

**”Sosionomens møte med menneskene
bak begrepene pasient og pårørende
- sett i et etisk perspektiv”.**

**Forfatter:
Anne Sandstrøm Moen**

**Veileder:
Førsteamanuensis dr. teol. Eva Skærbæk**

**Mastergradsoppgave i profesjonsetikk,
Universitetet i Oslo, Det teologiske fakultet,
Våren 2009.**

SAMMENDRAG.

Hensikten med oppgaven er å se om anvendelse av teoriene i henholdsvis filosof Knud E. Løgstrups *Den etiske fordring*, og filosof Hans Skjervheims *Den treleddede relasjonen*, kan ha innflytelse på sosionomens holdninger i møte med pasienten og den pårørende. Knud E. Løgstrup hevder at det er livet selv som har fordring på oss fordi vi ikke lever uten å være viklet inn i andre menneskers liv og på den måten blir fordret, utfordret og oppfordret til å ta vare på den andre. Hans Skjervheim understreker betydningen av å analysere den praktiske handlingen i relasjonen.

Gjennom bruk av et konkret kasus som har overføringsverdi, vil jeg konkretisere sosionomens erfaring og praksis. Kasuset er vinklet fra sosionomens ståsted og det er hennes handlinger, observasjoner og refleksjoner i møte med pasienten og den pårørende, som analyseres i lys av Knud E. Løgstrup og Hans Skjervheims teorier. Dette blir å betrakte som en dialog mellom praksis og teori.

Pasienten i kasuset er en ung, hjerneslagrammet kvinne og den pårørende hennes mor. De pårørende blir også rammet når en i familien får hjerneslag. Mye kan tyde på at jo yngre pasienten er, desto sterkere involveres de pårørende. Dette er grunnen til at jeg har stilt pasient og pårørende likt i kasuset. For helsepersonell på sykehus er det selvfølgelig pasienten som er det sentrale. Opplevelsen kan være traumatisk for begge både pasient og pårørende. Usikkerheten som følger i kjølvannet på grunn av redselen for å bli rammet på nytt, kan ofte bli en ekstra belastning.

Problemstillingen er formulert i forhold til følgende perspektiv. I følge Knud E. Løgstrups etikk og Hans Skjervheims filosofi er fokus rettet mot avhengighetsforholdet ved den asymmetri som er til stede i relasjonen mellom sosionomen og pasienten. Gjennom sosionomens holdninger, handlinger og kommunikasjon utstråles enten inkluderende eller ekskluderende signaler som innvirker på pasienten. I relasjonen har den etiske kvaliteten som er basert på den filosofiske teori, perspektivet rettet mot hvordan pasienten og den pårørende blir møtt og ivaretatt. I *Den etiske fordring* viser Knud E. Løgstrup hvordan det etiske kravet stilles til oss, kravet om å ta vare på det av den andres liv som er utlevert en. Og i *Den treleddede relasjonen* skisserer Hans Skjervheim hvordan to personer i relasjonen kan ha fokus på et tredje ledd, saken, og på den måten kunne ivareta et subjekt-subjekt-forhold.

Innhold

Sammendrag.....	2
Innhold.....	3
Forord.....	5
Kapittel 1:	6
Innledning.....	6
Problemstilling.....	8
Metode.....	8
Hjerneslagpasienten.....	9
Pårørende.....	10
Kasuset.....	12
Kapittel 2:	23
Seksjon for hjerneslag.....	23
Hva hjerneslag er.....	25
Sosionomens forberedelser til samtalen.....	26
Kapittel 3:	29
Introduksjon til teorien.....	30
Ad. sosionomens første møte med pasienten.....	30
Ad. det tverrfaglige møtet.....	33
Ad. legens informasjon om Tones diagnose.....	34
Ad. sosionomens første møte med den pårørende.....	35
Ad. sosionomen andre møte med den pårørende.....	38
Ad. sosionomens tredje møte med den pårørende.....	39
Ad. sosionomens fjerde møte med den pårørende.....	40
Ad. sosionomens andre møte med pasienten.....	41
Ad. sosionomens tredje møte med pasienten.....	44
Ad. den avsluttende samtalen.....	45

Kapittel 4:	45
Introduksjon til teorien.....	47
Ad. sosionomens første møte med pasienten.....	49
Ad. det tverrfaglige møtet.....	50
Ad. legens informasjon om Tones diagnose.....	51
Ad. sosionomens første møte med den pårørende.....	51
Ad. sosionomens andre møte med den pårørende.....	52
Ad. sosionomens tredje møte med den pårørende.....	53
Ad. sosionomens fjerde møte med den pårørende.....	53
Ad. sosionomens andre møte med pasienten.....	54
Ad. sosionomens tredje møte med pasienten.....	55
Ad. den avsluttende samtalen.....	57
Kapittel 5:	58
Introduksjon til teorien.....	58
Ad. sosionomens første møte med pasienten.....	60
Ad. det tverrfaglig møtet.....	62
Ad. legens informasjon om Tones diagnose.....	63
Ad. sosionomens første møte med den pårørende.....	64
Ad. sosionomens andre møte med den pårørende.....	65
Ad. sosionomens tredje møte med den pårørende.....	65
Ad. sosionomens fjerde møte med den pårørende.....	66
Ad. sosionomens andre møte med pasienten.....	67
Ad. sosionomens tredje møte med pasienten.....	68
Ad. den avsluttende samtalen.....	69
Kapittel 6:	70
Avslutning.....	70
Litteraturliste.....	74

Forord

De to siste årene har vært interessante og utfordrende. Jeg har fått ny og spennende kunnskap som jeg kan dra nytte av i mitt arbeid. Prosessen med mastergradsoppgaven har vært spesielt spennende.

Jeg vil takke min veileder førsteamanuensis dr. teol. Eva Skærbæk som har vist stor tålmodighet overfor meg, og veiledet meg med sikker hånd.

Jeg vil takke Det teologiske fakultet som ga meg muligheten til å ta mastergrad i Profesjonsetikk og for at de valgte min veileder som selv ”har sittet ved Løgstrups kne”.

Jeg vil takke professor Ulla Schmidt som introduserte teoriene til Knud E. Løgstrup og Hans Skjervheim som jeg har anvendt i mastergradsoppgaven.

Jeg vil takke førsteamanuensis Aud Valborg Tønnesen som har fulgt meg gjennom disse to årene med oppriktig interesse for mine studier.

Til slutt går en stor takk til min arbeidsplass, Oslo universitetssykehus, Ullevål, ved min sjef, seksjonsleder for sosionomtjenesten, Astrid Steinsvik, og leder for Avdeling for fellesfunksjoner, Ada Schreiner, som begge gjorde det mulig for meg ved å legge forholdene til rette.

En stor takk også til min elskede mann, Øyvind, som har støttet og oppmuntret meg under hele studiet.

Kapittel 1.

Innledning.

FNs menneskerettighetserklæring fastslår at alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. Fellesorganisasjonens (FO) yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernepedagoger, sosionomer og vernepleiere, er basert på denne erklæring. Sosialt arbeid baseres på alle menneskers nedarvede verdi og verdighet, og de rettighetene som følger av dette. Sosialt arbeid bør vedlikeholde og forsvare den enkeltes fysiske, psykologiske, følelsesmessige og åndelige integritet og velvære. Grunnlagsdokumentet vektlegger det individuelle ansvaret om forpliktelse til å holde et høyt faglig nivå. Tillit, åpenhet, redelighet, omsorg og nestekjærlighet er verdier som legges til grunn for faglig basert relasjon mellom pasienten og yrkesutøveren. Sosionom Marit Røssvåg har i sin masteroppgave ”Sykehussosionomen – gråtekone eller profesjonell problemløser?” presisert at sosionomene skal bekrefte menneskeverdet hos pasientene man møter fordi menneskeverdet er en overordnet verdi og blir til i relasjonen mellom mennesker (Røssvåg 2007:9).

Min profesjon er sosionom som er en av flere profesjoner som samarbeider i det faste tverrfaglige teamet på Seksjon for hjerneslag på somatisk sykehus, med pasienter som er rammet av hjerneslag. Det som er ekstraordinært på mitt arbeidssted er at sosionomen ikke trenger henvisning fra lege eller andre profesjoner for å utøve sitt oppdrag overfor pasienter og pårørende. Sosionomprofesjonen er likestilt med de øvrige profesjoner, og pasienter som blir innskrevet på Seksjon for hjerneslag, skal vurderes og følges opp av sosionom etter gjeldende retningslinjer såfremt ikke annet er bestemt. Sosionomen må ta kontakt med alle unge slagrammede som er under 55 år, for å kartlegge om det er behov for denne profesjonens tjenester.

Siden 2007 har jeg gått på mastergradsstudiet i Profesjonsetikk ved Universitetet i Oslo, Det teologiske fakultet. Det var under dette studiet at min interesse for Knud E. Løgstrup (1905-1981) og Hans Skjervheims (1926-1999) teorier ble vekket. Deres teorier dreier seg om måten tilnærminger og samhandlinger skjer i asymmetriske, mellommenneskelige forhold. Det

sentrale i teoriene er ivaretagelsen av menneskeverdet. I arbeidet med pasienter og pårørende er det nettopp dette som er viktig. Teoriene har relevans i pasientrettet arbeid og kan anvendes i relasjonen mellom sosionom og pasient, sosionom og pårørende, for å rette fokus på menneskeverdet og kvaliteten på samhandlingen i relasjonen. Temaet jeg har valgt å skrive om i min mastergradsoppgave, dreier seg om teoriens nytteverdi og anvendelsesmuligheter i møte mellom henholdsvis sosionom og pasient, og den pårørende, for bedre å ivareta menneskeverdet. Utgangspunktet er min erfaring innen psykososialt arbeid rettet mot de pårørende til/og pasienter som er rammet av hjerneslag på somatisk sykehus.

Forskning viser at 70 % av pasienter som blir rammet av hjerneslag er eldre enn 70 år (Englund 2005). I løpet av det siste året er flere unge pasienter rammet av hjerneslag enn tidligere. På grunn av økning i antall yngre hjerneslagpasienter og på tross av forskning som viser at de fleste som rammes er eldre, rettes nå fokus mot gruppen av yngre slagpasienter. De ulike profesjoner som arbeider på Seksjon for hjerneslag, er inne i en prosess med planlegging av utvidet utredning for yngre, yrkesaktive pasienter under 55 år. Dette er grunnen til at valget av kasus falt på en ung hjerneslagpasient og hennes pårørende.

Sosionomens verktøy i sosialt arbeid er samtalen som kan bestå av finurlige distinksjoner som prat, konversasjon, intervju, diskusjon, redegjørelse, fortellinger og narrative. Samtalen kan bestå av utvalgte ord og ulike uttrykksmåter. Aktuelt er også måten å lytte på. Samtalen bygges på gjensidig tillit som er viktig for å skape trygghet i relasjonen. Samtalen er verktøyet og setter premissene for arbeidet i møtet. Noen av pasientene med ekspressiv afasi, skriver det de vil formidle ned på et papir og sosionomen svarer i form av verbalt språk. Samtalen er da både skriftlig og muntlig. Dessuten er også kroppsspråket en uttrykksmåte som er talende. Det er non-verbalt, men brukes i stor grad i all kommunikasjon.

Den metode jeg har valgt, er gjennom et konkret kasus som gjenspeiler min erfaring som sosionom på Seksjon for hjerneslag. Grunnet avgrensning er spesifikke samtaler og møter valgt ut til analyseringen. Det vil si at kasuset i sin helhet vil bli analysert. Analyseringen har jeg valgt å dele i to kapitler. Jeg analyserer kasuset i lys av henholdsvis Knud E. Løgstrups teori og Hans Skjervheims teori i hvert sitt kapittel. Påfølgende kapittel inneholder kritisk refleksjon hvor jeg sammenholder analyseringen av kasuset i Knud E. Løgstrups etiske perspektiv og Hans Skjervheims filosofiske perspektiv, for å se om det fremkommer noe som jeg kan dra nytte av i pasientarbeidet.

Problemstilling.

Kan kunnskap om Knud E. Løgstrup og Hans Skjervheims perspektiver øke sosionomens muligheter for å ivareta verdigheten til pasienten og den pårørende i samtaler på et sykehus?

Problemstillingen er formulert i forhold til følgende perspektiv.

I følge Knud E. Løgstrups etikk og Hans Skjervheims filosofi er fokus rettet mot avhengighetsforholdet ved den asymmetri som er til stede i relasjonen mellom sosionomen og pasienten, sosionomen og den pårørende. Gjennom sosionomens holdninger, handlinger og kommunikasjon utstråles enten inkluderende eller ekskluderende signaler som innvirker på pasienten og den pårørende. I relasjonen har den etiske kvaliteten som er basert på den filosofiske teori, perspektivet rettet mot hvordan pasienten og den pårørende blir møtt og ivaretatt. I *Den etiske fordring* viser Knud E. Løgstrup hvordan det etiske kravet stilles til sosionomen. ”Men det er der og da den er givet med selve den kendsgerning, at den enkelte hører med til den verden, hvori den anden har sit liv og derfor har noget af det andet menneskes liv i sin hånd, er den en fordring om at tage vare på det” (Løgstrup 2008:32-33). Og i *Den treleddede relasjonen* skisserer Hans Skjervheim hvordan to personer, pasienten og sosionomen, i relasjonen kan ha fokus på et tredje ledd, saken, og på den måten kunne ivareta et subjekt-subjekt-forhold.

Metode.

Jeg har valgt å bruke kasus som metode for gjennom det å konkretisere min erfaring og praksis i egenskap av min profesjon som sosionom. Sosionomen er 1. person entall i kasuset, altså jeg-personen. Kasuset er konkret og har overføringsverdi. Pasienten i kasuset er en forholdsvis ung kvinne som er rammet av hjerneslag, og pårørende er hennes mor. Kasuset er langt. Jeg fulgte personene over fire uker. De respektive samtaler og møter som jeg deltok på, er spesifikke med konkrete detaljer som har relevans for oppgaven. Kasuset er vinklet fra mitt ståsted. Det er mine handlinger, observasjoner og refleksjoner i forhold til møter og samtaler med pasient og pårørende som blir beskrevet, ikke den hjerneslagrammede eller den pårørendes, da jeg ikke har intervjuet dem. Mine erfaringer og praksis som beskrives i kasuset, vil jeg analysere i forhold til de etiske perspektivene. Dette blir å betrakte som en dialog mellom praksis og teori.

Jeg har beskrevet hvordan de ulike møtene fortonte seg i situasjonen der og da. For å få oppgaven så relevant som mulig, måtte jeg beskrive hva som ble gjort i situasjonen, altså utdype mine handlinger slik at mine holdninger blir synlige for leseren. Det var også viktig å beskrive mine refleksjoner. Mine refleksjoner fra møtene og etter møtene er også beskrevet for å gi leseren en større forståelse for valgene jeg foretar underveis i samhandlingen.

Språklig har jeg valgt å bruke 3. person entall, ubestemt og bestemt form, sosionom og sosionomen / hun, når jeg skal analysere kasuset i lys av Knud E. Løgstrups etikk i kapittel 3, Hans Skjervheims filosofi i kapittel 4, og i kapittel 5 hvor jeg vil foreta en kritisk refleksjon. Når man skriver kasus får man en objektiv opplevelse av hva man gjorde. Som Skjervheim (1996:73) viser til når det gjelder objektivisering av en selv, så er det umulig her og nå. Det kan gå an å objektivere seg selv, men da blir det der og da, sier han, ikke her og nå som er det viktigste. Samtidig får man kartlagt hvordan man selv handler og tenker i situasjonen. Det kan være viktig og lærerikt.

Materialet vil jeg analysere i lys av Knud E. Løgstrups etiske og Hans Skjervheims filosofiske perspektiv. Deretter vil jeg sammenholde de respektive analyseringene, og drøfte dette i lys av *Urørlighetssonen* av Knud E. Løgstrup og *Det instrumentelle mistaket* av Hans Skjervheim. Det som fremkommer kan jeg dra nytte av som sosionom, i arbeidet rettet mot pasient og pårørende. Hvordan kan jeg som sosionomen vite hva som er best for pasienten og den pårørende? Det kan jeg ikke vite fordi dette er individuelt og forskjellig fra et menneske til et annet. De filosofiske og etiske perspektivene åpner opp og kan være indikator på hvorledes jeg kan møte pasienter og de pårørende uten å støte eller krenke, men inneha en holdning som er innstilt på å imøtekomme pasienten og den pårørendes behov for å ivareta dem på den beste måten. I møtet mellom sosionom og pasient, sosionom og pårørende legges premissene for den videre relasjonen. Forholdet mellom hvordan det faktisk var, vil bli betraktet og beskrevet i en kritisk refleksjon. Til slutt i oppgaven vil jeg konkludere og beskrive hvordan det ideelt sett burde være.

Hjerneslagpasienten.

Funksjonssvikt resulterer ofte i at hjerneslagpasienter stilles overfor store endringer i livssituasjonen. Graden av tap av kroppsfunksjoner eller sanseapparat er ulikt, men pasienten som rammes, kjenner og opplever tapet og føler hemningen fordi det er noe som mangler. En helt ny situasjon med utallige utfordringer møter den slagrammede som ofte opplever en

krisereaksjon. Forløpet av en krisereaksjon omfatter fire faser: Sjokkfase, reaksjonsfase, reparasjonsfase, nyorienteringsfase. I sjokkfase greier man ikke å tenke klart eller oppføre seg normalt. Oftest har man ennå ikke fått full forståelse av hendelsens omfang og betydning da det hele kan virke nesten uvirkelig. Noen reagerer med apati, mens andre blir rastløse og preget av angstsymptomer. Andre igjen kan vise aggressive trekk. Etter en kort periode begynner man å få forståelse for hva som har skjedd, det er i reaksjonsfasen. I denne perioden vil mange følelser kunne vekkes, det vanligste er angst, depresjon, atferds-forandringer og kroppslige symptomer. Det kan være vanskelig å se framover, og det virker vanskelig å forstå hvordan livet skal gå videre. I denne fasen kan mange ha behov for hjelp utenfra, da følelsene og savnet kan være vanskelig å takle alene. I reparasjonsfasen brukes mindre tid til å gruble over det som har skjedd. Man klarer å finne noe å glede seg over og finne tilbake til tidligere aktiviteter som har betydd noe for en. Etter en stund kan det komme en tid hvor man klarer å rette noe av sin oppmerksomhet mot omgivelsene, og bort fra det som utløste krisereaksjonen. I nyorienteringsfasen klarer man etter hvert å se fremover. Man innfinner seg med den forandringen som har funnet sted, og begynner å skape strategier om hvordan livet skal gå videre. For mange er dette sluttresultat av en krisereaksjon hvor det meste så tungt og mørkt ut i en periode. Det er energikrevende å bearbeide krise. (Kilde: www.legehandboka.no)

I løpet av en dag på sykehuset møter pasienten mange mennesker som innehar ulike profesjoner som lege, sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, sosionom, sekretær og flere. Portøren bringer den syke fra den ene undersøkelsen til den andre. De ulike undersøkelsene er representert med sine respektive ansatte som pasienten også må forholde seg til. Nye ansikt kommer med ny informasjon. Samtidig kretser pasientens tanker rundt det som har med sykdommen å gjøre og som i stor grad kan skape bekymring.

Pårørende.

De pårørende blir også rammet når en i familien får slag. Livet blir snudd på hodet. Roller og relasjoner endres. "Når "vi" fikk slag" (Sosionom Ann Englund 2003) er tittelen på en masteroppgave som fokuserer på den nye livssituasjonen til ektefeller og samboere til slagrammede. Forskning viser hvordan denne sykdommen ikke bare rammer pasienten selv, men også infiltrerer seg hos pasientens nærmeste pårørende og endrer deres liv markant. Englund (2003) beskriver tapet, tapet av ektefelle og kjæreste, tap av fellesskap, arenaer og uavhengighet, tap av forutsigbarhet, tap av økonomisk trygghet, alt sammen oppleves som krise. Innen kriseteorien finnes ulike faser som for eksempel bearbeidingsfasen og

nyorienteringsfasen. Det er endring og utfordring som krisebegrepet står for. Hvordan man takler den nye situasjonen varierer fra det ene menneske til det andre. Den nye situasjonen som pårørende opplever varierer. Noen greier å omdefinere tilværelsen og finne andre og nye verdier i livet. Mens andre føler bitterhet og får problemer med å akseptere den nye livssituasjonen som har oppstått. I følge Englund (2003: 41) sa flere av de pårørende at de planla mindre for framtida, og brukte tida her og nå.

Definisjon i henhold til Lov om pasientrettigheter § 1-3 b:

”(...) pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge.”

I følge Englund (2003) definerer pasienter pårørende på ulike måter, men et fellestrekk er at den pårørende er en person som står pasienten nær og ofte en som er i familie. Pårørende er en viktig ressurs både for pasientene og helsepersonell, da de kan formidle viktig informasjon om pasienten og være bindeledd mellom de ulike profesjoners yrkesutøvere på sykehuset, dessuten kan de være en ressurs i forhold til hjerneslagpasientens motivasjon framover. Det kan være viktig å fokusere på både pasienten og pårørende fordi den pårørende mange ganger har vilje til å vise seg sterke overfor pasienten.

Pårørende som den øvrige populasjonen, har ulikt utgangspunkt som avhenger av hvilken livssituasjon eller fase i livet de er i, hvordan deres nettverk er, hva slags forhold de har til sykdom. De har ulike behov, utfordringer og håp. De har ulike behov for oppfølging. ”Irene Levin (I Englund 2003:15) skriver om de mange muligheter som finnes når mennesker skal definere sin familie og dermed uttrykker hvilke kriterier de legger til grunn for sin definisjon. Selv om ingen sier at pårørende må være familie, ligger det ofte i menneskers forventninger, både hos sykehuspersonalet og hos annet helsepersonell. Kriteriene knytter seg ofte til de tradisjonelle definisjonene, som de biologiske, juridiske og hvem som tilhører husholdet.”

Kasuset.

Kasuset er forholdsvis langt og detaljert. Grunnen til det er ulike typer møter, samtaler og mine refleksjoner fra sosionomens perspektiv. For at ikke oppgaven skal bli for lang, har jeg foretatt en avgrensning og valgt ut samtaler som skal analyseres i lys av de respektive forfatteres teorier og perspektiver. Det vil si at kasuset i sin helhet vil bli analysert.

Jeg fulgte pasienten og den pårørende i en fire ukers periode. Møtene våre var detaljerte med saker hvor de små skritt var hovedanliggende. Mange vil nok hevde at sakene som tas opp er uvesentlige og unyttige, og kan bero til pasienten og den pårørende er utskrevet fra sykehus. Det kan være ting som er uvesentlig for andre og ser bagatellmessige ut, men som krever oppmerksomhet fra den det gjelder, at det er hensiktsmessig å få ryddet disse tingene av veien. Bekymringer for saker som ikke behøver å være relatert til sykdommen, kan skape stress hos den enkelte. Da kan en samtale med sosionom være til hjelp. Sammenlignet med for eksempel fysioterapeutenes arbeid hvor fysisk opptrening er det sentrale, blir sosionomens arbeid totalt annerledes. Men med den helhetlige tenkningen om mennesket, er det viktig å ta hensyn og vise respekt for de saker som pasienten eller den pårørende er opptatt av og sliter med. Seksjon for hjerneslag likestiller sosionomens arbeid med de øvrige profesjoners. Den ene yrkesgruppen kan ikke erstatte en annen, men de kan utfylle hverandre på den måten at pasient og den pårørende føler seg verdsatt og ivaretatt.

