

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

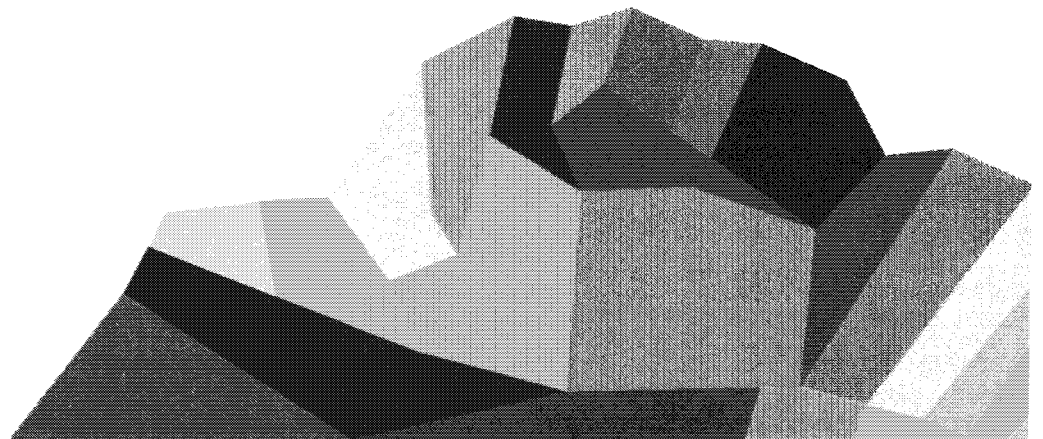
Bacheloroppgave i sykepleie  
SY180H 000

**”Hvordan kan sykepleier fremme  
opplevelsen av mestring i en  
morgensituasjon hos en pasient med  
høyresidig appoplexi”**

Kandidat nr. 501

Innlevering 26.10.2012

[Klaussen, Nina]



## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Avgrensing .....	2
1.4 Hensikt og formål med oppgaven .....	3
1.5 Fortellingen om Anna.....	4
1.6 Oppgavens oppbygging.....	5
2.0 METODE .....	6
2.1 Hva er metode .....	6
2.2 Litteraturstudie som metodevalg.....	6
2.3 Søkemåter.....	7
2.4 Artikkel 1.....	8
2.5 Artikkel 2.....	8
3.0 TEORI.....	10
3.1 Hjerneslag.....	10
3.2 Utfall etter høyresidig Appoplexi.....	11
3.3 Kommunikasjon og kunnskap .....	11
3.4 Mestring .....	13
3.5 Lover og forskrifter .....	14
4.0 KARI MARTINSENS OMSORGSFILISOFI.....	16
5.0 DRØFTING .....	19
5.1 Kommunikasjon og kunnskap hånd i hånd .....	19
5.2 Sanselig nærværelse .....	22
5.3 Mestring .....	24
6.0 AVSLUTNING.....	28
Pensumlitteratur .....	29
Selvvalgt pensum .....	30

*«For i sandhet at kunne hjelpe en anden, må  
jeg forstå mere end han ,  
men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår.  
Når jeg ikke gjør det,  
så hjelper min merforståen han slet ikke. Vil jeg alligevel  
gjøre min merforståen gjældende,  
så er det fordi jeg er forføngelig og stolt,  
så jeg i grunden i stedet for at gavne ham,  
egentlig vil beundres av ham»*

**Søren Kirkegaard**

## **1.0 INNLEDNING**

Jeg er student på siste semester ved Bachelorutdanning i sykepleie på Universitetet i Nordland. Min fordypningsoppgave handler om hjerneslag og mestring.

Oppgaven inneholder 9063 ord. Oppgavens omfang er etter samtykke fra min veileder.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

I min praksis på rehabiliteringsavdeling og i hjemmetjenesten har møter med slagrammede pasienter gjort et stort inntrykk på meg. Disse møtene med enkeltmenneskene i deres eget hjem har blitt bakgrunn for mitt valg av tema. Utdanningen vår i sykepleien vektlegger betydningen av helhetlig pleie og brukermedvirkning. Mitt inntrykk fra praksis var at dette ble for lite vektlagt. Faglig kompetanse om hjerneslag er viktig for å kunne gi helhetlig omsorg. Oppgaven min tar derfor utgangspunkt i en morgensituasjon hos en dame med hjerneslag som jeg har valgt å kalle Anna. Hjerneslag finner jeg interessant og da jeg skal jobbe i hjemmetjenesten etter endt utdanning vil dette være viktig kunnskap å ha med.

### **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier fremme opplevelsen av mestring i en morgensituasjon hos en pasient med høyresidig appopleksi?

### **1.3 Avgrensning**

Jeg vil avgrense oppgaven til en pasient med hjerneslag på høyre side. Pasienten er anonymisert og jeg har utelatt spesielt gjenkjennbare detaljer. Pasienten bor i egen tilrettelagt bolig med bistand fra hjemmetjenesten og har praktisk bistand fra kommunen.

Anna er i begynnelsen av 60- årene og fikk appopleksi med venstreside pareser for noen år tilbake. Jeg vil ikke gå inn på tidligere helsetilstand, selv om både denne og alder er avgjørende for utfallet av et hjerneslag.

Jeg vil ta for meg en morgensituasjon og har valgt å utelate pårørende, selv om de kan være en viktig ressurs både for pasient og ansatte i hjemmetjenesten.

Jeg vil kort komme inn på individuell plan, da tverrfaglig samarbeidet er viktig, men ikke fokusere på det i oppgaven. Jeg vil ikke komme inn på forhold som har med fastlege eller andre samarbeidspartnere, men konsentrere meg om de som er aller nærmest henne i hverdagen, det vil si omsorgspersonalet.

Mestring er et sentralt begrep jeg vil komme inn på. Videre vil jeg reflektere rundt sykepleiers kunnskap og utøvelse av omsorg i forhold til Anna.

#### **1.4 Hensikt og formål med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er å utvide mine kunnskaper om hjerneslag og tilstandens kognitive påvirkning. Det er viktig å ha mest mulig kunnskap i egen ryggsekk for at omsorgen skal bli best mulig. Hjemmesykepleien har hele tiden vært et mangfoldig arbeidsfelt. Etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.12 stilles det større krav til kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det er blant annet tydeliggjort i reformen at kommunen har hovedansvaret for at det blir utarbeidet en individuell plan. Det innebærer at Annas mål og ønsker skal være utgangspunkt for prosessen. Jeg vil bringe kunnskapen jeg tilegner meg videre til mine arbeidskollegaer, og gjennom dette bidra til at vi får en større forståelse av pasientens problemer.

Jeg vil tilegne meg mer kunnskap om kommunikasjon, og hvordan jeg kan bruke dette redskapet for å tilnærme meg Anna og slik bidra til at hun mestrer hverdagen bedre. I oppgaven vil jeg knytte teori og forskning opp mot min pasientsituasjon. Jeg vil bruke morgensituasjonen som en rød tråd i hele oppgaven og reflektere over mitt møte med Anna og utfordringene jeg opplevde i vårt møte. Slik kan oppgaven være med på å bevisstgjøre mine handlinger og erfaringer til å gi en helhetlig omsorg som sykepleier i fremtiden.

## 1.5 Fortellingen om Anna

Jeg er student i hjemmetjenesten og skal til Anna for å hjelpe henne med morgenstell og frokost. Anna er en dame i begynnelsen av 60- årene som har vært alene siden hun ble skilt fra sin mann for noen år tilbake.

Hun fikk hjerneslag med pareser på venstre side for cirka fem år siden. Hun kan nå gå med stokk inne. Anna har fysioterapi en gang i uken og to timer støttekontakt per uke. Hennes datter bruker å komme innom et par ganger i måneden for å se at hun har det bra. Hjemmetjenesten besøker Anna fire ganger daglig; morgen, middag, ettermiddag og kveld. Det er satt av 30 minutter på arbeidslista til morgenprosedyren. Oppdraget innebærer morgenstell, frokost og å gi henne medisinen.

