



Personsentrert sykepleie til eldre i hjemmesykepleien



Kandidatnummer: 696
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9226
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.19
<u>Tittel</u> Personsentrert sykepleie til eldre i hjemmesykepleien	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gi økt personsentrert og faglig forsvarlig sykepleie til eldre i en hektisk hverdag?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorikapittelet handler om hjemmesykepleierens funksjon i tjenesten, hvordan arbeidet er organisert på og sykepleierens profesjonelle rolle i forhold til den eldre brukeren. Videre er et rammeverk for personsentrert sykepleie presentert, og hvordan det kan implementeres i sykepleiepraksis. Joyce Travelbee sitt sykepleierteoretiske perspektiv om relasjoner er benyttet for å belyse forholdet mellom sykepleier og bruker. Til slutt presenteres etiske rammer og politiske føringer som har innvirkning på oppgavens tema og kontekst.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litteraturstudie som har tatt i bruk allerede eksisterende fag- og forskningslitteratur, samt egne erfaringer for å besvare oppgavens problemstilling.</p> <p><u>Drøfting</u> Kapittelet er bygget opp etter McCance og McCormack sitt rammeverk «<i>The person-centered nursing framework</i>». Den tar for seg både brukerens og sykepleierens perspektiv på rammeverkets fire ulike dimensjoner. Drøftingen vektlegger utfordringer og mulige tiltak som den enkelte sykepleier kan utøve i sin praksis for å oppnå personsentrert og faglig forsvarlig sykepleie i hjemmesykepleien.</p> <p><u>Konklusjon</u> For å utøve personsentrert og faglig forsvarlig sykepleie til eldre i en hektisk hverdag er det avgjørende at sykepleieren både kjenner sin profesjonelle rolle og er bevisst sine personlige holdninger. Kommunikasjon sammen med gode observasjoner kan bidra til faglig forsvarlig praksis, samt at det bidrar til å bygge relasjon med brukeren. Til tross for at tidspress er en utfordrende faktor, kan det se ut til at sykepleieren som faglig leder kan fremme betydningsfull informasjonsflyt om brukerne på tvers av ansattgruppen. Dette vil igjen kunne fremme kunnskapen om brukernes behov og ønsker.</p>	

(Totalt antall ord: 260)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling og kontekst.....	2
1.4	Begrepsavklaring	3
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teoretisk grunnlag.....	4
2.1	Hjemmet som arena for sykepleie.....	4
2.2	Den eldre tjenestemottakeren.....	5
2.3	Personsentrert sykepleie	6
2.3.1	Forutsetninger	6
2.3.2	Pleie- og omsorgsmiljø	6
2.3.3	Pleie- og omsorgsprosesser	6
2.3.4	Utfall	7
2.4	Sykepleierens profesjon	7
2.5	Kontinuitet	8
2.6	Menneske-til-menneske relasjonen	8
2.6.1	Kommunikasjon og maktforhold	9
2.7	Etiske rammer.....	10
2.8	Politiske føringer.....	11
2.8.1	Samhandlingsreformen	12
2.8.2	Love og forskrifter	12
3	Metode.....	14
3.1	Anvendt metode	14
3.2	Valg av faglitteratur	14
3.3	Valg av forskningslitteratur	14
3.4	Søkehistorikk	15
3.5	Kildekritikk.....	16
3.6	Etiske vurderinger	17
4	Presentasjon av forskningslitteratur	18
5	Drøfting.....	20
5.1	Forutsetninger.....	20
5.1.1	Det kliniske blikket	21
5.1.2	Kommunikasjon	22
5.2	Pleie- og omsorgsmiljø.....	22
5.2.1	Faglig ledelse	23
5.2.2	Kontinuitet.....	24
5.3	Pleie- og omsorgsprosesser	25
5.3.1	Brukerens sosiale rolle	25
5.3.2	Engasjement	26
5.4	Utfall	27
6	Avslutning.....	29
	Referanseliste.....	31

1 Innledning

Denne oppgaven vil omhandle personsentret og faglig forsvarlig sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I dette kapittelet vil bakgrunn for valg av tema og kontekst presenteres, samt hvorfor det er et aktuelt tema for sykepleiere. Kapittelet vil også ta for seg oppgavens problemstilling, som er basert på fag- og forskningslitteratur, relevante avgrensinger og begrepsavklaringer. Begrepsavklaringene definerer sentrale uttrykk i problemstillingen, mens avgrensningene skaper en ramme for oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjemmesykepleien styres av forhåndsbestemte arbeidslister som blir fastsatt til antall minutter som skal brukes per oppgave og per besøk, «hjelp til dusj: 15 minutter», «administrere medisiner: 5 minutter». Arbeidslistene retter seg i stor grad mot fysiske behov og ikke mot å se og høre mennesket man møter i sitt eget hjem (Strandås, 2018). Psykososiale behov anses i dag ikke som en del av hjemmesykepleien, men for at tjenesten skal være faglig forsvarlig må sykepleiere ta helhetlige og individuelle hensyn slik at trygghet og respekt for pasienten ivaretas (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

I Norge blir det stadig flere eldre, og levealderen øker. Statistisk sentralbyrå anslår at det vil være 1,3 millioner personer som er 70 år og eldre i år 2060, en dobling fra i dag (Leknes, Løkken, Syse & Tønnessen, 2018). I 2017 var det hele 46.365 personer over 67 år som mottok tjenester i form av hjemmesykepleie (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Mellom 2008-2014 var det en økning i antall personer over 67 år som mottok helsetjenester i hjemmet (Helsedirektoratet, 2016). Denne økningen av hjemmeboende eldre kan ses i sammenheng med Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), hvor fokuset på kortere liggetid på sykehus har ført til flere og sykere hjemmeboende eldre (Fermann & Næss, 2014).