Pasienten, Tone Roren, heretter kalt Tone, er 35 år gammel, og ble plutselig rammet av hjerneslag. Diagnosen var hjerneinfarkt i venstre hjernehalvdel med høyresidig utfall, nedsatt funksjon i arm og ben, talevansker, betydelig redusert innsikt i forhold til egen sykdom.

Jeg har beskrevet våre møter og mine observasjoner. Etter hvert møte har jeg laget en beskrivelse av de tanker og refleksjoner jeg hadde under samtalen, men som jeg ikke snakket med pasienten og den pårørende om. Jeg har ikke intervjuet pasienten eller den pårørende.

Tones nærmeste pårørende er moren, heretter kalt fru Roren, som er bosatt utenfor byen. Hun hadde lang vei å kjøre for å besøke og være hos sin datter på sykehuset, men det hindret henne ikke i å komme daglig. Fru Roren var hos sin datter daglig i løpet av de fire ukene hun var pasient hos oss.

Sosionomens første møte med pasienten.

Hensikten med mitt første møte med Tone var å kartlegge opplysninger tilknyttet sykemelding. Denne kartleggingen kan være en grei innfallsvinkel for å bli kjent med pasienten. Det er egentlig legenes ansvar, men i noen tilfeller innhenter sosionomen de opplysninger som gjelder for eksempel navn på arbeidsgiver, kontaktperson, yrke, stillingsstørrelse og hvilket Nav-kontor pasienten tilhører. Eventuelt annet som kan være relevant i saken, tas med.

Rapporten om pasienten ga informasjon om at hun var en ung kvinne, men at årsaken til innleggelsen var uviss før svar på ulike prøver og ulike typer røntgenbilder forelå. Da jeg hilste på henne første gang hadde Tone hatt en treningsøkt med fysioterapeut og var på vei tilbake til sitt rom. Hun satt i en rullestol som ble skjøvet av fysioterapeuten. De stoppet slik at vi skulle få hilse på hverandre. Jeg strakte ut min hånd og tok hennes høyre hånd som hang slapt ned i fanget hennes, presentere meg og underrettet henne om hensikten med mitt møte. På spørsmål om hun trengte sykemelding, svarte hun umiddelbart ”nei”. Hun virket trøtt hadde halvåpne øyne og ”hang” med kroppen over mot den ene siden. Fysioterapeuten mente at pasienten var sliten og trengte å hvile. Jeg utsatte oppdraget mitt.

I min refleksjon etter dette første møte med Tone, følte jeg min tilnærming nesten som et overgrep. Den høyre hånden lå i fanget hennes og da jeg løftet den forsiktig opp for å hilse, var det verken tegn til liv eller respons i hånd eller arm. Og da jeg la hånden tilbake, var lammelsen tydelig. Selv øynene hennes virket matte og ”døde”, og ansiktet manglet mimikk. Hele kroppen så ut som om skjellett og muskler var fraværende. Til og med svaret hun ga, manglet en personlig stemme. Jeg tenkte, hva kan årsaken være til at et ungt menneske mister så mye av sin livskraft?

Det tverrfaglige møtet.

På det tverrfaglige møtet innledet legen ved å gå gjennom pasientens journal, for å informere om status quo. Pasienten hadde ved innkommst vært ute av stand til å redegjøre for seg. Hun hadde vært sammen med noen venner da hun plutselig falt om og kastet opp. De hadde ikke oppnådd kontakt med henne. Etter innkommst ble det tatt ulike prøver, og man ventet på svarene fra disse. Diagnosen var foreløpig et åpent spørsmål. Jeg informerte om mitt møte med pasienten. Logopeden kommenterte dette og sa at hvis det viste seg å være hjernesalg, kunne det medføre at språkforståelsen ble rammet, og da kunne man svare nei når man mente

ja, og motsatt. Men vi måtte bare vente og se. Fysioterapeuten redegjorde for treningen hun hadde hatt med pasienten, og stilte spørsmålsteget ved hennes tretthet. Hun opplevde at det var vanskelig å få ordentlig kontakt med pasienten fordi hun bar preg av å være veldig sliten.

I min refleksjon etter tverrfaglig møte, var mitt fokus rettet mot pasientens innkomst til sykehuset da hun ble akutt innlagt. Hvem var sammen med henne da? Det måtte være en person som kjente henne ettersom opplysningen om at hun hadde arbeid sto i journalnotatet fra innleggelsesdagen. Hvorfor svarte hun nei på spørsmål om hun trengte sykemelding hvis hun hadde arbeid? Var det hjerneslag hun var rammet av slik at det var talevansker som var utslagsgivende? I løpet av den siste måneden hadde vi hatt flere unge pasienter som var rammet av hjerneslag av ulike grunner som genetiske årsaker, P-piller, slag og spark etter vold, eller medikamentbruk i form av narkotiske midler. Selv om jeg ikke fikk kontakt med noen som kjente henne, ville jeg mest sannsynlig kunne få en samtale med pasienten selv om noen uker.

Legens informasjon om Tones diagnose.

Neste dag kom legen bort til meg. Hun kom ut fra Tones rom hvor hun hadde orientert pasienten og moren om svar på prøvene som forelå. Tone hadde hatt hjerneinfarkt i venstre hjernehalvdel. I følge legen hadde ikke pasienten vist noen form for reaksjon, da hun var i den fasen hvor hun hadde betydelig redusert innsikt i sin egen situasjon i tillegg til vansker med å snakke og forstå. Moren tok det svært tungt. Legen sa at moren trengte samtale med sosionom.

Informasjonen fra legen var oppklarende på den måten at man bedre forsto Tones reaksjonsmønster. Hjerneinfarkt hadde rammet venstre side og utfallet blir da på høyre side. Hennes høyresidige utfall indikerte at hun var rammet av afasi og det ga svar på hvorfor hun besvarte mitt spørsmål som hun gjorde. Jeg var bedre rustet til å møte pårørende når jeg kjente pasientens diagnose. Grunnen er at jeg da har noe konkret å forholde seg til. Selv om et faktum kan være tungt å erkjenne for den pårørende, kan uvissheten om hva som egentlig feiler pasienten, skape usikkerhet og kaotiske følelser fordi det blir mange usikre faktorer å forholde seg til. Belastningen blir stor for den pårørende.

I min refleksjon etter samtalen med legen tenkte jeg at når man som yrkesutøver skal gi veiledning og trøst, kan det være enklere når diagnosen er gitt, da har man noe konkret å forholde seg til og vet hva man kan forvente i stor eller liten grad avhengig av sykdomsbildet. Når det ikke er stilt noen diagnose, er det vanskeligere å kommunisere med pårørende fordi det ikke er noen knagger å henge usikkerheten på. Som yrkesutøver kan jeg føle at jeg er den samme båten som pårørende og denne båten gynger hit og dit uten noen havn å legge til. Bekymringene den pårørende har, greier ikke yrkesutøver på samme måte å dempe når diagnosen er ukjent. Selv om jeg også kan føle meg på gyngende grunn, må jeg ha det klart for øye at min oppgave er å ivareta og bruke makten til den andres beste, vise empati og å ta vare på det av min nestes liv som er i min hånd, den etiske fordring.

Sosionomens første møte med pårørende.

Da jeg kom inn i rommet satt fru Roren ved siden av sengen som Tone lå i. Tone viste ingen tegn som kunne tyde på at hun forsto hva det ble snakket om eller reaksjon på morens sorg og smerte. Situasjonen synliggjorde pasientens mangel på innsikt. Moren gråt og viste tydelig bekymring for sin datter. Hun gjentok: ”Men Tone er jo så ung...” Sengegjerdene var tatt opp langs sidene på sengen som Tone lå i, fordi hun kunne utsette seg selv for fare ved å gå ut av sengen. Hvis hun gikk ut av sengen, ville hun falle om og bli skadet på grunn av lammelsen i den ene siden. I tillegg var hun inkontinent, det vil si at hun ikke greide å kontrollere når hun skulle late vannet.

Moren gråt mens hun fortalte meg om sin ressurssterke datter som brått var blitt syk. Tone hadde nettopp avsluttet et lengre vikariat innen sitt fagområde. Hun hadde akademisk utdanning og var utøvende kunstner. Samtidig hadde hun holdt på med et studium som hun var kommet til innspurten av. For å få økonomien til å gå opp, var hun dessuten tilkallingsvikar i et vikarbyrå. Moren var nå bekymret for datterens økonomi, hadde Tone krav på sykepenger? Hun hadde hatt ordinær lønn under sitt vikariat. Hun hadde arbeidsavtale med bedriften hun arbeidet i, men hadde ikke jobbet veldig mye der. Hadde hun opparbeidet seg rettigheter innen Nav? Moren beskrev sin datter som ”free lancer” innen sitt fagområde fordi hun alltid stilte seg positiv til å utøve sitt fag når anledningen bød seg. For disse oppdragene fikk hun betaling og det var en god supplerings til den ellers så spinkle månedsinntekten.

Moren viste også tydelig bekymring for hvilke krav studiestedet til Tone stilte, og hun stilte spørsmål om hvilke rutiner de hadde når det gjaldt studenter som ble rammet av sykdom og skade. Hvor lenge kunne en student fritas fra studier på grunn av sykdom? Fru Roren presenterte datterens studier som en prestisjesak for Tone og beskrev Tones iver etter å få fullført studiet så raskt som mulig. Hvordan ville dette gå nå? Tone var enslig og bodde i egen leilighet i byen. Fru Roren var tydelig engstelig for sin datter som hun strøk over håret, på kinnet og på armen mens hun snakket. Datteren hadde ingen forutsetninger for å kunne gi respons der og da. Hun var tydelig fraværende.

I min refleksjon etter samtalen med fru Roren slo det meg at hun var usedvanlig stolt av sin datter. Hun skrøt uhemmet av henne på en ekte, oppriktig og real måte. Noe som slo meg var at moren virket yngre enn sin datter i denne situasjonen. Jeg fikk det ikke til å stemme at disse menneskene representerte to generasjoner. Det var en rar følelse. Moren var så levende og realistisk i sin væremåte, mens datteren lå i sengen som en død person, gusten i huden og absolutt ikke tilstede i samtalen. For meg virket det på dette tidspunkt, som dette var søsken og at den eldste lå i sengen og den yngste satt ved siden av og viste omsorg. Tanken opptok meg. Og jeg måtte si til meg selv, er det så viktig for meg å plassere dette riktig? Hovedsaken er at pasienten i denne situasjonen blir ivaretatt med respekt, vist oppriktig kjærighet og omsluttet av omsorg av sine nærmeste. Mulig den egentlige grunnen til at jeg ikke greide å plassere personene i forhold til generasjonenes kronologisk rekkefølge var at moren hadde unaturlig godt innblikk i datterens tilværelse. Det slo meg at moren visste ”alt” om sin datter. For meg synes det mer naturlig at en sønn eller en datter har bedre oversikt over mor / far / forelders anliggender enn motsatt. Fru Rorens omsorg dreide seg om at datteren ikke skulle få ekstra utgifter i forbindelse med sin sykdom. Det handlet om sykemelding og sykepenger, og forhold til studiestedet og studietilknytning, eksamensfrister og egenmeldinger, samt regninger som skulle betales. Hennes bekymringer var oppriktige. Og jeg forsto henne så godt. Fru Roren var på min egen alder og Tone var jevngammel med ett av mine egne barn. Dette kunne vært meg og min egen datter. Diagnosen hjerneslag kom plutselig faretruende nært mitt eget område.

Sosionomens andre møte med pårørende.

Fru Roren hadde et stort behov for å samtale med meg. Hennes bekymringer lå henne tungt på hjertet om ulike ting som hun var opptatt av i forbindelse med datterens sykdom. Samtalene inneholdt mye av det samme som hun hadde fortalt meg i vårt første møte da jeg var hos

henne etter at Tones diagnose var blitt kjent. Men hun snakket også om seg selv og hvordan hun hadde laget en strategi for å greie belastningen. Hennes fortellinger om Tone, hva hun hadde fått til i løpet av sitt korte liv og hvilket arbeidsjern hun helt fra barnsben av hadde vært, tok ikke slutt.

Den pårørende fortalte at hendelsen med datteren opplevdes i utgangspunktet som en krise. Men ved hjelp av problemløsninger hun hadde tatt i bruk, mente hun å ha fått en viss kontroll. Hun opplevde Tones sykdom som en utrygghet som kunne sammenlignes med en vulkan og man visste ikke om og når et forventet utbrudd ville komme. Uvissheten som brått hadde kommet inn i familien, hadde skapt uro og smerte.

Mine refleksjoner etter samtalene ga en bekreftelse på at pasienter og pårørende generelt, og fru Roren spesielt, hadde nytte av å snakke med meg om det samme, igjen og igjen med ulike innfallsvinkler om samme tema. Mennesker som opplever et tap, opplever også sorg, og har et stort trykk som de må få hjelp til å redusere. Jeg sier lite i sammenhenger som disse da jeg ser det store behovet mennesker har for å snakke ut om ting de virkelig er opptatte av. For meg blir det viktigst å lytte når situasjonen er som den er. Jeg kommenterer knapt, men nikker, kommer med bekreftende lyder og svarer på spørsmål. Etter samtalene opplever jeg at når tiden er ute, takker man sosionomen for en god samtale, selv om det er den pårørende eller pasienten som har snakket hele tiden.

Sosionomens tredje møte med pårørende.

Fru Roren fortalte etter noen få dager at Tone hadde inngått arbeidsavtale med bedriften hun var ansatt i, og hun ønsket at jeg tok kontakt med denne for å gi beskjed om Tones situasjon. Dessuten hadde Tone satt seg opp på vakter framover, forklarte hun, og det var derfor viktig å gi beskjed om at hun var forhindret fra å møte opp. Jeg ville så gjerne hjelpe og ga ingen beskjed om at jeg hadde taushetsplikt.

I min refleksjon forsto jeg at den pårørende bare ville datterens beste. Men hvorfor ga jeg ikke direkte tilbakemelding på at jeg hadde taushetsplikt når hun ba meg om å kontakte Tones arbeidsgiver? Tone selv var ikke i stand til å uttale seg i saken på dette tidspunkt. Tone kom seg for hver dag, men hun hadde fortsatt redusert innsikt i forhold til sin egen sykdom, dårlig språkforståelse, fravær av krisereaksjon og var emosjonelt avflatet. Jeg følte at jeg var i et spenningsfelt som virkelig var et dilemma der og da. Tone greide ikke å ta vare på seg selv og

moren følte et stort ansvar. Utfordringen lå i at moren ville ordne alt så raskt som mulig rundt sin syke datter, og hun hadde nesten fått meg med på laget. Som ansatt på en slagenhet kjenner man til at pasienter kommer seg relativt raskt. Var dette ukjent for den pårørende? Dette var noe jeg absolutt burde fokusere på. Pasienten ville komme seg innen rimelig tid hvis hennes sykdomsbilde fulgte normale prognoser, slik at hun kunne ordne ting selv med bistand fra en person. Det var også viktig for meg å fokusere på å håndheve taushetsplikten, men samtidig følte jeg at det var vel så viktig at pasienten ikke ble fratatt det ansvaret hun hadde over sitt eget liv i den grad det lot seg gjøre. Pasienten var fortsatt en myndig person, hun var ikke umyndiggjort selv om hun per dato ikke kunne ta det nødvendige ansvar. Dette betydde at vi måtte gi pasienten tid.

Sosionomens fjerde møte med pårørende.

I det påfølgende møtet innledet jeg med å fokusere jeg på Tones fremgang og forklarte at Tone ville komme seg sakte, men sikkert. Tones fremgang kunne visualiseres gjennom et dokument som blir brukt på tverrfaglige møter. Dette kalles Kjernedokumentet, og brukes på slagenhetens tverrfaglige møter hver uke, hvor pasientens funksjonsnivå blir skåret på en skala fra 1 til 4, hvor en skåre på 1 viser dårligst funksjon og en skåre på 4 viser normal funksjon. Dokumentet blir brukt av sykepleier i mat-, stell-, påklednings- og toalettsituasjoner, av fysioterapeut når det gjelder fysiske funksjoner, av ergoterapeut for å vurdere kognitive funksjoner som objekthåndtering, rom-/ retningsproblemer, av logoped som anvender det for å kartlegge språkfunksjon, artikulering, svelgproblemer, lesesyntese. Dessuten blir initiativ, innsikt, følelsesmessig tilstand, hørsel, matlaging, blære- og tarmfunksjon vurdert. Sosionomen vurderer ikke pasienten på samme måte som sine kolleger, men deltar aktivt og kommer inn ved behov. Kjernedokumentet synliggjør pasientens fremgang og fru Roren studerte dokumentet grundig. Dette satte Tones sykdomsbilde i et nytt perspektiv for moren. Nå var det lettere for meg å informere fru Roren om min taushetsplikt og at jeg på grunn av den ikke kunne kontakte Tones arbeidsgiver.

Kjernedokumentet er et nyttig verktøy å bruke for yrkesutøverne innen de ulike profesjoner. Dessuten kan det være nyttig for pasienten selv eller i dette tilfellet, for pårørende. Fokus blir satt på pasientens fremgang, og målene er små barrierer som må forseres sakte, men sikkert for å få tilbake funksjoner som er tapt. Et mål kan for eksempel være å sitte oppreist alene uten støtte, da må sittebalansen trenes opp. Det ble veldig klart at dette skapte et nytt perspektiv for å fokusere på målet: Tone skulle bli frisk! Det var en lettelse å se at dette enkle

verktøyet som Kjernedokumentet er, kunne brukes til å endre fokus, skape reelle forventninger og motivere pårørende til ny giv. Enda et mål var satt opp, at Tone skulle ordne sakene selv med bistand, de sakene som hadde bekymret fru Roren fra første dag.

Sosionomens andre møte med pasienten.

Tones bekymring over hvordan det ville bli og tapet av det hun hadde mistet av vitale kropps- og språkfunksjoner, utløste en stor følelsesmessig reaksjon. Da hun fikk tilbake innsikten og språkforståelsen utløste det angst for å bli rammet på nytt. Innsikt i sin egen situasjon, spesielt problemene med språket som har med forståelse og kommunikasjon å gjøre, utløste en krisereaksjon hos henne. Hun ga uttrykk for en bunnløs fortvilelse over å være rammet så hardt i så ung alder. Hun beskrev hvordan det var plutselig å bli lam og bli totalt avhengig av andre fordi man ikke mestrer noen ting selv. For eksempel å lære å snakke på nytt og trene seg opp til å gå på nytt opplevdes uvirkelig. I situasjonen der og da var fremtiden svært usikker. For Tone, som for alle andre pasienter som rammes av språkvansker, var det en tragedie. Tone kunne uttrykke seg språklig, men hadde ordletingsvansker og brukte lang tid når vi skulle samtale. Tones profesjon krevde at hun kunne kommunisere ved bruk av verbalt språk. Framtiden hadde jo ligget foran henne. Fantes det nå muligheter for henne innen hennes profesjon? I samtalene med Tone var det påkrevd at hun fikk god tid når hun skulle snakke. Når hun skulle si noe, tok det lang tid før ordene kom. Jeg tok på meg lytter-rollen. Hun hadde tanker og følelser omkring sin situasjon som hun trengte å gi uttrykk for. Hun hadde behov for å gråte og å være sint over sin egen hardt rammede skjebne. Å vise empati og ydmykhet var viktig. Men det var også viktig å peke på de fremskritt hun gjorde dag for dag og bevisstgjøre henne på det, for å skape motivasjon. For å få satt situasjonen i det rette perspektiv måtte vi rette blikket framover og stille spørsmål om hvilke muligheter hun hadde?

I mine refleksjoner tenkte jeg at veien fram til normal funksjon kunne bli lang og utfordrende med mye trening og terping, men den kan også gi de små eller store oppturer som trengs når man øver på noe viktig. Tones tapperhet var beundringsverdig. Hun hadde kampvilje og uttrykte at hun ville kjempe for å komme tilbake til det ståstedet hun var på da hun ble rammet av hjerneslaget. Men fremtiden er det ingen av oss som kjenner, sa hun ofte. Dette utsagnet tolket jeg som om hun ikke helt hadde tro på at hun skulle nå målet hun hadde satt seg, men jeg unnlot å spørre henne om det. Når det gjelder fremtiden spesielt, er det ingen av oss som vet noe.

Sosionomens tredje møte med pasienten.

Vel to uker etter det første møtet med Tone, avtalte vi et nytt møte for å kartlegge opplysninger som gjaldt sykemeldingen. Tone kom gående sakte men sikkert til samtalerommet. Jeg kunne se at hun hadde nedsatt funksjon i høyre side, men hun greide å gå når hun tok tiden til hjelp. På samme vis var det med talen, hun trengte fortsatt tid for å kunne svare på spørsmål som ble stilt, og hun hadde fortsatt ordletingsvansker.

Samtalen skulle dreie seg om sykemeldingen, men fordi hun verken husket navn på bedriften eller kontaktperson der, utsatte vi det. Hun ville få sin mor til å kjøre seg hjem for å hente de dokumenter som var nødvendige for oss. I stedet ble samtalen vinklet mot Tones opplevelse av å være pleiepasient. Tone hadde vært pleietrengende og totalt avhengig av andre i en periode. Det var slik at hennes personlige integritet var overtatt av andre fordi hun ikke greide å ivareta seg selv. Dette gjaldt innen stell, påkledning, spisesituasjon, wc-besøk som gjelder blære- og tarmfunksjon. I denne perioden fikk hun også trening med fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Det var viktig å stimulere hjernen og trene opp muskulaturen på riktig måte så tidlig som mulig etter at det aktuelle skjedde. Å oppleve fremgang skapte motivasjon som økte lysten til å fortsette med de ulike øvelser. Tones språkfunksjon, gangfunksjon, stell og påkledning var helt annerledes nå i forhold til den dagen hun ble innlagt på sykehuset.

Da Fru Roren skulle kjøre Tone hjem for å hente de papirene som vi trengte, var alle som kjente henne grepet av spenning og forventning. Tone skulle være guide fra sykehuset og hjem til sin leilighet. Faktum var at fru Roren var dårlig kjent i byen og ikke greide å finne fram til Tones bolig uten hjelp. Men etter et par timer kom de gledesstrålende tilbake til avdelingen. Fru Roren sa at hun hadde vært usikker flere ganger da det virket som Tone ikke helt visste hvor de var eller hvor dette bar hen. Men Tone hadde loset dem direkte til bygården hvor hun bor.

Ordene ”...mangt skal vi møte og mangt skal vi mestre. Dagen i dag den kan bli vår beste dag...” (Erik Bye 2003), slo meg da de gledesstrålende kom tilbake. Jeg tenkte på den unge pasienten som hadde møtt denne barrieren som et hjerneslag er, men som tok utfordringen på en beundringsverdig måte. Tone virket veldig selvstendig og beslutningsdyktig. Pasientens glede over å ha mestret noe og samtidig fått bevise at det kognitive fungerer, spredde seg til

de som sto omkring. Reaksjonsevnen til pasienten var nedsatt, men den fungerte da hun fikk tid på seg. Nå var vi i gang med å ordne sykemeldingen. Dette var viktig for at hun skulle få utbetalt pengene hun hadde krav på fra Nav.