Når jeg kommer til Anna slår en tung innestengt luft imot meg. Et ansikt titter frem under den store dyna og det kommer et langt gjesp etterfulgt av et lettelses sukk. «Så godt at det er deg», sier Anna og smiler. «Var redd det kom noen nye». Hun virker trett og sier at klokken kan umulig være så mye at det er på tide å stå opp. «Kan du massere venstre ben, jeg har så mye spenninger i lårmuskelen», spør Anna. Jeg vasker de kalde hendene mine og smører varsomt de spinkle bena med lotion, henter støttestrømpene på badet og tar dem på henne. Jeg hjelper henne opp på sengekanten og setter meg ved siden av henne og vi kikker ut av vinduet på himmelen. Det regner ute og tåka henger langt ned i fjellene. «Det tok lang tid før jeg fikk sove i går kveld» sier Anna. Jeg fornemmer at noe ikke er helt slik det skal være for Anna. «Var det noe som plaget deg siden du ikke fikk sove, spør jeg». Hun forteller at hun er engstelig for hva fremtiden vil bringe og er redd for ensomheten. Hun ser tilbake på livet hun hadde før og alt hun har mistet. Et innholdsrikt liv med jobb, reising og mye sosial omgang. Et hjem med ektefelle og barn. Hjerneslaget snudde livet hennes opp ned.

Jeg holder Anna i den spinkle hånden og lytter til henne. Etterpå går vi sammen inn på badet, mens jeg støtter henne på venstre side. Hun er veldig stiv i venstre foten og har tydelig vondt for å sette den framfor seg, den blir mer hengende etter. Jeg hjelper henne til rette på toalettet og sier at jeg skal gå på kjøkkenet og sette på kaffen så hun får sitte i fred.

Hun roper på meg når hun er ferdig på toalettet, og jeg støtter henne bort til vasken på badet. Det står en stol foran servanten og Anna setter seg og tapper selv vann i servanten. Anna gjesper mye og sukker tungt når hun vasker seg selv oventil.

Hun spør meg hvordan ting går hjemme hos oss og om mine barn har det bra. Jeg forteller om de siste rampestrekene den minste har funnet på og hun drar på smilebåndet. Jeg vasker under den friske armen og over den spede ryggen. Deretter vasker Anna seg nedentil, adferden hennes er treg og automatisk. Anna er opptatt av klær og sminke og forteller hva hun vil ha av klær fra klesskapet. Jeg rekker frem klærne og hun holder opp venstre arm med høyrehånden, ser på meg med triste øyne mens hun sier: «Det går så mye fortere når du gjør det». Jeg prøver å understreke at all aktivitet hun bidrar med selv er god trening. Men hun virker unnvikende og passiv i å utføre ting selv. Etterpå vil hun at jeg skal sminke henne. Hun er høyrehendt og på mitt forslag om at vi kan gjøre dette sammen, sier hun klart nei, at dette må jeg gjøre. Jeg sminker henne, hun takker for hjelpen og går inn i stuen. Etterpå setter Anna seg i lenestolen i stua og tenner en røyk. Jeg legger frem det hun trenger, setter fram frokosten og gir henne medisinen. Jeg sier så at jeg må gå. Når jeg forlater Anna kretser tankene mine rundt om hva jeg kunne ha gjort annerledes. Jeg forlater Anna med en følelse av at jeg ikke har klart utfordringen i å få henne til å bruke de ressursene hun har. Jeg tenker på hvordan jeg kunne fått henne til å ville gjøre ting selv, og få en god opplevelse av å mestre.

Jeg tok situasjonen opp med min kontaktsykepleier. Min opplevelse av at gjøremålene var gjort, men ikke på en god måte for Anna. Jeg fikk også tilbakemelding på at en del personale oppfattet Anna som negativ og lat. Kontaktsykepleieren forsto min frustrasjon og syntes det var fint at jeg tok dette opp. Hun sa at dette var et dilemma fordi personalet har begrenset tid, men viktig å reflektere over og at vi sammen kunne ta dette opp på brukermøtet.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

I oppgaven omtaler jeg Anna ved navn eller som pasient, selv om vi sier bruker i hjemmetjenesten. Først i oppgaven tar jeg for meg bakgrunn for valg av tema og problemstilling, samt avgrensning. Deretter kommer jeg inn på hensikten med oppgaven, og forteller så historien om Anna. Videre beskriver jeg valg av metode, søkemåter og et kort sammendrag av artiklene. I teoridelen følger en presentasjon av hjerneslag, kunnskap og mestring. Jeg sier også litt om Lover og kvalitetsforskrifter. Jeg presenterer teoretiker Kari Martinsen i et eget kapittel.

I drøftingsdelen reflekterer jeg over pasientsituasjonen, og knytter denne opp mot teorien. Oppgavens avslutning inneholder en kort oppsummering av det jeg har lært.

## 2.0 METODE

### 2.1 Hva er metode

Metode sier hvordan vi kan gå frem for å skaffe kunnskap eller etterprøve kunnskapen. Dalland trekker frem Vilhelm Aubert som har følgende definisjon på metode:

*«Metode er fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2008:81).*

En kvalitativ metode har til hensikt å fange opp en bestemt mening eller opplevelse. Denne metoden er ikke målbar, det vil si at den ikke lar seg tallfeste eller måles på noe vis. Kvalitativ tilnærming til ei problemstilling innebærer undersøkelse av få enheter, hvor en vektlegger å gå i dybden av tema (Dalland 2008). Forskeren er her en deltaker i feltet som ser fenomenet innenfra og har et jeg-du-forhold til undersøkelsespersonen (Ibid).

Kvantitativ tilnærming er strukturert og systematisk. Den går i bredden og tar sikte på å formidle forklaringer. Ved bruk av kvantitativ metode kan informasjon formes til målbare enheter. Dette muliggjør statistiske beregninger. Forskjellene på disse to metodene er først og fremst knyttet til måten dataen er samlet på (Ibid).

### 2.2 Litteraturstudie som metodevalg

Oppgaven bygger på en fortelling fra min praksis, og dette beskrives som en Narrativ metode. Det er en hermeneutisk tilnærming til kunnskap. Dette kalles hermeneutisk vitenskap og betyr fortolkningslære. Vitenskapelig er ikke fortellingen objektive empiriske data om virkeligheten. Tolkningen innebærer å finne de skjulte meningene i et fenomen og tolke dem, slik brukes fortellingen som empiri. Ved å sette meg inn i hvordan det oppleves for Anna å ha fått hjerneslag. Som forsker er jeg preget av min egen forforståelse. Det innebærer at opplevelser og erfaringer jeg har, spiller en rolle. Min ryggsekk med tanker, opplevelser og følelser vil være en ressurs for å tolke og forstå fenomenet hjerneslag. Ved å bruke min egen forforståelse vil jeg forsøke å se helheten i forhold til problemstillingen og gjennom litteraturen og forskning forsøke og nå frem til en så fullstendig forståelse som mulig (Dalland 2008).



Det motsatte er naturvitenskapelig tilnærming. Her stiller forskeren seg objektiv til sine empiriske data, ved å presentere et resultat som er sannhet om virkeligheten. Naturvitenskapen gir en forklaring på fenomenet hjerneslag, men ved hermeneutikken kan jeg nærme meg en forståelse av hva det vil si å ha hjerneslag og se det i lys av den enkelte pasients historie (Ibid).

*Hermeneutisk sirkel* er et velkjent begrep innen den hermeneutiske tradisjon. Dette er et fortolkningsprinsipp som innebærer at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Dette vil skje når forskeren gjør ei fordypning av sin meningsforståelse av tingene. I oppgaven innebærer dette å få bedre klarhet i det som fremstår som uklart. Forskningen skal gi meg kunnskap og innsikt i å forstå meg selv og andre (Ibid).

I oppgaven presenterer jeg teoretiker Kari Martinsen. Omsorgen står sentralt i sykepleiefaget og hun appellerer mye til det jeg ønsker å få frem gjennom oppgaven. Det å være der for pasienten og se det den andre trenger i øyeblikket, men samtidig å se behov pasienten nødvendigvis ikke ser selv, og prøve å balansere dette på en god måte.

### **2.3 Søkemåter**

Litteratur som er benyttet i oppgaven er pensumlitteratur og øvrig relevant litteratur fra Universitetets bibliotek. For å finne frem til denne litteraturen brukte jeg Bibsys for å søke opp ulike forfattere eller et emne. Jeg har søkt etter forskning i databaser som Pub Med, Vår i Norden, Norart, Bibsys, Google Scholar og Swemed+. Jeg har brukt søkerord som «hjerneslag», «mestring», «coping», «stroke», «activity» og «hope». Fant mange artikler om hjerneslag ved enkeltsøk, men færre ved å foreta kombinerte søk. Etter søk på SveMed+ fikk jeg 21 treff med termene «hjerneslag og mestring». Her var det fem artikler som var relevante, hvorav jeg plukket ut en som jeg fant interessant. Den andre forskningsartikkelen jeg har støttet meg til fant jeg i tidsskriftet «Sykepleien, forskning» som er for medlemmer i Norsk sykepleierforbund. Artikkelen er godkjent av veileder. Jeg har for det meste brukt primærlitteratur framfor sekundærlitteratur. Jeg har kontaktet Landsforeningen for Slagrammede og ble anbefalt å bruke Nasjonale faglige retningslinjer som beskriver behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet 2010). Har vært inne på Helse og omsorgsdepartementets nettsider Fakta om samhandlingsreformen og Lov data.no.

