

# Klinisk sykepleiefaglig ad hoc-veiledning

**I denne artikkelen skal vi se på et paradigme som illustrerer hvordan Marianne veileder. Hun hevder at hennes veiledning ikke er preget av noen spesiell modell. Hun forteller at veiledningen hennes har utviklet seg i tre faser; fra å være psykoanalytisk/dynamisk inspirert med fokus på person og relasjon, til en dreining mot kognetiv pedagogikk for å stimulere sykepleiefunksjonen og videre til nå å vektlegge sin relasjon med kandidaten som fagperson, samt et teoretisk og praktisk sykepleieperspektiv på situasjonen.**

Av Trulte Kongsmo, lektor  
Ill. Line Berger

*I denne serien om sykepleiefaglig veiledning forteller eksperter fra ulike tradisjoner praktiske mønstereksempler (paradigmer) (1, 2). Disse paradigmene er nyttige for å illustrere de ulike tilnæringsmåtene man kan ha til veiledning. Ut fra paradigmene er det også mulig å trekke ut deler av veiledernes referanserammer, det vil si deres verdier, normer, antagelser og forventninger (2). Hittil har vi møtt eksperter på veiledning som har blitt inspirert av gestalttenkning, systemteori, samt kunnskap om de to hjernehalvdelenene. Dette paradigmet som hun her skal fortelle om er en individuell ad hoc veiledning hvor hun ble kalt til en avdeling for å veilede på en situasjon de ikke mestret. Marianne gir også systematisk veiledning både individuelt og i grupper (2). Nye lesere henvises forøvrig til den innledende artikkelen i nr. 5/1993 for avklaring av tilnærming og begreper for denne serien.*