Flere teorier vektlegger at bistand som gis til hjelpetrequende personer skal være personsentrert, likevel viser det seg at omsorg i praksis ofte bærer preg av rutiner, regler, standardisering og faglig ensporethet (Thorsen, 2014). På bakgrunn av dagens situasjon mener jeg det er relevant å belyse hvordan hjemmesykepleier kan utøve forsvarlig, personsentrert sykepleie til stadig flere eldre.

Fokuset på sykepleierens helsefremmende funksjon vil være mest relevant i denne oppgaven, da et overordnet mål innen hjemmesykepleiens arbeid er å hjelpe den enkelte til å mestre sin

hverdag i eget hjem (Fjørtoft, 2016). Helsefremming legger vekt på å ivareta og styrke pasientens ressurser både i personen selv og dens omgivelser. Helsefremmende arbeid hjelper personer til å få økt kontroll over egen situasjon og helse (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Sykepleierens funksjon understøttes gjennom punkt 2.1 og 2.3 i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som beskriver sykepleiers ansvar for å fremme helse og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). En tydeligere pasientrolle og medvirkning er en av hovedsatsningene i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), dette er også definert i loven, brukerens rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Sammen styrker dette behovet for personsentrert sykepleie, som setter pasienten i sentrum (Fjørtoft, 2016). Personsentrert sykepleie omfavner autonomi og personlige valg (Kogan, Wilber & Mosqueda, 2015). Helsepersonelloven stiller krav til at hver enkelt sykepleier utøver faglig forsvarlig helsehjelp ut ifra kvalifikasjoner, arbeidets og situasjonens karakter (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Tema for oppgaven er valgt på bakgrunn av praksiserfaring, arbeidserfaring og en genuin interesse for hjemmesykepleien som mange eldre får tjenester fra. Dårlig tid, økende antall brukere og utskiftning av helsepersonell virker som et gjennomgående tema i hjemmesykepleien. For meg er det mellommenneskelige aspektet ved sykepleien interessant, samt hvordan dette påvirkes av en helsetjeneste som i stor grad preges av tidspress. Gjennom å belyse dette temaet ønsker jeg å tilegne meg god kunnskap som jeg kan ta i bruk som fremtidig sykepleier.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av tema, fag- og forskningslitteratur er følgende problemstilling utformet:

«Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gi personsentrert og faglig forsvarlig sykepleie til eldre i en hektisk hverdag?»

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling og kontekst

Konteksten for oppgaven er forbeholdt hjemmesykepleien da dette er en del av kommunehelsetjenesten hvor sykepleiere kan bli kjent med og bygge relasjoner med pasienter over tid. Det er også her personsentrert sykepleie er en viktig del av praksisen (Fjørtoft, 2016). Målgruppen for oppgaven er eldre personer over 67 år da dette er den største

brukergruppen som mottar helsehjelp i hjemmet, i tillegg er det denne aldersgruppen mye av fag- og forskningslitteratur og statistisk data baserer seg på. Man kan dele målgruppen inn i to, yngre eldre som er mellom 67-80 år og de eldste eldre som er over 80 år (Fjørtoft, 2016). De vanligste sykdommene eldre som bor hjemme opplever er muskel- og skjelettplager, svekket syn og hørsel, høyt blodtrykk og hjertesykdom (Romøren, 2014). Det presiseres videre at målgruppen ikke er kognitivt svekket.

For å avgrense oppgaven er fokuset på den eldre, hjemmeboende personen uten demens, som mottar hjelp fra hjemmetjenesten i form av sykepleie.

Pårørende er et viktig element for den syke, og også for sykepleieren i hjemmesykepleien.

Likevel vil det ikke fokuseres nevneverdig på pårørende i oppgaven, da fokuset hviler mer på sykepleierens rolle og arbeid med hjelpetrequende eldre i hjemmet.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepet *Personsentrert sykepleie* har mange definisjoner, men kort beskrevet er det en praksis hvor pasienten står i sentrum. Personens behov og preferanser er utgangspunktet for helsehjelpen (Fjørtoft, 2016). *Faglig forsvarlighet* innebærer å sikre at pasienter og brukere mottar helsehjelp som overstiger en faglig minstestandard, samtidig som de ikke skal påføres skade, unødig lidelse eller smerte (Norsk sykepleierforbund, 2013).

Hjemmesykepleie er helsehjelp til hjemmeboende personer med blant annet svekket helse, sykdom eller alderdom (Fjørtoft, 2016). Helsehjelpen utføres av ulike faggrupper, men vil i denne oppgaven avgrenses til sykepleiere.

