt »Åh, jeg er så lei den der
masete dama som kommer hele
tiden og...« Så ville jeg ha spunnet
videre på det, slik at fokuset her
ville vært deg som sykepleier i
relasjon med fru Hansen. Vi kun-
ne tatt utgangspunkt i en situasjon
som har vært eller skulle komme,
eller vi kunne ha gjort begge deler.

Så ville jeg ha sagt »hvordan
har du det i kroppen akkurat nå når
du har fru Hansen her? Hva slags
følelser er det du har kontakt
med?« Så kunne du satt noen ord
på det«. Og hvordan er det for deg
å ha det akkurat sånn?« Fokuset er
de tanker, følelser og kroppslige
opplevelser sykepleieren får når
hun arbeider med en situasjon
som har vært eller skal komme.

Hensikten med dette er å se seg
selv i meta-perspektiv; se seg selv
fra den andres ståsted og på den
måten arbeide med relasjonen. Jeg
ville også helt sikkert ha trukket
inn sykepleiefunksjonen. Da ville
jeg kunne sjekket ut med gruppa
om de synes det er en sykepleie-
funksjon å gå inn i fru Hansens
skilsmisse.

Hele tiden ville jeg være opptatt
av hva som skjer her og nå, sam-
tidig som jeg ville hatt perspektiv
på at dette er sykepleiefaglig vei-
ledning som dreier seg om re-
fleksjon over deg som person og
sykepleier.

Ellen mener det er nødvendig at
man som veileder har kunnskaper
på det feltet man veileder innen-
for, slik at man kan hjelpe kandi-
daten til å yte god sykepleie. Må-
let hennes var at sykepleieren i
løpet av denne veiledningstimen
skulle komme til en eller annen
type klarhet på hva hun hadde
gjort galt. På slutten av timen ville
hun bedt sykepleieren evaluere
hvordan hun hadde det nå i for-
hold til på begynnelsen av timen.
Ellen ville også ha forsøkt å få
både sykepleieren og resten av
gruppen til å se hva de eventuelt
hadde lært som de kunne overføre
til andre pasienter; såkalt eksem-
plarisk læring.

Peder

Peder, som er inspirert av system-
teori (7), stilte spørsmål ved hvem
som har problemet. Han gjentok

mye av det sykepleieren sa og virket ganske likeglad med hele problemstillingen:

Peder: Jeg kan ikke forstå at det er noe problem i og med at hun skal hjem i morgen. Hun kan bare reise hjem. Men til en annen gang burde dere kanskje tenke på hva dere driver på med, siden dere har folk der i 4 uker uten å gjøre noen verdens ting. Men det har de jo allhatt, ikke sant? Det er ikke noe mer å gjøre med dette her. Hun skal hjem i morgen?

Trulte: Ja, jo, det er riktig det.

Peder: Hun skal hjem i morgen. Så da er det ferdig. Oppholdet er ferdig. Det er ikke noe man kan gjøre med det. I morgen opphører kontakten mellom sykehuset og den dama, så dette er jo bare en historie om en jobb som er for sent å gjøre.

Peders likegyldige holdning demonstrerer tydelig at han ikke vil ta noe ansvar i denne situasjonen. Dette henger sammen med hans systemteoretiske tenkning; han antar at hvis han ikke tar ansvar, så vil sykepleieren ta ansvaret og omvendt.

Peder: Men hvis det har tatt 4 uker å finne ut at hun ikke vil rehabiliteres, da bør man kanskje finne på noe for å unngå å komme i slike situasjoner fremover. Hvor har dette gått feil? Hvor fikk man første gang øye på at man har lagt til rette et program etter beste evne uten at pasienten har villet ta det i bruk? Hva var det da som fikk henne og avdelingen til å gå videre? Jeg synes jo 4 uker er kjempelelange å bare la en dame gå der og rusle.

Peder hadde et mye videre perspektiv i sine spørsmål enn Ellen hadde. Hans systemiske fokus er å få fram hvordan relasjoner og kommunikasjon var mellom personer i ulike systemer. Han stilte mange spørsmål omkring forholdet mellom pasienten, sykepleieren og avdelingens syn på rehabi-

litering, samt avdelingens forhold til ektefellen. Han stilte også en rekke spørsmål om hva det kan innebære å bli rehabilitert, og om hvordan pasienten kan ha (mis)forstått dette. Etterhvert etterlyste han en konkret episode hvor sykepleieren prøvde å få pasienten med på trening. Sykepleieren fortalte om hvordan hun hadde mislykkes dagen før i å få pasienten med på fellesgymnastikken. Videre spurte han om de ansatte hadde diskutert om ikke hun burde reise hjem tidligere siden hun ikke nyttiggjorde seg oppholdet.

Peder: Men hva kommer det av at du er bekymret for denne mannen? Trulte: Nei, jeg tenker på det at hun kan jo ikke klare seg hjemme.

Peder: Nei?! Akkurat. Sier du det?

Trulte: Hvis han flytter fra henne, mener jeg.

Peder: Men det lyder alvorlig. Så dere risikerer å sende hjem en dame som ikke kan klare seg altså. Hva gjør dere med det dag?