**M: Marianne, sykepleiefaglig veileder.**

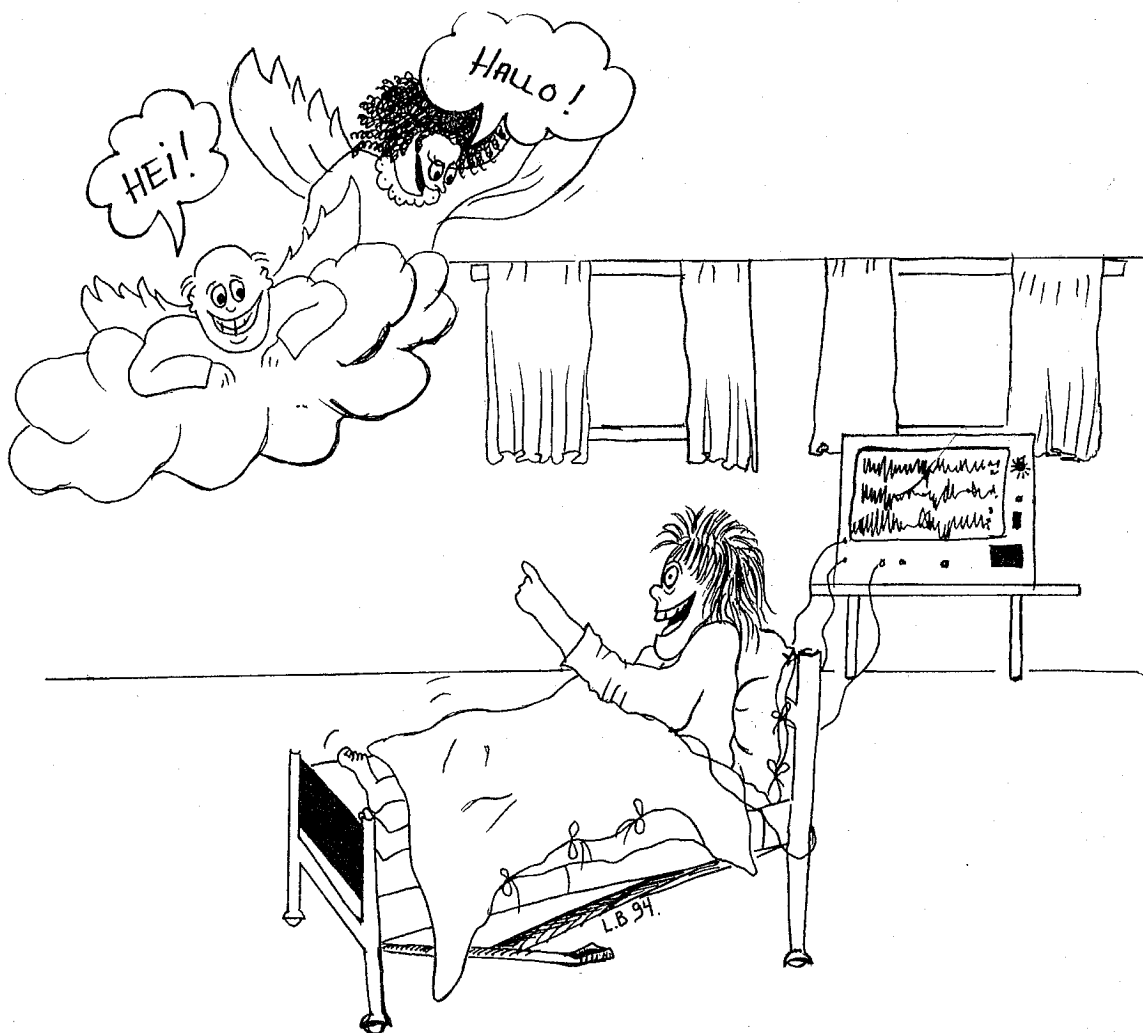
**T: Kongsmo, intervjuer.**

M: Dette er en episode fra medisinsk overvåking hvor jeg har en del arbeid. Det var en ad hoc-veiledning som enhver person som er

sykepleier med veileder-kompetanse kan komme borti. Altså en uorganisert veiledningssituasjon, hvor man også har mulighet til å møte pasienten og hvor man ikke kan vente på en gang i uka. Det er der og da.

Pasienten var en 40 år gammel

kvinne som hadde blitt gjenopplivet etter et stort hjerteinfarkt. Hun ble lagt på respirator med Dopamin-drypp. Etter 14 dager var tilstanden så stabil at respiratoren ble frakoblet, men scooped var fortsatt på. Etter noen timer utviklet pasienten psykotiske sympto-



*Fig. 1: Pasienten hadde fått psykotiske symptomer. Hun snakket høyt med personer oppe i luften.*

mer. Hun hørte musikk, så personer oppe i luften som hun snakket høyt med og hev seg rundt i sengen (Fig. 1).

Periodewis var hun svært urolig og oppkavet, men innimellom svarte hun greit på spørsmål. Under morgenstellet sa pasienten at

hun var lykkelig over å leve og sykepleieren gledet seg sammen med henne, men gikk også samtidig inn i pasientens psykotiske verden. Sykepleieren følte at hun ikke mestret situasjonen.

Da jeg kom til avdelingen stod det mange sykepleiere og leger

rundt scoopet på gangen utenfor pasientens rom. Vi hørte at pasienten snakket høyt, lo og kavet alene der inne. Jeg sa at jeg hadde lyst til å gå inn og hilse på denne pasienten og se hvordan vedkommende var, før jeg sa noe. Jeg syntes at vi bare skulle gå inn tre

personer; den sykepleieren som har hatt mest med pasienten å gjøre, legen og meg. Jeg visste hvem sykepleieren var, men jeg hadde ikke noe personlig forhold til henne.

Jeg visste at hun var en profesjonell intensivsykepleier, men novise i forhold psykiske lidelser.

Da vi kom inn på rommet var pasienten mest opptatt av legen. Pasienten takket legen for at han hadde reddet livet hennes. Jeg holdt meg litt i bakgrunnen. Pasienten snakket også om »syne-ne«, som hun periodevis hadde en viss kontroll på.

Jeg gikk sist ut av rommet, snudde meg og så at pasienten gråt. Ute på gangen sa jeg til sykepleieren »Du skal gå inn til pasienten«. »Jammen, hjelp jeg tør ikke, hun er jo psykotisk«. »Du skal sammenligne psykosen med at hun har et blødende sår i sitt indre – i sin psyke, som i sitt hjerte, og det skal du hele. Du skal være urmoderen som verner henne, roer henne og lindrer hennes smerter«. Det var en helt klar beskjed. Og så sa jeg »Du kan også prøve å puste i takt med pasienten. Sett deg og pust rolig«. Så gikk hun inn og satte seg på rommet, og mens vi stod på gangen falt pulsen som var 140 ned til 90-80. Det var en fryktelig rar situasjon. Vi stod og så det på scoopet. Jeg traff spikeren rett på hodet. Hun fikk kontroll og pasienten fikk kontroll. Jeg tror det var en rolig, positiv energi-overføring og en felles forståelse hun overførte til pasienten. Hun skjønte med en gang hva det var. »å nei, dette kan vi jo!« Det var en sånn selvfølgelighet i situasjonen: »Det er klart du kan det! Det er akkurat som å ha et blødende sår«.