Det finnes mye litteratur som tar for seg pasientperspektivet etter et hjerneslag. Jeg har lest Per Løvhaugs bok, «Det levende buret» (2010). Det er en selvbiografi som beskriver forfatterens tunge kamp tilbake til mestring etter å ha gjennomgått et hjerneslag i 2007. Jeg vil komme tilbake til den i drøftingsdelen.

## **2.4 Artikkel 1**

« Mindfulness - det oppmerksomme nærvær » skrevet av Berit Andersen Sandvik. Publisert i Sykepleien, forskning nr.03/2011.

Artikkelen er basert på gjennomføringen av et program kalt «Mindfulness- Based Stress Reduction» for sykepleiere. Etter programmet ble det gjort dybdeintervjuer av seks sykepleiere, som var fra to ulike avdelinger ved et universitetssykehus i Norge. Dybdeintervjuene ble analysert ved en fenomenologisk-hermeneutisk metode. Målet var å undersøke hvordan sykepleiere opplever «nærvær» i sin praksis og hvordan trening på oppmerksomt nærvær gjennom Mindfulness-Based Stress Reduction, kunne påvirke deres opplevelse. Før sykepleiernes trening med oppmerksomt nærvær beskriver de opplevelsen med «å være nær» og ved «å balansere i nærvær». Etter å ha gjennomført treningen på oppmerksomt nærvær beskriver de opplevelsen med «å stå i det åpne», «å se» og «å være». Artikkelen konkluderer med at oppmerksomt nærvær fører til en utvidet og nyansert opplevelse av nærvær hos sykepleier, slik at sykepleier er bedre i stand til må hjelpe pasienten med og tre frem som seg selv.

## **2.5 Artikkel 2**

«Dolda funksjonshinder etter stroke». Skrevet av Gunnel E Carlsson, Anders Møller, Christian Blomstrand.

Publisert i Sosialmedisinsk tidsskrift 6/ 2007.

Hensikten med studien var og utforske livssituasjonen etter et tilsynelatende mildt slag, i tillegg skulle den fokusere på livskvaliteten til den slagrammede og personens nærmeste.

Et hjerneslag kan føre til funksjonsnedsettelse som nedsatt kraft, følelse og kontroll i den ene siden av kroppen og hører til de mer kjente symptomer. Hjerneskadene etter slaget medfører mange skjulte symptomer. Disse kan være vanskelig å mestre og å forstå, både for den slagrammede og personer rundt den slagrammede. Studien er grunnlagt på en sammensetning av kvantitativ og kvalitativ forskning hvor 75 pasienter deltok. Av disse opplevde 72 økt mental trøtthet, 40 - 55 % hukommelse- og konsentrasjonsproblemer, nedsatt stresstoleranse, irritabilitet, sinne og konsentrasjonsvansker og eller mangel på initiativ.

Ytterligere 18 pasienter ble intervjuet og opplevde følelsesmessige og kognitive forandringer som gjorde at de ikke kjente seg selv igjen. Mestring etter slaget innebar å greie å håndtere frykt for et nytt slag og frykten ved å vite at risikofaktorene er tilstede, videre vansker med å mestre å leve med «skjulte funksjonshinder» og forklare disse for andre personer. I det kvalitative studiet ble mestringssituasjonen beskrevet som «en stadig kamp om å håndtere en hverdagssituasjon fylt av usikkerhet». For eksempel hadde pasientene opplevd å få følgende kommentar fra omgivelsene når de ga uttrykk for sitt problem: «*Trøtthet, og problem med å få gjort alt vi vil, det har vel alle i dag*». Undersøkelsen viste også at noen pasienter med vilje forsøkte å skjule sine problemer fordi de var redde for å bli betraktet som dum eller lat.

I den kvalitative analysen oppstod individuelle, relasjonsmessige og omgivelsesmessige grunner for mestring. Artikkelen konkluderer med at slagrammede med et tilsynelatende lett slag må tilbys rehabilitering og støtte. Studiet peker på viktigheten av økt kunnskap om «skjulte funksjonshinder» etter slag. Det er viktig å møte individuelle behov for støtte.

## 3.0 TEORI

### 3.1 Hjerneslag

Hjerneslag, *apoplexia cerebri*, oppstår når blodforsyningen til hjernen helt eller delvis opphører. Hvert år blir ca. 15 000 personer i Norge rammet av hjerneslag. Antallet hjerneslag vil kunne øke med 50 prosent de neste 20 årene fordi det blir flere eldre (Helsedirektoratet 2010). Slaget fører til at cellene i det berørte området får for lite energi og oksygen til å fungere. Varer dette over flere timer, skades cellene og vil til slutt dø. Hvis man kommer til sykehus innen 6 timer fra sykdomsdebut, kan hjernevev reddes og følgene av hjerneslaget begrenses. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge og en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemning (Helsedirektoratet 2010). Ved et hjerneslag er lammelser, spastisitet og dårlig balanse vanlige motoriske utfall.

Graden av lammelsen varierer etter skadens beliggenhet og omfang. Skade i den høyre hjernehalvdelen gir lammelser i venstre kroppshalvdel og skade i venstre hjernehalvdel medfører lammelser i høyre kroppshalvdel. Lammelsen kan gi paralyse eller parese. Parese er delvis nedsatt bevegelsesevne hos pasienten og paralyse vil si ingen bevegelsesevne (Wergeland m.fl. 2008 ). Konsekvensene av et hjerneslag kan være sammensatte og skjulte kognitive utfall kan føre til endringer og sammensatt funksjonssvikt (Engedal, Wyller 2003).

*Et transitorisk iskemisk anfall (TIA)* kalles tilstanden dersom sirkulasjonen normaliserer seg selv og går tilbake innen 24 timer, vanligvis innen 60 minutter. Det kalles hjerneslag dersom funksjonssvikten varer mer enn 24 timer. Det skilles mellom hjerneinfarkt og hjerneblødning (Wergeland m.fl. 2008).

*Hjerneinfarkt*, iskemiske hjerneslag, utgjør 85-90 % av alle hjerneslag, og skyldes vanligvis manglende blodforsyning til en del av hjernen på grunn av blodpropp. Trombose, kalles det dersom blodproppen er oppstått lokalt i blodåren. Emboli, hvis blodproppen er dannet et annet sted og blitt tatt med i blodstrømmen (Engedal, Wyller 2003).

*Hjerneblødninger* utgjør 10-15 % av alle hjerneslag, og skyldes oftest intracerebral blødning eller subaraknoidalblødning. Intracerebral blødning vil si en blødning inne i hjernen på grunn av brist i en blodåre. Ved en slik blødning vil symptomene komme akutt, og pasienten er mer dramatisk syk og større fare for akutt død enn ved hjerneinfarkt.

Subaraknoidalblødning er utenpå hjernen, en blødning i subaraknoidalrommet. Dette skyldes som regel en brist i en medfødt utposning på en arterie. Symptomene vil være akutt, intens hodepine og eventuelt bevisstløshet. I følge Wyller (2003) er cirka tre av fire hjerneslag iskemiske, og jo høyere alder til pasientene, desto større antall iskemiske slag (Engedal, Wyller 2003 ).

### **3.2 Utfall etter høyresidig Appoplexi**

Høyre hjernehalvdel har med bearbeiding av følelser, tanker og inntrykk fra sanseorganene i kroppen og i rommet. Det er vanligvis den ikke dominante delen av hjernen. Den integrerer nye ting, ser ting i sammenheng og oppfatter helheten. Hjerneslaget forstyrrer denne prosessen. Mulige utfall ved skade i høyre hjernehalvdel kan være visuelle problemer, inkludert en manglende evne til å se venstre synsfelt for hvert øye. Venstresidig svakhet eller lammelse og sensorisk svekkelse. Den venstre side av kroppen kan ha redusert kropps og rom oppfatning. Det kan være neglekt for kropp og rom på venstre side og redusert tidsoppfatning. Evnen til å planlegge kan være redusert og konsentrasjonsevnen minket. Pasienten kan ha liten sykdomsinnsikt og begrenset hukommelse. Mulige emosjonelle forstyrrelser kan være benekting, kritikkløshet og labilitet (Jakobsen m.fl. 2008).