Den avsluttende samtalen.

Tone redegjorde for hva hun ønsket hjelp til. Hun hadde med ulike papir som hun hadde hentet hjemme. Det var arbeidsavtalen hun hadde undertegnet med sin bedrift og informasjonsskriv fra undervisningsstedet hun var tilknyttet i forbindelse med sine studier. Dessuten måtte undervisningsstedet kontaktes og hun fikk bistand til å henvende seg skriftlig dit. Sammen laget vi et utkast hvor det ble orientert om Tones situasjon og framdriftsplan i forhold til rehabiliteringen. Vi ble enige om å vedlegge kopi av sykemeldingen som da ble en dokumentasjon på hennes fravær både i tiden som hadde gått og noen måneder framover. Og endelig kunne hun undertegne egenmeldingen på sykemeldingen. Tone ga uttrykk for at hun ville jeg skulle telefonkontakte Nav for å undersøke hvor mye hun kunne forvente å få utbetalt i sykepenger. Grunnen til at hun ville at jeg skulle ringe var hennes reduserte språkferdigheter. Det kunne bli vanskelig for henne å snakke i telefonen på grunn av ordletingsvanskene. Dessuten trengte hun også tid til å konsentrere seg om å besvare de spørsmål hun ville få.

Jeg ringte Nav mens Tone var der. Saksbehandler informerte om at inntektene hadde vært variable, men at det lengre vikariatet hun hadde hatt ville legges til grunn i beregningen, det ville si gjennomsnittsinntekten for tre måneder fra denne perioden. Sykepengegrunnlaget ville regnes om til daglønn og utbetales 25. hver måned fra og med påfølgende kalendermåned, og det ble opplyst at pasienten ville få utbetaling fra og med den dagen hun ble syk.

Mine refleksjoner under samtalen dreide seg om Tones strukturerte måte å presentere sakene på. Hun hadde god orden og oversikt og visste eksakt hva hun ønsket og forventet. Det var en fornøyelse å yte bistand ovenfor henne. Samtidig viste hun en god forståelse og innsikt i sin egen funksjon. Det var derfor rasjonelt og tidsbesparende at for eksempel jeg skulle ringe og ta samtalen med saksbehandler på Nav i stedet for at hun selv skulle gjøre det. Hvis Tone skulle ha gjort det, ville hun ha brukt forholdsvis lang tid og hun ville ha blitt frustrert og lei seg. Måten vi valgte å gjøre dette på, mener jeg var riktig. Tone fikk vist at hun var et ordensmenneske som hadde fått tilbake denne funksjonen som er en god egenskap.

I samtalene som fulgte i avslutningsfasen tok vi opp ting som lå pasienten på hjertet. Tone ble på slagenheten til hun fikk plass på et rehabiliteringssted for yngre slagpasienter, og reiste direkte dit. Samme dag som hun ble utskrevet, hadde tverrfaglig team informasjonsmøte med pasienten og hennes mor, hvor den enkelte yrkesutøver oppsummerte sitt arbeid med Tone. Pasientens utvikling fra første dag på sykehuset ble gjennomgått av de ulike yrkesutøverne som sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og sosionom.

Kapittel 2.

I kapittel 1 startet jeg med å presentere FOs yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, som er basert på FNs menneskerettighetserklæring, som fastslår at alle mennesker har samme menneskeverd og menneskerettigheter. I presentasjonen av meg selv, beskrev jeg min arbeidsplass som spesiell på den måten at sosionomprofesjonen er likestilt med de øvrige profesjoner i tverrfaglig team, på den måten at sosionomen ikke trenger å motta henvisning fra lege eller annen faggruppe for å utøve sitt oppdrag overfor pasienter eller pårørende.

I dette kapittel vil jeg introdusere Seksjon for hjerneslag ytterligere, men jeg starter med litt historikk fordi sykehuset jeg jobber ved, var det første sykehuset i landet som hadde sosionomtjeneste og stillingen ble opprettet i 1952. Jeg fortsetter med dagens organisering omkring det tverrfaglige teamet som fungerer spesielt bra. Samme type avdelinger kan være organisert på helt andre måter. Også dette har jeg valgt å presentere da jeg mener det har relevans i forhold til oppgaven. Jeg vil deretter beskrive hva hjerneslag er, og starter med å definere hva det er i henhold til Den norske legeforening sin beskrivelse. Til slutt i dette kapitlet følger en introduksjon av sosionomens forberedelser til samtaler med pasienter og pårørende. Å innstille seg i forkant av samtalen i møte med en annen, er viktig for å være forberedt og åpen overfor denne spesielle personen som ikke er en hvilken som helst tilfeldig person man støter på.

Seksjon for hjerneslag.

Seksjon for hjerneslag er organisert under Geriatrisk avdeling i Medisinsk divisjon ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Geriatrisk avdeling ble opprettet i 1952 og samme år ble blant annet kurator (sosionom) ansatt. England ble regnet som et foregangsland innen geriatri som da var helt nytt. Hovedvekten ble lagt på rehabilitering med særlig vekt på fysioterapi og arbeidsterapi (ergoterapi). Sosialkuratortjenesten hadde stor betydning innen geriatrien, da de blant annet skulle gi rådgivning og hjelp av juridisk og økonomisk art, i tillegg til sosialmedisinsk problematikk, samt knytte kontakter med pasientens familie. Dette var en tidlig utgave av nettverksarbeid. Slagpasienter var det mange av, men de var spredd rundt på alle postene. De fleste av slagpasientene var eldre og etter det inntrufne ble de oppfattet som mer eller mindre demente (Ullevål sykehus 2002).

I det faste tverrfaglige teamet samarbeider flere ulike profesjoner. Det er lege og sykepleier, samt ergoterapeut, fysioterapeut, logoped og sosionom. Ergoterapeut, fysioterapeut, logoped og sosionom er organisert under Avdeling for fellesfunksjoner (AFF) i Medisinsk divisjon. De respektive tjenester innen AFF har ved sine ledere inngått avtale med seksjonsoverlegen ved Seksjon for hjerneslag, om at pasienter som blir innlagt på sengeposten ved behov skal vurderes og følges opp av blant annet sosionom etter gjeldende retningslinjer. Behov for blant annet sosionom vurderes av teamet i fellesskap. Sosionomen har en serviceytende funksjon i arbeidet med å ivareta pasientenes psykososiale forhold og er avhengige av et nært faglig samarbeid med det medisinske helsepersonellet for å imøtekomme pasientenes behov for ulik behandling. Det er bestemt at sosionomen skal kontakte alle unge slagrammede, det vil si de under 55 år. Hvis en pasient derimot ikke vil ha kontakt med sosionom, er det ansvarlig lege som skal gi beskjed om dette. Avtalen erstatter henvisningene til de ovennevnte profesjoner. Sosionomens mandat ligger i avtalen som er undertegnet av sosionomens overordnede og seksjonsoverlegen om at pasienter som er innlagt på sengeposten skal vurderes og følges opp av sosionom hvis ikke annet er sagt. Dette er arbeidsgivers krav og forventninger til sosionomens profesjon. I mandatet ligger at også pasienten stiller forventninger og krav, det være seg på et bevisst eller ubevisst plan.

Den organiseringen som er på min arbeidsplass er ikke vanlig i forhold til organiseringen på andre sykehus. Innen sosialfaglig miljø hevdes det at sosionom ansatt på sykehus, er avhengig av oppslutning og legitimitet for sine tjenester blant sykehusets helsepersonell. Det er stort sett lege eller sykepleier som foretar vurderingen av pasientenes behov for kontakt med sosionom, og deres kjenneskap og syn på sosionomtjenester blir derfor avgjørende for om pasienter får kontakt med sosionom eller ikke. Ved at andre yrkesgrupper delvis setter premissene for virksomheten av det sosiale arbeidet, blir sykehussosionomene plassert i en sårbar posisjon og det understreker viktigheten av at samarbeidende yrkesgrupper i sykehuset har forståelse for og kjennskap til sosionomens kompetanse og fagområde (Skedsmo m.fl. 2008:44). Organiseringen på min arbeidsplass, sidestiller de ulike profesjoner i det tverrfaglige teamet. På den måten utløses ressursene rasjonelt og kan brukes direkte i det målrettede pasientarbeidet. I noen tilfeller kan det være aktuelt å henvise pasienter til andre profesjoner avhengig av pasientens behov. Det kan dreie seg om for eksempel klinisk ernæringsfysiolog når det gjelder kosthold, psykolog eller psykiater ved psykiske lidelser, eller prestetjenesten når det gjelder spørsmål omkring tvil eller tro.

Sosionomens arbeid på sykehus kan inndeles i praktiske oppgaver på den ene side og psykososialt arbeid på den annen side, i tillegg til undervisningskurs som gjelder læring og mestring for ulike pasientgrupper. De praktiske oppgaver kan være å gi informasjon, råd og veiledning til pasienter i den hensikt å styrke deres muligheter til å håndtere personlige utfordringer som endring av helsetilstanden og tap av funksjonsevne fører med seg. Andre oppgaver kan være å gi informasjon om trygderettigheter, om sosiale stønader, om offentlige og private hjelpeinstanser, formidle kontakt mot ulike hjelpeapparat, bistå pasienten ved utfylling av ulike søknader og vurdere behov for tiltak. Det psykososiale arbeidet kan være å kartlegge og følge opp den enkelte pasient i forhold til rehabilitering, arbeid, økonomi, bolig. Det kan dreie seg om støttesamtaler vedrørende mellommenneskelige problem ved samlivskrise eller svekkede sosiale nettverk, eventuelt psykiske og følelsesmessige reaksjoner ved sykdom, ved tap av vitale funksjoner og ved endring i livssituasjonen.

Hva hjerneslag er.

”Hjerneslag betegner ulike tilstander som truer hjernens blodforsyning. Det var Hippokrates som første gang beskrev sykdomsbildet for snart 2500 år siden. Begrepet slag skriver seg fra det greske ordet *apoplexia*, som betyr å bli slått mot bakken. Diagnostikk og behandling av hjerneslagsykdommene er i utvikling og fordrer i dag et aktivt samarbeid mellom ulike medisinske spesialiteter og faggrupper. Pasienten med hjerneslag representerer på et vis en lakmustest for om helsetjenesten er velorganisert, effektiv og helhetlig” (Frich 2007:1).

”Hjerneslag i vid forstand er ikke bare skade av hjernen, det påvirker hele personen og personens familie. Unge er spesielt sårbare, ettersom hjerneinfarkt rammer en viktig fase av livet” (Kerty 2007:7).

De fleste av de pasienter som blir rammet av hjerneslag er eldre enn 70 år. Hjerneslag er benevnelsen på en forskjelligartet gruppe tilstander som inkluderer hjerneslag ved stans i blodtilførsel til hjernen (hjerneinfarkt), blødninger inne i hjernen og blødninger mellom hjernens årehinne og den fine hjernehinne. Hjerneinfarktene utgjør den største gruppen hjerneslag. Hjerneslag er en sjelden sykdom blant den yngre generasjon, men fra 55 års alder viser forskning en dobling i risiko for hvert tiende år. Jeg har valgt ut en yngre slagpasient i mitt kasus fordi denne gruppen viser seg å øke i antall. Men omkring tre av fem hjerneslag i Norge oppstår etter fylte 75 år (Mathiesen 2007:22).

Hjerneslag er BLÅLYS-pasienter på lik linje med hjerteinfarkt. Tid er avgjørende og for å redde liv og gjøre skadeomfanget mindre, og akutte slagsymptomer identifiseres ved hjelp av såkalte FAST-symptomer.

”FAST-symptomene innebærer:

- Fasialispårese (ansiktslammelse).
- Armpårese (lammelse i arm).
- Språkproblemer (ordleting).
- Talevansker (utydelig tale).

Når ett eller flere av disse symptomene er til stede, skal man snarest ringe 113, og transporteres til sykehus umiddelbart slik at proppløsende behandling kan vurderes” (Fure 2009).

Sosionomens forberedelser til samtaler.

Sosionomen har en rolle som forplikter. Denne forpliktelsen er ikke bare i kraft av profesjonen, men også den personlige siden som avspeiler seg i holdninger, handlinger og kommunikasjonen (Christoffersen 2005). Sosionomens forventninger til samtaler generelt, skaper en slags forutsigbarhet som oppleves som en god ramme i forhold til dagsorden. Når man som yrkesutøver har forberedt seg og er på vei til den arenaen hvor samtalen skal foregå, tenker man på hvordan man ønsker å framstå i møte med pasienten. Innen sosialt arbeid når man skal ha møte med en pasient, bruker man uttrykket å innstille seg på. Sosionomen må forberede seg emosjonelt til møtet. Det handler om å være sensitiv for potensielle ting som kan dukke opp under samtalen. Det som man forventer skal tas opp i samtalen, blir ikke alltid tatt opp hvilket man må være forberedt på. Eventuelt kan en ny hendelse gjøre at temaet for samtalen endres. Det er derfor viktig å kunne innstille seg slik at man er åpen før samtalen, i den forstand at man ikke har fokus rettet mot et bestemt utgangspunkt for samtalen eller et spesielt emne (Shulman 1999).

Som profesjonell må man bearbeide sine egne følelser og stille seg selv inn til samtalen. Som mennesker kan vi være sårbare i enkelte situasjoner, og når ting blir vanskelig, kan dette utløse en negativ holdning som ikke er en sosionom verdig. Det er derfor viktig å gjennomgå møtet mentalt for å vite hvordan man skal opptre overfor pasienten. Evne til å vise empati er viktig og hvor lett eller vanskelig dette kan være, kan bero på livserfaring eller personlighet.

Under samtalen beveger pasienten og sosionomen seg på to nivå samtidig (Ohnstad 1993:22) som benevnes som innholds nivået og relasjonsnivået. Innholdet er saken som samtalen dreier seg om, og gjennom samtalen om saken bygges relasjonen opp. Sosionomens oppgave er å være åpen og tydelig for å dempe pasientens usikkerhet. Sosionomen skal være aktiv på en måte som skal skape en god relasjon. Det kan for eksempel dreie seg om å lytte for å gi plass til pasientens tanker og følelser omkring den situasjonen som har oppstått, eller lytte empatisk for å gi pasienten en forståelse av hvordan hun har det. Pasienten kan for eksempel komme med spørsmål som har med hennes diagnose å gjøre. Dette er utenfor sosionomens fagfelt og hun vil umiddelbart kontakte legen som straks kan komme til pasienten for å orientere om saken. Sosionomen bør være aktiv i samtalen fra starten uten å dominere, men holde seg tilbake for ikke å endre perspektivet og refleksjonen som pasienten har dannet seg rundt sin egen historie. Hvor lang tid man bruker for å etablere arenaen for samtalen vil variere.

En av de viktigste forskjellene mellom mennesker og dyr er at mennesker har et språk. Samhandlingen mellom mennesker, foregår ved hjelp av språket og i språket (Skjervheim 1996:71). Sosionomens verktøy er samtalen. For å føre en samtale med en annen person er det en forutsetning å snakke samme språk for å kunne forstå hverandre. Ord og setningsoppbygging, kan for eksempel "avsløre" sammenhengen mellom et yrke og et fag, som jurist og juridikum, lege og medisin. Ordene som benyttes er da fagspråket innenfor et spesielt yrkesområde.

Når vi taler, bruker vi ord. Språk er uttrykksutfoldelse hvor lyden med toner og klang, artikuleres og gir betydning og mening som knyttes til vår eksistens, hevder Kari Martinsen (2005:13) og hun siterer Knud E. Løgstrup: "lyden taler selv ved den sproglige artikulation af den". Lyden gir tanken mulighet og tid til å ta neste skritt. Ordene tenker vi med når vi bruker dem, samtidig som vi gjør noe som blant annet å bli innført i sosiale og relasjonelle sammenhenger hvor erfaringer utveksles. Dette gjør noe med oss. Martinsen (2005) trekker her fram undringen som er et ord som krever åpenhet, tid og ro. "Den vokser langsomt og varsomt fram, den gir ettertanke, samtidig som det både kan være uro og spenning som driver den fram" (Martinsen 2005:15). For å konkretisere kontrasten mellom undring med sine nyanser, og forbauselse viser hun til en preken som Løgstrup holdt i 1936. "Å bli forbauset, skjer plutselig som lyn fra klar himmel og man får ikke tid til å forstå det. Forbauselsen lever bare et øyeblikk, skaper uro og så er den forsvunnet. En forundring eller undring er noe annet

fordi den kommer sigende inn på en umerkelig måte og den vokser. I motsetning til forbauselsen skaper undringen ro” (Martinsen 2005:15).

Kapittel 3.

Jeg har ovenfor presentert Seksjon for hjerneslag som organisert ligger under Geriatrisk avdeling i Medisinsk divisjon. Det interessante i beskrivelsen av historikken, er at samme år som Geriatrisk avdeling ble opprettet, ble den første sosionom ansatt som en av de første i landet. Det spesielle ved Seksjon for hjerneslag er at sosionomen ikke trenger henvisning fra lege eller andre for å utøve sitt arbeid. Denne organiseringen av sosionomtjenesten skiller seg helt ut i forhold til andre avdelinger både på samme sykehus og øvrige sykehus. Dessuten har jeg pekt på sosionomens viktige rolle som forplikter i egenskap av profesjonen, og at den personlige siden konkretiserer sosionomens holdninger, handlinger og kommunikasjon. Jeg vil fortsette med å introdusere *Den etiske fordring* av Knud E. Løgstrup (1905-1981), før jeg starter med å analysere kasuset i lys av teorien. Kasuset vil jeg følge kronologisk. For å kunne foreta en analyse av min egen praksis, beveger jeg meg nå språklig over fra 1. person entall, jeg, til 3. person entall, og går over til å benytte yrkestittelen, sosionom i ubestemt form, eller sosionomen i bestemt form, eventuelt hun når det peker tilbake på sosionomen.

Samtlige møter analyseres i lys av *Den etiske fordring*. På dette første møtet kjenner ikke sosionomen til pasientens diagnose. På det tverrfaglige møtet blir sosionomens sak diskutert, men fordi man ennå ikke kjenner pasientens diagnose er det mange uavklarte spørsmål. Legens informasjon om pasientens diagnose forklarer det man har lurt på.

Sosionomens møter med den pårørende starter med at sosionomen gir to støttesamtaler. I det første møtet er moren i sjokk fordi hun nettopp har fått rede på datterens diagnose. I det andre møtet har hun laget en plan for å komme seg videre. Sosionomens rolle i begge disse møtene er av lyttende karakter. Deretter følger et møte hvor den pårørende vil at sosionomen skal kontakte pasientens arbeidsgiver. Sosionomen har vanskeligheter med å imøtekomme den pårørendes ønske og utsetter å informere om sin taushetsplikt. I det fjerde og siste individuelle møtet med den pårørende, må sosionomen informere om taushetsplikten, hva hun kan gjøre og ikke kan gjøre, samtidig som hun ser at det er påkrevd at den pårørende blir realitetsorientert.

Pasientens fremgang i form av bedre innsikt at hun får en depresjon og hun har behov for en samtale med sosionomen for å skape motivasjon. Deretter følger en samtale om pasientens

opplevelse av å være fullstendig pleietrengende. Det er mange ulike faktorer som avdekkes og som er usynlige for andre enn den det gjelder.

Introduksjon til teorien.

I et hvert møte mellom mennesker ligger en etisk fordring. Den er taus og vil alltid være det. Den retter seg mot den enkelte person i de respektive forhold, og personen må selv avgjøre hva fordringen går ut på. Det vil ikke si at den kan gis et hvilket som helst innhold avhengig av den enkeltes dagsform. Hadde det forholdt seg slik, ville det ikke vært noen fordring. Realiteten er at da den er gitt, er de to mennesker på samme arena i et asymmetrisk forhold, og den som har makten må derfor ta vare på det av det andre menneskets liv som hun har i sin hånd. Det sies ingenting om på hvilken måte det skal skje. Selv om det dreier seg om det andre menneske, kan vedkommende ikke si noe om det fordi resultatet kan bli det helt motsatte av denne personens ønsker og forventninger. Det som tilhører fordringen er at den enkelte selv må ta rede på hva den går ut på, men det betinges av at denne personen har innsikt, forståelse og fantasi intakt (Løgstrup 2008:32-33).

Som sosionom innen helsesektoren møter man stadig nye pasienter som man må forholde seg til. I en travel hverdag kan sosionomen komme til å se sine pasienter som én gruppe med generelle behov og ikke den enkelte som et individ med sine spesielle behov. Innen holistisk filosofi er dette den helhetlige tenkningen om mennesker hvor fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og de eksistensielle behov legges til grunn.

Ad. sosionomens første møte med pasienten.

I det første møte med pasienter generelt er målet å fremstå som den sosionomen som viser omsorg, har evne til å lytte og har den helhetlige tenkningen om mennesket (Rød 2009/4:26). Sosionomen gikk ut i fra at Tone trengte sykemelding, men ut fra svaret hun ga, trengte hun ikke det. Tones situasjon var annerledes enn det sosionomen hadde innstilt seg på. Hvordan fremsto sosionomen i situasjonen? I det konkrete møtet var sosionomen så innstilt på å utøve handlingen for å kartlegge opplysninger tilknyttet sykemelding, at hun umiddelbart ignorerte pasientens svar fullstendig. Sosionomen hadde lest i journalen at pasienten hadde et arbeidsforhold. Pasienten avkreftet dette. I et asymmetrisk forhold er det yrkesutøver som innehar makten. Den asymmetri som var til stede i relasjonen mellom de to synliggjør avhengighetsforholdet. Sosionomens oppgave var å bruke makten til det beste for pasienten. Hun hadde forberedt seg emosjonelt til møtet. På hvilken måte kunne sosionomen nå opptre

og gjennomføre det som var målet for samtalen, vise omsorg, være en god lytter og ha den helhetlige tenkningen i møtet?