Trulte: Ja, men foreløpig så vet vi jo ikke om det går sånn da, for vi vet jo ikke om de skal skille seg.

Peder: Å nei, så han bor hjemme nå. Så nå er det greit. Akkurat.

Trulte: Men jeg skjønner godt at han er lei henne jeg. For hun snakker jo ikke noe og gidder ikke noe heller.

Peder: Har du spekulert noe på hva det kommer av at hun er så passiv og innadvendt og sånn?

Trulte: Ja, det er jo klart: Det er jo hele sykdomssituasjonen hennes og ekteskapet og framtiden. Det er jo lite håp for henne da.

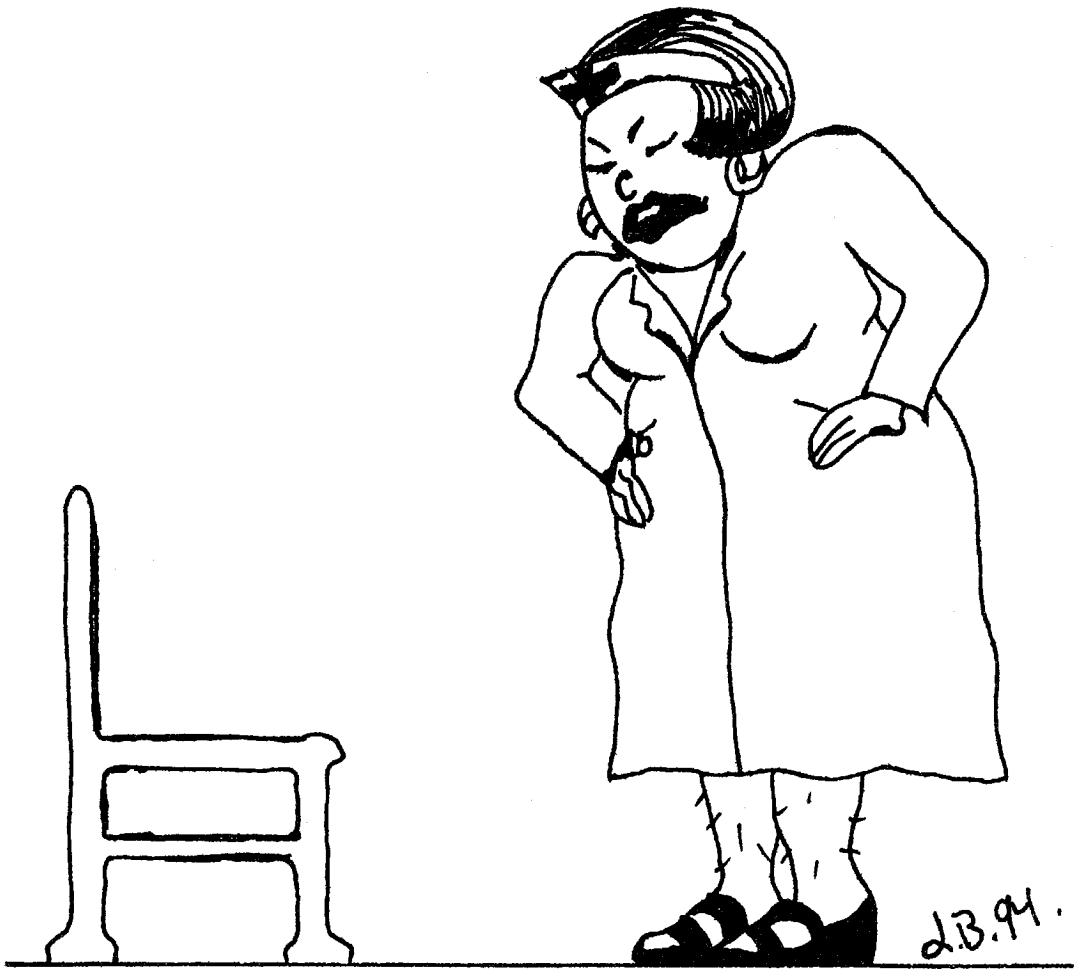
Slik fortsatte rollespillet. Til slutt oppsummerte Peder at målet hans ville være å prøve å få sykepleieren inn i en posisjon hvor hun på en eller annen måte tok ansvar for sin egen faglighet, og prøvde å forstå noe av dette, i stedet for å bare skyve ansvaret over en mislykket behandling over på pasien-

ten. Metoden hans ville være å stille sykepleieren mange spørsmål for å få henne inn i en faglig ramme. Han antar at dette krever at veilederen selv har en overordnet faglig referanseramme, slik at han kan se mer enn den følelsesmessige siden og ikke bare selve historiens ramme.

Generelt mener Peder at det er en fordel å ikke kjenne til det spesielle feltet man veileder på, fordi det gjør en i stand til å stille gode spørsmål ved ting sykepleierne tar for gitt. Han mener at sykepleiere som regel har den kunnskapen de trenger, men at hans oppgave er å hjelpe dem til å omsette den kunnskapen de har til ferdigheter i praksis. Hvis de mangler kunnskaper, ber han dem om å gå hjem og lese selv.