### **3.3 Kommunikasjon og kunnskap**

Kommunikasjon er utveksling av meningsfulle tegn mellom flere parter (Eide og Eide 2007). Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har som overordnet mål å forebygge sykdom, fremme helse, gjenopprette helse og å lindre lidelse. Essensen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre, være aktivt lyttende, direkte og åpen. Under fortellingen kjennetegnes god kommunikasjon ved at sykepleier lytter aktivt, viser forståelse og utforsker situasjonen i øyeblikket og de følelsene som oppstår. Kommunikasjon deles inn i tre nivåer, omsorgsprofesjonalitet, omsorgsrasjonalitet og omsorgstemporalitet.

*Omsorgsprofesjonalitet* karakteriseres ved empati, fagkunnskap og målorientering. Til sammen utgjør dette grunnlaget for god, profesjonell kommunikasjon og omsorg.

*Omsorgsrasjonalitet* består av fornuft, følelser og etikk. Det innebærer en etisk grunnholdning som reflekterer over egne og den andres følelser.

*Omsorgstemporalitet* består av tilknytning, håp og fortelling. Helhetlig omsorg som innebærer å være til stede i nuet på bakgrunn av kunnskap om fortiden og ha fremtiden for øyet (Eide og Eide 2007).

Kommunikasjon deles inn i verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er de ord som blir formidlet gjennom tale eller skrift. Non-verbal kommunikasjon går ut på kroppsspråk, ansiktsuttrykk, kroppsholdning, bevegelse og stemmebruk. Vi responderer bekræftende eller avvisende, henvendt eller uengasjert på måten vi bruker blikk og kroppsspråk (Eidet 2007).

Sykepleier får sin kunnskap gjennom utdannelsen og skal være i stand til å handle ut fra denne kunnskapen.

Gaut (1986) sier følgende om kunnskap:

*«Kunnskap er en forutsetning for kompetanse, samtidig som måten kompetansen kommuniseres på er vesentlig»* (referert i Tveiten 2009: 36 ).

I følge Tveiten (2009) er det tre kunnskapsformer som utgjør helheten i sykepleie. Dette er teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringskunnskap. Den første er både forskningsbasert og skriftlig, den andre er relatert til ulik kyndighet og den tredje er egen opplevelse. Erfaringskunnskap kan også kalles taus kunnskap. Det er kunnskap som ikke er blitt satt ord på og som er en del av egen erfaring. Tveiten peker på hvor viktig det er for sykepleieren selv å sette ord på denne tause kunnskapen og for sykepleiepraksisen generelt. Sykepleier må ha kunnskap om hvordan pasienten opplever sin situasjon og hva pasienten opplever som vanskelige utfordringer (Ibid). Hvert enkelt menneske må ha mestringskompetanse når det kommer til eget liv og helse. Det innebærer at vi må ha kunnskaper og innsikt for å forstå. For å ha mestringskompetanse er verdier, holdninger og innstillinger viktige aspekter (Ibid).

### 3.4 Mestring

Lazarus og Folkman (1984) ser mestring som en prosess. De skriver at mennesket gjør et valg som er mer eller mindre bevisst, om noe kan gjøres eller om man bare må godta situasjonen som den er. Lazarus sier at mestringsstrategiene forandrer seg fra situasjon til situasjon, dette etter hvert som konfrontasjonen utfolder seg, eller fra den ene konfrontasjonen til den andre (Lazarus 2006). Lazarus identifiserer strategier som innebærer å endre det som oppleves belastende, og skiller mellom to ulike varianter av mestringsstrategier; en problemfokusert og en emosjonsfokusert. Ofte benyttes begge samtidig.

#### *Problemfokusert mestring;*

En problemfokusert strategi har fokus på å endre problemet eller interaksjonen, og den omfatter alle handlinger som har som mål å gjøre noe konstruktivt med situasjonen man befinner seg i. Handlingen er rettet mot å gjøre noe konkret med stresskilden, for eksempel å lage en plan for hvordan man skal drive tilpasset opplæring, å endre miljøforhold, utholdenhet når man møter en utfordring eller å søke praktisk hjelp hos andre (Lazarus 2006).

#### *Emosjonsfokusert mestring.*

Lazarus identifiserer også emosjonsfokuserede strategier. Disse har til hensikt å endre eller håndtere egne følelser i forhold til belastningen. Når pasienten opplever at han ikke kan endre situasjonen, dominerer emosjonsfokuserede strategier. Når han opplever at situasjonen kan endres eller kontrolleres, ligger hovedvekten på problemfokuserede mestringsstrategier (Lazarus 2006). Målet er å regulere de følelsesmessige konsekvenser av hendelsen, som for eksempel å søke forståelse hos andre, å søke avkobling, unngå eller glemme vansker, fornekte at man har et problem, bli aggressiv eller å hevde seg på andre måter (Lazarus og Folkman 1984). I følge Lazarus og Folkmann (1984) er mestring både kognitive og atferdsmessige anstrengelser pasienter bruker for å overkomme stressfylte hendelser.

#### *Mestringstilnærming.*

Mestring er det vi gjør for å beherske eller håndtere situasjonen (Fjørtoft 2007). Mestringstilnærming innebærer å bygge opp under pasientens tro på egne muligheter ved å ta utgangspunkt i pasientens ressurser (Nortvedt m.fl.2002). Dette er et viktig sykepleierprinsipp (NSF 2011). Sykepleier må understøtte pasientens egne krefter, pasientens mestringsevne og håp i forhold til sykdom og helsesvikt (Nortvedt 2008). Vi må ha tro på pasientens autonomi

og støtte de ressursene pasienten har, og ikke overta det pasienten kan gjøre selv (Ibid). Gjennom å kartlegge hva pasienten mestrer av egenomsorg, kan sykepleier tilpasse behovet individuelt (Nortvedt m.fl. 2002). Det kan være å fremme mestring hos pasienten til å forholde seg til økt funksjonstap over tid. Resultatet av mestringen kommer an på pasientens egne strategier og ressurser, hva situasjonen krever og i hvilken grad sykepleier støtter eller hindrer mestring. Fjørtoft sier videre at mestring er hvordan pasienten opplever å kunne påvirke sin egen situasjon (Fjørtoft 2007). Fysisk aktivitet kan være en måte å øke egen mestringstro, fordi den er med å skape meningsfulle mestringsopplevelser. En situasjon øker mestringfølelsen når pasienten lærer å observere egen atferd og sette kortsiktige og langsiktige mål, samt bruke sosial støtte for å vedlikeholde ønsket adferd (Martinsen 2011).

En norsk livsløpsstudie viser at desto bedre mestringfølelse personer har, desto mer tilfredse er de med livet og desto mindre depressive symptomer (Slagsvold og Solem 2005, referert i Fjørtoft 2007:54). Dette viser sykepleiers viktige oppgave i å legge til rette for pasientens individuelle opplevelse av mestring i hverdagen. Sykepleier skal kompensere for svikten og tilrettelegge for mestringsevne, slik at pasienten kan gjenvinne, opprettholde eller utvikle funksjons og mestringsevne for mest mulig selvstendighet og livskvalitet (Fjørtoft 2007).

### **3.5 Lover og forskrifter**

#### Pasient- og brukerrettighetsloven

Loven gir den enkelte pasient rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Retten til individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (Helse og omsorgsdepartementet 2012).

§ 2-5 sier følgende:

*«At pasient/ bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» (Ikr. 1 juli 2001 iflg. res. 8 juni 2001 nr. 595. Endret ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).*



§3-1 sier at:

*«pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for det».*

Planen skal sikre pasienten et helhetlig og koordinert tjenesteopplegg. Den skal også bidra til å klargjøre ansvarsforholdene i behandlingen og oppfølgingen.

#### Forskrift om individuell plan

Denne sier at planen skal sikre pasienten et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenesteopplegg. Den skal også bidra til å klargjøre ansvarsforholdene i behandlingen og oppfølgingen. Formålet med planen er å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov på ulike områder. Den skal også vurdere å koordinere tiltakene. Videre skal planen styrke samhandlingen mellom pasient og tjenesteyter og eventuelt pårørende, samt mellom pasient og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av disse. Arbeidet kan bare igangsettes etter samtykke og pasienten skal ha en aktiv rolle i planprosessen (Helsedirektoratet 2010).