Når vi møter et fremmed menneske, hører det menneskelivet til at vi møtes med en tillit til hverandre (Løgstrup 2008:17). Sosionomen hadde utlevert seg selv da hun presenterte seg og innledet samtalen. I all kommunikasjon utleverer man seg selv, hevder Løgstrup, og det samme gjør man når man viser tillit (Andersen 2005:62). Hvis tilliten blir møtt av en hvilken som helst annen holdning enn mottakelse, slår tilliten om til mistro. Det trenger ikke bero på et uvennskap, men kan skje ved avvisning. Men fordi man ikke vil utsette seg for det, nøytraliserer man sin egen tillit på forhånd. Hadde sosionomen nøytralisert sin tillit? Opplevde sosionomen å bli avvist? Var det derfor sosionomen ignorerte svaret hun fikk? Vårt menneskelivs eget alternativ er at alt som ikke er omsorg, er ødeleggelse av det (Løgstrup 2008:31). Sosionomens anerkjennelse av det asymmetriske forholdet, tilsier at den som innehar makten har ansvaret for ivaretagelse av den andre. Det betyr at man må ta hensyn til den andre. I ethvert møte mellom mennesker ligger en fordring. (Løgstrup 2008:32). Fordringen er taus. Det er den enkelte selv som fra forhold til forhold skal avgjøre hva den går ut på. Dette betyr ikke at man vilkårlig eller etter eget forgodtbefinnende kan gi den et tilfeldig innhold. I et slikt perspektiv ville det ikke være noen fordring. Uansett under hvilke omstendigheter møtet finner sted og hvilken karakter det har, ligger det en uutalt fordring mellom menneskene. Hvor mye eller hvor lite av tillit det enkelte menneske viser, er forskjellig fra det ene mennesket til det andre. Det beror på mange forskjellige faktorer, på den enkeltes psykiske motstandskraft, på situasjonen, og ikke minst avhenger det av hvem og hvordan den andre personen er. På hvilken måte man enn åpner opp for kommunikasjonen, så består den alltid i å våge seg frem for å bli imøtekommet. Det er selve nerven og det etiske livs grunnfenomen. Tilliten står ikke til oss, den er gitt. Den er en av de fire suverene livsytringer (Løgstrup 2008:27-28).

Det handler om den makten man som yrkesutøver har i kraft av kompetanse og oppgaver og evnen til å bruke denne makten til den andres beste. Sosionomen skulle bruke denne makten til å ta vare på det av den andres liv som hun hadde i sin hånd (Christoffersen 2005: 82). Det er snakk om livet, om selve menneskelivet. Det betyr at fordringen ikke bare vedrører hvordan man skal handle mot det andre mennesket. Den vedrører den måte som man forholder seg til menneskelivet på som sådant, også sitt eget liv. Den etikk som Løgstrup knyttet til fordringen, kan være formet av en tvetydighet som man også kan finne lignende

tilfeller av hos Luther, Kant og Kierkegaard: ”at tage stilling til, hva der er den rette handlemåde i forhold til andre, er samtidig at tage stilling til sitt eget liv” (Andersen 2005:65). Når yrkesutøver står ansikt til ansikt med pasienten handler det om at de to skal gjøre noe sammen. Sosionomen er handlingsorientert fordi møtet er styrt ut fra et handlingsimperativ. Og det må gjøres et valg (Christoffersen 2005:64). Når pasienten svarer ”nei” på spørsmålet om hun trenger sykemelding, er dette et svar sosionomen må respektere. I situasjonen der og da må hun ta en avgjørelse. I møte med pasienten har hun et krav på seg til å gjøre det som er etisk riktig overfor den andre. Hva må sosionomen ta spesielt hensyn til? Det er å se pasienten slik hun er, respektere henne som person og respektere det svaret hun har gitt. Man må være klar over hva pasienten er best tjent med av å tale, å tie, eller å handle ut i fra ens overbevisning om å la pasienten være herre i sin egen verden (Løgstrup 2008:37).

Den utfordringen som møtte sosionomen var gapet mellom fakta som var skrevet i journalen og svaret som pasienten ga. Det som står skrevet i journalen, er ikke alltid korrekt. Pasienten kan være i en situasjon som gjør at vedkommende ikke svarer adekvat på spørsmål som ble stilt for eksempel ved innkomst. Hva var det som var viktig? Hva var det som var sant? Hva skulle sosionomen tro på av det som var skrevet eller det som ble sagt?

Sosionomen valgte å utsette samtalen med pasienten. Hva var det som gjorde det? Det kan være flere grunner til det. Pasientens non-verbale språk kunne tyde på at hun var utmattet. Og sosionomen kunne se på ansiktet at pasienten var trøtt. Fysioterapeuten som hadde vært sammen med pasienten den siste halvtimen, sa at pasienten var sliten. Hun visste det fordi hun hadde sett hvordan pasienten var før treningen startet og kunne sammenligne med hvordan hun var etter treningsøkten. Utsatte sosionomen oppdraget sitt fordi pasienten virket trøtt og kunne trenge hvile? Eller var det fordi pasienten selv svarte som hun gjorde? Kunne det være fordi fysioterapeuten var til stede? Eller forsto sosionomen at pasienten var best tjent med å få legge seg? Fysioterapeuten kunne ha innflytelse på sosionomens avgjørelse om å utsette møtet. Pasienten var i ”en forfatning” som tilsa at hun trengte hvile. Det dreide seg om å ha tro på hva man så og hørte, og ha tillit til det. For eksempel å stille seg åpen for inntrykk og våge å la seg bevege av stemningen som sansningen gir og deretter stille spørsmål om fagkunnskap hvor man kan se mennesket og pasienten i den samme person (Martinsen 2000:41).

I sosionomens refleksjon etter det første møtet med Tone, var fokuset rettet mot pasientens kroppsspråk. Mennesket Tone manglet liksom liv. Sosionomen sammenlignet sin tilnærming

med et overgrep. Den etiske fordring har gyldighet uavhengig av tid og rom. Da det ikke er noen som eier fordringen er det heller ingen som har hevd på den, og derfor kan ingen distansere seg fra den. Den etiske fordringen er der uten at noen kan si hvor den kommer fra. Sosionomen som yrkesutøver har makt i kraft av kompetanse og oppgaver. Hun skal bruke makten til pasientens beste. Innenfor omsorgsbegrepet er det grunnleggende at det kravet som den etiske fordring har, blir anvendt for å ivareta de personer som spesielt ikke greier å ta vare på seg selv. Den etiske fordring stilte krav til sosionomen om å ivareta pasienten til det beste for henne selv. Pasientens behov på dette tidspunkt var å få legge seg i en seng og hvile.

Ad. det tverrfaglige møtet.

På det tverrfaglige møtet ble pasienten Tone tatt opp. I følge legen var diagnosen foreløpig uklar fordi man ventet svar på de ulike prøver og røntgenbilder som var tatt, men det var sterke indisier på at hun var rammet av hjerneslag. Sosionomens oppdrag og hennes tolkning av situasjonen rundt møtet med Tone, ble diskutert. Hun uttrykte at hun ikke fikk det til å stemme at pasienten svarte at hun ikke trengte sykemelding. Hvordan stilte det tverrfaglige møtet seg til det? I følge logoped kunne pasientens svar tyde på at hun hadde ekspressiv og impressiv afasi, altså vansker med både å forstå og uttrykke seg språklig. Fysioterapeuten ga uttrykk for at hun syntes pasienten virket ”tung” som om hun på et vis hadde gitt opp. Hun var vanskelig å få i gang i treningsøyemed og ville helst ligge i sengen å sove. Det var noe ved Tone som utfordret det tverrfaglige teamet.

Når vi møter et annet menneske, om det er en fremmed eller en bekjent, møter vi det med tillit, hevder Løgstrup (2008:17). Tillit er et av de suverene og spontane livsyttringer, de øvrige er, talens åpenhet, barmhjertighet og håp. I utgangspunktet har vi alltid tillit til den personen vi møter, selv om det er en vilt fremmed. ”Tillid i elementær forstand hører enhver samtale til. I den blotte samtale udleverer man sig, hvilket viser sig i, at der i og med selve tiltalen stilles en bestemt fordring til den anden” (Løgstrup 2008:24). Tones situasjon var så underlig. Hun hadde jo svart på sosionomens spørsmål, men noe mer ble det heller ikke ut av det. Fysioterapeuten forsøkte med trening, tok henne med i rullestolen slik at hun på sett og vis var i farten, men man kunne se at hun selv var lengre borte enn en ordinær tilskuer.

Man må ikke forstå det slik at fordringen går ut på å få svar på noe man sier. Det er ikke slik *Den etiske fordring* virker. Fordringen er til stede overalt hvor andres liv i stort og i smått, avhenger av oss. Fordringen er taus. Makten vi har over den andre personen setter oss under

press, til å bruke vår makt til den andres beste. Den er dessuten radikal, ensidig og uoppfyllelig. Løgstrup sier at vi må gi den andre både tid og rom og i mellomtiden må sosionomen og hennes kolleger ta vare på den delen av Tones liv som er i vår hånd.

Ad. legens informasjon om Tones diagnose.

Tone var rammet av hjerneinfarkt, til tross for sin unge alder. Det så ut som Tone hadde mistet livsmotet. Hva kunne sosionomen gjøre for henne? Hansen (1998) hevder at Løgstrups bud er at det er livet som krever noe av oss. I situasjonen stilt overfor Tone, opplevde sosionomen en maktesløshet. Hun opplevde at et krav ble stilt til henne. En fordring er noe som man burde ha gjort, eller noe man unnlot å gjøre, eller kanskje noe man bør gjøre, i følge Hansen (1998). Kunne sosionomen forstå hva som var best for den pasienten som ikke kunne redegjøre for sitt eget behov? Fordringen er taus. Hadde den ikke vært det, men hatt språk og kunne uttrykt seg, ville man ikke kunne skille den fra en konvensjon, en norm eller en regel som er håndterbar og som ikke krever vår helhjertede deltakelse, men kan utføres mer eller mindre automatisk. Fordringen er radikal, anonym, og ensidig. Hadde den ikke vært det ville den legges opp til en alminnelig akseptabel gjensidighetsetikk hvor man blir enige om at den ene skal ta vare på den andre, eller møtes på halvveien for høflighets skyld, slik at det ikke blir altfor anstrengende (Hansen 1998:47). Hansen (1998) hevder at denne kompromissløshet skaper nok et problem. Blir ikke fordringen en oppskrift på hvordan vi kan oppnevne oss selv som formyndere over det andre menneske og gjøre det som vi tror er til det beste for den andre? Trenger vi nødvendigvis å ta hensyn til hva personen selv måtte ønske? Er ikke den etiske fordring en invitasjon til overgrep mot den andre? I følge Hansen sier Løgstrup, at vi skal bruke vår egen livsforståelse og erfaring i møte med den andre, men det er ikke gitt at den andre deler denne livsforståelse. Hva skjer da?

Tones situasjon var helt annerledes enn det sosionomen hadde forestilt seg. Hennes korte svar og total mangel på forekommenhet, brakte sosionomen i en slags forlegenhet over at hun ikke visste bedre om pasientens situasjon. Hva kunne hun ha satt seg inn i på forhånd for å være mer forberedt? Uavhengig av hvilken måte man blir møtt på, ligger fordringer der. Det er opp til den enkelte å tolke hva den går ut på. Dette er en utfordring og spesielt er det i møte med pasienter som ikke gir uttrykk for sine ønsker og behov. Når Løgstrup snakker om det av medmenneskets liv vi holder i hånden nevner han ofte to ord - ”stemning” og ”skjebne” (Hansen 1998:48). Disse to ordene utgjør ytterpunktene på en skala over det vi kan ha innflytelse på i den andre personens liv. I det daglige kan vi påvirke den andre personens

humør og opplagthet og i ekstreme tilfeller kan vi ha en utslagsgivende innflytelse på den andre personens skjebne. Men ingen er herre over hva denne personen kan rammes av, eller hva han kan komme ut for. Tones skjebne var vi vitner til, og diagnosen var stilt. Nå kunne man starte målrettet opptrening selv om hennes stemningsleie ”lå nede”. I følge Hansen (1998:48) kan tilsvarende begreper til ”stemning” og ”skjebne” være ”liv” og ”vilje”. Det er ikke slik at man i den store sammenheng har den andre personens liv, og i den lille sammenheng, den andre personens vilje, i sin hånd. Hvis man hadde hatt det, hadde det vært noe galt i relasjonen og fordringen ville da gå på å trekke seg tilbake og appellere til den andre personens selvstendighet og ansvar, sier han. Tones situasjon var slik at hun var totalt avhengig av andre. Hennes behov for omsorg fordi hun ikke var i stand til å ta ansvar for seg selv, var reell. Det gikk ikke an å appellere til hennes selvstendighet og ansvar nå. Tones liv lå i sykepleieres hender. Mens hennes vilje så ut til å ligge i dvale.

Hvordan ville jeg selv ha ønsket at det ble handlet mot meg om jeg var i Tones situasjon? Hva hadde Tone bruk for i denne situasjonen? Sykehusets rutiner innbefatter bedømmelse av situasjonen og ivaretar pasienten på den beste måte. Den enkelte yrkesutøver arbeider i lys av sine etiske profesjonsverdier med pasientene. Yrkesutøvers dømmekraft forutsetter at fordringen tolkes i hvert enkelt tilfelle, men den skaper den ikke (Christoffersen 2005:84). Hva er til pasientens beste? På den ene side har man den yrkesutøver som i god tro, foretar en vurdering ut i fra sin livsforståelse og opptrer som en formynder på vegne av hva man tror er til det beste for pasienten. På den annen side har man den yrkesutøver som ivaretar pasientens selvstendighet og autonomi slik at pasienten selv får være deltagende med de behov vedkommende har. Tone var ikke i stand til å ta ansvar for seg selv. Hun var pleietrengende. Kartlegging av opplysninger rundt sykemelding var av de oppgaver som måtte bero en stund.

Ad. sosionomen første møte med den pårørende.

Ord som bryter stillheten i et rom hvor sorgen er, kan oppleves som jern som faller mot betong. Sosionomen gikk stille inn i rommet og tok med en stol og satte seg ned ved siden av pasientens mor. Som en hilsen og for å gi tegn om at hun var kommet inn, la hun hånden på skulderen til den pårørende uten å si noe. Da var det opp til henne om stillheten skulle brytes. Fru Roren begynte å fortelle om sin datter straks sosionomen kom inn. Sykdom og sorg gjør alltid noe med en, og man blir liten og ydmyk. Det er krefter utenfor en selv som råder og man føler avmakt. Det kan ha sammenheng med at man verken har noen form for påvirkningsmuligheter til det som har skjedd eller retrettmuligheter. Den etiske fordring som

innbefatter de spontane og suverene livsytringene kan virke ”mer påtrengende” i form av barmhjertighet eller medfølelse, i en situasjon som denne da man vet at det andre menneske har stort behov for støtte og trygghet. Det er opp til den enkelte å tolke hva fordringen går ut på. Den etiske fordring er ontologisk, men den har overføringsverdi til relasjonen mellom sosionom og pasient eller pårørende. Moren bar preg av sjokk og bekymring for datteren og for fremtiden. Usikkerheten omkring datterens økonomiske forpliktelser, omkring datterens utdanning, omkring det meste som ligger innenfor familiens kjerne, tok hun opp og snakket om, igjen og igjen.

I følge Løgstrup springer den tause fordring ut av det faktum som han kaller de suverene livsytringer som er tillit, talens åpenhet, barmhjertighet og håp (Jensen 2007:105). Den fordringen som baseres på tilliten er elementær og hører menneskelivet til. På samme vis som et menneske viser en annen person tillit, er den andre personen forpliktet til å ivareta denne personens liv som vedkommende har lagt i den andres hånd. Hvor mye eller lite det dreier seg om for det menneske som har vist slik tillit, er forskjellig fra den ene person til den andre. Det er mange ulike faktorer som spiller inn som for eksempel den enkeltes psyke og hvilken form man er i, dessuten kommer det an på situasjonen, og hvordan de to personenes kjemi samsvarer. Uansett på hvilket vis kommunikasjonen er, handler det om på hvilken måte man tør å våge seg frem for å bli imøtekommet. Dette er nerven, sier Løgstrup (2008:27), ”og det er det etiske livs grundfænomen.”

I følge Andersen (2005:71) er talen om livsytringene en korreksjon av synspunktet i *Den etiske fordring* og han forklarer det slik at det Løgstrup mener er den idealistiske ivaretagelse av den andres liv, ikke nødvendigvis bare er innholdet av et krav som ikke er oppfylt. Suverene og spontane livsytringer har flere betydninger, hevder han, som for eksempel i forhold til barmhjertighet, hvor den har overtaket når det gjelder vår eventuelle motvilje mot å involvere oss. Derfor er det naturlig at Løgstrup snakker om livsytringer og ikke om handlinger. Ved en handling kan man forstå noe som man planlegger og har kontroll over. Til det spontane ved livsytringen er det vanskelig å skille mellom handlingsmotiv og handlingsresultat. Det er hindringen for den andres livsutfoldelse som motiverer barmhjertigheten hos den andre, i dette tilfellet hos sosionomen, og det er de samme hindringer den setter som mål å forsøke og fjerne.

Hjerneinfarkt som hadde rammet Tone medførte i tillegg til afasi, også parese i høyre side og hun var bokstavelig talt slått ut. Morens reaksjon i form av bekymring for datterens liv og framtid var lett for sosionomen å begripe. I møte med den pårørendes bunnløse fortvilelse og samtidig vitne til pasientens livløse skikkelse i sengen, opplevde sosionomen å bli opptatt av den nød som utspant seg gjennom disse to personene i rommet. Morens utrygghet, angst og redsel for datterens framtid var tydelig. Den pårørende henvendte seg til pasienten for å få bekreftelse på at det hun fortalte, var sant. Den pårørende fikk ingen respons fra pasienten, men fortsatte likevel på samme måte. Sosionomens ønske var å bistå og hjelpe. På hvilken måte kunne hun det?

Sosionomen var til stede og nær den pårørende så lenge hun hadde behov for det den første dagen. Samtidig som hun lyttet og ga verbal og non-verbal respons, kunne hun reflektere over ting som er irrelevant i situasjonen. Sosionomens tanker dreide seg om at det var et rollebytte mellom mor og datter, mellom pårørende og pasient. Refleksjonen utløste et slags friområde for henne. I et gammelt ordtak heter det: ”De gamle skal dø. De unge kan dø.” Ved å tenke at den eldste lå i sengen, ble trykket som sosionomen følte, mindre. Sosionomens tanker var dominert av at hun som lå i sengen var den eldste av de to personene i rommet, det var liksom moren. På den måten ble situasjonen betraktelig lettere å akseptere og forstå. I situasjonen var handlingen relatert til mor og datter, og da det i sosionomens tankeverden var moren som lå i sengen og var syk, var det liksom datteren som satt i stolen ved siden av sengen. Deres roller var byttet om.

Men hvor oppriktig var sosionomen når hun reflekterte omkring rollebyttet av pasient – pårørende, overfor den pårørende i dette tilfellet? Hvor suveren oppriktigheten er, blir tydelig ved sammenligning med falskheten, hevder Løgstrup (2004). Hvis noe vesentlig skal holdes hemmelig eller skjules, blir man usikker og fremstår som en dobbeltgjenger i forhold til seg selv. Det mentale ubehag blir utslagsgivende i en unaturlig måte å snakke på, men dette er ikke en tilstrekkelig forklaring, som om mentalitet var årsak, og tale var virkning. Så snart man snakker, kommer man i konflikt med kravet om oppriktighet. ”Hvad talen giver, forlanger den, nemlig åbenhed, og det gør den som den på een gang anonyme og personlige livsytring den nu engang er” (Løgstrup 2004:25).

På den ene siden har vi de spontane og suverene livsytringer som tillit, talens åpenhet, barmhjertighet og håp. På den annen side er det ensomme individet som blir konfrontert med

plikten i form av den etiske fordring (Hansen 1998:51). Det etiske kravet som stilles og som hele tiden ligger der, er at man har ansvar for det av sin nestes liv som man har i sine hender, og som er det altoverskyggende i arbeidet. Som sosionom går man inn i rollen for å være til støtte og hjelp for den som trenger det. Det er ikke nødvendig å gå inn i omkleddningsrommet for å ikle seg en rolle som skal spilles. Man innehar den i form av sitt yrke og som utøver av dette.

Ad. sosionomens andre møte med den pårørende.

Som pårørende og mor begynte hennes fantasi å arbeide med ”hvis-bare”-mulighetene (Paulsen mfl 2004:59). Hennes tanker kretset intenst rundt det som kunne vært annerledes slik at det vonde kunne vært unngått. Hun bebreidet seg selv for ikke å ha stilt opp nok for sin datter. Hun fantaserte om hvordan hun burde ha løst dette og forhindre det som skjedde. Hun foreslo under samtalen med sosionom at hun for eksempel kunne ha tatt Tone med i familiens ukeplan. Selv om Tone fysisk bodde et annet sted og var både myndig og selvstendig, kunne hun da ha fulgt med på hva datteren hadde av gjøremål. På den måten kunne hun som mor ha bidratt til at datteren ikke hadde tatt på seg så mye ansvar og arbeid, mente hun.

Selvbebreidelser og dårlig samvittighet preget henne. Sosionomens vurdering av det som kan beskrives som den pårørendes forestillinger, var at disse kunne bidra til å hjelpe henne i den situasjonen hun var i og samtidig lindre smerten. Det var en måte å komme seg videre på for den pårørende, slik sosionomen vurderte det. Var vurderingen feil?

Sosionomen hørte på den pårørendes refleksjoner over eventuelle løsninger som i hennes øyne kunne forhindre datterens sykdom. Knud E. Løgstrup sier at hva den andre vil gjøre med sine ord og handlinger skal man ikke innlate seg på å bestemme. Uansett hvor velment det er, har man ikke rett til det. Ønsket om å være klar over hva den andre er best tjent med, enten å snakke, å tie eller å handle, må være tilknyttet viljen til å la den andre være herre i sin egen verden. Fordringen er å ta vare på det av den andres liv som er utlevert en, uavhengig av hvilke ord eller handlinger man i situasjonen velger, og samtidig er det en fordring om å gi den andre all mulig tid og gjøre sitt til at den andres verden blir stor nok. Fordringen er også å bruke den andres utlevering som den springer ut av, til å sprengte den andres innesperring og få den andres blikk til å se over horisonten (Løgstrup 2008:38). Men brukte sosionomen den andres utlevering til å sprengte den andres innesperring? Nei, i god tro lot hun fru Roren være inne i sitt eget vakuum. Hvilken konsekvens fikk dette?

Ad. sosionomens tredje møte med den pårørende.

Fra å leve et normalt liv til å oppleve akutt sykdom som fru Roren opplevde da datteren brått ble syk, vil man som pårørende i en overgangssituasjon iverksette en beredskap for å forebygge at det påløper ekstra kostnader for den som ikke kan ivareta sine forpliktelser selv. Som mor og pårørende ser man at ens barn har nok lidelser i sykdommen derfor vil man forhindre at lidelsene også kan komme til å gå utover og ramme økonomisk i tiden framover. Det er morens omsorg for datteren som driver henne. I følge Vetlesen (Vetlesen 2001:35;28) menneskeliggjør omsorg tilværelsen, og er like uatskillelig fra den som tillit. Han hevder videre at omsorg dessuten tilordnes sektorer i samfunnet fordi den delegeres, påtas og fratras både personer imellom, men også mellom organisasjoner og institusjoner. Til og med i det sivile samfunn er omsorg forstått som en tredje sektor mellom den private og offentlige sfære. Ligger omsorgen mellom avhengighet og autonomi? Hvis autonomi betyr å være herre over eget liv, kan man anse at autonomi hos den enkelte utfoldes i forhold til at uavhengighet av andre oppnås. Avhengighet vil i denne sammenheng fremstås som hemmende og motarbeidende i forhold til utfoldelsen av autonomi. Morens syn på sin myndige datter som er hjelpetrengende på grunn av funksjonshemming, synliggjør hvordan hun fratras datteren hennes autonomi ved å be sosionomen kontakte arbeidsgiver. Sosionomens oppgave er å være åpen og tydelig for å dempe den pårørendes usikkerhet. Det å øve mest mulig autonomi i betydningen selvbestemmelse oppfattes her som en rett og her skulle sosionomen ha trådt inn og påpekt pasientens myndighet fordi andre har en plikt til å respektere den enkeltes autonomi. Dette gjelder til tross for at pasienten ikke er i stand til å ta vare på seg selv.