Peder: Jeg håper og tror at det etterhvert ville være vanskeligere for deg å fastholde den analysen som går ut på at det er noe i veien med dama. Jeg kom til å holde på lenge, sånn at du ble grundig lei av dette, nettopp for å få deg dit. Når du lar en gammel dame gå og slenge i 4 uker, så har du virkelig et faglig ansvar som du ikke har vist at du kan ta. Så kunne vi jo gått inn i mange småting; hvordan motive-re eller få igjennom et prosjekt, men det er ikke tid for det her. Her er det noe helt grunnleggende som må jobbes med, som handler om *holdning* til folk. Som handler om å møte folk på ordentlig. Primær-sykepleier, var det det du kalte det? Snakket om henne som det var en kolli poteter som var i *veien*. Men samtidig som du var bekymret. Så her er en dobbelthet som gjør at det er noen mening å snakke om dette, at du faktisk er bekymret også.

Trulte: Rollespill eller lignende metoder ville du ikke bruke? Peder: Det kunne hende. Rollespill bruker jeg hvis det er vanskelig å få øye på en sammenheng eller få tak i et innhold. For å *åpne opp* et



*Kan du forestille deg at den tomme
stolen er fru Hansen? Hvordan er
det for deg at fru Hansen er her?*

felt eller få fram andre sider av en sak. Så det kunne jeg godt gjort nå. Da kunne jeg lurt på »hvorfør gjør du det samme hver dag i 4 uker, når det ikke virker. Kan du prøve noe annet?« Når man har prøvd noe som ikke virker hundre ganger, så er det på tide å prøve noe annet. Men jeg vet også at man kommer i en situasjon hvor man ikke kommer på det. Hvor man holder på og holder på, og skjønner ikke hvorfor det ikke virker. Har følelsen av at man har prøvd *alt*, men det har folk aldri gjort. Men det jeg *ikke* vil gjøre, jeg ville ikke gå inn noe mer faglig som kanskje kunne være fristende. Når tingeliggjøringen og fremmedgjøringen blir så stor som her, er det jo fristende å gå inn på noen grunnleggende ting som kanskje kan virke moraliserende eller faglige ved å spørre »har du kontakt med dama« eller »liker du henne?« Det kunne jeg ikke tenkt meg å gjort, men det er *fristende* i en sånn situasjon.

I likhet med Ellen peker Peder på at de andre deltakerne i gruppa nok ville bidratt på viktige områder i prosessen, ved å gi støtte og stille viktige spørsmål. Også Peder mener at denne veiledningen burde være et viktig utgangspunkt for eksemplarisk læring om hva som er sykepleieres ansvar. Han fremhevet også at dette ikke kunne defineres som veiledning, fordi det mangler prosesselementet. »Veiledning er altså noe som foregår over tid og i en relasjon. Dette vil jeg kanskje kalle en konsultasjon. Veiledning forutsetter et forhold både mellom veileder og den som blir veiledet, og i en gruppe«.

Aina

Aina gir personlig læringsveiledning ut fra kunnskap om hvordan de to hjernehalvdelenes fungerer

(8). Hun ville valgt å fokusere på sykepleieren og se på hvordan hun hadde møtt pasienten, fordi pasienten var på vei ut. Hun mente at hun ville sett på hva slags tiltak sykepleieren har prøvd og hva slags resultater det ga. Aina antok det ville vært viktig å se på om det hadde bygd seg opp mye motstand i pasienten ved at sykepleierne har brukt »ta seg sammen metodikk« eller »nordavind-tiltak«. Aina gir ofte den hun veileder en artikkel som ett ledd i bevisstgjøringen. Her ville hun brukt en artikkel av psykiater Bjørn Øgar, som er inspirert av legenden hvor sola og nordavinden kranglet om hvem som kunne få frakken av en mann som gikk på veien (9). Når nordavinden blåste, holdt mannen frakken hardt igjen. Slik antok Aina at sykepleieren kan ha holdt på med denne pasienten. Da sola skinte varme og kjærlighet, tok mannen frakken av. Aina mente det måtte være viktig å snu tilnærmingen til pasienten helt om ved å skifte fra nordavind-tiltak til sol og varme. Hun trakk paralleller mellom de to hjernehalvdelenes; nordavinden symboliserer vår venstre, rasjonelle hjernehalvdel. Den høyre hjernehalvdel kaller hun for hjertet eller underbevisstheten, og det er den vi må arbeide med for å kunne signalisere varme og kjærlighet.