## 4.0 KARI MARTINSENS OMSORGSFILISOFI

Kari Martinsen er sykepleier og filosof. I følge Martinsen uttrykkes omsorg ved en grunnholdning. Grunnholdningen er preget av at sykepleieren «aksepterer» pasienten utfra pasienten sin situasjon. Det gjenspeiler en gjensidighet i situasjonen. I bunnen av omsorgen må det ligge en forståelse for pasientens situasjon for å kunne handle omsorgsfullt. Forståelsen øker med felles erfaring.

Martinsen fremhever tre sider ved omsorg og hevder at anvendelsen av denne kommer fram i det sykepleiefaglige skjønn (Martins 2008). Disse er følgende:

### *Relasjonell side ved omsorgen*

Martinsen hevder at sykepleier ikke skal vente noen gjengjeld for ytelsen av omsorg til pasienten og bruker begrepet generalisert gjensidighet. Det innebærer en forståelse av at vi alle kan komme opp i situasjoner hvor vi er avhengig av hjelp fra andre. Sykepleier må vise personlig engasjement ved å prøve å leve seg inn i pasientens situasjon, på den andres premisser. Relasjonen i et gjensidig forhold, i konkrete situasjoner, som er enestående og typiske på samme gang (Martinsen 2008).

### *Moralsk side ved omsorgen*

Når det gjelder omsorgens moralske dimensjon forklarer hun denne som at sykepleie må bygge på moralsk ansvarlig maktmisbruk. Videre sier hun at prinsippet om ansvar for de svake skal være styrende for moralsk ansvarlig maktbruk.. Martinsen knytter omsorg til nestekjærlighet. Moral er et fundament i kjærligheten, det å handle til den andres beste, og å gjøre mot den andre som du vil at han skal gjøre mot deg. Det er kvaliteten i relasjonen som er viktig og hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet (Martinsen 2008).

### *Praktisk side ved omsorgen*

Martinsen sier at sansing må være til stede for all forståelse. Sansing i sykepleie er å forstå gjennom praktiske ferdigheter og sanselig nærværelse (Martinsen 2008). Sykepleier har teoretisk kunnskap, men reagerer på det en hører gjennom sansene, det en ser og kjenner med hendene. I situasjonen sanser sykepleier pasientens reaksjon og kroppslige uttrykk.

Martinsen sier følgende om sansing:

*Sansingen og forståelsen er intimt knyttet sammen og stiller oss åpne for å tyde våre grunnleggende livsbetingelser. Synet, hørselen og ordene kan uttrykke vår fundamentale livsforståelse, det felles skapelsesgitte, eller livsmotet (Martinsen 2008:117).*

Hun beskriver oss mennesker som forstående og sansende vesener. I sanseintrykket er vi ute av oss selv, men finner tilbake til oss selv i forståelsens mangfoldige uttrykk (Martinsen 2012). I følge Martinsen er sansing ei åpenhet hvor vi forstår, ikke begrepsmessig og saklig, men bevegelig og åpent. Vi må leve oss inn i situasjonen og i den andres ståsted. Det er dette som er innlevelse. Å forstå sanselig, er i neste omgang ei tydeliggjøring av det som vi tar inn og «lever oss inn i», og som virker på oss i sansingen. Inntrykket vi har av pasienten kan vi uttrykke gjennom å tyde blick, håndlag, mimikk og tale.

I følge Martinsen er god sykepleie å ta utgangspunkt i å forstå pasientens lidelses- og livshistorie samt å fremme livsmot. I Løgstrup og sykepleien (Martinsen 2012) skriver hun om tilstedeværelse i nuet. Nåtiden kan berikes gjennom at håpet beriker hverdagen, og føre til ny energi og livsmot. Sykepleierens omsorg skal medvirke til at brukeren får det bedre, slik at livsmotet øker (Martinsen 2012). Sykepleier kan fremme livsmot ved at pasienten selv er med på å planlegge dagen ut fra eget ønske og begrensning.

Martinsen sier videre:

*«I helsevesenets nyttige og effektive rom er det en utfordring å kunne være til stede letende, fornemmende for å finne pasienten der han er, og la hans appell om å bli ivaretatt bestemme travelheten» (Martinsen 2012: 129).*

Martinsen sier at vi skal møte pasienten der vi er i nuet, med forskjellige erfaringer og kunnskaper i ryggsekken. Dette blir vanskelig dersom sykepleierens gjerninger og «*pasientkroppens livsrytmer*» mister relasjonen til hverandre (Martinsen 2012:128). I følge henne er ikke sykepleieren da oppmerksom på å følge pasientens hastighet. Hun fremhever utfordringen ved å være til stede «*letende, fornemmende for å finne pasienten der han er, og la hans appell om å bli ivaretatt bestemme travelheten*» (Martinsen 2012:129).

Martinsen kaller en faglig dyktig sykepleier en reflekterende praktiker videre sier hun sier at;

*«en faglig dyktig sykepleier har lært ikke bare sakkunnskap, men også moral. Hun viser en standard på sine handlinger som gjør at hun kan bli den andres tillit verdig» (Martinsen 2009:164 ).*

Ved siden av å besitte kunnskap må sykepleieren hjelpe pasienten til å være deltaker i eget liv, og ikke bli passivisert (Martinsen 2009).

I de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (NSF 2011). Dette innebærer å hjelpe den andre til å ivareta egen helse og få bruke egne ressurser. Videre sier Martinsen at sykepleier skal være kritisk til arbeidsforhold og strukturer som *«innsnevrer tillitens rom og som rutiniserer arbeide»* (Martinsen 2009: 165). Sykepleier skal ikke trenge å gå på akkord med sine egne verdier og egen overbevisning. Sykepleier skal være etisk reflektert og kunne vurdere den enkelte pasients situasjon. Hun hevder at faglig dyktighet læres ikke gjennom vitenskap, men gjennom praksis. Samtidig sier hun at disse to ikke skal erstatte hverandre, men samarbeide om å åpenbare ny kunnskap og avdekke barrierer i praksis. Deretter kan slik dokumentert kunnskap påvirke politikerne med krav om endring (Martinsen 2009). Løgstrup (2009) legger vekt på at i den daglige samtalen er kroppsspråket og tonen veldig viktig. Han sier at *«gestus, mine og geberde»* understøtter samtalen (Martinsen 2009: 35).

Videre sier Løgstrup:

*«Geberden er uttrykk for en holdning eller bevegelse, en holdning knyttet til situasjoner som en er involvert i med sine følelser (Pahuus 1983, referert i Martinsen 2009: 35).*

Martinsen skriver at i samtalen lar det seg ikke gjøre og bare være saklig, det vil alltid være en tone i sakligheten (Martinsen 2009). Slik vil sykepleiers tanker om pasienten komme til uttrykk i stemmen og tonefallet og vil være bærende for troverdigheten i det som blir sagt til brukeren. Hun sier også at i våre samværsformer slår vi an en tone og det er gjennom denne tonen at den andre utleverer seg i tillit. Likeledes vil vi lukke oss til, når vi er utrygge, og undertrykke vår uttrykksfullhet. Vi blir da saklige slik at ikke tone eller geberber skal røpe oss (Martinsen 2009). Hun peker på at det er viktig hvordan sykepleieren går pasienten i møte. Vi kan åpne eller lukke en situasjon for samhandling gjennom vår væremåte. Det er avgjørende at pasienten opplever å bli hørt og møtt, og at sykepleier ikke er mest opptatt av seg selv og sin egen tolkning (Martinsen 2009).

Sykepleierens etiske utfordring blir å forstå/se at det å gjøre livsrommet til pasienten rommelig, å frisette livsmuligheter og livsmot, er overordnet (Martinsen 2008).

## 5.0 DRØFTING

### HVORDAN KAN SYKEPLEIER FREMME OPPLEVELSEN AV MESTRING HOS EN PASIENT MED HØYRESIDIG APOPLEXI, I EN MORGESNSITUASJON?

#### 5.1 Kommunikasjon og kunnskap hånd i hånd

For å klare å forstå Anna er det viktig å kjenne historien hennes. Jeg må vite hvem Anna er som person, å få innsikt i hennes livsverden. Hvilken livsbagasje bærer hun med seg. Ved å ha kjennskap til pasientens historie kan dette være med å fremme delaktighet og livsmot hos pasienten (Eide og Eide 2008). God kommunikasjon krever at jeg har satt meg inn i Annas sykdomshistorie og behandlingssituasjon på forhånd. Anna ble jeg kjent med i min praksis i hjemmetjenesten. I tillegg til gjennom Anna selv, bidro også hennes pårørende, samt mine kollegaer og utfylle mitt bilde av henne som person.