Tone hadde ingen mulighet til å skjønne om sine økonomiske forpliktelser eller overholde eventuelle avtaler hun hadde inngått. Det hadde ikke gått lang tid siden Tone ble syk og man hadde ikke eksakt tidsperspektiv på når Tone ville være i stand til å ordne disse tingene selv med bistand fra moren og sosionomen. Tones autonomi måtte respekteres, selv om hun ikke kunne ivareta seg selv. Dessuten var pasienten en myndig person. En myndig person må gi sin fullmakt til en annen person hvis det er snakk om at andre skal overta makten over ulike forhold i ens liv.

Metaforen, ”Å holde noe av en annens liv i sin hånd”, brukes som en grunnformel for den mellommenneskelige etikk og minner oss om at vi har ansvar for den andre og også for hvordan vi oppfører oss overfor denne. Løgstrup hevder for det første at ansvaret alltid er konkret. Og for det andre, skal man være i en bestemt situasjon med et konkret annet

menneske. I situasjonen mellom sosionomen og den pårørende kunne det virke som om avgjørelsen om å kontakte pasientens arbeidsgiver måtte foretas raskt, da dette i følge den pårørende, hadde betydning for pasientens liv og skjebne. ”Hva der staar til een at vende er noget i et annet menneskes liv, hva enten det nu er en stemning eller i det extreme tilfælde dets hele skæbne” (Løgstrup 2008:39). Når det dreier seg om avhengighet og makt kan fordringen utløses ved å ta vare på det av den andres liv som er avhengig av en og som man har i sin makt, men ut fra den samme fordring er det også viktig å merke seg at det er utelukket at ivaretagelsen består i å ta selvstendigheten fra den andre (Løgstrup 2008:39). Sosionomen forsto fru Rorens omsorg for datteren, at hun ville forhindre at Tone skulle få ekstra utgifter på grunn av sykdom. Men der og da fikk sosionomen et problem med å gi saklig tilbakemelding på at dette ville være brudd på taushetsplikten. Sosionomen hadde ikke mestret det å være aktiv på den måten som skulle skape en god relasjon. Relasjonen var god, men sosionomen hadde vist en unnfalighet når hun ikke hadde informert om sin taushetsplikt som ivaretar pasienten.

Ad. sosionomens fjerde møte med den pårørende.

Hva var det jeg selv ville ha satt pris på å få informasjon om i den pårørendes sted? Et hovedpunkt ville være å bli hjulpet med ting jeg hadde spurt om å få hjelp til som for eksempel hennes ønske om å få sosionomen til å ringe pasientens arbeidsgiver. Dessuten ville jeg ha satt pris på å få informasjon om ting jeg ikke hadde hatt forstand på å spørre om, men som var nyttig for meg å vite noe om. Kari Martinsen (2002:40) sier at det er viktig at man flytter oppmerksomheten, og innstiller seg på å være åpen mot den andre som kommer til seg, slik at den andre har muligheter for å bli sett og hørt i vårt møte. Fordringen er gitt som i den gyldne regel (Mat.7.12): Alt det du vil at andre skal gjøre imot deg, skal du gjøre mot dem (Andersen 2005:72-73). Fordringen er taus, men den er også radikal selv om man i den gitte situasjon skal gjøre en liten ting. Skal man stille seg inn under den uutalte fordring og selv avgjøre hvordan man skal ivareta den andres liv? Skal resultatet bli vellykket for den pårørende, må sosionomen handle idealistisk. Det var den pårørendes forestillinger som fikk sosionomen til å tenke på at Kjernerdokumentet kunne være en løsning som helt konkret viste pasientens framgang fra den ene uka til den andre. Da kunne fru Roren selv se at datteren var i stor framgang og få forventninger om at Tone kunne greie å kontakte sin arbeidsgiver selv med litt hjelp. Dokumentet brukes på de tverrfaglige møtene på avdelingen, for å skåre pasientens funksjonsnivå for å se framgangen fra uke til uke.

Da sosionomen skulle informere om hva hun kunne bidra med i økonomiske spørsmål, var det godt for henne å vite at hun hadde skåringsdokumentet å vise til. Hun følte at hun hadde sviktet den pårørende ved ikke straks å ta tak i det som hadde med hennes taushetsplikt å gjøre. Informasjon om denne ville hun presentere på en måte som kunne skape forventninger til framtiden for den pårørende. Det var viktig å belyse at man kunne forvente at pasientens situasjon ville forbedres og med dette som utgangspunkt, ble det greit å informere om at sosionomen måtte ha fullmakt av pasienten, for å kunne kontakte de respektive kreditorer og informere disse om at pasienten lå på sykehus og av den grunn ikke kunne betale sine regninger. Man kunne samtidig anmode om at det ikke påløper ekstra gebyr i perioden. I situasjoner hvor sykdommen vedvarer kan sosionomen bidra med hjelp til å søke om verge for pasienten.

Den pårørende ga uttrykk for forståelse for sosionomens taushetsplikt og ble glad på vegne av sin datter. Men i situasjonen hadde hun kun sett hvilke økonomiske problemer datteren kunne komme opp i. Samtidig ga hun uttrykk for at hun nå så helt annerledes på situasjonen til Tone på grunn av Kjernedokumentet. Dette åpnet øynene hennes og ga henne et nytt perspektiv. Hun hadde ikke observert de små framskritt som Tone hadde gjort underveis. Hennes fokus var rettet mot Tones sykdomssituasjon der og da, sa hun. Det som hadde opptatt henne mest, var Tones anliggende i forhold til økonomi, arbeid og studier. Dette berodde på at hennes fokus hadde vært konsentrert om utfordringene som hun følte var hennes ansvar og det var derfor hun syntes at alt virket så håpløst.

Ad. sosionomens andre møte med pasienten.

Tones følelsesmessige tilstand ble på tverrfaglig møte karakterisert som depresjon og hun fikk medikamentell behandling for å takle sin situasjon bedre. Pasienter uansett alder, med språkproblemer i forhold til å snakke og forstå, er de som i størst grad trenger behandling for sin depresjon. I Tones tilfelle spiller også alderen inn når det gjelder fatigue. Forskning viser at unge slagrammede utvikler sykdommen fatigue på lik linje med pasienter som har hatt cancer. Det å være ung og bli rammet av denne sykdommen, kan bli en belastning.

Sosionomens samtaler med Tone var konsentrert rundt krisen som oppsto da hun forsto at hun hadde lammelser i ene siden og ikke greide å bruke den høyre hånden når hun skulle spise, eller bestemme over den høyre foten når hun skulle gå. Innsikten i sin egen situasjon hadde kommet sakte, men sikkert tilbake. Hun husket ikke at sosionomen hadde snakket med henne

om sykemelding straks etter at hun ble innlagt. Fortvilelsen over å ikke kunne si det hun ville som for eksempel, 'jeg er tørst', virket håpløst. Hun beskrev ulike situasjoner som om hun følte at hun var på siden av seg selv fordi hun ikke ville erkjenne at det var hun som var rammet av sykdom og havnet i denne situasjonen. Det var som en drøm hvor man skal løpe, men hvor man ikke klarer å løpe slik klarte hun ikke å formidle det som var viktig. Å få tilbake innsikten, huske hvordan livet hadde vært med funksjonsevnene inntakt, og nå befinne seg i en situasjon som var den totale kontrast til det som en gang var, opplevde hun som uvirkelig.

Det var Tones nåværende situasjon og på hvilken måte man skulle skape motivasjon som samtalen dreide seg om. Hun beskrev hvordan hennes liv var før hun ble rammet av hjerneslag. Hun levde et interessant og travelt liv med innsjutt av studier, og hadde et yrke som krevde flere års utdanning og som hun hadde store forventninger til å gå fullt og helt inn i. Dessuten hadde hun et godt sosialt nettverk, god familie og mange venner. Å tenke tilbake var som å se inn i en totalt annen tilværelse enn den hun nå var i. Hennes utsagn om at fremtiden er det ingen som kjenner, hadde hun faktisk en bitter erfaring med. Nettopp derfor var det viktig å motivere henne for at hun skulle få øynene opp for at fremtiden begynner i dag. Møtet som skulle skape motivasjon for fremtiden var utfordrende. Tones eget utsagn: "Men fremtiden er det ingen som kjenner", var basert på hennes egen erfaring fra å være frisk til plutselig å bli slått ut av en sykdom som rammet på en ubeskrivelig måte. Hennes kropp fungerte ikke slik den hadde gjort. Men var det riktig å fokusere på Tones kropp for at hun skulle få opparbeidet et positivt forhold til den? Dette var Tones kropp som hun trengte å ha med seg inn i fremtiden og da var det nødvendig å få tilbake den positive følelsen hun hadde før hun ble syk. Men med dagens mediefokus og ulike reklamer hvor hovedbudskapet er hvordan man bør se ut, ungdommelig, slank og spenstig, og helst se ut som en fotomodell. Med slike forventninger var utfordringene store. For med mye fokus på kroppen, kan forventningene få motsatt effekt. De kan og skape frustrasjon og motløshet. Men det kan også være en motvekt til å skape balanse - til å styrke selvbildet. Det var andre kvaliteter enn alder og utseende det måtte settes søkelys på. Det dreide seg om å gå inn i en mental prosess som ville gi positiv stimulering til selvfølelsen og selvspekten, og på den måten øke følelsen av hennes menneskeverd.

Samtidig med denne oppbyggingsprosessen opplevde Tone en langvarig prosess. Denne innbefattet savn, fortvilelse, protest over et fravær, på den ene side, og en kamp for å orientere

seg på nytt, på den annen side (Heap K 1990 I Englund A 2003:32). Det kan være en liten sak, en forbigående stemning som man klarer å drepe, eller en opplagthet som man greier å vekke, noe som bør oppheves eller utdypes. Men det kan også være slik at noe kan bero på den enkelte om den andre lykkes eller ei (Løgstrup 2008:25). I sitt resonnement snakker Løgstrup om hvordan et barns liv for all framtid kan bestemmes av den voksnes atferd overfor det, slik at foreldres ærgjerrighet på sine barns vegne frarøver barnet det kostbareste av alt, nemlig livsmotet. Det beror ikke minst på at barnet, til forskjell fra voksne, ikke er i stand til å vise en forbeholden tillit. For å kunne det, må barnet bevisst og under selvkontroll ha lært å reservere seg. Reservasjoner innfinner seg i kraft av psykisk automatikk. Den tilliten som ikke var der, utrykgheten og usikkerheten som følger, får vidtrekkende og skjebnesvangre konsekvenser hos barnet. Dette resonnementet til Løgstrup kan overføres til Tones livssituasjon. Hun hadde en uforbeholden tro på livet da hun plutselig ble rammet av hjerneslag. De fleste av oss mennesker har en uforbeholden tro på livet såfremt vi ikke har opplevd eller kjenner til noen som har fått snudd livet på hodet på grunn av sykdom, ulykke eller andre tragiske hendelser. Som menneske kan man ikke reservere seg mot at den slags skjer. Men hvis man stadig går rundt å tenker at noe kan skje, vil man ikke kunne leve et normalt liv. I situasjonen som Tone var i, kunne man ane en oppgitthet og en reservasjon mot å tro på livet som sådan.

Løgstrup snakker om det kostbareste av alt, livsmotet. I relasjonen mellom sosionomen og pasienten var det en oppgave å bidra til at pasientens livsmot ble styrket. Tones tro på livet måtte bygges opp igjen. Fra å ha en uforbeholden tillit til livet som sådan, ble hennes tillit til livet brått og uventet stoppet, gjennom hjerneslaget som rammet henne. Som friske mennesker går vi ikke rundt og er bekymret for hva som kan skje med oss. Når alt fungerer som det skal, ofres ikke en tanke om hva som kan ramme en. Det er sånn livet bør fungere. Men for Tone som opplevde at sykdommen kom som lyn fra klar himmel, og slo henne i bakken, satte det sine spor som hos det barnet Løgstrup beskriver i sitt resonnement. Vi mennesker har en merkelig og ubevisst forestilling om at den verden som et menneske har sitt liv, hører vi andre liksom ikke med til. Den andres verden som er innholdet i denne personens liv, har vi en rar forestilling om. Det er der den andre er og vi er utenfor, men kan berøre den fra tid til annen. Hvis møtet mellom disse to mennesker kun streifer borti hverandre og er i orden etter møtet, betyr det ikke så mye (Løgstrup 2008:26). I virkeligheten er det en merkelig forestilling og blir ikke mindre merkelig av at den er selvfølgelig,

fremholder Løgstrup, for det forholder seg ganske annerledes da vi er hverandres verden og skjebne. Og vi har grunner til å bortforklare det.

I møtet mellom to blir vi oppmerksomme på de elementære fenomen som hører vår eksistens til. I tillegg kommer det fenomen at det som det her er tale om, er høyst foruroligende. Grunnen er at den ene ikke vet hva hun har hatt av den andres livsmot eller livsglede, oppriktighet eller falskhet i sin hånd. I forhold til å ha det for øyet blir det ofte forlangt noe av henne, samtidig som det også stilles en forventning til henne. I forventningen til den ene foretar den andre seg noe som er en utlevering av seg selv. Men hva de foretar seg og på hvilken måte selvutleveringen foregår, trenger overhodet ikke å være en betroelse selv om det også kan være det. Det kan for eksempel være den type selvutlevering som består i å stole på at den ene snakker sant, eller å anslå en bestemt tone i samtalen med henne. Dette handler om tillit.

Ad. sosionomens tredje møte med pasienten.

Pasienten kom gående alene til vårt møte. I innledningen av møtet dreide samtalen seg om hvordan pasientens pågangsmot økte og hvordan dette ga inspirasjon til å yte mer hver gang hun fikk til noe nytt på funksjonsfronten. Tone fortalte at når hun våknet om morgenen, ble hun glad fordi hun visste at hun greide å gå på badet og stelle seg selv.

Sist gang sosionomen hadde møte med Tone, dreide samtalen seg om motivasjon i den hensikt å styrke livsmotet. Tone selv opplevde bokstavelig talt på kroppen hvilken fremgang hun hadde, og dette ble den stimulansen hun trengte for ikke å miste målet av syne. Tone formidlet sin erfaring som pleiepasient til sosionomen i dette møtet. Å være pleiepasient aktualiserer det som har med menneskeverdet å gjøre. Pleietrengende personer kan oppleve at deres menneskeverd ikke blir respektert. Menneskeverdet hører med til de etiske grunnverdier, i følge Løgstrup (Andersen 2005:77). Tanken om menneskeverd beskriver han innenfor rammene av metafysikk som vil si at mennesket har sitt opphav i universet. Det betyr at tanken om menneskeverd, i vår tilværelse, innebærer et klart skille mellom atferd og oppførsel, handlinger og arbeid. Når det gjelder handlinger og atferd, kan vi stille spørsmålet. ”Hva kan det være godt for?” Derimot kan vi ikke spørre om hva et menneskes liv er godt for. Det finnes ingen målestokk for et menneskes betydning eller verdighet, fordi mennesker er like.

Gjensidig tillit er en forutsetning for at regelsettet som vokser ut av pleiesituasjonen er troverdig. Problemet kan være de kulturelle normer som blant annet gir føringer til hva det vil si å handle til den andres beste. Blir for mye ansvar lagt på yrkesutøvers skuldre? Fordringen henvender seg til den enkelte og det er opp til denne å vite hva den går ut på (Løgstrup 2008:32). Disse føringene som springer ut fra de kulturelle normer, tas ofte for gitt og blir ikke problematisert. I vårt samfunn hvor mye gjøres til regler, standarder og vitenskapelige metoder, kan dette være et problem. Likevel er verken kulturen, normene eller vitenskapen tilstrekkelig å ha som autoritet for det som er godt og riktig i situasjonen (Martinsen 2006:257-258). I møte mellom pasienten og sosionomen hvor pasienten uttrykte hvordan hun hadde opplevd å være pleietrengende, utleverte hun seg i tillit til sosionomen og på den måten la hun litt av sitt liv i sosionomens hånd. Derfor hadde sosionomen et ansvar om å ta vare på det liv som i tillit var gitt henne og som er fordringen. Kommunikasjonen mellom oss består alltid i å våge seg frem for å bli imøtekommet. Det er selve nerven, og det etiske livs grunnfenomen. Tilliten er ikke opp til den enkelte av oss. Den er gitt. Tilliten hører inn under de suverene livsytringer (Løgstrup 2008:27-28).

Ad. den avsluttende samtalen.

Det var ikke bare sykemeldingen som sto på programmet denne dagen. Det var også skriftlig henvendelse til studiestedet for å dokumentere Tones fravær. I tillegg ønsket Tone at sosionomen kontaktet Nav for å få svar på ulike spørsmål.

Kapittel 4.

Ovenfor har jeg analysert kasuset i perspektivet av *Den etiske fordring* av Knud E. Løgstrup. Analyseringen skjer fra det første møtet sosionomen hadde med pasienten. Senere etterfulgt av det tverrfaglige møtet og møtet med legen. Deretter fire utfordrende møter med pårørende og til slutt to møter med pasienten.

I følgende kapittel vil jeg innlede med å introdusere Hans Skjervheims *Den treleddede relasjonen*, før jeg vil fortsette med å analysere kasuset i sin helhet i lys av denne teorien. Jeg vil starte med møtet sosionomen hadde med pasienten. Deretter følger det tverrfaglige møtet, møtet med legen, møtene med den pårørende og til slutt møtene med pasienten. Jeg vil også i dette kapitlet bruke 3. person entall, ubestemt og bestemt form, sosionom og sosionomen, når jeg analyserer sosionomens handlinger i kasuset i lys av teorien. Jeget kan objektiviseres i preteritum, men ikke i presens.

Skjervheim sier også at det er grenser for hva man kan oppfatte som faktum og hva man kan objektivisere. Han mener en prinsipielt ikke kan objektivisere seg selv og da kan man heller ikke gjøre seg selv til et psykologisk kasus. Ved å objektivisere seg selv får man kanskje rede på hva som var, men ikke hva som er her og nå. Jeget kan foreta objektivisering, men unngår selv å bli objektivert. Jeget er subjekt, men kan aldri gjøres til objekt. Hvis man forsøker å gjøre det til objekt, så er ikke jeget her og nå, men jeget var der og da. En kan se på seg selv som faktum, men det inngår ikke i dette faktum som jeg ser eller konstaterer, at jeg ser og konstaterer. I denne sammenhengen er det å forstå seg selv, det samme som å misforstå seg selv. Man neglisjerer da friheten. Friheten er ikke automatisk tilstede nettopp fordi den ikke er et faktum. Friheten er mulig, og derfor kan man også skusle den bort.

Sosionomens første møte med pasienten blir ikke som forventet. Hennes opplevelse av situasjonen blir diskutert på det tverrfaglige møtet. Men det blir som å famle i blinde så lenge diagnose ikke var stilt. Møtet med legen virker oppklarende. Hun har nettopp informert den pårørende om datterens diagnose og anmoder sosionomen om å gå inn til henne. Dette blir det første av fire møter med den pårørende. Det starter med to støttesamtaler. Disse følges opp av et møte hvor den pårørende føler et stort ansvar fordi hun er redd for at datteren skal få økonomiske problemer, miste rettigheter på Nav og tape ansikt på arbeidsplassen. Hun vil at

sosionomen skal kontakte datterens arbeidsgiver. Sosionomen vil så gjerne hjelpe henne, men kan ikke gjøre dette grunnet sin taushetsplikt. Det blir så vanskelig for henne å gi beskjed til den pårørende om sin taushetsplikt, at hun utsetter problemet. Sosionomen, som i møtene med den pårørende har hatt en lytter-rolle, må nå endre denne for å informere om at hun ikke kan kontakte arbeidsgiveren til datteren. Dette blir en utfordring for henne. Hun øyner en måte å avdekke sin svake personlige side på, uten å såre den pårørende. Ved å fokusere på et skåringsdokument som brukes av teamet for å synliggjøre pasientenes framskritt, håper hun å få endret den pårørendes situasjon. Pasientens har stor fremgang, med den følge at hun får innsikt i sin egen situasjon og dette skaper depresjon og angst for fremtiden. I møte med sosionomen er det motivasjon som står på programmet. Hvor varsomt bør man trå? Pasienten ønsket å snakke om den totale kontrasten det var å være frisk til hvordan hun opplevde sin situasjon som pleiepasient etter at hun ble rammet av hjerneslag.

Introduksjon til teorien.

I en samtale med en annen tar den ene personen opp en sak med den andre. Hvis saken blir akseptert av den andre personen vil denne diskutere saken med den personen som tok den opp, og man har da en treleddet relasjon. Den treleddede relasjonen er mellom den andre, meg og saken som er slik at vi deler saken med hverandre (Skjervheim 1996:71-72). Skjervheims tanker om den treleddede relasjonen er påvirket av den fenomenologiske teori. Denne tradisjonen legger vekt på at andre verdier som verdighet, anerkjennelse, autonomi, ikke er noe som eksisterer i og for seg, men alltid bare finnes innenfor relasjonen. Den andre er ikke et objekt der ute, helt atskilt fra meg. Den andre er den andre slik jeg fortolker ham eller henne. Mine fortolkninger er (allerede) en del av den måten jeg møter den andre på. For den andre er det på samme måte. Den andre møter meg gjennom sin fortolkning av meg.

Fenomenologien legger vekt på at man ikke kan snakke om meg uten å legge avgjørende vekt på at jeg hele tiden fortolker og erfarer andre og nye ting. Fenomenologien er en filosofisk tradisjon som framhever at det ikke er slik at jeg kan se meg som en avgrenset person, eller den andre som noe helt annet og måten vi er sammen på som enda en sak. Sannheten er alle disse tre tingene samtidig. Fenomenologien vokste fram i Europa ved begynnelsen av 1900-tallet med den tyske filosofen Edmund Husserls reaksjon mot det han oppfattet som de naturvitenskapelige vitenskapenes dominans.

Fra 1950-tallet understreket Hans Skjervheim betydningen av å analysere den praktiske handlingen. De relasjonelle forholdene sto sentralt i de aller fleste av Skjervheims analyser og

essayer, hvor han understreket at praksis er den viktigste arenaen for etikken fordi det er stedet hvor kildene til etisk refleksjon er å finne. Teori er nødvendig for å skille mellom god og dårlig praksis. Gode handlinger så vel som dårlige springer ut av praktisk erfaring. Mange av de sakene som blir tatt opp i relasjonen mellom pasient og sosionom, pårørende og sosionom, vil være avhengig av både det private og det offentlige hjelpeapparatet. Som eksempler innenfor velferdsetaten kan nevnes Nav, rehabiliterings-institusjoner, hjelpemiddelsentralen bestillerkontoret i bydelen etc. En god kontakt med disse instanser er helt nødvendig for at slike saker skal bli løst på en tilfredsstillende måte.