Aina bruker svært mange metaforer i sin veiledning. Mens den venstre hjernehalvdel er opptatt av deler og dermed fanger opp delinstrukser, er den høyre hjernehalvdel opptatt av helheter og oppfatter dermed metaforer og bilder spesielt godt. Hun trakk derfor frem enda en metafor: »Man må høre på pasienten og så gi ham tøm, omtrent som når du fisker laks. Hvis du får en laks på kroken, risikerer du å miste den. Det gjør du nesten bestandig, fordi laksen er jo kjempeterk. Den sabboterer det du forsøker. Så du må

gi tøm og tøm og tøm og tøm. Helt til laksen nesten sitter frivillig der og blir med mot land. Sånne ting opplever jeg at personalet har hatt forferdelig mye å hente i forhold til. Hvis personalet skulle møte denne dama med et soltiltak, måtte de arbeide med sin indre sol eller varme som sitter i følelseshjernen. De måtte kommunisere noe profesjonelt-emosjonelt. Som fagpersoner kan man ikke kommunisere med folk uten at man kan spille både på hvite og svarte tangenter og kan forholde seg til et personlig register hos pasienten. Det å bli mer profesjonell på å bruke denne siden av oss, tror jeg kunne være en utviklingsoppgave for veldig mange sykepleiere. Jeg tror vi har hatt en epoke der vi har fått veldig stimulering på det som vi kunne kalle hodet og lite på hjertet. Hjertet er et gammelt ord for høyre hjernehalvdel. Det er en hjertesak å kunne kommunisere med innlevelse. Dette er jo bilder jeg bruker, alt er jo i hodet, men det er disse forskjellige halvdelene. Det er ca. 30 cm. mellom hjertet og hodet, og det er verdens lengste avstand«.

Også Aina mente at denne situasjonen kunne være nyttig som eksemplarisk læring. »Ett av målene ville være etterlæring for hele personalet, så de kjente igjen strukturen i sånne pasientreaksjoner. Det ville kanskje også være viktig å se om en kanskje kunne fått ut sykepleierens frustrasjon, for frustrasjon binder energiprosessene. Men min erfaring er at hvis du får i gang en læringsprosess, så går frustrasjons-energien over i denne – prosessen. Det er en veldig flott måte å utnytte ressursene sine på«.

»Jeg ber alltid om at folk har disse veiledningstimene i full fortrolighet, at de ikke snakker om det som vi har snakket om. Grunnen til det er at hvis de tar det ut, så fortykker de hele virkningen

innover slik at innsiktsbevegelsen går ut i stedet for ned. Mange mennesker ødelegger sine egne læringsmuligheter langt på vei, fordi de tar ting inn i øret og så tar de det ut gjennom munnen. De gjør det veldig kvikt og det betyr at det sitter veldig overflattisk i bevisstheten eller i personen. Så jeg ber dem ta det inn i øret, slippe det ned i hjertet, dernest eventuelt ta det ut igjen gjennom munnen når det har blitt deres.

Det er en helt annen bevegelse. Dette er noe av det viktigste metodisk og det må en veilede folk på. Jeg veileder folk veldig mye på hvordan de lærer og om de har læringsblokkeringer blant annet ved at de snakker seg fra vett og forstand. Det er ganske utbredt. Det er ikke så rart, for de har hørt at snakk var så viktig. Men snakk må omgås med stor klokskap.

Aina gir bare individuell veiledning. Hun arbeider stort sett bare med ledere, og derfor blir fokuset ledelse. Det er to plan i hennes veiledning: Det ene er konkrete spørsmålstillinger lederne tar opp, for eksempel konflikter i forhold til personalet eller sine egne overordnede. Aina synes at veiledning av ledere forutsetter at hun har kunnskap på områder som økonomistyring, regelverk og administrasjon, og derfor arbeider hun med å sette seg bedre inn i dette. Hun er dermed uenig med Peders syn om at det er best å ikke ha spesielle kunnskaper på det området man veileder.

Det andre planet Aina veileder på, er å lære ledere å utvikle seg på ulike personlige områder. Det er på dette området Aina er ekspert på å gi veiledning. »Det kan være at de har lyst til å bygge ut profilen sin som leder; den er kanskje for stram eller de kommuniserer ikke så godt med personalet sitt. Det kan også være helt omvendt; du kan få folk som er veldig dårlige til planlegge sin

egen dag eller til å planlegge personalmøter osv. De har en helt annen spørsmålstilling og trenger dermed en annen form for læring. Jeg går veldig mye på strukturen eller mønstre. Hva slags mønster har denne personen? Jeg veileder mer på form enn på innhold. Det er spesielt slike »uløselige« problemmer jeg har interessert meg for. Det er der folk står mest fast. Det er en annen type logikk som ofte er vanskeligere å tilegne seg.

I likhet med de andre veilederne er Aina svært opptatt av ressurser og muligheter. »Det er så mange muligheter hvis man ønsker utvikling. Jeg oppfatter meg stort sett som en slags IKEA-sentral som gir folk redskaper og så skrur de det sammen selv. Ofte vet de hva de mangler, men de hadde ikke trodd det var mulig å komme i gang med å bygge det ut eller inn i seg selv. Folk har veldig ofte en låst oppfattelse av seg selv. De sier at »sånn er jeg«. Og så sier jeg at det er en selvinstruksjon som alltid vil gå i oppfyllelse. Det er en måte å sementere seg selv på.

Aina underviser ofte sykepleierne i hvordan hjernen oppfatter selvinstruksjoner og hjelper dem til å bli bevisst sine selvinstruksjoner, samt å omformulere disse positivt (2). Dette henger sammen med at Aina antar at tanker som regel kommer før følelser og at man derfor bør arbeide med tankene sine for å endre følelser. Ellen er uenig med Aina her; hun mener at tanker, følelser og kropp er like viktige og at alle tre deler påvirker hverandre.