Person eller pasient vil i utstrakt grad bli omtalt som *bruker* i denne oppgaven. Dette begrepet mildner assosiasjoner til sykdom, og er mindre negativt ladet (Fjørtoft, 2016).

1.5 Oppgavens disposisjon

Innledningskapittelet, kapittel 1, har lagt grunnlaget for oppgaven og problemstillingen som skal besvares. Relevant teori fra fagbøker og faglitteratur formidles i kapittel 2, kapittelet for det teoretiske grunnlaget. Videre vil anvendt metode presenteres i kapittel 3, og deretter vil en kort presentasjon av valgt forskningslitteratur legges frem i kapittel 4. Drøftingen i kapittel 5 vil diskutere teori og forskningslitteratur, basert på rammeverket til McCance og McCormack, «*The person-centered nursing framework*», for å kunne besvare problemstillingen i avslutningskapittelet, kapittel 6.

2 Teoretisk grunnlag

Dette kapittelet vil presentere relevant teori fra fagbøker og faglitteratur som belyser tema og kontekst for oppgaven. Kapittelet har til hensikt å ta for seg aspekter som gir et grunnlag for å besvare oppgavens problemstilling.

2.1 Hjemmet som arena for sykepleie

Noen av grunnverdiene i sykepleie er å vise respekt og interesse for pasienten som person (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Hjemmesykepleien er Norges største primærhelsetjeneste, hvor antall brukere øker for hvert år (Wiig & Kattouw, 2018). Et overordnet mål for hjemmesykepleien er at hver enkelt bruker skal få hjelp til å mestre egen hverdag, i eget hjem. Hjemmet er ikke bare et hus med fire vegger og et tak, det er et privat sted som symboliserer trygghet og identitet (Fjørtoft, 2016). Dette hjemmet blir hjemmesykepleierens arbeidsplass, både på godt og vondt. Man får et innblikk i private forhold, som i noen tilfeller går utover relevansen til besøkets oppgaver. Hjemmesykepleiere blir utfordret på sine personlige holdninger og profesjonsverdier, da man er vitne til personers aller innerste. Brukerens vaner, uvaner og hemmeligheter blir lett tilgjengelig for den som arbeider i hjemmesykepleien (Fermann & Næss, 2014). Alle mennesker har sine preferanser for hvordan de lever sitt daglige liv, når de vil stå opp og legge seg, hva og når de vil spise. Det er sjeldent man legger merke til sine egne vaner før det oppstår et behov for hjelp utenfra. Når hjemmesykepleien kommer inn har ikke lenger den enkelte person rådighet over egen tid. Dagligdagse gjøremål som man trenger hjelp til gjøres etter hjemmesykepleiens klokke (Fjørtoft, 2016). Hjemmesykepleiere forholder seg til forhåndsbestemte arbeidslister, oppgavene på listen skal utføres innenfor vaktens tidsskjema. Den avsatte tiden per bruker eller brukerens vedtak er ofte kun noen minutter. Oppgavene som skal gjøres i løpet av den avsatte tiden inneholder prosedyrer og gjøremål, men rommer ikke dedikert tid for sykepleieren til å tolke brukerens behov eller hverdagssamtale. Hjemmesykepleien preges av prioritering og rasjonalisering grunnet liten tid og kapasitet (Fermann & Næss, 2014), der tid er den mest styrende faktoren. Tidens verdi kommer tydeligst frem i møte med brukeren, alt på arbeidslisten skal utføres på noen knappe minutter. Dersom man bruker ekstra tid hos én bruker, går det utover alle de andre man skal rekke å besøke i løpet av vekten. Med et stramt tidsskjema blir sykepleierens effektivitet målt i antall brukere (Fjørtoft, 2016) og tidsprioritering blir særlig vesentlig (Irani, Hirschman, Cacchione & Bowles, 2018).

2.2 Den eldre tjenestemottakeren

Den største brukergruppen i hjemmesykepleien er syke eldre, som ofte har flere sykdommer og sammensatte helseproblemer (Birkeland & Flovik, 2018; Fjørtoft, 2016). Fra å være relativt funksjonsfrisk til å oppleve alvorlig sykdom kan være vanskelig å håndtere og resultere i sorg og fortvilelse for vedkommende (Birkeland & Flovik, 2018).

Mennesker har en personlig identitet, hvordan man opplever seg selv og sine egenskaper, og sin sosiale identitet som handler om hvor og hvem vi har tilhørighet til. Man kan ha flere sosiale identiteter ettersom man ofte kan identifisere seg med flere grupper. Når man blir eldre påvirkes identiteten vår, man kan oppleve alvorlig sykdom eller ikke lenger være selvhjulpen som man har vært tidligere i livet. Det kan være vanskelig å gi god og riktig pleie og omsorg før man anerkjenner hvem personens identitet egentlig er og hvilke behov vedkommende har (Ingstad, 2013). I møte med eldre er det viktig å tenke på at man møter et menneske med et levd liv (Fjørtoft, 2016). Personsentrert sykepleie kan bidra til å fremme identitet og verdighet (Ingstad, 2013).