Det er lørdags morgen og jeg kommer til Anna for å hjelpe henne med morgenstell, frokost og gi medisinen.

Blikket vårt møtes med det samme jeg kommer inn i rommet. Øynene til Anna stirrer spørrende og engstelig på meg. Så kjenner hun meg igjen, lyser opp og trekker et lettelsens sukk, «Så godt at det er deg, sier Anna og smiler».

For å ha en god kommunikasjon er det viktig med trygghet og tillit. I følge Løgstrup er tillit en grunnleggende verdi som betyr å utlevere seg og våge seg frem for å bli imøtekommet (Martinsen 2009). I mitt møte med Anna er det viktig at vi møtes som to likeverdige mennesker. Jeg har fortalt henne litt om min familie. Anna har vist meg tillit ved å dele ting fra sitt liv. Jobben hun trivdes i og hva ektemannen betydde for henne. Det er en selvfølge at det hun deler med meg, ikke på noen måte skal brukes mot henne eller brukes respektløst. Da blir det et brudd på tilliten og er utilgivelig (Martinsen 2008).

Tilliten mellom Anna og meg er en forutsetning for at samarbeidet mellom oss skal fungere. Det er viktig at jeg gir henne tillit som fagperson. I følge Gaut er;

*«Kunnskap er en forutsetning for kompetanse, samtidig som måten kompetansen kommuniseres på er vesentlig» (1986 referert i Tveiten 2009).*

Gode hjelpende samtaler begynner ofte med åpne spørsmål som utløser en fortelling om noe pasienten har på hjertet (Eidet og Eidet 2007).

*«Jeg fornemmer at noe ikke er helt slik det skal være for Anna. «Var det noe som plaget deg siden du ikke fikk sove, spør jeg». Hun forteller at hun er engstelig for hva fremtiden vil bringe og er redd for ensomheten»*

Å ha omsorg for Anna i situasjonen er å være bevisst på hva jeg formidler tilbake. Kroppen min forteller hvor fortrolig jeg er i situasjonen, både i forhold til tema og det å gi henne av min tid. Mitt motsvar og tonen i det jeg sier forteller henne om mitt engasjement og interesse, eller mangel på interesse.

Dette er i tråd med Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi hvor hun peker på at det er viktig hvordan sykepleieren går pasienten i møte (Martinsen 2009). Det er avgjørende at Anna opplever at jeg møter henne der hun er, og at jeg er en aktiv lytter.

Det er viktig at jeg ikke stenger av for pasientens negative følelser, det at hun er engstelig og redd. Da blir min empati et problem og ikke en ressurs. I følge Eide og Eide (2007) må sykepleier bestrebe og forholde seg positivt og konstruktivt til pasientens negative følelser. Å være empatisk betyr at jeg har evne til innlevelse. Jeg kan sette meg inn i, og forstå pasientens situasjon. Men det er viktig at jeg ikke lar meg bli overmannet av Annas følelser, men tåle å stå i hennes motløshet. Sykepleierens tanker om pasienten vil komme til uttrykk i stemmen og tonefallet, og vil være bærende for troverdigheten i det som blir sagt til henne (Martinsen 2008). Vår forforståelse er basert på faglige kunnskaper. Dersom medlidenhet for hva Anna har opplevd blir styrende for mine handlinger vil jeg ikke lenger være i stand til å hjelpe henne til hennes beste. Jeg skal ikke hjelpe Anna å ta bort de vanskelige følelsene, men være aksepterende tilstede og respektere de følelsene hun har. Det blir viktig at jeg sammen med Anna kan utforske hvordan hun virkelig har det og slik prøve å hjelpe henne videre.

Kunnskap om hjerneslag er viktig for å se pasienten der hun er. Kunnskap om fysiske og kognitive sider ved hjerneslag kan være avgjørende for kommunikasjonen med Anna. Å vite hvordan hun kjenner disse endringene i kroppen, og hvordan opplevelse av rommet kan endres. Derimot er kunnskap ikke bare det som kan uttrykkes i ord. Jeg viser kunnskap i handlingen ved at den bærer preg av innlevelse, respekt og forståelse for Anna i situasjonen. Dette er en del av det Martinsen kaller den tause kunnskapen (Fjørtoft 2007).

Kunnskap og måten den formidles på er viktig. Min kunnskap og væremåte kan gi rom for trygghet hos Anna (Tveiten 2009).

I motsatt fall kan mangel på kunnskap føre til lite refleksjon rundt hennes situasjon. Det kan også føre til at Anna blir utrygg. Jeg kan gå i meg selv og kjenne etter hva som gir meg trygghet i mitt eget liv. Ved å kjenne på min egen sårbarhet kan jeg lettere prøve å finne hva som gjør Anna utrygg, hva hun opplever som vanskelige utfordringer (Fjørtoft 2007). Vi er forskjellige og hva som gjør meg trygg trenger ikke gjøre den andre trygg, men min varhet og væremåte i forhold til dette er viktig.

I følge de etiske retningslinjer for sykepleiere sier punkt 1.4 at sykepleieren skal bidra til fagutvikling og forskning, og at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis (NSF 2011). Det er viktig å ha høy kompetanse på kvalitativ forskning for å forstå hvordan sykdommen oppleves av pasienten, pårørende og andre involverte. Dette for å ha pasientens perspektiv og opplevelse som utgangspunkt for å yte best mulig omsorg. Slik kan sykepleier videreutvikle brukervedvirkning og pasienttilfredshet (Kristoffersen m.fl. 2008).

En studie som er gjort av skjulte funksjonshinder etter hjerneslag, viser at skjulte symptomer som for eksempel trøtthet og mangel på initiativ kan være vanskelig å forstå og å mestre for både pasient og personene rundt. Studien peker på viktigheten av økt kunnskap om følelsesmessige og kognitive forandringer ved hjerneslag. Kunnskapen er viktig for å møte individuelle behov for støtte og rehabilitering (Carlsson, Møller og Blomstrand 2007). Uten denne kunnskapen kan Anna lett bli oppfattet som lat og tiltaksløs av personalet.

Fagkunnskap er viktig, men ikke nok. Jeg må kjenne Anna, se henne som en unik person med sin opplevelse av hjerneslaget. Jeg skal ha det kliniske blikket, men det er likevel viktig at det er henne som er i fokus og ikke sykdommen. Hun kan gi uttrykk for andre ting enn det jeg forventer. Min forforståelse kan gjøre at jeg ikke er så oppmerksom for nye måter og se tingene på. Samtidig kan forforståelsen hjelpe meg å rette blikket mot viktige sider jeg ellers ikke ville ha sett.

Med kunnskap om hvordan hjerneslaget kan oppleves for Anna må jeg på den ene siden bekrefte hennes opplevelse, også når hun ikke makter å delta i aktiviteten. På den andre siden har sykepleier kunnskap om hvordan fysisk aktivitet bedrer prognosen med å gjenvinne/ opprettholde funksjon og fremme mestring. Jeg kan for eksempel fortelle henne om konsekvensene av hjerneslaget under morgensituasjonen. Slik kan hun få anledning å oppdage betydningen av kunnskap (Tveiten 2009).

## 5.2 Sanselig nærværelse

Med å bruke varsomme hender forteller sykepleier hvordan hun ser på pasienten som person (Kristoffersen m.fl. 2008).

Gjennom sanselig nærværelse hører, ser og kjenner jeg med hendene hvordan Anna har det. Med å bruke varsomme hender forteller jeg henne hvordan jeg ser på henne som person. Martinsen sier at sansing i sykepleie er å forstå gjennom praktiske ferdigheter og sanselig nærværelse (Martinsen 2008). Ved å møte Anna med forståelse og aksept gir jeg henne tid og rom. Sansing blir som en veiviser i situasjonen. Hva jeg sanser blir dermed avgjørende for hvordan jeg som sykepleier går inn i de ulike ting.

Anna trenger hjelp til å se det mulige i egen situasjon. Hver situasjon i forhold til henne er unik. For at jeg skal kunne handle til det beste for Anna er det viktig at jeg leser og forstår situasjonen godt.