Marianne

Mariannes veiledning er vanskelig å plassere i forhold til noen spesiell tradisjon. Hun sier selv at hun vektlegger sin relasjon med kandidaten som fagperson og er opptatt av å se situasjonen i et

teoretisk og praktisk sykepleieperspektiv (10).

Marianne valgte å nedprioritere sykepleierens følelsesmessige reaksjoner og heller fokusere på pasienten for å få opp interessen for henne som person. Hun etterlyste en rekke opplysninger om pasienten; om hjerneskadens art og omfang, funksjonsnivå, forholdet til mannen, eventuelle depresjoner, mål for oppholdet hennes osv. Marianne var den eneste veilederen som fokuserte så direkte på pasienten. »Fortell meg litt mer om denne damen. Hvor gammel er hun? Vet du noe om hennes liv? Kan du ikke gå og sjekke i journalen, hvor mye medisiner får hun? Hva med mannen? Har hun barn? Har hun en døds-driv som gjør at hun faktisk kom inn her fordi hun simpelthen ville dø? Det er pasienten som sitter med nøkkelen til sitt liv, til samlivet med mannen og til sykepleierens følelsesmessige reaksjoner, i den forstand at sykepleieren »svarer« på pasientens adferd.

Trulte: Og dette ville du gjøre selv om hun skulle reise i morgen?

Marianne: Ja. Jeg går ut fra at hun har en hjemmesykepleier, et system ute? Hva kan man bidra med overfor hjemmesykepleien? Kanskje burde hun være et par tre dager til her, for å få kartlagt hva dette er. Hvorfor sitter hun sånn? Jeg ville ikke sett bort fra at her var medikamentell behandling mot en depresjon helt nødvendig. Jeg ville samarbeidet med legene og det tverrfaglig teamet og jeg ville ha sett på den »depresjonen«. Jeg ville ikke ha sluppet den, men henvist til psykiatrisk poliklinikk. Fått tak i mannen. Hva er rykter? Kanskje hun tror at hun blir forlatt fordi hun er som hun er. Kanskje er det fantasi, kanskje er det realitet, at nå orker ikke han mer. Det er ikke uvanlig at slike alvorlige tilstander kommer opp helt på slutten av oppholdet. Med litt sy-

stematikk og faglig hjelp er det mye som kan gjøres på relativt kort tid, både av diagnostisering og planlegging. Her må man samarbeide med lege, med fysioterapeut, med alle.

Trulte: Så er det ikke for sent allikevel?

Marianne: Det er aldri for sent, nei. Jeg tenker også at her er det mye stoff til veiledning framover. Vi burde sett på hvordan sykepleierens inntaksprosedyrer var. På et senere tidspunkt burde vi fått til en bedre standard. Men først måtte vi sett på pasientens situasjon og vitalisert profesjonaliteten og interessen for henne.

I likhet med Aina mener Marianne at sykepleierens irrasjonelle følelser sannsynligvis ville gitt seg, hvis fornuften ble vitalisert. Dette mener Marianne at er hensiktsmessig, fordi man dermed kan bruke kreftene til å hjelpe pasienten.

I motsetning til Peder som ikke ville si noe som kunne virke moraliserende, kunne Marianne tenke seg å si at denne sykepleierens arbeid ikke har holdt faglig mål. Tidligere i sin veilederkarriere var hun kanskje redd for å virke moraliserende, men nå er hun mer redd for at pasienten ikke får god sykepleie. »Her er det jo bare pasientens isolasjon som presenteres, ikke døgnrytme, ikke naturlige funksjoner, ingenting. »Hun var jo motivert, hun får velge selv«. Det er sånne kjappe løsnings og et ganske så utvendig forhold til denne pasienten. Sånt kan jeg være veldig direkte og si. Eller jeg kan si »Har du gått inn i det?«

Selv om Marianne var direkte og konfronterende på denne måten, var hun også i likhet med de andre veilederne opptatt av hvilke ressurser og muligheter det er i situasjonen, samt å støtte sykepleieren. Hun gir både indirekte og direkte støtte: »Slikt har vi alle opplevd, det er fint at du tar det

opp. Nå skal denne pasienten faktisk reise allerede i morgen. Er det noe som kan gjøres i forhold til dette her? Er det mulighet for å utvide med et par dager? Det er viktige ting her som ikke er kartlagt og planlagt. Hun er kanskje dårligere når hun blir utskrevet enn da hun kom inn, og det er verken hun eller dere tjent med. La oss nå se – hva vet du, hva kan du, hvordan... Jeg hadde kanskje sagt »Hent journalen. La oss se hva det står der«.

Trulte: Kunne du hentet journalen midt i veiledningstimen?

Marianne: Ja, jeg gjør hva som helst jeg, hvis det kan hjelpe.