En annen forekomst ved alderdom er ensomhet. Ensomhet kan defineres på ulike måter og er en subjektiv oppfattelse, likevel oppstår ensomhet ofte hos eldre når de mister nære personer som ektefelle, søsken og venner. Eldre kan ha mindre overskudd til å ta kontakt med andre i lokalsamfunnet, samtidig er helsesvikt også en faktor som bidrar til større grad av isolasjon i hjemmet. Ensomhet kan føre til forsterkede fysiske og mentale helseproblemer, og oppleves som ubehagelig. Eldre mottakere av hjemmesykepleie som bor alene blir ofte sittende mye alene i hjemmet. Årsakene til dette dreier seg hovedsakelig om at de har vanskeligheter med å komme seg ut, de har mindre eller ingen kontakt med venner og bekjente, får kortvarige besøk fra hjemmesykepleien og bekjente, og kontakten med familie kan være tilfeldig og sporadisk (Birkeland & Flovik, 2018). Eldre med sviktende helse er avhengige av å være trygge på at de får hjelpen de trenger (Fjørtoft, 2016). Det er rapportert fra eldre som mottar hjemmesykepleie at de føler seg ensomme, isolerte, inaktive og understimulerte (Bölenius, Lämås, Sandman & Edvardsson, 2017).

Endring i kognitiv funksjon er en aldersforandring som har en glidende overgang mellom aldersforandring og sykdom (Ranhoff, 2014). Forekomsten av demens hos eldre over 70 år er stigende og omtrent to tredeler av personer med demenssykdom bor hjemme. Sykdommen medfører redusert mental kapasitet som kan gjøre det vanskelig å forstå og tolke hva andre

sier, som igjen krever ytterligere personsentrert omsorg fra hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018).

2.3 Personsentrert sykepleie

Samhandlingsreformen sier at pasienter skal i større grad delta i egen behandling og ha innvirkning på tjenestetilbudet de mottar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Personsentrert omsorg, som lenge har vært assosiert med sykepleie, har til hensikt å behandle mennesker som individer, respektere deres rettigheter som person, bygge gjensidig tillit, samt utvikle terapeutiske relasjoner (McCormack & McCance, 2017b). Personsentrert praksis innebærer at pasienten står i sentrum, dens behov, preferanser og ressurser er forutsetninger for helsehjelpen (Fjørtoft, 2016).

McCance og McCormack har utviklet et rammeverk som heter "*The person-centered nursing framework*". Rammeverket inneholder fire hovedelementer som skal bidra til personsentrert sykepleie. Hovedelementene, som blir beskrevet nedenfor, har vært under utvikling de seneste årene (McCance & McCormack, 2017a)

2.3.1 Forutsetninger

Forutsetninger innebærer sykepleierens egenskaper. Det handler om at sykepleieren skal være profesjonelt egnet med god kunnskap, riktige evner og holdninger. En skal inneha mellommenneskelige egenskaper, evne å kommunisere med ulike individer, og vise forståelse for å finne de beste løsninger sammen med brukeren. Sykepleieren skal kjenne seg selv som person om hvordan vedkommende utøver pleie og omsorg, samt være klar over personlige verdier og holdninger og hvordan disse påvirker sitt arbeid og utøvelse av sykepleie.

2.3.2 Pleie- og omsorgsmiljø

Dette punktet omhandler blant annet konteksten hvor omsorgen blir gitt, det fysiske miljøet. Det handler også om organisatoriske systemer som fremmer initiativ, kreativitet, frihet og sikkerhet. Samarbeid i team, ferdighetssammensetningen i teamet, samt hver enkelt helsepersonells beslutningstagning basert på faglig forsvarlighet og informasjon fra brukeren er også relevant i pleie- og omsorgsmiljøet.

2.3.3 Pleie- og omsorgsprosesser

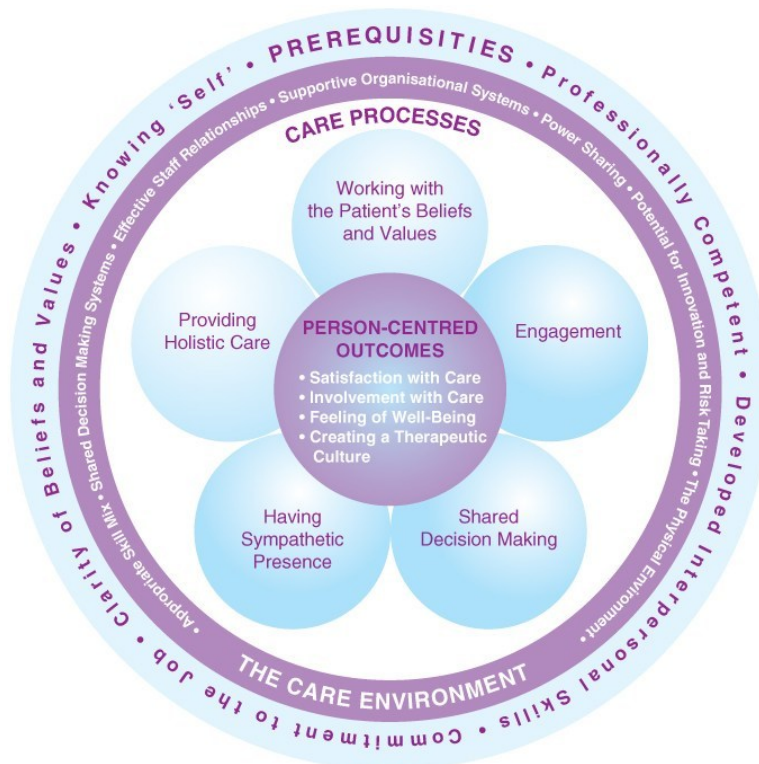
Personsentrert sykepleie oppnås når sykepleieren har en klar tanke og er bevisst brukerens verdier, forstår dens sosiale rolle, psykososiale kontekst og eget perspektiv som sykepleier. Ved å involvere brukeren i pleiebeslutninger, være tilstede på en sympatisk måte, tilby og utøve holistisk pleie og omsorg, samt vise et oppriktig engasjement overfor brukeren er en del