Og så kom neste trinn i dette. Og da gikk jeg også inn til pasienten i og med at jeg har den funksjonen som jeg har. Det gjør jeg sjelden, men det gjorde jeg da.

Gikk inn, så pasienten, satt der litt, pustet, kjente at hun reagerte positivt på jeg-støttende sykepleie. Og så kunne jeg gå ut til den andre sykepleieren etterpå og legge opp dagen helt konkret med støtte, grensesetting, skjerming og struktur m.m.

Den natten sov pasienten veldig godt og tungt. Natten før var hun svært urolig, men etter veiledningen sov hun og var så trygg som bare det. Men så tisset hun i sengen og ble lei seg for det. Og da satt det en annen sykepleier der, som sa helt rolig til pasienten »Vet du hva, dette har jeg venta på at skulle skje. Du sov jo så tungt. Så sett deg et øyeblikk i stolen mens jeg skifter på senga, og opp i senga med deg« og så, vips, dyna rundt, ikke sant og – over var den forvirringstilstanden. Etter to-tre dager så ble hun overflyttet til en vanlig post.

Vi gikk gjennom situasjonen etterpå i individuell veiledning, for sterke opplevelser kan du si er voldsomme og bør bearbeides og dermed »fortynnes«. Vi delte det som skjedde, i motsetning til andre ganger hvor man har sykepleiere i grupper og hvor det er den enkelte sykepleiers egne prosesser som går sin gang og lever sitt eget liv. Men i dette tilfelle så var det noe felles. Når man går i avdelingen og er veileder, så blir det mer felles.

T: Men var ikke dette undervisning og ikke veiledning?

M: Det var begge deler. Målet for sykepleiefaglig veiledning er primært å bedre sykepleien for pasienten. Jeg la opp et opplegg som de fikk til å fungere. Ved at jeg gjorde det på den måten, så fikk hun først kontroll over pasienten og etterhvert fikk pasienten mer og mer selvkontroll.

T: Hva er det som gjør at du husker dette godt?

M: Det som gjør at jeg husker det godt, er at det gjorde inntrykk og satte spor. Det var veldig åpent og konkret. Jeg følte at jeg nådde frem helt. Det var akkurat som om det sa »smokk«. Jeg vekket noe urmoderlig i henne, noe som er felles for alle sykepleiere. Ursykepleie. Vi nådde en felles forståelse. Denne sykepleieren konsentrerte seg enormt, skjønte med en gang hva jeg sa, anvendte det lærte og fikk forandringer til hos pasienten der og da. Hvis hun ikke hadde fått det til, så hadde vedkommende kanskje ikke overlevd.

Jeg tror på en måte at veiledningskunsten er å våge spranget ut i noe. Det kan jo være pinlig å si at hun skal tenke på at pasienten har et blødende sår i sitt indre hvis det blir tatt veldig konkret. Da ville det vært mageplask. Men hvis vedkommende har evne til abstrakt tenkning, så kan du få helt klaff.

T: Kan du si noe om hva du var spesielt opptatt av i den veiledningssituasjonen?

M: Jeg var jo opptatt av at pasienten skulle overleve. Det var det eneste jeg tenkte på. Jeg kjente da jeg så hun lå der, da jeg snudde meg og gikk ut av rommet; her kan noe gjøres, eller dette skal vi greie. Da jeg så henne gråte, så tenkte jeg at hun var så overstrålende lykkelig over å leve. Og takknemlig. Men hva var polariten? Også en slags fortvilelse. Det vekket en medlidenhet i meg for det å være så dårlig som hun hadde vært og blitt gjenopplivet – og overlevd. Det skapte følelser, ganske omfattende, som ikke var integrert i henne. Her tror jeg helsepersonell gjør en fatal feil. De sier »nei, så godt at du overlevde«, men unnl-



Fig. 2: Legene og de andre sto på gangen og så på scoopet at pulsen hennes falt fra 140 til 90-80.

ger å integrere lidelses-prosesse-  
ne. Jeg følte medlidenhet og tenk-  
te at hun skal ikke være alene.  
Noen skal ta vare på henne der hun  
ligger.