Martinsen sier videre:

*«Sansingen og forståelsen er intimt knyttet sammen og stiller oss åpne for å tyde vår grunnleggende livsbetingelser. Synet, hørselen og ordene kan uttrykke vår fundamentale livsforståelse, det felles skapelsesgitte, eller livsmotet» (Martinsen 2008:117).*

Anna har hatt mange tap i livet og ser seg hele tiden tilbake. I våre samtaler blir en viktig del å få frem hva som kan oppleves viktig i livet nå og fremover. Jeg må selv være engasjert i omsorgen til pasienten for å få frem et engasjement hos henne. Hun er ikke tjent med at jeg bare er tilstede uten å være nærværende og sørger for at hun får et godt stell. Anna må få opplevelsen av at jeg er nær henne i situasjonen, og at jeg ved å være ærlig og viser hensyn gir henne en opplevelse av at jeg bryr meg om henne. Det virker som hun har blitt «vant med» at sykepleien blir utført i et stresset tempo og at hun kan sitte igjen med en følelse av å bli behandlet som en «ting».

Resultatet av en studie fra et universitetssykehus ved hjelp av et «Mindfulness- Based Stress Reduction» program viste at sykepleierne opplevde nærværets åpenhet som tillitsskapende og at det påvirket kvaliteten i relasjonene. Dette beskrives som å «stå i det åpne», «Å se» med et nytt våkent og mer vennlig blikk. De beskrev til slutt at opplevelsen «Å være» forandret seg fra å gjøre til noe som ga selvinnsett og mer ro (Sandvik 2011).



Jeg må være trygg på meg selv for å tørre å stå i det åpne. Det krever mot å være i «nuet» og kjenne på Annas lidelse. I stedet for å stå i nuet kan det være lettere å distansere seg ved å gjøre praktiske ting eller ved å stenge av for kommunikasjon. I begge disse tilfellene er jeg ikke en god hjelper.

Kari Martinsens omsorgsfilosofi vektlegger omsorgens relasjonelle side, som innebærer og være til stede i situasjonen med åpenhet og tillit. Dette kan være en hjelp til å styrke Annas livsmot. Slik kan hun føle seg verdsatt og få håp om å leve et godt liv på tross av sin lidelse (Martinsen 2008).

### 5.3 Mestring

Lazarus og Folkman (1984) ser mestring som en prosess. Mennesket gjør et valg som er mer eller mindre bevisst, om noe kan gjøres eller om man bare må godta situasjonen som den er.

Lazarus identifiserer to ulike varianter av mestringsstrategier, som innebærer å endre det som oppleves belastende. Det er problemfokustert mestring og emosjonsfokustert mestring, ofte benyttes begge samtidig (Lazarus 2006).

Slik jeg ser det dominerer emosjonsstrategiene hos Anna. I følge Lazarus dominerer disse når pasienten opplever at han ikke kan endre situasjonen (Lazarus 2006). Jeg opplever at Anna har gitt opp, hun virker initiativløs, passiv og motløs. Hun ser tilbake i stedet for å se fremover. Når hun snakker om fremtiden er det at *«hun er engstelig for hva fremtiden vil bringe og redd for ensomheten»*. Hun mestrer situasjonen i dag med å se tilbake på hva hun hadde før. Hun har «i stor grad lagt ansvaret for egenomsorgen i andres hender». Ved at jeg går inn og gjør ting for henne overtar jeg det ansvaret. For at Anna skal få opplevelsen av mestring må jeg hjelpe henne å endre strategi. Dette innebærer å tenke annerledes, få tro på egen mestring.

En problemfokustert strategi tolker jeg som det å ha fokus på å endre problemet ved konkrete handlinger (Lazarus 2006). Anna mestrer ved å søke praktisk hjelp hos personalet, hun ber meg utføre oppgaver for henne.

*«Etterpå vil hun at jeg skal sminke henne. Hun er høyrehendt og på mitt forslag om at vi kan gjøre dette sammen, sier hun klart nei, at dette må jeg gjøre»*.

Mestringstilnærming innebærer å bygge opp under pasientens tro på egne muligheter ved å ta utgangspunkt i pasientens ressurser (Nortvedt mfl. 2002). Sykepleier skal støtte ressursene og ikke ta over det pasienten kan gjøre selv. Min funksjon vil være å fokusere på mestring ved å legge til rette for at pasienten oppdager egne muligheter, og tror på dem (Tveiten 2009). For eksempel at Anna kan sminke seg selv.

Slik jeg ser det må pasienten få hjelp til erkjennelse og opplevelse av at hun har kontroll i situasjonen. Når Anna ber meg om å kle på seg og jeg vet at hun kan klare dette selv opplever jeg det som et etisk dilemma. Jeg opplever det er galt å gjøre det for henne, samtidig opplever jeg det er galt å presse henne til det. Det er viktig at sykepleier ikke overkjører pasientens vilje gjennom å tvinge pasienten til deltakelse på en autoritær måte.

Martinsen trekker frem uttrykket den svake paternalismen og forklarer det med at sykepleieren må bruke faglig merforståelse slik at den gagnar pasienten mest mulig (Kristoffersen m.fl. 2008).

*«Jeg rekker frem klærne og hun holder opp venstre arm med høyrehånden, ser på meg med triste øyne mens hun sier: «Det går så mye forttere når du gjør det».*

Det virker som det er blitt en rutine at personalet gjør en del ting for Anna. Autonomi, det vil si rett til medbestemmelse er et viktig etisk prinsipp, og kan i dette tilfellet gå på tvers av å handle utfra hennes eget ønske. Det krever fagkunnskap, kjennskap til Anna og moral for å vurdere hva som er til hennes beste (Kristoffersen mfl. 2008). Morgenstellet og for eksempel det å delta i påkledning er viktige aktiviteter i dagliglivet, som kan medføre at hun får økt følelse av mestring. Fysisk aktivitet kan være en måte å øke egen mestringstro, fordi den er med å skape meningsfulle mestringsopplevelser. En situasjon øker mestringsfølelsen når pasienten lærer å observere egen atferd og sette kortsiktige og langsiktige mål, samt bruke sosial støtte for å vedlikeholde ønsket adferd (Martinsen 2011).

Det er viktig at jeg legger til rette for at hun kan bruke de ressursene hun har. Dette kan gjøres ved og først kartlegge hva hun mestrer av egenomsorg (Nortvedt m.fl. s.116). Hun er høyrehendt og kan bruke denne armen. Anna er klar og orientert og uttrykker hvordan hun har det når hun blir oppfordret til det. Livsmotet øker når hverdagen hennes inneholder øyeblikk og stunder med glede og velvære, der hun får opplevelsen av meningsfullhet. Jeg kan være med å fremme opplevelsen av livsmot ved å tilrettelegge dagen ut fra hennes eget ønske og begrensninger (Martinsen 2012).

Martinsen sier at sykepleier skal gjøre livsrommet til den andre rommelig, å frisetse livsmuligheter og livsmot (Martinsen 2008). Jeg må formidle håp og tro gjennom det jeg gjør og gjennom det jeg er for Anna. Å være der for henne i nuet blir vanskelig dersom mine handlinger og Annas livsrytmer mister relasjonen til hverandre (Martinsen 2012).

Å gå inn og overta for Anna ting hun kan klare selv er i følge Martinsen sentimental omsorg. Det er utøvelse av sykepleie som pasienten ikke er tjent med, og styrker heller ikke hennes livsmot.

*«Etterpå vil hun at jeg skal sminke henne. Hun er høyrehendt og på mitt forslag om at vi kan gjøre dette sammen, sier hun klart nei, at dette må jeg gjøre. Jeg rekker frem klærne og hun holder opp venstre arm med høyrehånden, ser på meg med triste øyne mens hun sier: «Det går så mye fortere når du gjør det».*

Det er i denne situasjonen mangel på initiativ og motivasjon kommer frem. Her er det viktig og ikke automatisk tolke. Annas manglende evne til deltakelse som mangel på vilje til å delta. Jeg må gi henne bekreftelse på at jeg vil være der å støtte og hjelpe til når hun trenger det. Samtidig må jeg forklare og motivere henne til å delta for å mestre. Sykepleiers oppgave blir å forsøke å fremme aktiv deltakelse, på Annas premisser.

I følge Kari Martinsen skal sykepleier handle til pasientens beste (Martinsen 2008). Dersom Anna ikke blir tatt med på råd er det ikke til hennes beste. Jeg kan ikke vite hva som er hennes beste uten å spørre henne. Det blir feil å gjøre ting for henne selv om hun sier at hun ønsker det. Jeg må jobbe med hendene på ryggen. Martinsen filosofi er å trekke Annas ønsker og oppfatning med inn i pleien, på en måte som gagnar henne. Samtidig skal mine handlinger og min måte å være på styrke pasientens livsmot i hennes situasjon.