av personsentrerte prosesser. Det handler om at sykepleieren responderer brukeren på en korrekt måte, har kjennskap til og viser at en kjenner vedkommende.

2.3.4 Utfall

Utfall handler om resultatene fra personsentrert sykepleie, hvordan brukere opplever følelse av velvære, god omsorg og grad av brukermedvirkning.

(McCance & McCormack, 2017a).



Figur 1 The Person-centered Nursing Framework. (McCance & McCormack, 2017a)

2.4 Sykepleierens profesjon

En sykepleier er som alle andre mennesker, men innehar også evnen og kunnskapen til å hjelpe andre mennesker med å fremme helse, forebygge sykdom og finne mening i sykdommen (Travelbee, 1971). Helsefremming og forebygging er en stor del av hjemmesykepleierens arbeid (Gjevjon & Fjørtoft, 2016). Sykepleierens helsefremmende funksjon handler om å fokusere på brukerens velvære, mestring og livskvalitet og at de skal ha det godt på tross av sykdom (Gammersvik, 2012). Helsefremmende tiltak i hjemmesykepleien skjer i form av kontinuerlig helsevurdering, kartlegging av risikofaktorer, undervisning og relasjonsbygging med den eldre. Veiledning og undervisning står særlig sentralt, da det styrker mestring hos mennesker med kroniske lidelser og funksjonssvikt (Gjevjon & Fjørtoft, 2016; Fjørtoft, 2016). Helsefremmende arbeid handler om å gi den

enkelte en opplevelse av større kontroll over egen helse ved tilrettelegging fra helsepersonell (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012). Det innebærer å styrke og bevare den eldre ressursen, integritet og opplevelse av mening. Fokuset skal ikke bare være på sykdommen, men å hjelpe den eldre brukeren til å mestre hverdagen i eget hjem, selv med nedsatt funksjon og sykdom. Utgangspunktet for hjemmesykepleien er det brukeren synes er viktig i livet (Fjørtoft, 2016). For at sykepleieren skal hjelpe den syke må vedkommende være tilgjengelig, imøtekommende og villig til å lytte til personen (Travelbee, 1971). I løpet av den begrensede tiden sykepleieren har hos hver bruker, er det viktig å følge sykepleieprosessen. Det er essensielt å observere, identifisere og evaluere brukerens situasjon (Birkeland & Flovik, 2018). Observasjon, eller å *legge merke til*, er en vesentlig del av sykepleie (Watson & Rebar, 2014). Det kliniske blikket er evnen til å bruke alle sansene, syn, hørsel, lukt og berøring til å innhente viktig data om brukeren (Kristoffersen, 2016). Fravær av det kliniske blikket kan i verste fall få alvorlige konsekvenser, derfor er det avgjørende at sykepleiere skaper muligheter for å observere brukeren (Watson & Rebar, 2014). Sykepleieren har også en annen viktig rolle i hjemmesykepleien, rollen som faglig leder. Det innebærer fordeling av brukere, ledelse av rapportmøter, veiledning til kolleger og oppfølging av sykepleieprosessen hos hver enkelt bruker (Fjørtoft, 2016).

2.5 Kontinuitet

Kontinuitet betyr at alle brukere skal få riktig hjelp til rett tid (Fjørtoft, 2016). Mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien går også utover sykepleierens evne til å oppdage endringer i brukerens helsetilstand (Gjevjon, 2015). Kontinuitet deles inn i dimensjonene personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet. Personkontinuitet dreier seg om relasjonen med brukeren og forutsetter at det kun er få ansatte fra hjemmesykepleien hos den enkelte. Informasjonskontinuitet handler om at relevant informasjon om brukeren formidles mellom de som utfører helsehjelpen. Organisatorisk kontinuitet innebærer blant annet å koordinere og planlegge helsehjelpen for å kunne gi brukeren den riktige helsehjelpen til riktig tid (Fjørtoft, 2016).

2.6 Menneske-til-menneske relasjonen

Joyce Travelbee beskriver menneske-til-menneske relasjonen som en opplevelse eller flere opplevelser mellom sykepleier og personen som mottar sykepleie, der den sykes behov blir møtt. Relasjonen er gjensidig betydningsfull for begge parter og skapes både av den syke og sykepleieren, men det er sykepleieren som har ansvar for å innlede og etablere relasjonen.