T: Hva følte du etter veiledning-  
gen?

M: Litt sånn (sukk) – lettelse og  
veldig sliten. Legene sto der og så  
på, men det var en sykepleier som  
mestret pasienten, som fikk det til!  
Det var synlig for alle de som sto

der. Vi har noe! Jeg var stolt over  
henne (Fig. 2.)

T: Var det noe du opplevde som  
spesielt krevende?

M: Hvis man gjør en veldig god  
jobb og ting klaffer 100%, så er  
jeg redd for forventningene om at  
jeg skal fikse og ordne. Noen gan-  
ger så er jeg heldig og gjør akkurat  
det lille riktige i en situasjon. Ikke  
på grunn av flaks, men fordi jeg  
har lang erfaring. Jeg vil ikke ha

de forventningene, vil kunne være  
fristilt, sånn at jeg kan gripe inn og  
gjøre ting på en helt annen måte en  
annen gang. Jeg vil ha arbeidsro.  
Jeg vil gjerne gjøre tingene skik-  
kelig og at det blir satt pris på –  
men ikke den der beundringen.

## Diskusjon

Paradigmet viser hvor viktig sy-  
kepleiefaglig veiledning kan være  
for praksis, foruten at det illustre-

rer at sykepleiefaglig veiledning er et vidt begrep som også kan inkludere individuell ad hoc-veiledning. Selv om dette er et enestående eksempel på Mariannes veiledning, er det mulig å se på deler av hennes referanseramme ut fra dette paradigmet (2).

## Syn på det enkelte mennesket

Marianne antar at mennesket er en helhet med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner som henger sammen og påvirker hverandre. Denne pasientens hjertestans og gjenoppliving medførte en eksistensiell krise, som igjen medførte en psykotisk tilstand som var truende for hennes fysiske tilstand. Ved at sykepleieren skapte et terapeutisk miljø med trygghet, støttende omsorg, grensesetting og skjerming, ble pasienten tryggere, pulsen hennes sank fra 140 til 90-80, hun sov bedre og psykosen gikk over.

Menneskers liv antas å innebære motsetninger; liv og død, lykke og fortvilelse, nederlag og seier. Sterke hendelser som innebærer møte med motstridende følelser antas å kunne skape forvirring og gjøre at man mister kontakt med egen identitet i større eller mindre grad. Man bør bearbeide og integrere opplevelser slik at man kan mestre dem, og det kan være nødvendig å få hjelp i denne prosessen.

Marianne har stor tro på menneskers mulighet for vekst og utvikling, og antar at det oftest er mer fruktbart å fokusere på dette enn på det som blokkerer.

## Syn på relasjoner

Marianne antar at mennesker gjenkjenner seg selv i andre fordi vi har mye felles. For å kunne forholde seg helhetlig og omsorgsfullt til andre, er det verdifullt og nødvendig å ha et bearbei-

det forhold til ulike sider i seg selv. Hvis ikke vil man føle seg truet og forsvare seg ved å fjerne seg på ulike måter.

Mennesker antas å påvirke hverandre på ulike måter. Det er verdifullt å være omsorgsfull og støttende og fokusere på den andres ressurser og muligheter, fordi det skaper trygghet og dette påvirker den andre positivt. Negative relasjoner antas ofte å bunne i manglende forståelse for og kontakt med den andre og seg selv.

## Veiledningens formål

Veiledningen bør først og fremst styrke sykepleien for pasientene. Resultatet av veiledningen kan være at den aktuelle pasienten får bedre sykepleie, at standarden i avdelingen heves på et gitt område eller at sykepleieren utvikler seg fagligpersonlig (2).