Anna har ikke en individuell plan. Målsettingen er at en slik plan skal foreligge i løpet av dette året, og at hun skal være med på utarbeidelsen av denne.

I følge pasientrettighetsloven (2011) og de etiske retningslinjer har Anna rett til å være med på beslutninger. Kommunen har ifølge loven plikt til å utarbeide en individuell plan og det skal legges til rette for at Anna kan være en likeverdig og aktiv deltaker i dette arbeidet. Planen er ment som et tiltak som fremmer ferdigheter og deltakelse og kan være med å gi større forståelse for egen situasjon. Den skal bidra til motivasjon og innsikt.

Videre skal forskriften om individuell plan (2010) sikre at hjemmesykepleien stimulerer til egen læring, øker hennes funksjonsevne og mestringsevne.

Retten til individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (Helse og omsorgsdepartementet 2012). Planen skal sikre pasienten et helhetlig og koordinert tjenesteopplegg. Den skal også bidra til å klargjøre ansvarsforholdene i behandlingen og oppfølgingen.

Per Løvhaug beskriver sin opplevelse av hjerneslag og sin kamp tilbake til mestring. Han trekker frem individuell plan i boken sin og hvordan hvert delmål han nådde opplevdes som en seier. Han beskriver også hvordan den var et godt redskap og hjelpemiddel for han. Slik ble han minnet på at verden ikke står stille (Løvhaug 2010).

Dette er i tråd med teorien som sier at hensiktsmessige, realistiske og kortsiktige mål gjør det lettere for pasienten å få mestringsopplevelse. Disse kan virke motiverende både for pasient og sykepleier (Tveiten 2009). Udefinerbare mål som for eksempel «best mulig livskvalitet», virker demotiverende både for Anna og personalet. Slik er det med å undergrave håpet hos Anna. Min funksjon kan være å skape positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lengre sikt (Eide og Eide 2007). Et realistisk mål kan styrke hennes motivasjon og vilje til forandring. Jeg kan styrke Annas selvtillit ved å lytte til hennes ønsker og sammen med henne sette opp en plan. Dette er med på å legge grunnlaget for et forhold bygd på tillit, åpenhet og respekt. Da møtes Anna og jeg som likeverdige parter. Det å legge til rette for at Anna får opplevelsen av kontroll over egen situasjon er hjelp til mestring (Tveiten 2009).

Resultatet av mestringen er avhengig av Annas egne strategier og hennes ressurser. Resultatet kommer også an på hvor mye sykepleier støtter eller hindrer mestring. Mestring innebærer hvordan Anna opplever å kunne påvirke sin egen situasjon (Fjørtoft 2007). Dette viser sykepleiers viktige oppgave i å legge til rette for pasientens individuelle opplevelse av mestring i hverdagen.

## 6.0 AVSLUTNING

Anna har hatt mange tap i livet sitt, tap av ektefelle, tap av hjem, tap av helse og tap av sosialt nettverk. Martinsen (2008) skriver at lidelsen er et dypt og komplisert menneskelig fenomen (Martinsen 2008). Lidelsen hører livet til. Med dette forstår jeg at det ikke er hvor mange tap, nederlag og smerte man har som avgjør lidelsen. Det viktige er hvordan man selv opplever lidelsen. Som sykepleier må jeg ta utgangspunkt i pasienten jeg har omsorg for, dette er viktig for å prøve å forstå det hun forstår av sin lidelse.

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å vise hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe Anna til å få opplevelsen av mestring i hverdagen. Det gjelder å finne styrke til å bære det livet gir, fokusere på det man kan gjøre, fremfor å sørge over det man ikke klarer lenger. Dette kan være en utfordring.

Mitt møte med Anna og arbeidet med oppgaven har vist meg hvor viktig etisk bevissthet og refleksjon er for helsepersonell som skal hjelpe pasienten på en best mulig måte. Jeg har lært mye om meg selv, respekt og nærhet i møte med pasienten.

Jeg har gjennom refleksjon og teori forsøkt å vise hva jeg mener er viktig å fokusere på i Annas situasjon. Dette innebærer tilstrekkelig tid, tilgjengelighet og kvalifisert personalet som ser hele mennesket. Derimot viser situasjonen til Anna at kravet om effektivitet og prioritering av få ressurser kan styre sykepleiers handlinger. De fysiske behovene kan lett bli prioritert når det er knapt om tid.

Martinsen fremhever utfordringen ved å være til stede *letende, fornemmende for å finne pasienten der han er, og la hans appell om å bli ivaretatt bestemme travelheten* (Martinsen 2012:129).

Det blir min oppgave som sykepleier å være til stede i situasjonen hos Anna, tenke helhetlig og samtidig legge vekt på fysiske behov når det er knapt om tid. Sykepleieren skal understøtte håp, skape tillit, tro på egen mestring og livsmot hos pasienten, gjennom at tiltak og omsorg er individuelt tilpasset i situasjonen.

## LITTERATURLISTE

### Pensumlitteratur

Dalland, O (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, E., Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Samhandling, konfliktløsning, etikk.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. (2008.) *Teoretiske perspektiver på sykepleie I*: Kristoffersen, N., Nordtvedt, P., Skaug, E. A. *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4., 3.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget

Nordtvedt, P. (2008). *Klinisk sykepleie - realiteter og utfordringer I*: Almås, H. (Red.) *Klinisk sykepleie Bind 1.*, 5. Opplag Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.opplag Bergen: Fagbokforlaget Vigmodstad & Bjørke AS

Wergeland, A., Ryen, S., Olsen, T. G. (2008). *Sykepleie til pasienter med hjerneslag*. I: Almås H. (Red.) *Klinisk sykepleie*. Bind 2., 4.opplag Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) [Online] Tilgjengelig fra:

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) . [27. August 2012]

## Selvvalgt pensum

Bondevik, M.(2002). *Mellom avhengighet og selvhjulpenhet*. Bjørk I.B., Helseth, S., Nortvedt, F.(red). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS, (S:113-125). 12 Sider

Engedal, K., Wyller, B.T.(red) (2003). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe forlag. (S:65-81). 16 Sider

Fjørtoft, A. K. (2007.) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (S:46-95). 49 Sider

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

(S: 4). 4 Sider

[Online] Tilgjengelig fra:

<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/ltavd1/filer/sf-20041223-1837.html> [12. August 2012].

Helsedirektoratet (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Nasjonale faglige retningslinjer. Helsedirektoratet. Oslo: Andvord Grafisk A. (S:12-43). 31 Sider

[Online] Tilgjengelig fra:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/-fullversjon.pdf> [ 23. Juni 2012].

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company. (S:141-180). 39 Sider

Løvhaug, P. (2010). *Det levende buret*. Sandnes: Commentum forlag. (S: 71-73). 2 Sider



Martinsen, K. (2008). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2. opplag. Oslo: TANO, (S:31-65,103-131,135-154). 81 Sider

Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2.opplag. Otta: Universitetsforlaget, (S:13-34, 42-61, 67-79). 52 Sider

Martinsen K (2009). *Samtalen, Skjønnhet og Evidensen*. 4.opplag. Oslo: Akribe AS (S:23-46, 135-166). 54 Sider

Martinsen K (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS, (S:109-139, 129-141). 42 Sider

Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser*. Akademisk forlag. (S:128-154). 26 Sider

Pasient og brukerrettighetsloven. ( LOV-1999-07-02-63, sist endret LOV-2012-06-22-46) ( S:8). 8 Sider

Tilgjengelig fra:

<http://www.lovdatabasen.no/for/sf/ho/xo-20041223-1837.html> [ 12. August 2012]

### **Artikkel 1.**

Berit Andersen Sandvik (2011). *Mindfulness- det oppmerksomme nærvær*. Publisert i Sykepleien, forskning nr. 03/6. (S:274-281). 7 Sider

**Artikkel 2.**

Carlsson G.E., Møller, A., Blomstrand, C. (2007). *Dolda funktionshinder efter stroke.*

Socialmedicinsk Tidsskrift 84(6). (S: 488-95).

7 Sider

[Online] Tilgjengelig fra:

<http://www.socialmedicinsktidsskrift.se/index.php/smt/article/view/562/382> [ 21. Juni.2012]

Sum selvvalgt litteratur = 430 Sider.