Hver interaksjon gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med individet og til å møte dens behov for pleie og omsorg, for dermed å etablere en menneske-til-menneske-relasjon og oppnå formålet med sykepleie. I følge Travelbee kan kun pasient og sykepleier etablere en relasjon når begge parter oppfatter og behandler den andre parten som et individ, og ikke som den stereotypiske «pasient» og «sykepleier». For å gradvis etablere dette forholdet er det nødvendig at sykepleieren har kontroll på hva man utøver, tenker, føler og opplever ved hvert møte (Travelbee, 1971). En forutsetning for et godt sykepleietilbud for den syke er at deres perspektiver, behov og synspunkter blir anerkjent og respektert av sykepleieren. Denne relasjonen krever en likeverdighet mellom partene, sykepleieren, pårørende og den syke (Kirkevold, 2014).

En interaksjon defineres av at sykepleier kommuniserer med den syke, og det finnes mange måter dette kan foregå på. En «automatisk interaksjon» er når ingen av de involverte partene får noe av betydning ut av samhandlingen. Møtet går på automatikk der hverken den syke eller sykepleieren prøver å bli kjent med hverandre og etablerer en relasjon. I en slik interaksjon vil ikke sykepleieren få tatt i bruk sine terapeutiske evner. En annen type interaksjon er når samhandlingen mellom sykepleier og pasient er til stor hjelp for den syke, til tross for at den ikke bidrar til etableringen av en relasjon. Denne type samhandling beskrives der sykepleieren gir utmerket fysisk pleie på bakgrunn av forventninger til kolleger, leder og leger, i stedet for at pleien utøves på bakgrunn av en genuin interesse for å hjelpe den syke. Den syke kan oppleve dette som til stor hjelp, selv om det er merkbart at sykepleieren ikke har noen interesse av å bli kjent med dem på et personlig nivå. Det beskrives også som sykepleiere som samhandler med den syke når de *må*, ved at de følger legens bestilling. Det kan tyde på at sykepleie som utøves på denne måten innebærer at vedkommende ikke har forstått alt hva sykepleie er. Tilslutt er den «inkonsekvente» samhandlingen hvor sykepleieren viser omsorg, interesse for den syke og utøver god pleie, men kun i perioder. Dette kan for eksempel være når personen er veldig syk og helt avhengig av sykepleieren (Travelbee, 1971).

2.6.1 Kommunikasjon og maktforhold

Kommunikasjon er et kjerneverktøy i sykepleie (Fjørtoft, 2016), og like viktig som blant annet prosedyrer og stell, er en god samtale. Samtale blir gjerne ikke nevnt i tiltaksplaner eller er inkludert i tidsbruken på vedtaket i hjemmesykepleien, men det er viktig og noe de fleste brukere setter pris på (Kirkevold, 2014). Det viktigste kjennetegnet ved kommunikasjon i

helsevesenet er at den er hjelpende, den skal være til hjelp for brukeren. Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet og bygger på likeverd, hensyn til brukerens beste og respekt for dens rett til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjon er en prosess som kan bidra til å etablere en menneske-til-menneske-relasjon, og kan deles inn i verbal og non-verbal. Verbal kommunikasjon er ord som er uttalt muntlig eller skriftlig (Travelbee, 1971), mens non-verbal kommunikasjon er ansiktsuttrykk, kroppsholdning, øyekontakt, berøring stillhet og ikke-ord (Eide & Eide, 2007). Non-verbal kommunikasjon følger alltid med verbal kommunikasjon når mennesker møtes ansikt til ansikt (Travelbee, 1971). Relasjon og kommunikasjon er forutsetninger for god samhandling med brukeren (Kirkevold, 2014). For å oppnå god kontakt i kommunikasjon med eldre er det viktig at helsepersonellet viser interesse, empati, omsorg, kunnskap og respekt (Eide & Eide, 2007).

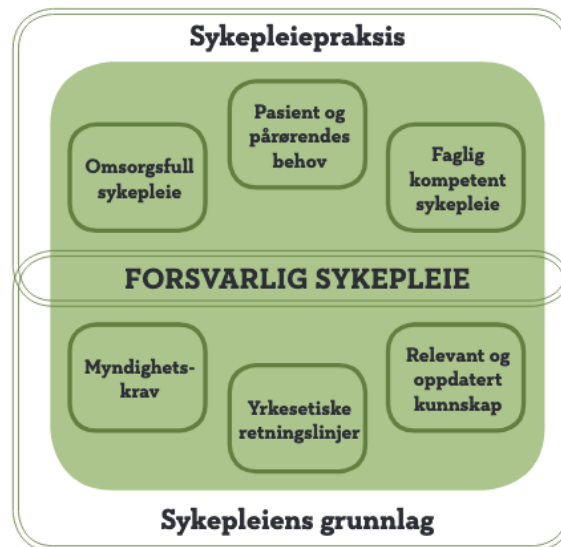
Sykepleierens evne til kommunikasjon og dialog har en vesentlig betydning i maktforholdet mellom vedkommende og brukeren (Brinchmann, 2016b). Makt kan være en forutsetning for å utøve god pleie og omsorg. Det er viktig at helsepersonell og sykepleiere erkjenner den makten de har som kan gi innflytelse på og påvirke brukere, pårørende og kolleger (Ingstad, 2013). Tidspress har en stor påvirkning på arbeidet i hjemmesykepleien (Fermann & Næss, 2014). Bruken av tid setter sykepleieren i en form for maktposisjon da vedkommende disponerer arbeidstiden sin til en viss grad, som igjen kan reflektere dens holdninger og følelser for ulike brukere. For eksempel kan man bruke de ekstra minuttene hos en som er lett å snakke med i stedet for å bruke den tiden med en som har mer utfordrende behov (Ingstad, 2013).