I den arbeidssituasjonen jeg er i nå, ville jeg ha fulgt opp og kanskje til og med tatt meg en tur ned. Hvis det faktisk går opp for sykepleieren at her er det mangelfulle opplysninger og forståelse av pasienten og et opplegg som er laget helt over hodet på den personen det gjelder, så er jo det ganske voldsomt. Hvis du skal evaluere det, så er det dårlig sykepleie. Det gjør man jo da ikke i den situasjonen, men kandidaten selv vil ofte vurdere det og evaluere og si »Guri land...« Da sier jeg »Glem det nå, det gjør vi alle av og til. Det er ikke mer enn menneskelig, vi er ikke mer enn mennesker, men profesjonelt er det ikke. Det kan hende det er noe med opplegget, ikke bare med deg. Kanskje vi bør se på opplegget? Kanskje gir dette dere en mulighet til å lage bedre opplegg sammen med fremtidige pasienter? For denne pasienten så har dere nå de dagene her. Hva kan dere få gjort?«

Trulte: Synes du at det er nødvendig at du har mye kunnskaper på det området du veileder?

Marianne: Det man ikke kan, det kan man jo forhøre seg litt om. Det er jo alltid noen som kan mye i gruppa. Hvis ikke kan man få tak i den informasjonen fra andre hold, men det å tenke helhetlig er

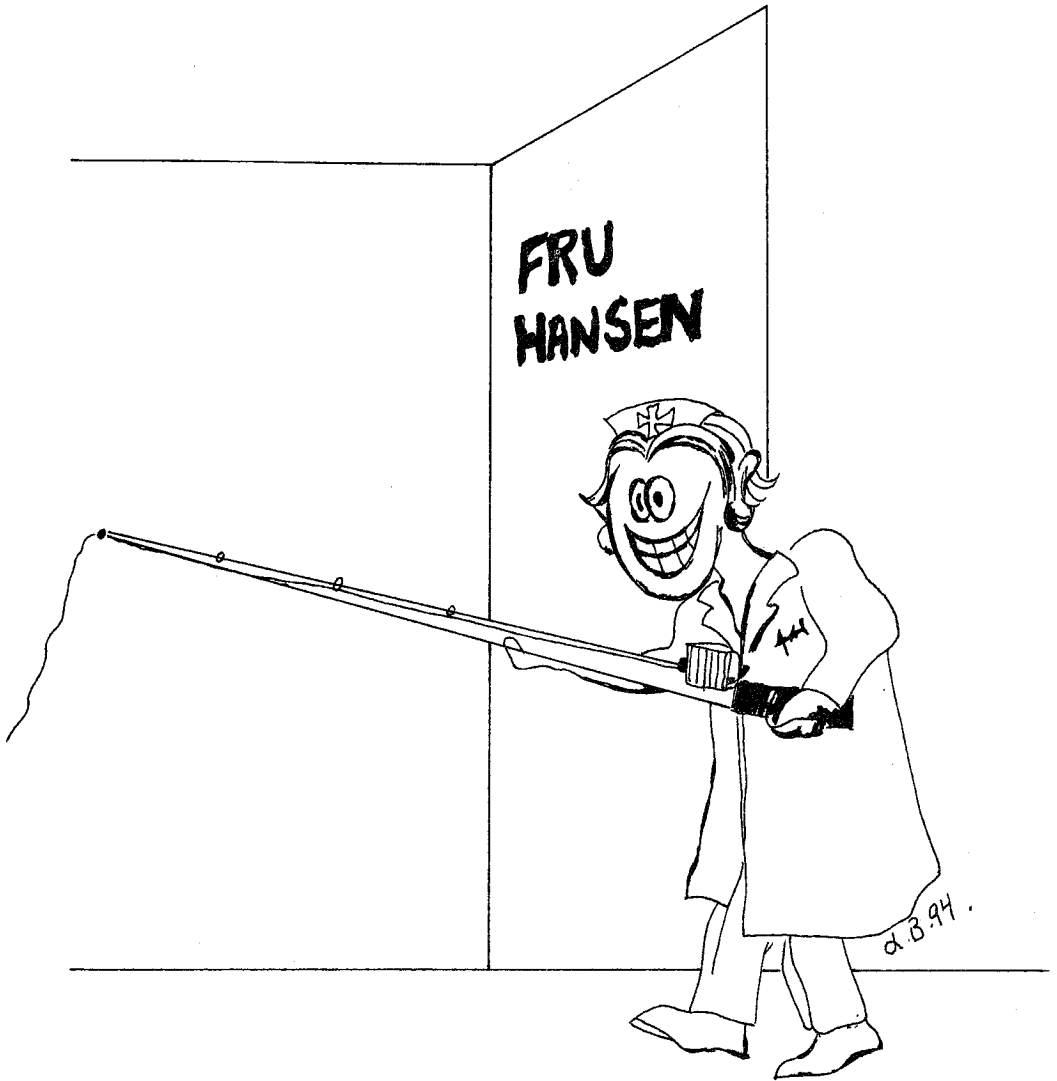
viktig. Poenget er at man får opp interessen for pasienten og at man dermed blir utvidende og skapende i forhold til pasienten. Måten å løse vanskelighetene på avhenger av personen, situasjon og perspektivet.

I likhet med de andre veilederne antar Marianne at sykepleierne ofte har flere ressurser og kunnskaper enn de bruker.