## Veiledningens innhold og fokus

Temaene for veiledning er situasjoner sykepleiere har vært / er / skal opp i som de føler de ikke mestrer. Marianne fokuserer på en helhetlig forståelse av pasienten, sykepleierens faglige og personlige ståsted og faglig / etisk perspektiv på interaksjonen utfra konteksten. Hun synes også det er verdifullt å få fram den eksistensielle / åndelige dimensjonen. Hvis det er tid bør man også fokusere på systemet og på sykepleierens følelser (2).

## Veiledningens prosess og metoder

Marianne antar at veiledning er en prosess som kan forløpe på flere måter. Det kan være gruppeveiledning en gang i uka over lang tid (2) eller det kan være individuell veiledning over noen timer i akutte situasjoner slik som i dette pa-

radigmet. Under innledningen av intervjuet sa Marianne at »De gode tingene kan skje i eller etter timene«. Hun antar at veiledningen kan sette igang en prosess både hos den enkelte sykepleier, hos resten av gruppa og i avdelingen. Veiledningsprosessen har følgende rutinemessige trinn som sykepleierne etterhvert kan lære å ta i bruk selv; presentasjon av et problem, avdekking av hele situasjonen, nytt bevissthetsnivå, utvidet handlingsreportoar og evaluering (2).

Utgangspunktet for veiledning er altså konkrete episoder som sykepleiere ikke mestrer. Sykepleiers natur innebærer at sykepleiere ofte er forpliktet til å handle her og nå. Det er kanskje ikke tid til å reflektere og bearbeide handlingen og egne følelser i veiledning før senere.

Veilederen bør være ansvarlig for å avdekke problemet og sørge for at alle nødvendige opplysninger kommer fram. Det skjer vanligvis ved å stille spørsmål, men i spesielle situasjoner bør veilederen selv vurdere pasienten.

Veilederen bør videre velge metoder utfra problemets art: Hvis problemet er manglende kunnskap / erfaring å slik som i det gjengitte paradigmet, bør veilederen undervise og gi råd tilpasset sykepleierens funksjonsnivå. For å vekke ressurser hos sykepleieren, antar Marianne at det er nyttig å bruke metaforer som spiller på noe som er kjent for sykepleieren. Ved hjelp av metaforen om det blødende såret skapte Marianne en syntese med felles forståelse ut fra at mennesket er et hele, som dermed bygde bro mellom psykiatrisk og intensiv sykepleie.

I andre tilfeller kan problemet være manglende interesse og profesjonalitet (2). Da bør veilederen utfordre sykepleieren ved å stille mange spørsmål omkring pasientens situasjon, peke på den faglige

svikten og komme med løsningsforslag.

## **Veilederrollen**

Veilederen bør være en faglig rollemodell som formidler kjærlighet og ansvarlighet overfor mennesker og sykepleiefaget. Hun antar at tradisjonelle kvinnelige verdier som å verne og lindre er viktig å formidle både som veileder og som sykepleier. Veilederen bør prioritere pasientens behov fremfor sykepleierens og bør balansere mellom å være støttende og utfordrende i forhold til sykepleieren. For å kunne fylle veilederrollen bør man ha en sterk faglig forpliktelse, være etisk bevisst, ha evne til tenke helhetlig, samt ha brede kunnskaper slik at man er i stand til å vise en vei. Veilederen bør ivareta en god praksis, også i akutte situasjoner. Marianne antar at det ikke er tilstrekkelig å bare ut-

fordre sykepleieren ved å stille spørsmål, men at det i noen situasjoner også er nødvendig å undervise og gi råd for å sikre forsvarlig praksis. Hvordan veilederrollen bør utformes, antas å være avhengig av hva slags stilling veilederen har.

De av leserne som har lest om hvordan Ellen, Peder og Aina har veiledet, vil lett kunne se mange spennende forskjeller, men også noen interessante likheter med Mariannes veiledning. I neste nummer skal vi møte Marit som veileder ut fra Nevro Lingvistisk Programmering (NLP). I augustnummeret vil de fem ekspertveilederne ulike tilnærmingene bli illustrert gjennom veiledning på et case.

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, Elin Trulte: Mangfoldig praktisk kunnskap og makt hos fem eksperter på sykepleiefaglig veiledning. Hovedoppgave ved Institut for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 1993. Fåes kjøpt ved henvendelse til Trulte Konsmo, Steinstulia 11, 3726 Skien, Norge.