Dagens helsevesen legger vekt på brukermedvirkning og en aktiv pasientrolle, hvor brukerens integritet og behov står sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Maktforholdet mellom helsepersonell og bruker påvirkes også av denne endringen. For å la brukere få ha medvirkning, er samarbeid og maktoverføring essensielt. I stedet for å ha makt over brukeren, skal man ha makt *med* brukeren. En slik fordeling av makten betyr at sykepleieren må la brukeren få ha innflytelse over egen situasjon og anerkjenne brukerens perspektiv (Ingstad, 2013).

2.7 Ethiske rammer

Forsvarlighetsbegrepet er en faglig, etisk og juridisk norm som indikerer hvordan den enkelte bør utføre arbeidet sitt på. Omsorgsfull sykepleie, pasient og pårørendes behov, faglig

kompetent sykepleie, myndighetskrav, yrkesetiske retningslinjer og relevant og oppdatert kunnskap utgjør tilsammen forsvarlig sykepleie. (Norsk Sykepleierforbund, 2018).



Figur 2 Modell for forsvarlig sykepleie (NSF, 2018)

Tønnessen og Nordtvedt fremstiller tre krav til faglig forsvarlige tjenester som er at pasienten skal få hjelp til å dekke sine grunnleggende behov, pasienten skal få tildelte tjenester som er tilstrekkelige for å få dekket disse behovene og tjenestene skal gjennomføres slik at grunnleggende verdier i samhandlingen mellom sykepleier og pasient ikke krenkes (Tønnessen & Nordtvedt, 2012). De yrkesetiske retningslinjer skal sikre et etisk fundament for all sykepleie, som baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. I samsvar med sykepleierens grunnleggende plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5), er *De fire prinsippers etikk*: velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. De fire prinsippene dreier seg om plikten til å gjøre godt mot andre, ikke utøve handlinger som kan skade andre, respektere personens autonomi og behandle like tilfeller likt (Brinchmann, 2016a).

2.8 Politiske føringer

En sykepleier er begrenset til, og av, juridiske bestemmelser, og er ansvarlig for å utføre sykepleieroppgaver i henhold til disse bestemmelsene (Travelbee, 1971).

2.8.1 Samhandlingsreformen

Hjemmesykepleien, som andre helsetjenester, blir styrt av politiske føringer gjennom lover og forskrifter, økonomiske rammer og prioriteringer. Disse føringene påvirker også levekårene til hjemmeboende som har behov for sykepleie (Fjørtoft, 2016). Samhandlingsreformen som ble introdusert i 2012 har ført til endringer i den norske helsetjenesten. Reformens hensikt er å gjøre dagens helsetjeneste bedre rustet til å møte fremtidens utfordringer, knyttet til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En endring som særlig påvirker hjemmesykepleien er at kommunene har fått et større ansvar. Reformen har ført til at kommunen skal ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus raskere på grunn av kortere liggetid, som igjen skaper nye utfordringer for sykepleiere i hjemmesykepleien da brukerne er sykere og har et stort behov for helsehjelp, særlig skrøpelige eldre (Fjørtoft, 2016). Riksrevisjonen avdekket høsten 2018 at det fremdeles er utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen, særlig i hjemmetjenesten (Riksrevisjonen, 2018).

2.8.2 Lover og forskrifter

Helse- og omsorgstjenesteloven beskriver kommunenes ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). Dette innebærer blant annet helsetjenester i hjemmet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunen får dekket sine grunnleggende behov med respekt for egenverd og selvbestemmelsesrett (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1). Forskriften beskriver detaljert innholdet og oppgavene i tjenestene. Kommunene skal utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukere får tilfredsstillende sine grunnleggende behov, deriblant selvstendighet og styring av eget liv, nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkelte, oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet og følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 3). Forskriften om en verdig eldreomsorg er uunngåelig å betrakte i hjemmesykepleien, da den har til hensikt å sikre en verdig, meningsfull og trygg alderdom for eldre i Norge (Verdighetsgarantiforskriften, 2010). I tillegg til dette har brukere rettigheter lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven. Loven sikrer at brukere har rett til nødvendig helsehjelp av god kvalitet, samt rett til informasjon og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven,

1999). I hjemmesykepleien har brukere rett på å få skriftlig vedtak, samt rett til å klage på vedtaket (Forvaltningsloven, referert i Fjørtoft, 2016, s. 156).

Helsepersonelloven stiller krav til fagpersoner i hjemmesykepleien, slik at pasienter er sikret kvalitet og sikkerhet (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Loven stiller krav til hver enkelte helsepersonell om å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, og denne helsehjelpen skal ikke påføre unødige utgifter eller tidstap for pasienten, helseinstitusjonen eller andre parter (Helsepersonelloven, 1999, § 4 og §6).