Peder og Marianne var enige om at denne situasjonen dreide seg om faglig svikt hos sykepleieren, og dermed ikke var egnet til rollespill. Begge disse veilederne bruker rollespill hvis de ønsker å hjelpe sykepleierene til å øke forståelsen av sin kommunikasjonen med pasienter. Men mens Peders mål i denne situasjonen var å tvinge sykepleieren til i ettertid å se ansvaret sitt i en faglig ramme, var Mariannes mål direkte knyttet til at denne pasienten skulle få noe ut av oppholdet. Dette antok Marianne at også vil være positivt og lærerikt for sykepleieren. Alle veilederne var enige om at bedre praksis for pasientene er hovedmålet for veiledning, men Marianne er den eneste som arbeider så direkte med dette.

Marianne: Man kunne ha holdt på hele den timen med sykepleierens følelsesmessige reaksjon overfor pasienten. Det ville jeg kanskje ha gjort for 5 år siden, men det hadde ikke hjulpet denne pasienten noe. Mens gresset gror dør kua. Og sykehusets funksjon er jo å ha pasientene i fokus, vår funksjon er rettet mot den andre. En sykepleier må kunne desentere, holde ut, kanskje bære på frustrasjonen til man får tid senere til å ta det opp.

I likhet med Ellen ville Marianne avsluttet timen med en evaluering: »I sted virket du veldig frustrert og muligens skyldbetyngt når du la fram den situasjonen. Hva føler du nå?« De neste veiledningstimene ville Marianne sørget



Når man skal fiske laks risikerer man å miste den, fordi den er så kjempesterk. Man må gi etter med snøret helt til den nesten sitter frivillig på og blir med mot land. På samme måte må man møte pasienter.

for at de jobbet videre med standarden i avdelingen når det gjaldt mottagelse av pasienter, samt sykepleierens følelsesmessige reaksjoner overfor denne pasienten, hvis ikke følelsene hadde gitt seg.

Marit

Marit er inspirert av Nevro Lingvistisk Programmering (NLP), som er en overordnet forandringsmodell som bygger på studier av ulike eksperter på kommunikasjon og forandring (11). NLP dreier seg om problemer og løsnings *form*, og ikke innhold. Tidligere har vi sett at Aina også veileder mest utfra form.

Et viktig grunnstrategi i NLP er sortering. Marit var først opptatt av å sortere hvem som eide problemet; pasienten, sykepleieren, institusjonen eller samfunnet. Hun mener det er veilederens oppgave å sortere ut et problem som det er fruktbart å arbeide med i veiledningen. Deretter ville Marit lært sykepleieren å sortere mellom pasientens intensjon og handling.

Marit: Hvis en person greier å være et sted i 4 uker hvor hun har ønsket seg og ikke tar imot tilbudet, da er det en av to ting. Enten har den personen sett for seg et annet tilbud og forfølger sin egen intensjon, eller det er noe med situasjonen som gjør at hun ikke tar imot dette tilbudet som hun kanskje har lyst til å ta imot, men ikke greier av en eller annen ukjent årsak. Det ville jeg fokusert på. Hvordan vet dere at hun ikke vil? Jeg har møtt folk som har bedt om å få dø, men det er ikke dø de har villet. Har noen spurt denne pasienten hva hun vil? Hva er det hun prøver å få til? Prøver hun å få ro? Oppmerksomhet? Er det «nøkkelhullet» til å få nærhet til denne pasienten så lite at de som har prøvd seg ikke har greid

å komme igjennom det? Hva er faktisk gjort? Det er en stor problemgrøt som går fra makro til mikronivå i det som presenteres og sånn kommer jo ofte problemene fram.

Marit mistenkte at det under sykepleierens tilsynelatende irritasjon var noe underliggende om at hun selv kanskje ikke hadde gjort godt nok arbeid. Dette kunne hun ha tenkt seg å sett nærmere på hvis det hadde vært en ekte situasjon.

I likhet med Ellen og Peder bestemte Marit seg for å ta utgangspunkt i en episode hvor sykepleieren prøvde å få pasienten til å delta i rehabiliteringen.

Trulte: Ja, i går gikk jeg til henne og sa at nå er det fellesgymnastikk.

Marit: Da synes jeg at du skal forestille deg at den episoden ble tatt opp på lydfilm. Se på deg selv i den filmenbiten der du gikk inn til henne. Kan du se hva du trodde du kom til å oppnå før du gikk inn døren hennes?

Trulte: Ja, ingen ting.

Marit: Det trodde du i utgangspunktet og det oppnådde du. Titt litt på deg selv før du gikk inn til denne damen. Hvordan så du ut da? Var du irritert? Se om du formidlet det som du tilsynelatende ønsket, altså å få henne ut på gymnastikken, eller se om du formidlet den forforståelse du hadde før du gikk inn. Hadde du tro på at du fikk henne ut?

Det Marit her arbeidet med, var å bevisstgjøre sykepleierens presupposisjon; dvs. hennes bevisste eller ubevisste forforståelse. Dette ligner på det som Aina kaller selvinstruksjoner, men er et litt videre begrep, fordi presupposisjoner både kan dreie seg om en selv og andre. Endring av presupposisjoner kan skape store forandringer i ens sansning og væremåte.