I dagliglivet er det snakk om alle tre holdningene på samme tid, ikke bare det ene eller det andre eller det tredje. Derfor er ikke den mellommenneskelige situasjonen spesielt entydig, men tvetydig. "I denne tvetydige situasjonen er vitenskapene om mennesket opphengde, og der er rota til dei kompliserte grunnlagsproblema når det gjeld disse vitenskapene" (Skjervheim 1996:72). Her er Skjervheim inne på debatten om legitimering av åndsvitenskapene som vitenskap. Positivismen ga åndsvitenskapene legitimering til å være vitenskap på lik linje med naturvitenskapen, men problematikken her er om hvorvidt man kan objektivisere det man studerer, på samme måte som man gjør i naturvitenskapen.

Skjervheim skiller mellom påstand og faktum. Det er bare én påstand, men et mangfold av fakta. For å forklare dette bruker han eksemplet om at hvis både x og y sier at to pluss to er lik fire og det er en påstand, så er det ikke to påstander, men bare en. Det er bare en påstand selv om den blir sagt flere ganger. Hvis x og y sier at to pluss to er lik fire, og det er et faktum, så er det fakta. Det som skiller påstand fra faktum, er at der det er en påstand, er det et mangfold av fakta. Skjervheim mener også at vi har to ulike reaksjoner om vi oppfatter noe som påstand eller faktum. Ved det vi oppfatter som påstand, lar vi oss lett engasjere i diskusjon, i motsetning til det vi oppfatter som faktum, hvor vi ikke lar oss engasjere (Skjervheim 1996:72-73).

Bruken av tenkningen om den treleddede relasjonen er interessant og relevant å trekke inn i analysen av relasjonen sosionom - pasient, sosionom - pårørende. Koblingen av Skjervheims analyser av subjekt / subjekt- relasjonen har flere fordeler. At det finnes et tredje mellom to personer og at et felles fokus på dette tredje åpner for en anerkjennelse av det andre mennesket, forekommer i alle menneskelige relasjoner, i følge Skjervheim (1996:71). Dette er et sentralt tema i profesjonelt arbeid. Ubehaget mange pasienter intuitivt kjenner på, dreier seg

vel nettopp om det at de har opplevelse av at de ikke bli respektert og hørt fordi de føler at de blir behandlet som et objekt.

Skjervheim har løst ego-alter relasjonen, heretter jeget – den andre, i to komponenter hvor første trinn er at jeget og den andre er sammen om et tredje, vi har et felles problem. Jeget og den andre er medsubjekt, i forhold til dette problemet. I det andre trinn er den andre og det den andre gjør et faktum i jeget sin verden. Samme sak blir ikke lenger delt. En lever i hver sin verden, hvor den andre er et faktum for jeget i sin verden. Skjervheim bruker eksempel for å forklare det og det gjør problemstillingen enklere å forstå. Han forklarer det slik: Om den andre kommer med en påstand har man muligheter til å innta to fundamentalt ulike holdninger som tilbakemelding på denne. Enten kan man engasjere seg, eller man kan la være. Hvis man velger å engasjere seg, vender jeget seg sammen med den andre mot selve saken. Jeget og den andre er medsubjekter. Jeget deltar og lar seg engasjere i saken. Dette er den treleddede relasjonen - jeget, den andre og saken.

Ad. sosionomens første møte med pasienten.

Til møtet med pasienten har sosionomen forberedt seg. Gjennom denne prosessen har hun forestilt seg hvordan møtet skulle bli. Hvordan ønsket sosionomen å fremstå overfor den andre med hensyn til språket? Gjennom språket har menneskene en felles verden og kan ha kontakt med hverandre. Skjervheim ser på samhandlingen og måten menneskene responderer. Det samme vil sosionomen her gjøre. Da sosionomen gikk for å møte pasienten, var ikke pasienten alene. Hun hadde med seg sin fysioterapeut som hun hadde vært på trening med. Pasienten satt i en rullestol og det var fysioterapeuten som kjørte henne. Yrkesutøverne så på hverandre og fysioterapeuten sa at pasienten var sliten. Sosionomen kunne se at pasienten var sliten der hun ”hang” over den ene siden i rullestolen. Og hun hørte hva fysioterapeuten sa. Hun respekterte det. Saken ble utsatt fordi pasienten virket trøtt. Var relasjonen mellom fysioterapeuten og sosionomen treleddet? Nei, saken ble ikke diskutert videre der og da, selv om den ble respektert av den personen som fikk den presentert.

Hvis man ikke lar seg engasjere og ikke bryr seg om hva den andre sier, så konstaterer jeg at det er et faktum, som Skjervheim kaller det, og da er det en toleddet relasjon: ”Jeg i forholdet til mitt saksfelt, faktum, og mitt saksfelt som er den andre i relasjonen, i forhold til sitt saksfelt” (Skjervheim 1996:72). Et eksempel kan være da sosionomen ikke fikk svaret til å stemme med det hun hadde lest i journalen. Hun ble derfor stående som om hun ikke

aksepterte pasientens svar. Der og da var det mange spørsmål som fór gjennom hodet hennes. Pasienten virket oppgitt. Det var ikke bare svaret hun ga, men hennes kroppsspråk sendte ut tydelige signaler om at hun ikke ønsket kontakt. Var sosionomen i ferd med å stille spørsmål om pasientens motiver fordi hun fikk et negativt svar på sitt spørsmål? Den treleddede relasjonen ville i så fall blitt oppløst, og erstattet av den to-leddede relasjonen hvis fokuset var blitt satt på de bakenforliggende motiver og ikke selve saken. Sosionomen ville i så fall ha fratatt pasienten hennes frihet og behandlet henne som et objekt.

Skjervheim beskriver også et tredje alternativ hvor jeget kan gjøre den andre til et rent fysikalsk objekt i verden. Et eksempel kan være, da pasienten ble spurt om hun trengte sykemelding. Pasienten lot seg ikke engasjere overhodet selv om hun umiddelbart svarte på spørsmålet som sosionomen stilte henne. Svaret kom så raskt at det mer kunne sammenlignes med noe som minnet om respons fra en robot, noe automatisk. Eller noe hun ville få fort ut av verden. Mulighetene var til stede for at sosionomen bare lyttet til de lydene som pasienten produserte istedenfor for å høre etter hva pasienten sa. Hvis det var tilfellet, gjorde sosionomen pasienten til et rent fysisk objekt i sin verden.

Ad. det tverrfaglige møtet.

På tverrfaglig møte samme dag ble teamet informert om at Tone hadde svart nei på spørsmålet om hun trengte sykemelding, til tross for at det i inkomstjournalen sto at pasienten hadde et arbeidsforhold. Logopeden sa at hvis det ble påvist at pasienten var rammet av hjerneslag, kunne det tyde på forstyrrelse av taleevnen (afasi) da det kan gi utslag i at man svarer nei når man mener ja og motsatt. Vi ble enige om at sosionomen skulle ta en samtale med henne senere, eventuelt snakke med pårørende.

De tverrfaglige møtene bærer generelt preg av å ha et saklig innhold. Dette møtet spesielt, holdt saken som gjaldt pasienten Tone, som det tredje leddet i relasjonen. De ulike yrkesutøvere forholdt seg til det saken dreide seg om, nemlig pasienten Tone. Selv om det var flere enn to personer som drøftet saken, ble relasjonen treleddet. Også kommunikasjonen mellom logoped og sosionom, var treleddet, da den ble basert på sosionomens utsagn om hennes møte med Tone og opplevelsen av dette. Logopeden forholdt seg til det som sosionomen tok opp. Hun respekterte saken og diskuterte den videre med den som hadde tatt saken opp.

Ad. legens informasjon om Tones diagnose.

Da legen informerte om Tones diagnose, hadde legen og sosionomen et felles anliggende. Hva Tones diagnose var, engasjerte sosionomen og hun ga tydelig tegn på sitt engasjement overfor legen. Skjervheim ville ha sagt at dette var en treleddet relasjon, legen og sosionomen er begge subjekt og saken er Tones diagnose. Skjervheim forklarer begrepet faktum ved å beskrive når vi oppfatter andre og det de sier fra dagliglivet. I spesielle situasjoner oppfatter vi den andre som faktum, det er hvor den andre beskriver situasjoner som for eksempel hører inn under psykiatrien. Vi kan legge merke til at vedkommende sier dette og kan innlemme det i en faktisk sammenheng, mens vi gjør den andre til et kasus i psykiatrisk forstand. Det finnes visse grenser for hva man kan oppfatte som faktum, eller som man kan objektivere, sier Skjervheim. Man kan ikke objektivere seg selv her og nå, men gjennom refleksjon kan man objektivere seg, men det blir ikke her og nå, men der og da.

I sosionomens møte med legen hvor legen informerte om Tones diagnose, beskrev sosionomen sin refleksjon over dette møtet i kasus. Da sosionomen leste refleksjonsnotatet på nytt, kunne hun konstatere at hennes refleksjon i dag, er en annen enn den sosionomen opplevde i situasjonen med legen. Det blir på samme måte som å stille seg utenfor og få det presentert i et annet perspektiv. ”Dette ego som foretar objektiveringen, men som alltid glir unna for alle forsøk på å bli objektivert, dette ego som alltid er subjekt, men aldri kan gjøres til objekt som hvis en prøver å objektivere det, ikke lenger er her og nå, men nettopp var der og da, blir kalt det transcendentale ego” (Skjervheim1996:73). Alle er transcendentale ego, hevder Skjervheim. Kan det ha sammenheng med spontanitet? Hva med refleksivitet og bevissthet?

Ad.sosionomens første møte med den pårørende.

Det første møtet med fru Roren var dagen etter at sosionomen hadde hilst på pasienten første gang. Fru Roren hadde et stort behov for å snakke og sosionomen lot henne gjøre det uten å bryte inn, men bekreftet det hun sa med enstavelserord, lyder og speiling. Til tross for at det ikke var en spesiell sak som ble tatt opp i relasjonen, var det viktig for fru Roren å få bekreftelse og respons på det hun sa. Sosionomen lyttet til den pårørendes tale og lot seg engasjere. Sosionomens tilstedeværelse i rommet med pasienten og hennes mor som nettopp hadde fått rede på at datteren hadde hatt hjerneslag, var viktig og hun fungerte som en støtte for den pårørende. Den pårørendes situasjon ble totalt endret da datteren ble rammet av sykdom på en brå og uventet måte. På grunn av det akutte som hadde inntruffet, ble alt som

den pårørende selv hadde vært opptatt av i en travel hverdag, lagt tilside. Situasjonen den pårørende så uventet befant seg i, opplevdes for henne som å være i et vakuum. Tiden stoppet liksom opp. Det var derfor viktig for henne å ha en person som var sammen med henne og som støttet henne der og samtidig ga henne respons på det hun sa.

Fru Roren gjentok: ”Men Tone er jo så ung...” Hun fortalte om Tones vikariat, om hvor godt hun hadde likt seg, og hvor godt likt hun var. Hun fortalte om datterens arbeid. Deretter gikk hun over til å beklage seg over datterens økonomi. Hun antok at datteren hadde hatt lav inntekt. Hun stilte spørsmål til seg selv, om datterens økonomi hadde vært såpass at den ga henne rettigheter i forhold til Nav. Så fulgte bekymringer for studiestedet som datteren var tilknyttet og om de ville akseptere sykemelding. Det dreide seg om Tones liv og spesielt hennes økonomisk anliggender. Var relasjonen treleddet? Siden man ikke kan objektivere seg selv uten å falle i en illusjon, hvordan er det da når man objektiviserer den andre? Det er mer komplisert fordi man kan oppfatte den andre som faktum eller kasus. Hvis man gjør det er det ikke så lett å ta det hun sier like alvorlig. Skjervheim mener at å ta den andre alvorlig er å være villig til å ta hennes meninger opp til ettertanke og eventuelt til diskusjon (Skjervheim 1996:73). Den personen som saken ble presentert for, respekterte saken, men vedkommende diskuterte den ikke med den personen som tok den opp der og da. Det er betingelsen for at relasjonen skal være treleddet, i følge Skjervheim (1996). Relasjonen var heller ikke toleddet fordi den som saken ble presentert for, ikke gikk til angrep på personen som tok opp saken, eller stilte spørsmål om hennes motiv slik at hennes personlige frihet ble fratatt henne.

Ad. sosionomens andre møte med den pårørende.

Den pårørende hadde sitt arbeid som hun ikke greide å skjytte etter det som hadde skjedd med datteren og situasjonen endret seg dermed totalt. I tillegg hadde hun sin familie og sitt nettverk å ta hensyn til. Hun kontaktet sin fastlege og fikk ordnet med sykemelding. For sin egen del var det påkrevd for henne å følge opp sin datter ved å være hos henne og å gi omsorg og støtte. Parallelt med dette måtte hun forholde seg til de ulike faggrupper for å bli oppdatert med hensyn til hvordan det gikk med pasienten. Det ble en strøm av informasjon å holde orden på. Den pårørende hevdet at det var best for henne å være mest mulig på sykehuset. Når hun var til stede sammen med pasienten, hadde hun følelsen av kontroll over situasjonen. De gangene hun ikke hadde vært tilstede, syntes hun at mye informasjon var gått tapt og hun følte usikkerhet. Trykket hun følte var stort og for å komme seg gjennom, hadde hun laget en strategi for å lette på trykket. Hun gikk tilbake i tid for å lage en strategi for hvordan hun

burde ha forholdt seg overfor sin myndige datter, for å ha forhindre at hun ble rammet av hjerneslag. Sosionomen støttet fru Roren på den måten at hun forholdt seg stille da hun gikk tilbake i tid og snakket om det hun burde ha gjort.

Gjennom samtalen kunne bevisstgjøring og anvendelse av Skjervheims treleddede relasjon bidra til at yrkesutøver opprettholdt respekten for den pårørende. Behovet den pårørende hadde for støtte og bekreftelse gjennom samtaler om både sin egen situasjon, men også datterens situasjon var stort. Selv om samtaler var konsentrert om det samme emnet, var det måten yrkesutøver møtte den pårørende på som var avgjørende. Å ha saken som det tredje leddet i relasjonen, er betydningsfullt. I følge Wyller (Wyller T. I Christoffersen 2005:53), er det utfordrende å håndheve den treleddede relasjonen. Hva kan årsaken være til det?

Ad. sosionomens tredje møte med den pårørende.

Fru Roren mente at sosionomen i egenskap av sin profesjon, burde kontakte bedriften datteren var ansatt i for å melde fra at hun var syk og forhindre fra å møte på jobb. Sosionomen kunne ikke gjøre det grunnet taushetsplikten. Hvis hun skulle ha gjort det, måtte hun ha fått tillatelse av pasienten i form av fullmakt eller samtykkeerklæring. Fru Roren måtte bli informert om saken.

I løpet av den perioden som var gått og den pårørende hadde hatt sine samtaler med sosionom, var deres forhold gått fra å være asymmetrisk til å bli mer jevnbyrdige, på den måten at sosionomen så på seg selv mer som en støtte på lik linje med en hvilken som helst og ikke i egenskap av sin profesjon. En av de suverene livsytringer som Løgstrup snakker om, barmhjertighet, appellerer til noe i mennesket som gjør at det innstiller seg på å hjelpe uforbeholdent. I situasjonen satte sosionomen seg inn i den pårørendes sted og viste sin medfølelse for hennes opplevelser, slik at de grensene som asymmetrien i dette forhold innehar, ble utydelig. Var det den uforbeholdne trang til å gi hjelp og støtte for å dempe den pårørendes trykk, som gjorde det? Opptrådte sosionomen uprofesjonelt i situasjonen? Hvorfor gikk sosionomen inn i en rolle som en tjener?

Ad. sosionomens fjerde møte med den pårørende.

Sosionomens innstilling og ønske overfor den pårørende, var å bidra med noe og gjøre en tjeneste. I dette tilfellet skjedde det motsatte. Tjenestetilbudet ble begrenset. På dette tidspunkt ble det klart for henne at Fru Roren hadde vært låst i sine tanker og traumer omkring datterens

sykdom og situasjon. Hun så tilbake hele tiden og gjenopplevde det aktuelle da datteren ble rammet av sykdom. Blikket var rettet bakover istedenfor framover. Hun greide ikke å se at det var noen muligheter for datteren. Det hun var opptatt av med hensyn til fremtiden, var å forhindre at datteren fikk enda større vanskeligheter enn det sykdommen kunne bringe med seg. Hadde ikke sosionomen engasjert seg i det som Skjervheim kaller den andres påstand slik at det ble en diskusjon mellom de to i relasjonen? Sosionomen hadde i stor grad bare lyttet til det den pårørende hadde snakket om, fordi hun ikke ville bryte inn i hennes betraktninger og refleksjoner.

Ved å gripe tak i den pårørendes situasjon, løftet man henne et trinn opp, i overført betydning, for at hun skulle få et perspektiv på datterens situasjon og utvikling. Da hun hadde fått et innblikk i dette, ville hun ha et bedre grunnlag for å følge med på datterens opptrening og fremgang mot målet som var å bli frisk. Denne prosessen ville gi positive ringvirkninger. Den pårørende ble introdusert i datterens framgang ved hjelp av et skåringsdokument (Kjernerdokumentet) som blir brukt på tverrfaglig møte. Denne oppdagelsen ga henne en positiv opplevelse. Fokus for samtalen ble rettet mot det som var positivt med hensyn til Tones progresjon i forhold til hennes funksjonsnivå ved innleggelsen. I denne saken, var det lett å oppfylle den treleddede relasjonen. Saken utløste konsentrasjon og interesse omkring skåringsdokumentet. Den pårørende fikk et nytt perspektiv som skapte et håp om datterens fremtid. Dette hadde effekt også i forhold til datteren.

Ad. sosionomens andre møte med pasienten.

Tone viste bekymring og angst for hvordan livet hennes ville bli etter at hun var rammet av hjerneslag. Det var uendelig mange spørsmål som ble reist, men hovedspørsmålet var: Ville hun få tilbake alle sine funksjoner og bli sånn som hun var? Det lå en lang vei foran henne og hun måtte gå aktivt inn og kjempe for å komme tilbake til utgangspunktet. Til dette trengte pasienten oppmuntring, motivasjon og trøst for å styrke sitt menneskeverd. Her ble det snakk om å bearbeide selvtilliten og selvfølelsen. Det var de tingene som Tone selv var opptatt av og som opptok henne. Dette ville sosionomen gi henne tilbakemelding på og hjelpe henne med. Tone trengte tid når hun skulle snakke fordi hun hadde ordletingsvansker.

På hvilken måte kunne Skjervheims *den treleddede relasjon* komme til anvendelse i relasjonen mellom pasienten og sosionomen? Det var nettopp måten man møter den andre på i språket, som var det vesentlige. Tone hadde fått tilbake språket, og for å anvende det, måtte

selvsikkerheten styrkes og hun måtte få den tiden hun trengte til å få sagt det hun ville, uten negative følelser. Mennesker møter hverandre i tale og skrift (Skjervheim 1996:71). Det er dette som skiller oss fra dyr. Tones fortvilelse over å ha mistet mye av språkfunksjonen var lett å forstå. Men det hjalp henne ikke å være fortvilet eller oppgitt. Hvordan skulle man skape motivasjon for å komme videre?

Skjervheim hevder at det er språket som gjør at vi har samme verdi (Skjervheim 1996:71). Tone opplever at hun ikke har verdi, er det derfor? Også andre afasipasienter opplever det samme. For Tones vedkommende følte hun seg verdiløs etter at hun var blitt rammet av hjerneslag og mistet språket. Flere pasienter jeg har snakket med har hatt den samme følelsen. Kan opplevelsen av å føle seg verdiløs ha sammenheng med det? Ikke å kunne snakke, ikke å kunne formidle det man vil, ikke å kunne uttrykke glede og sorg verbalt, må være ubeskrivelig. I møtene med Tone som hadde fått svekket taleevne og språkforståelse, var anvendelsen av den treleddede relasjonen et godt verktøy da samtalen ble konsentrert om den saken hun tok opp. Å holde fokus på saken i den treleddede relasjonen var spesielt nyttig de gangene hun måtte bruke ekstra lang tid på å snakke. Sosionomens oppmerksomhet ble rettet fra pasientens funksjonssvikt og mot det saken dreide seg om.

Det er vanskelig å sette seg inn i noe man ikke har opplevd, men Tone ga et bilde av hvordan det følte å ha språkvansker. Det var som i en drøm hvor man skal løpe, man klarer ikke å løpe fordi bena er altfor tunge og kan ikke brukes. Hun beskrev at på samme måte som i drømmen om å løpe, klarte hun ikke å formidle det som var viktig for henne. Det kom ikke ord, bare lyder ut av munnen. Å mangle språk, var det Tone snakket om og hun uttrykte at hun var redd for å bli satt utenfor fellesskapet. I denne forbindelse trakk hun paralleller til hørselshemmedes situasjon. I sosiale lag, blir de holdt utenfor, kanskje av eget valg fordi det er vanskelig å skille lydene når flere snakker samtidig. Det er viktig for dem å ha én person å snakke med om gangen. Når det åpnes opp slik at de kan komme inn i det sosiale lag igjen, greier de likevel å uttrykke og formidle det de tenker. En person som har språkvansker, trenger mye tid for å formidle noe. Hvordan føles det å bli satt utenfor fellesskapet i en sosial sammenheng? Og hvordan vil man takle dette? Hvilken belastning påfører man seg selv når man frykter for den dagen man eventuelt blir utestengt fra et sosialt fellesskap? I daglige og høytidelige situasjoner er det gjennom skrift og tale vi kommer i kontakt med andre. Forstår vi ikke den andres språk, lever vi i hver vår verden uten annet enn overfladisk kontakt, sier

Skjervheim (1996:71). Hvordan oppleves den isolasjonen en pasient med språkvansker må leve med?

Ad. sosionomens tredje møte med pasienten.

Vi hadde avtale om å gå gjennom de sakene som blant annet hadde med sykemelding å gjøre. Da vi manglet faktaopplysninger omkring arbeids- og studiested, ble møtet om det emnet utsatt til Tone hadde vært hjemme og hentet det vi trengte.

Det var inspirerende å se at Tone greide å gå selv. Dette var et konkret eksempel på hva som bidrar til å skape motivasjon. Sin egen pasientsituasjon hadde hun også fått et perspektiv på etter at hun hadde blitt mer selvhjulpen på alle plan. Erobring av funksjoner og stadig nye fremskritt, skapte pågangsmot og motivasjon. Tone ønsket å snakke om det å være overlatt i andres hender fordi hun var ute av stand til å ta vare på seg selv. Hun snakket om nærheten til personalet spesielt i forbindelse med tømning av avfallsstoffer og intimpleien, og hvordan hun stilte seg utenfor sin egen kropp når hun ble hjulpet og pleiet. Dette er ikke en unaturlig måte å takle "invasjon" av sin egen kropp på (Lillestø 2005:106). Skjervheim sier at det ikke er grenser for hva en kan objektivere. Kunne Tone hatt hjelp av å objektivere seg selv?

Prinsipielt går det ikke an å objektivere seg selv, selv om en kan se på seg selv som et faktum, som nevnt ovenfor, men det er umulig i dette faktum som jeget ser at jeget ser og konstaterer. I situasjonen Tone er i, går det ikke an. Men hvis hun tenker tilbake og reflekterer over det som var i situasjonen, blir det faktisk en annen konstatering enn den jeget opplever i situasjonen. Når Tone reflekterte over det å være pleiepasient, kan Skjervheims teori være nyttig for å få distanse. Ikke bare i tid, men også til det hun følte var vanskelig og problematisk.

Tone var i en situasjon som gjorde at hun ikke kunne velge om pleiepersonalet skulle vaske og stelle henne, eller hjelpe henne når hun skulle på toalettet. I den situasjonen hun var i, hadde hun ingen muligheter til å velge bort denne hjelpen selv om det var uvant og rart å la andre mennesker komme innenfor de mest intime og private sfærer. Selv om hun forsøkte å skyve tankene om dette unna ved å tenke at hun ikke var den eneste som hadde behov for denne spesielle tjenesten, følte hun seg sårbar og overgitt i situasjonen. De gangene hun hadde forsøkt å si i fra, gikk det ikke bra fordi hun ikke greide å si det hun skulle. Det at hun impulsivt forsøkte å si noe som bare ble lyder, gjorde henne nedtrykt i etterkant. Hun ydmyket seg selv på en ubevisst måte. Ikke på ett område greide hun å mestre ting på egenhånd. Hun hadde ingen konkret sfære som var helt privat i denne fasen, men dette var prisen hun måtte

betale som funksjonshemmet. Derimot hadde hun en abstrakt sfære. Hun lot tankene foreta en mental reise mens pleierne hjalp henne.

Etter hvert som hun ble friskere, måtte hun vaske og stelle seg selv ved håndledning av pleiere eller ergoterapeuter. Da måtte hun konsentrere seg om oppgavene som hadde med kroppspoleien å gjøre. Hun så hensikten med denne hjelpen som bidro til å gjøre henne selvhjulpen.

Ad. den avsluttende samtalen.

Innen fenomenologien som Skjervheim ble påvirket av, er det slik at jeg ikke kan se på meg selv som en avgrenset person og den andre som noe helt annet, og måten vi er sammen på som ytterligere en sak. Den andre er slik jeg fortolker henne og mine fortolkninger er en del av den måten jeg møter den andre på. På samme måte er det også for den andre. Hun har sine fortolkninger av meg. Fortolkningen foregår gjennom hele samtalen, hele tiden for begge parter. Det er som en dynamisk vekselvirkning mellom partene i relasjonen. Sakene Tone som tok opp med sosionomen og som de konsentrerte seg om, ble saken i den treleddede relasjonen. Det var henholdsvis sykemeldingen, brevet som skulle sendes til studiestedet og telefonen som skulle tas til Nav.

Kapittel 5.

Jeg har ovenfor analysert kasuset i lys av Skjervheims *Den treleddede relasjon*, og innledet analyseringen med sosionomens første møte med pasienten der møtet fikk et annet utfall enn forventet. Deretter fulgte de respektive møter sosionomen hadde med det tverrfaglige teamet, legen, den pårørende og til sist med pasienten.

I dette kapitlet vil jeg utarbeide en kritisk refleksjon ved å gå tilbake til kapitlene 3 og 4, hvor jeg analyserte kasuset i lys av henholdsvis *Den etiske fordring* og *Den treleddede relasjonen*. Med utgangspunkt i dette materialet vil jeg se om sosionomens kunnskap har bidratt til at pasienten og den pårørendes verdighet, er ivaretatt på en respektfull måte. Drøftingen vil jeg foreta i perspektivet av Knud E. Løgstrups *Urørlighetssonen* og Hans Skjervheims *Det instrumentelle mistaket*. Innledningsvis vil jeg introdusere *Urørlighetssonen* og *Det instrumentelle mistaket*.

Introduksjon til teorien.

Forskjellen mellom grunner og motiv er at med grunner for våre handlinger, skjuler vi våre motiv om en handling er riktig eller ei. Det kommer an på de grunner vi har til å gjøre dem. Hvilke motiv som driver oss, kommer ikke saken ved, i følge Knud E. Løgstrup i *Urørlighetssonen* (1982). Skal vi drøfte en sak med et annet menneske, betinger det at vi har evnen til å skille mellom grunner og motiv. Vi har rett til å begrunne våre standpunkter og angripe de grunner som diskusjonspartneren anfører til forsvar for sine. Men hvis vi trekker frem diskusjonspartnerens motiv, blander vi sak og person, og den saklige diskusjonen går i stå. Bruken av det private gjør den andre forsvarsløs. Det vi sier trenger faktisk ikke å være galt, men å bringe den andres motiv på bane, innebærer at vi har gått over en grense til det private på en måte som setter stopper for den videre kommunikasjonen. Ved å legge vekt på motivene diskusjonspartneren tar opp, forholder vi oss til den andre som om han ikke var noe annet enn objekt. ”I følge Skjervheim (1996:75): Ved å objektivere den andre går ein til åtak på den andre sin fridom.” I den treleddede relasjonen er det nettopp saken som begge parter forholder seg til. Den gir respekt for hverandre, og gjør begge til subjekter i relasjonen.

Forskjellen mellom å yte motstand og opphøye seg til autoritet består blant annet i at man har grunn til å øve motstand. Når man opphøyer seg til autoritet, er det derimot med interesse for

den andres motiv. Det er autoritært å angripe motivene til den andre for å trumfe gjennom sitt eget standpunkt. Dessuten er det effektivt i forhold til å sette den andre ut av spill. Instinktivt avstår de fleste fra å angripe mulige motiv som et middel til å feie den andres grunner tilside. Men det er ikke bare på grunn av den andres sårbarhet at vi holder oss unna den andres motiv. Det veier like tungt at den andres reaksjon ikke bare kan bli satt ut av spill, men også medføre at den andre kan bli egen, sta og påståelig. Å si til den andre at han tenker og mener som han gjør fordi han er innbilsk, kan vi ikke si.

Knud E. Løgstrup eksemplifiserer ved å beskrive en innbilsk elev som smisker med læreren ved å bruke unødvendige innvendinger og avvisninger, uten å ha forstått hva læreren eller de andre studentene har sagt, og opptar på den måten de andre studentenes tid. Nevnte eksempel konkretiserer urørlighetssonens "varemerke". Man må være forsiktig med å gi tilbakemelding på den andres motiv, da virkningen av sannheten kan skade og såre, hevder Løgstrup og understreker: "Een gang sagte kan deres virkning aldrig udslettes" (Løgstrup 1982:162). Holder vi oss til våre grunner, forholder vi oss samtidig til den andres grunner og vi kjenner til virkningen av våre ord som derfor ikke kan få fatale følger. Holder vi oss derimot til den andres motiv, mangler vi sansen for virkningen av våre ord og ordene vi bruker kan således få uanede konsekvenser. Uansett hvor forkastelig den andre bærer seg ad, kan man ikke konfrontere vedkommende med hans motiv for da blandes sak og person. Ord kan ha karakter av overfall når motivene legges til grunn. Så lenge angrep rettes mot våre grunner, greier vi å forsvare oss. Rettes angrep derimot mot våre motiv kan vi vanskelig forsvare oss. To fenomener legges til grunn, det er sansen for eller den manglende sans for virkningen av ens ord, og forskjellen på grunn og motiv.

Ordet "urørlighetssone" ble brukt for å beskrive et fenomen som både kan forklares med andre ord og under andre synsvinkler. "Ordet er imidlertid godt egnet til å få fram noen sentrale problemstillinger knyttet til grenser i profesjonsetisk sammenheng" (Christoffersen 2005:86). Forfatteren skisserte og analyserte etiske fenomener under en allmenn synsvinkel uavhengig av om det var i en profesjonsetisk sammenheng eller ei. Den framgangsmåten er viktig å understreke, for i det profesjonelle arbeidet med mennesker møter vi urørlighetssonen som et fenomen som vi kjenner til fra vår allmenne omgang med hverandre. Slike møter trekker opp bestemte grenser for oss. Spørsmålet er hva som skjer med disse grensene når vi møter dem i profesjonell sammenheng. Yrkesutøvers faglige kompetanse gir tilgang til urørlighetssonen. Det er ikke på grunn av et privat eller intimt forhold mellom pasienten og

den profesjonelle. Grensen for motivene krysses på faglig grunnlag for å opprettholde respekten for pasienten. Urørlighetssonens perspektiv er ut fra Knud E. Løgstrups tanke, ment å skulle ivareta og beskytte den andre, nemlig pasienten. I vår allmenne omgang med hverandre, trekker den opp bestemte grenser for oss på den måten at det skal være en grunn til å utføre handlingen, og ikke et motiv som driven en (Christoffersen 2005: 86-87).

I *Det instrumentelle mistaket* sier Hans Skjervheim: ”Praktiske handlingar er (...) handlingar i det sosiale feltet der rettesnora er ålmengyldige normer. Her er det ikkje det velkalkulerte som er pinsippet, men at ein handlar ut frå prinsipp som òg alle andre skal handle ut i frå” (1996:246). Forfatteren var en av mange som innså betydningen av å analysere arenaen hvor den praktiske handlingen er implisitt i relasjonelle forhold, altså praksisfeltet for etikken. Denne interesse for praksis ble kommentert og analysert med holdninger preget av grunnleggende, klassisk teori. Skjervheim skilte mellom det Aristoteles kalte ”poiesis” og ”praxis” som begge gir en beskrivelse av handlingsrelasjonen. Begge uttrykkene kan dreie seg om et menneske som forholder seg til et annet. I følge Aristoteles beskriver ”poiesis” den relasjonen som oppstår når et menneske vil gjøre noe med en gjenstand, en ting eller situasjon for å frambringe et produkt. Den greske filosofen bruker kunstneren som eksempel for å forklare hva ”poiesis” er, ved å beskrive utøverens hensikt med å forme stoffet for å skape et kunstverk. Det vil igjen si et menneske som gjør noe med en ting. Hans Skjervheim mener at denne form for frambringende handling, preger naturvitenskapelig tenkning og praksis, da den naturvitenskapelige forskeren og praktikerer står overfor et stoff som skal bearbeides. Dette arbeidet er innenfor rammen av ”poiesis”. Det mest kjente uttrykket fra Hans Skjervheim i denne sammenheng er ”det instrumentelle mistaket” (Wyller i Christoffersen 2005:51).

Det instrumentelle mistaket, i følge Hans Skjervheim, er å behandle mennesker som ting. I samfunnsvitenskapen kan man enten behandle mennesker som ting eller som mennesker. Det er grunnleggende og prinsipielle forskjeller på den måten naturvitenskapene og samfunnsvitenskapene forholder seg til mennesker på. Problemene vil oppstå hvis man forholder seg til og behandler mennesker som ting. Da oppstår det instrumentelle mistaket.

Ad. sosionomens første møte med pasienten.

Slik jeg ser det, ble Tone behandlet som ”en ting”. Tone hadde ikke vært innlagt på sykehuset lenge før sosionomen tok kontakt med henne. På tverrfaglig møte samme dag kom det fram at

det var uvisst hva hun led av og det indikerte enten at svar på prøver ikke forelå eller at det ennå ikke var tatt prøver av henne. Tones situasjon var som for pasienter flest, preget av usikkerhet. På den ene side hennes sykdom og bekymring omkring dette og på den annen side at hun nettopp var innlagt på sykehus med alt det som dette fører med seg av forskjellige inntrykk og opplevelser. Samtidig med at prøver skulle tas, var det ulike yrkesutøvere som skulle bistå henne med trening, kartlegging og samtaler.

Fra pasientens perspektiv er det utrolig mange mennesker å forholde seg til. Mange ting skjer i et høytt tempo, som ulike typer undersøkelser, prøvetaking og røntgenbilder. Også kartlegging og samtaler hører med ved innleggelse på sykehus. De ulike yrkesutøverne står i kø for å få kontakt med pasienten. Det er ikke mye fred og ro å få selv om det er det man trenger mest av alt. Nytteverdien av å starte opptrening på et så tidlig stadium som mulig er dokumentert å ha god effekt. Dessuten er det livsnødvendig at ting skjer raskt for å få stilt diagnose og få riktig behandling iverksatt så raskt som mulig. I denne situasjonen er det viktig at tiden utnyttes maksimalt.

Tones kroppsspråk bar preg av klar tale. Skulle man oversette dette til verbalt språk, ville det bli: ”Nei! Jeg vil ikke!” Sosionomen hadde forberedt seg til samtalen, men greide ikke å ta innover seg hva pasienten svarte. Hva var årsaken til det? Er det slik at yrkesutøver gjerne vil se pasienten slik hun er, og høre på hva pasienten sier? Eller er dette bare et munnhell når det kommer til stykke? Pasienten hadde ikke rukket å komme seg inn på rommet sitt da sosionomen traff henne i korridoren sammen med fysioterapeuten. Tones situasjon var totalt annerledes enn den sosionomen hadde innstilt seg på. I all kommunikasjon utleverer man seg selv, og normalt møtes man med en naturlig tillit til hverandre (Løgstrup 2008:17). Sosionomen kjente ikke Tone fra før, men fysioterapeuten var en av hennes kollegaer. Nettopp fordi pasienten ga uttrykk for å være sliten og utilpass, hadde fysioterapeuten allerede vurdert at pasienten trengte hvile. Men så dukket sosionomen opp med sitt oppdrag, og det ble utvekslet tolkninger omkring pasientens tilbakemeldinger. Samtalen som hun innledet, stoppet straks, da pasientens respons på denne kun var et enstavelsesord.

Følte sosionomen seg avvist og fikk hun av den grunn mistro til pasienten? (Løgstrup 2008:28) Umiddelbart begynte de to yrkesutøverne å samtale om pasienten og hennes tilstand, og de foretok avgjørelser over hodet hennes. Kollegaene besluttet at sosionomen skulle utsette samtalen. Den etiske fordring beskriver ikke bare hvordan man handler mot det andre

menneske, men peker også på den måten man forholder seg til menneskelivet på i det store og hele, også sitt eget. I kraft av sin kompetanse skulle makten og den delen av pasientens liv sosionomen hadde i sin hånd, brukes til den andres beste. Ble det slik?

Skjervheim snakker om språket som har vesentlig verdi for oss mennesker i samhandling med andre. Tone uttrykte ett ord og det var absolutt alt hun sa. Øynene hennes uttrykte motløshet. Det var noe ved pasienten som impulsivt gjorde at sosionomen fikk medfølelse for henne. Begrepet medfølelse hører med til en av de suverene livsytringer som Løgstrup beskriver, og som går og kommer utenom normer og retningslinjer vi ellers forholder oss til. Var pasienten Tone som en ting for sosionomen og fysioterapeuten? Begge yrkesutøverne har en jobb å gjøre, og tidsrammen kan være knapp. Nye pasienter kommer, de skal kartlegges slik at yrkesutøverne kan fremlegge sitt resultat på det tverrfaglige møtet. Noen ganger føles det som om arbeidsdagen er for kort fordi man ikke har rukket gjennom listen med navn på de pasienter man skulle ha vært innom.

Krav fra arbeidsgiver om å gjøre en god jobb er også et medvirkende element. Hva er en god jobb? Avdeling for fellesfunksjoner (AFF) er pålagt av organisasjonen å føre statistikk over antall pasienter som behandles hver måned. Hvis man ikke sender statistikk til sine overordnede i løpet av de første tre dagene i måneden, får man en e-mail med spørsmål om den er ferdig. Hva er viktigst for organisasjonen, antallet pasienter man behandler, eller kvaliteten på behandlingen? Kravet fra arbeidsgiver og hensynet til pasientens integritet kommer i konflikt. Urørlighetssonen som vi kjenner som et fenomen i omgang med andre, innehar usynlige grenser for yrkesutøveren. Tar sosionomen hensyn til disse grensene? Skyver hun grensene foran seg med den begrunnelse om at ”bare jeg får gjort det jeg skal, kan det være det samme”?

Ad. det tverrfaglige møtet.

Den etiske fordring er overalt hvor det er snakk om at andres liv er avhengige av oss (Jensen 2007:89). Legen ivaretar sin del av det hun har av pasientens liv i sine hender. Det samme kan man si om de øvrige yrkesutøvere innen sine respektive profesjoner. Men er fordringen så enkel og grei å ha med å gjøre? Samtlige yrkesgrupper utøver en samvittighetsfull og seriøs jobb overfor pasienten. I følge Løgstrup er det ingen som har hevd på den etiske fordring. Det er opp til den enkelte å begripe hva som kreves av en i situasjonen. Den treleddede relasjonen i kommunikasjonen handler om pasienten som blir saken mellom to eller flere yrkesutøvere.

Disse diskuterer anliggender rundt det medisinske eller andre ting knyttet til pasientens situasjon.

Samtlige yrkesutøvere på tverrfaglig møte får informasjon fra den eller de av kollegene som har vært hos pasienten, saken blir drøftet og det blir bestemt hvilke tiltak man skal iverksette. Kommunikasjonen er åpen og informativ og samtlige som er til stede blir involvert og engasjert. Det tverrfaglige møtet fungerer slik at de ulike yrkesutøverne utveksler informasjon om pasienten. Er det noe pasienten tar opp med en av yrkesutøverne som for eksempel at hun ønsker en samtale med sosionomen, blir dette formidlet og ordnet. Pasienten kan dra nytte av dette på samme måte som når hun har fortalt om et eller annet som har gjort inntrykk og som bør tas hensyn til. Dette formidles da på det tverrfaglige møtet. Pasienten skal slippe å fortelle det samme om og om igjen. Dreier det seg derimot om sensitive opplysninger som hun i all fortrolighet har delt med sosionomen eller med en annen yrkesutøver, formidles dette ikke. For at det tverrfaglige møtet skal virke som en informasjonskanal for pasienten, trengs det noen dager for at dette skal fungere. De første par dagene etter at pasienten er innlagt, er det stor aktivitet med hensyn til kartlegging og annet, hvilket er en stor belastning for pasienten. Dette kan sies å være en svakhet i dagens rutiner på Seksjon for slagenheten. Mon tro om det går an å gjøre noe med dette for å bedre pasientens situasjon de første døgn etter innleggelse?

Ad. legens informasjon om Tones diagnose.

Da legen hadde orientert sosionomen om at pasienten var rammet av hjerneinfarkt på venstre side, fikk man forklaring på årsaken til at hun hadde svart som hun gjorde. Sosionomen måtte derfor utsette sitt oppdrag på ubestemt tid. Tone var i trygge hender som den pleietrengende pasienten hun var. Mange av hjerneslagpasientene er pleietrengende de første døgn, men det er individuelt i hvor stor grad de er pleietrengende. Med den diagnosen som var stilt i Tones tilfelle, var det sannsynlig at språkfunksjonen også kunne være rammet. Skjervheim sier (1996:71) at det er språket som gir oss samme verdi som mennesker. I så fall, hva føler da den personen som ikke har språk? Forstår den personen hva tap av taleevne innebærer? I varierende grad har pasienter innsikt i sin egen situasjon de første dagene etter det inntrufne. Og Skjervheim fortsetter med å si at hvis vi ikke forstår språket til hverandre, lever vi i hver vår verden. Kan Tones sykdom ha gjort noe med språket og språkforståelsen hennes?

Det er ikke gitt at pasienten er rammet av hjerneslag, selv om hun er innlagt på slagenheten. Det er ikke alltid det går like raskt å stille diagnosen. Noen symptomer er vanskelig å skille

fra hverandre. I påvente av å få stillet rett diagnose, kan pasienter bli plassert på en sengepost som har den pasientgruppen som pasientens symptomer samsvarer med.

Ad. sosionomens første møte med den pårørende.

Sosionomens første møte med den pårørende skjedde under helt spesielle omstendigheter. Fru Roren hadde nettopp fått kjennskap til datterens diagnose. Det var som om tiden sto stille inne i rommet. Morens ansenhet utløste en skjelving over hele kroppen. Etter hvert begynte hun å snakke. I begynnelsen var det mye enetale med hovedvekt på datterens livshistorie, men etter hvert ble hun liksom sittende fast i det økonomiske rundt inntekter og utgifter, og spesielt det siste. På hvilken måte kunne sosionomen gi den pårørende den støtten som hun trengte i situasjonen?

I situasjonen var den ene utlevert til den andre. Det var et asymmetrisk forhold, det vil si at våre innbyrdes forhold var maktforhold, og den ene hadde mer eller mindre av den andres liv i sin makt (Løgstrup 2008:65). I kjølvannet av at en var utlevert en annen, kom den etiske fordring som var gitt med tilliten og som skal tolkes. ”Hver dag har vi de andres stemninger og en skønne dag har vi et andet menneskes hele skæbne i vor magt” (Løgstrup 2008:66).

Sosionomens følelser av å bli tvunget inn i et rom sammen med to vilt fremmede som opplevde sorg og fortvilelse, skapte en ambivalent holdning hos henne. På den ene side ønsket sosionomen å ta i bruk urørlighetssonen for alt den var verdt, for ikke å være for påtrengende og for nær. På den annen side hadde hun stor medfølelse for dem begge. Man kan ikke sette seg inn i en annen persons sted, men man kan ane den bunnløse fortvilelsen som er nærværende. Brukte sosionomen sin rolle til å ivareta den pårørendes verdighet? Greide hun å gi respons på det som den pårørende snakket om slik at hun følte at respekten ble ivaretatt? Samtalen forløp hele tiden på en slik måte at man kunne la seg engasjere. Den pårørende hadde behov for å snakke i den situasjonen hun var i. Hennes tale og det hun sa fungerte som en ventil i forhold til å kunne takle belastningen som datterens sykdom plutselig hadde påført henne. Hun var i en sjokktilstand som hun trengte støtte til å komme gjennom. Den etiske fordring der og da besto i å ta vare på det av den pårørendes liv som lå i sosionomens hånd. Måten sosionomen valgte å nærme seg på da, var å være sammen med henne så mye som mulig denne dagen.

Ad. sosionomens andre møte med den pårørende.

Den ideologiske ivaretagelse av den andres liv er nødvendigvis ikke bare innholdet av en fordring som ikke er oppfylt. Sosionomens tilstedeværelse var en konkret handling som ga støtte til den pårørende. Den pårørende var i en vanskelig situasjon i forhold til sin syke datter. Hun ville gjøre alt for henne, både for å lette trykket for sin egen del, men også for å skåne datteren og forhindre at hun skulle komme i en uønsket økonomisk situasjon på grunn av sykdommen. Samtidig med å bære en stor sorg, organiserte hun trivielle ting. Den pårørende opplevde et veldig trykk og hun bearbeidet sine egne følelser på sin spesielle måte. Sosionomen beundret fru Roren i måten hun organiserte sin hverdag på i forhold til å komme seg videre gjennom de tunge dagene.