Etter at sykepleieren var blitt klar over at hun kanskje hadde

påvirket pasienten negativt med sin forforståelse, bad Marit sykepleieren om å tenke på sin positive intensjon. Dette er et eksempel på at Marit alltid antar at mennesker alltid har en positiv intensjon med det de gjør, selv om handlingen kan være lite egnet til å oppnå det de ønsker.

Marit: Gå ut av rommet igjen. Tenk på den positive intensjonen du har, nemlig å få henne på gymnastikk, og lag tre nye filmbiter på endret adferd hvor du ser at det er en endring hos henne. Si fra når du har den første. Så tar du den neste. Den kan være helt forskjellig eller den kan være noenlunde lik. Hva er det du oppdager i den filmen som er veldig forskjellig fra det du gjorde første gang? Merk deg de forskjellene som du nå har laget og sett på, og se om de forskjellene vil kunne gjøre henne annerledes.

Her viser Marit at hun i likhet med de andre veilederne har stor tro på at sykepleieren egentlig har flere kunnskaper og ressurser enn hun bruker, og at det er veilederens oppgave å hjelpe sykepleieren til å bruke ressursene sine bedre.

Marit: Hvis du gikk inn med en forforståelse om at du ikke fikk henne med ut, hvorfor gikk du inn i det hele tatt? Hva var det da som gjorde at du gikk inn der?

Trulte: Av plikt.

Marit: Plikt til hva da? Hva er det faktisk som drev deg til gå inn? Er det pasienten, er det deg eller er det rutiner?

Trulte: Det er nok mye rutiner.

Marit: Rutinene skal holdes. Her skjer det faktisk en målforstyrning hvor du gikk inn for rutinens skyld, mens klientens mål, nemlig å få fellesgymnastikk ikke var målet. Rutinen er målet. Det er dette som gjør at man kan sitte igjen med en irritasjon på at pasienten ikke gjør som vi vil, for vi har ikke nådd rutine-målet.

Dette mener Marit er tegn på at det har foregått en faglig svikt som kan gi grunnlag for å bryte rammen av den egentlige, opplevelsesorienterte veiledningen for en gangs skyld, og gå inn som faglig ekspert for å drøfte dette.

Marit: Så ville jeg gått videre og spurt om det ofte er sånn at du følger rutinene som drivkraft? Hva gjør det med deg? Og hvem er rutinene for og hva er den positive intensjonen med rutiner?

I likhet med alle de andre veilederne understrekte Marit det problematiske ved å veilede på et slikt case, fordi det personlige da blir borte. Jeg håper allikevel at leserne er enige i at et slikt case har vært et nyttig utgangspunkt for å få frem noen av de mange likhetene og ulikheten som i dag finnes innenfor sykepleiefaglig veiledning.

Denne artikkel-serien har sett på praktisk kunnskap hos fem eksperter fra ulike tradisjoner. Det finnes mange flere tradisjoner enn disse fem. Hensikten med denne artikkel-serien har vært å skape større bevissthet om at sykepleiefaglig veiledning kan være så mangt, samt å inspirere veiledere og andre interesserte sykepleiere til diskusjon og en mer bevisst praksis.

Til slutt vil jeg gjerne få takke de fem veilederne for at de har delt sin erfaringskunnskap med oss.

Lektor
Trulte Konsmo
Steinstulia 11
3726 Skien
Norge

Litteratur

1. Benner, Patricia: From Novice to Expert. Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Westley Publishing Company, 1984.
2. Konsmo, Trulte: Mangfoldig praktisk kunnskap og makt hos fem eksperter på sykepleiefaglig veiledning. Hovedoppgave ved Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 1993. (Kan kjøpes av Trulte Konsmo, Telemark Sjukepleiehøgskole, Postboks 1039, 3704 Skien, Norge. for kr. 140.)
3. Konsmo, Trulte: Praktisk kunnskap og makt i sykepleiefaglig veiledning. Klinisk Sygepleje nr. 5/93.
4. Polit D.T. and Hungler B.P.: Nursing Research principles and methods. J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 1987.
5. Teslo, AnneLise: Den profesjonelle sykepleiefaglige veileder sett i kjønnsperspektiv. Hovedoppgave på Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo, 1989.
6. Konsmo, Trulte: Sykepleiefaglig veiledning med utgangspunkt i gestaltterapi. Klinisk Sygepleje nr. 5/1993.
7. Konsmo, Trulte: Sykepleiefaglig veiledning med fokus på relasjoner i systemer. Klinisk Sygepleje nr. 6/1993.
8. Konsmo, Trulte: Personlig læringsveiledning med fokus på de to bevissthetene. Klinisk Sygepleje nr. 1/1994.
9. Øgar, Bjørn: »2 pedagogiske modeller til diagnostikk og behandling« i Depresjonshåndboka, Oragon, John Griegs trykkeri, Bergen, 1988.
10. Konsmo, Trulte: Klinisk sykepleiefaglig ad hoc veiledning. Klinisk Sygepleje nr. 2/1994.
11. Konsmo, Trulte: Sykepleiefaglig veiledning med utgangspunkt i Nevro Lingvistisk Programmering (NLP). Klinisk Sygepleje nr. 3/1994.