Gjennom den nærhet som sosionomen hadde hatt til den pårørende siden datteren ble innlagt, hadde hun fått inngående kjennskap til familien. Opplysningene sosionomen satt inne med gjorde at hun forsto fru Roren veldig godt da hun argumenterte og resonnererte seg fram til ulike løsninger for sin datter før hun ble syk. Den pårørende var løsningsfokuset i forhold til å forhindre at datteren skulle komme opp i uføre med hensyn til økonomi. "Hvis-bare-mentaliteten" var en faktor for selvbebreidelse som det var viktig å få utløp for der og da. Slik vurderte sosionomen situasjonen. Burde sosionomen vært mer beslutningsdyktig og trygg på når hun skulle ha grepet inn? Men hva da med den pårørendes tankerekke, ville ikke den blitt forstyrret da? For her kommer faktisk urørlighetssonen inn og setter grense for sosionomens inngripen. Eller brukte sosionomen urørlighetssonen for å slippe å gripe inn? Kan man bare begynne å snakke slik at hun som er i gang med å formidle sine tanker, må stoppe? Hvordan burde sosionomen ha tatt tak i situasjonen?

Ad. sosionomens tredje møte med den pårørende.

Fru Roren lå et hestehode foran med hensyn til det som hadde med økonomiske anliggender å gjøre. Hun mente at nå var tiden inne til å kontakte Tones arbeidsgiver og hun ville at sosionomen skulle gjøre det. Sosionomen oppfattet den pårørendes argumentasjon som svært viktig for at Tone ikke skulle tape ansikt og penger. Det var lett å forstå. Der og da opptrådte sosionomen ikke som en profesjonell fordi hun sa ikke klart i fra at hun ikke kunne ta denne telefonen uten pasientens tillatelse. Sosionomen omgikk utfordringen ved å utsette saken. Da saken om at sosionomen skulle kontakte pasientens arbeidsgiver, ble utsatt, levde fru Roren i den tro at sosionomen ville gjøre dette for henne. Hva annet skulle hun tro? Når den som innehar en profesjonell rolle bare sitter der og er taus, vil det si at denne personen er enig. I et

gammelt ordtak heter det nemlig at ”den som tier, den samtykker”. I lys av den etiske fordring, greide ikke sosionomen der og da å ta vare på den delen av den andres liv som var i hennes hånd. I sosionomens hånd lå den tilliten som fru Roren hadde til sosionomen. Sosionomen hadde gitt uttrykk for sin støtte samtidig som hun ville hjelpe henne i denne vanskelige situasjonen hun var i.

Fru Rorens utgangspunkt var at datteren ikke var i stand til å ordne saker og ting selv. Hun visste godt at datteren var myndig. Men hva hjelper det å være myndig når man er ute av stand til å ta hånd om seg selv? Hennes intensjon var neppe å gå bak ryggen til datteren. Hennes hovedanliggende var å ordne opp for datteren som var syk. Sosionomen på sin side ville så gjerne være til hjelp for den pårørende. Det som gjorde henne sårbar var at hun ikke klarte å heve seg over en uprofesjonell medfølelse. Og derfor utsatte hun å gi klar beskjed om at hun hadde taushetsplikt. Hun følte det vanskelig å ikke etterkomme fru Rorens ønske.

Ad. sosionomens fjerde møte med den pårørende.

Hadde sosionomen kastet blå i øynene på den pårørende ved ikke å informere henne på et tidligere tidspunkt om sin taushetsplikt i forhold til pasienten? Hvor viktig er det ikke å være realistisk og nær, og ikke utsette vanskelig ting. Selv om man som yrkesutøver kan bli overveldet av medfølelse for de man står overfor, må man være klar over sin rolle i situasjonen. Den treleddede relasjonen ivaretar respekten for den som tar opp saken såfremt den som hører på gir tilbakemelding og diskuterer saken videre med den som tok den opp. Hadde ikke sosionomen hørt på hva den pårørende hadde sagt? Det hadde vært mange saker å engasjere seg i i det som fru Roren hadde snakket om. Men der og da følte sosionomen at hun ikke kunne bryte inn.

Å rydde opp i uklarheter kan være en vanskelig jobb. Sosionomen måtte informere den pårørende om at hun ikke på noen måte hadde anledning til å kontakte pasientens arbeidsgiver på grunn av taushetsplikten. Kontaktet hun pasientens arbeidsgiver ville hun røpe et pasientforhold, samtidig som hun ville gå bak pasientens rygg. Det var viktig å bruke tid for at alle spørsmål som den andre ville stille, ble besvart. For å opprettholde tilliten er det viktig å få understreket at det ikke ligger noe motiv bak. Pasientens autonomi skal ivaretas uansett hvilken situasjon hun er i. Dette måtte også komme klart frem. Og sist men ikke minst, hvis pasienten noen gang spurte om hennes mor og sosionomen gikk bak hennes rygg, kunne man svare avkreftende på det.

Ad. sosionomens andre møte med pasienten.

”Det er språket som gjer at vi har sams verd” (Skjervheim 1996:71). Mange pasienter som har eller har hatt språkproblemer sliter med depresjon og følelse av mindreverdighet. Hvordan er det å være forhindret fra å kunne kommunisere? Løgstrup peker på sinnreserven innen urørlighetssonen. Sinnsreserven kan bli sterkt redusert eller totalt fraværende når man blir syk. Fra pasientens perspektiv er det viktig at den profesjonelle viser respekt og skaper trygghet i relasjonen når den syke ikke har noen sinnsreserve å trekke på. Når man skal drive motivasjonsarbeid, er det ikke spørsmål om man skal, men hvordan man skal gjøre det (Christoffersen 2005:94).

Mange spørsmål dukker opp når man snakker med noen som plutselig er blitt funksjonshemmet. Hvordan opplever man det? Hva føler man? Det kan være savn og tap, fortvilelse og sorg, kamp og livsløst, og ikke minst oppgitthet. Det kan også være glede over ulike ting som har med mestring å gjøre og glede over små fremskritt. Mestringsfølelsen skaper motivasjon.

Løgstrup snakker om livsmotet i urørlighetssonen (Christoffersen 2005:95). Kan opplevelsen av å ikke kunne uttrykke seg verbalt gå utover livsmotet til pasienten? Christoffersen eksemplifiserer dette ved å beskrive hva barnebokforfatteren må være opptatt av for ikke å skade barnet. Boken kan være realistisk, men ikke så realistisk at den tar livsmotet og forventningene til livet fra barnet. Denne moralen pålegger forfatteren seg selv i sitt forhold til barnet. På samme måte som forfatterens krav til seg selv, må den profesjonelle stille lignende krav i samhandling med pasienten. Dette har med moral å gjøre. Sosionomen må være realistisk, men på en skånsom måte. I motivasjonsarbeidet må fokus være rettet mot forventningene til det som ligger foran. Opplevelsen av funksjonssvikt kan sette pasienten ute av stand til å se muligheter for fremtiden. Fra pasientens ståsted er det lett å fokusere på tapet av kroppsfunksjoner, spesielt når det er relatert til det som har fungert. Funksjonssvikten kan bli som en barriere som må forseres. Til dette arbeidet kreves tid og tålmodighet både av pasienten selv og av sosionomen. Generelt vet man at pasienter som har fått språkvansker, lettere får depresjoner enn andre pasienter. Medikamentell behandling hjelper på den måten at pasienten ikke trenger å bruke krefter på det som har med depresjonen å gjøre, men kan konsentrere seg om det framtidige og det som kan skape motivasjon. Når man har mistet språket helt eller delvis, blir man da sett på som en ”ting”? Måten sosionomen møter

pasienten på kan skape en nødvendig gnist som gir den andre lyst til å gå videre. Det igjen skaper økt livsmot. I kjølvannet av et møte kan det også skje at pasienten føler seg fullstendig utladet - som et utladet batteri.

Ad. sosionomens tredje møte med pasienten.

Pasientens opplevelser av sin situasjon, de personlig og de sosiale spilte en vesentlig rolle i forhold til nederlagsfølelsen. Lillestø (2005) beskriver hvordan mottakeren av omsorgen opplever den. Mottakeren kan være pasient på sykehus, på institusjon eller i sitt eget hjem. For i begrepene pleie og omsorg er det handlingene som kommer til uttrykk. Hvordan handlingene utføres kan oppfattes forskjellig fra den ene pasient til den andre. For Tone var det ikke bare omsorgen og pleien i seg selv som opplevdes som nederlag. Det var plutselig å være i den situasjonen hvor hun gjennom sykdommen som rammet hadde blitt funksjonshemmet. Hjerneslaget gjorde den friske personen til en funksjonshemmet person som ikke greide å ivareta egne behov og derfor ble totalt avhengig av andres omsorg. Overgangen fra å være frisk og selvhjulpent til å bli funksjonshemmet og hjelpetrengende, utløste sterke følelser. Mentalt spolte hun tiden tilbake, for hun klarte ikke å erkjenne at det var hun, Tone selv, som var i denne situasjonen. Det var med andre ord vanskelig å vedkjenne seg funksjonshemmingen. Hun stilte blant annet spørsmål om dette var en drøm?

Det var ingenting i veien med de som pleiet henne, sa hun. Men det var et nederlag at hun ikke greide å ordne alle disse tingene selv. Dette hadde hun jo greid tidligere. Hvorfor greide hun det ikke nå? Det er menneskelig å ha noen å klandre når livet blir snudd helt på hodet som det nå var blitt for Tone. Pleiepersonalet ble hennes klagemur. De var omsorgsfulle og profesjonelle og taklet Tones utspill. Selv klarte hun ikke å se det fra den siden. Hun ville ikke forstå at de var der fordi hun trengte dem. Tone var tilbake til tiden da hun sto opp om morgenen, gikk på toalettet, dusjet, kledde på seg, spiste frokost, pusset tenner, pakket ryggsekken og dro på jobb. Nå lyktes hun verken i å styre høyre hånd eller høyre ben. Skulle hun være totalt hjelpetrengende og avhengig av pleie og omsorg resten av sitt liv? Når hun forsøkte å si i fra behersket hun ikke språket, og det opplevdes som enda et nederlag. Hun sa at hun følte seg både verdiløs og maktesløs i den situasjonen hun hadde vært i. Kan omsorg i likhet med tillit høre med til de suverene livsytringer? Det hører med til menneskets tilværelse fordi vi er avhengige av hverandre som mennesker. Går det egentlig an å skille omsorg som ontologiske fenomen fra omsorg som handling ut fra dette? (Lillestø 2005:126).

Ad. den avsluttende samtalen.

Pasienten kom gående. Hun hadde fått tilbake mange viktige funksjoner som gjorde henne mer selvhjulpen. De konkrete sakene som sykemelding, brev til studiestedet og telefoner til Nav, ordnet sosionomen og pasienten sammen.

Kapittel 6.

Avslutning.

Når jeg skulle presentere kasuset erfarte jeg at refleksjonene var lettere å presentere og blottstille enn handlingene. Grunnen til det tror jeg er at handlinger er konkrete ting som man gjør og som blir stående. Selv om man, hvis man ikke er fornøyd, kan gjøre det annerledes ved neste anledning, er de tross alt noe som er gjort og som vanskelig lar seg skjule. Man kan heller ikke utslette dem. Refleksjoner derimot, er abstrakte og lettere å forholde seg til fordi det er et tankeeksperiment som ikke har slik innvirkning som konkrete handlinger. Man kan få ideer som kan skape gode løsninger i situasjonen.

I sosionomens første møte med pasienten, kunne det se ut som om yrkesutøverne har større respekt for kravet arbeidsplassen stiller til dem om stadig høyere effektivitet, enn de har til pasienten. På den måten vil de kunne utføre sine oppgaver uten å ta vesentlig hensyn til pasienten som, i dette tilfellet, var sliten. Jeg ser denne situasjonen og pasienten som et konkret eksempel i Hans Skjervheims *Det instrumentelle mistaket*. I lys av erfaringen ville jeg i dag stille med et åpent sinn når jeg går til mitt første møte med pasienten. I møtet vil jeg orientere meg om hvordan situasjonen er for pasienten for å planlegge videre fremdrift ut fra det.

Det tverrfaglige møtet har opparbeidet seg gode rutiner med hensyn til pasientens dags- og timeplaner, men disse kan først tas i bruk noen dager etter innleggelse.

Informasjonen fra legen om pasientens diagnose, var avklarende.

I sosionomens første møte med den pårørende, følte hun at hun på et vis var innenfor et privat område. Derfor tok hun på seg lytterrollen for å gjøre seg mest mulig usynlig, men samtidig være tilstede og tilgjengelig. Sosionomens medfølelse for den pårørende og pasienten hadde også innflytelse på sosionomens rolle. På hvilken måte ville jeg ha brukt min rolle som sosionom i en lignende situasjon i dag? Jeg ville helt klart ha gått aktivt inn for å skape en god og åpen relasjon mellom oss og ikke la meg overvelde av empati. Denne relasjonen skulle baseres på at sosionomens erfaringer skulle formidles og utveksles i kommunikasjonen med den pårørende som hadde mange ubesvarte spørsmål. Ved å bli fulgt tettere opp ville den pårørende bli spart for mange unødige bekymringer for sin datter. Datterens økonomi som

moren følte et stort ansvar for, ville da bli skjøvet over på den profesjonelle som tar ansvaret og som gir informasjon om det som er aktuelt i situasjonen.

I det andre møtet sosionomen hadde med pårørende, lot sosionomen fru Roren dvele ved den tiden som Tone var frisk. Hun vurderte fru Rorens situasjon dit hen at hun hadde stort behov for dette. I dag ville jeg ha benyttet meg av Hans Skjervheims treleddede relasjon, og engasjert meg i en av de sakene som fru Roren tok opp. Jeg ville ha diskutert saken videre med henne for på den måten å vise henne respekt, og slik kunne ”loset” henne bort fra hennes fastlåste forestillinger. Med utgangspunkt i denne teorien kunne jeg ha pekt på datterens fremgang på et tidligere tidspunkt.

I sosionomens tredje møte med den pårørende, viste hun seg som en svak yrkesutøver ved ikke å gi klar beskjed om at hun hadde taushetsplikt og av den grunn, ikke kunne kontakte pasientens arbeidsgiver når moren ba henne om det. Hun utsatte informasjonen til senere. Når jeg vurderer situasjonen i ettertid, ga sosionomen feil signaler i forhold til sin profesjon. Hvis sosionomen hadde engasjert seg aktivt i samtalen ved å ta opp diskusjonen som i en treleddet relasjon, hadde den pårørende fått beskjed umiddelbart om at sosionomen hadde taushetsplikt. For da hadde det nemlig vært en kommunikasjon mellom dem. Da hadde det også fremkommet at datteren var i god bedring. Fru Roren hadde blitt involvert i datterens små fremskritt på et tidligere stadium, og dessuten fått konstruktiv og kritisk respons på sine betraktninger og refleksjoner.

I det siste møtet sosionomen hadde med den pårørende, fikk sosionomen informert henne om sin taushetsplikt, samtidig som hun fikk gjort moren oppmerksom på datterens fremgang. Jeg tror sosionomen forsto at hun hadde vært unnfallende og ikke jobbet profesjonelt. Hun var derfor nødt til å kompensere med et eller annet da hun ikke kunne utføre tjenesten om å ringe pasientens arbeidsgiver. At sosionomen valgte å informere den pårørende om datterens fremgang ved å vise henne Kjernedokumentet, et skåringsdokument, for å kartlegge pasientens progresjon og som brukes på det tverrfaglige møtet hver uke, var en fin måte å få endret den pårørendes fokus på. I dag ville jeg ha spilt med åpne kort og ikke vært tilskuer, men deltaker i relasjonen med den pårørende, nettopp ved å bruke Hans Skjerveheims teori.

I det andre møtet sosionomen hadde med pasienten, ble det satt fokus på motivasjonsarbeidet. I det neste møtet ble temaet hvordan det hadde vært å være pleiepasient. Pasienten fikk

beskrevet sine opplevelser fra å være frisk til å bli funksjonshemmet. Hun fikk samtidig reflektert over de utfordringer dette førte med seg ikke minst med hensyn til følelsen av verdighet. Begge møtene var informative og lærerrike for sosionomen ved at hun fikk innsikt i hvordan det kan oppleves å bli funksjonshemmet. I dag ville jeg satse mer på samtaler som har denne type innhold. Pasienten kan dra nytte av å kunne reflektere over sin egen situasjon. Samtidig som jeg kan få en bedre innsikt og lære mye om pasientens situasjon.

Hvorfor gjorde sosionomen som hun gjorde? Det er vanskelig å beskrive hvilke krefter som utløses i relasjonen. Noen ganger kan jeg oppleve at den personen, pasient eller pårørende, er sterke personligheter som påvirker mine avgjørelser på en eller annen måte. Andre ganger er det min empati for den eller de andre, som gjør at jeg stiller meg i en posisjon som ikke er relevant for en profesjonsutøver. Dette gjaldt i møtene med den pårørende hvor jeg identifiserte meg med fru Roren fordi vi blant annet var på samme alder og hadde barn på samme alder. Det er en dårlig egenskap når man ikke klarer å skille mellom sin profesjonelle og private rolle. Det var ingenting som ble ødelagt og ingen som ble skadet ved at sosionomen foretok seg lite og ble den lyttende, men det tok lengre tid for den som har behov for støtte. Noen vil muligens hevde at lytterrollen i dette tilfellet, ikke var profesjonell. I situasjonen håpet jeg at vedkommende skulle få øynene opp så fort som mulig for tingenes tilstand. Jeg vurderte dette slik at den pårørende trengte denne ”omveien” eller måtte gjennom denne delen først, for å takle situasjonen. I dette perspektivet ser jeg at dette var en feil vurdering.

Hva ville sosionomen ha gjort i dag? Jeg ser det i et annet lys når jeg har fått distansert meg fra dette. Samtidig får jeg gjennom arbeidet med oppgaven, og i lys av teoriene bearbeidet mine handlinger og refleksjoner. Min erfaring gjennom denne prosessen har bidratt til å bevisstgjøre meg min rolle. Dessuten er det relevant i selve møtet med pasienten eller den pårørende å være klar over fordringen som er der, den er taus, men den krever noe av meg som profesjonsutøver. Jeg bør ikke være taus. Jeg har noe av den andres liv i min hånd som jeg har ansvaret for (Løgstrup 2008:33). I samtalen vil det på generelt grunnlag, være adekvat å respondere på den saken som tas opp. På den måten vil man diskutere den videre, for så å bringe vedkommende skritt for skritt framover. Ved å gjøre det slik vil sosionomen vise at hun har respekt for den andre. Jeg har lært å være kritisk og konstruktiv i forhold til meg selv i samhandlingen med de personer min profesjonsrolle retter seg mot. Dette vil jeg dra nytte av.

Min konklusjon er at kunnskap om Knud E. Løgstrups etikk og Hans Skjervheims filosofi øker sosionomens muligheter til å ivareta verdigheten til pasienten og den pårørende i samtaler på sykehus.

Litteraturliste.

- Andersen, Svend, (1995): *Løgstrup*. København: Anis.
- Bauman, Zygmunt, (1992): *Att tänka sociologiskt.*, Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Christoffersen, S. Aa., red. (2005): *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S.Aa., (1999): *Etikk, eksistens og modernitet. Innføring i Løgstrups tenkning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Englund, Ann, (2003): Når "vi" fikk slag. *Hvordan pårørendes livssituasjon påvirkes av ektefellens hjerneslag*. Hovedoppgave i sosialt arbeid. Hovedfagstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling for økonomi-, kommunal- og sosialfag, i samarbeid med Norges tekniske- og naturvitenskapelige universitet i Trondheim.
- Everett, E.L. og I.Furset, (2004): *Masteroppgaven: hvordan begynne – og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foss, Øivind, (2005): *Omsorgsetikk. Søkelys på omsorgens motivasjon*. Oslo: Cappelen.
- Frich, J.C. (2007): Forordet. *Hjerneslag. Tidsskriftets Skriftserie*. Tidsskrift for Den norske legeforening.
- Fure, Brynjar (2009): God slagbehandling på Ullevål.
http://vevus/modules/module_123/proxy.asp?I=22453&C=7&D=2 [lesedato 22.01.2009]
www.legehandboka.no
- Hansen, Nils Gunder, (1998): *En afgrund af tillit. Guide til Løgstrups univers*. København: Gyldendal.
- Jensen, Ole, (2007): *Historien om K.E.Løgstrup*. Fredriksberg C: Anis.
- Kerty, E., (2007): Så ung og rammet av slag. *Hjerneslag. Tidsskriftets skriftserie*. Tidsskrift for Den norske legeforening.
- Lillestø B. I Knutstad U. og B.K Nielsen.,red. (2005): *Sykepleieboken 2*. København: Akribe.
- LOV-1999-07-02-63 Pasientrettighetsloven – psl. Lov om pasientrettigheter m.v. (pasientrettighetsloven). (1999-07-02)
- Løgstrup, K.E., (2008): *Den etiske fordring*. Viborg: Gyldendal Fagbogredaktionen.
- Løgstrup, K.E., (2004): *Etiske begreber og problemer*. København: Gyldendal.
- Løgstrup, K.E., (1982): *Urørlighetssonen I System og symbol*. Essays. Danmark: Gyldendal.
- Martinsen, Kari, (2002): *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, Kari, (2005): *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.

- Martinsen K., I Bugge, David og P.R.Böwadt m.fl. red. (2006). *Løgstrups mange ansikter*. København: Anis.
- Mathiesen, EB, I.Njølstad m.fl., (2007): Risikofaktorer for hjerneslag. *Tidsskriftets Skriftserie*. Tidsskrift for Den norske legeforening.
- Neumann, Iver, (2001): *Mening, materialitet, makt. En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ohnstad, Anbjørg, (1993): *Den gode samtalen*. Samlaget, Oslo.
- Rød, S. (2009): Slår et slag for sosialfaget. *Fontene* nr. 04/2009:26.
- Røsvåg, Marit, (2007): *Sykehussosionomen – gråtekone eller profesjonell problemløser?* Brukerundersøkelse om erfaringer med sykehussosionom. Pasienters behov for støttesamtale og formidling av velferdsordninger i forbindelse med somatisk sykdom eller skade. Hovedfagstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, Avdeling for samfunnsfag i samarbeid med Norges tekniske og naturvitenskapelige universitet i Trondheim.
- Shulman Lawrence (1999): *The skills of helping individuals, families, groups and communities*. Itasca, Ill.: Peacock.
- Skau, Greta Marie, (1997): *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Skjervheim, Hans, (1996): *Deltakar og tilskoder I Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Skjervheim, Hans, (1996): *Det instrumentalistiske mistaket I Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Skedsmo, H.S. m.fl, (2008): Sosialt arbeid på sykehus: Ikke bare trygd og penger. Fagartikkel: Sykehussosionomer. *Fontene* nr. 12/2008:42-49.
- Stenberg, U., (2008): Pasienten som menneske. Fagartikkel: Sosialt arbeid. *Fontene* nr. 4/2008:34-40.
- Vetlesen, A.J. I Vetlesen, A.J., K.W.Reuter red. 2001: *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (2007): *Rett eller galt – eller noe midt i mellom, et studiehefte om yrkesetikk fra Fellesorganisasjonen (FO)*, Gan Grafisk. <http://www.fobsv.no/>.
- Østerberg, Dag, (1996): *Sosiologiens nøkkelbegreper*. Trondheim: Cappelen Akademisk Forlag.
- Aadland, Einar, (1998): *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo. Det Norske Samlaget. Fagartikkel: Sykehussosionomer. *Fontene* nr. 12/2008:42-49.

Ullevål sykehus (2002): *Jubileumsskrift over Geriatrisk avdeling*. Ullevål sykehus.