3 Metode

Dalland (2017) beskriver en metode som et redskap vi benytter når vi vil undersøke noe. Metoden hjelper oss å samle inn data, den informasjonen vi trenger, for å utføre undersøkelsen. Det er en beskrivelse av veien mot et bestemt mål, og forskeren må forklare valgene som er tatt på veien mot dette målet. Begrunnelsen for valg av en bestemt metode er at den vil gi gode data og belyse problemstillingen på en faglig egnet måte (Dalland, 2017).

3.1 Anvendt metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave. En litterær oppgave er en gjennomgang av allerede eksisterende forskning og teori. Utgangspunktet for denne typen studie er problemstillingen som ikke bare former oppgaven, men som er et avgjørende punkt i oppgaveprosessen (Jesson, Matheson & Lacey, 2011). Alle fem artikler som er inkludert i denne oppgaven er basert på kvalitativ forskning. For at metoden skal gi troverdig kunnskap, må kravene om validitet og reliabilitet være oppfylt. Dette innebærer henholdsvis studiens gyldighet og relevans, og at dataen i studien er pålitelig, uten feilkilder (Dalland, 2017).

3.2 Valg av faglitteratur

Utgangspunktet for valg av faglitteratur er gjennom relevant pensumlitteratur brukt gjennom sykepleierstudiet. I tillegg har det vært avgjørende å anvende annen litteratur som er spesielt rettet mot oppgavens tema og kontekst. For å søke etter faglitteratur er søkemotoren Oria hovedsakelig blitt brukt. De mest relevante bøkene for valgt tema «*Person-Centered Practice in Nursing and Health Care, Theory and Practice*» skrevet av Tanya McCance og Brendan McCormack, 2017, «*Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*» skrevet av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb & Anette H. Ranhoff, 2014 og «*Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter*» skrevet av Ann-Kristin Fjørtoft, 2016. Utenom fagbøker har jeg innhentet relevant litteratur fra internett, i form av stortingsmeldinger, demografisk statistikk og fagartikler. Disse har jeg blant annet funnet på www.regjeringen.no, www.ssb.no, og www.sykepleien.no.

3.3 Valg av forskningslitteratur

Forskning er basert på enten kvalitative eller kvantitative metoder. Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp meninger og opplevelser, som ikke lar seg måle eller tallfeste. I motsetning vil kvantitativ metode skape målbare tall eller enheter som igjen gjør det mulig å finne prosenter og gjennomsnitt av en større mengde (Dalland, 2017). Forskningslitteratur

som er anvendt i denne oppgangen tar utgangspunkt i kvalitativ metode, for å avdekke erfaringer og opplevelser hos sykepleiere og brukere i hjemmesykepleien.

For å finne relevante forskningsartikler er søkene hovedsakelig foretatt i databasen Cinahl. Denne databasen dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag, og gir derfor betydningsfull innsikt i forskning som er vesentlig for oppgavens og problemstillings sykepleiefaglige fokus. Det er også denne databasen vi har brukt mest gjennom studieløpet. I tillegg er databasen PubMed blitt anvendt for å finne relevant forskningslitteratur. Databasen Swemed+ er blitt brukt til å finne emneord på engelsk, da MeSH ikke ga tilstrekkelige resultater.

Ulike søkeord har blitt brukt for å finne gode forskningsartikler. Følgende søkeord ble brukt og kombinert med «and» eller «or», «Patient Centered Care», «Nursing Care», «Home Health Care», «Ethics, Nursing», «Empathy», «Home Health Care», «Nurse perspective», «Ethics», «Continuity of patient care» og «Home based care».

For å avgrense resultatene ble søket begrenset til forskning publisert de seneste 10 årene, videre ble språket avgrenset til engelsk, norsk, svensk og dansk, i tillegg ble søket limitert til fagfelleverderte artikler. Fordelen med å avgrense søket er at det blir mer spesifikt rettet mot oppgavens tema og problemstilling. Dessverre kan dette også medføre at relevant forskning blir utelukket fra resultatene. Etter filtreringen av søket leste jeg alle overskrifter og abstrakter på de artiklene som virket relevante, for så videre å lese utvalgte artikler i fulltekst.

3.4 Søkehistorikk

I dette avsnittet vil søkene som ble utført for å finne relevant forskningslitteratur presenteres i en tabell. Her presiseres også hvilke søkeord og avgrensninger som ble brukt for de ulike søkene. De utvalgte artiklene vil bli videre utdypet i artikkelmatrisen i kapittel 4.

Dato	Søkekontekst	Søkeord	Avgrensninger	Database	Antall treff	Utvalg	Valgte artikler
28.03.19	Artikkelsøket ble utført alene	“Patient Centered Care” AND “Nursing Care” AND “Home Health Care”	Årstall: 2009-2019 Peer-reviewed Research article	Cinahl	Treff på 36 artikler	For å velge ut artikler leste jeg først gjennom de 36 titlene, for så å lese abstrakt på de som virket mest relevante for min oppgave. Tilslutt fant jeg to artikler som er benyttet i artikkelmatrisen	“Person-centredness in elder care: A secondary analysis of data from a study among home-dwelling men and women in the Faroe Islands” (Ása Róin, 2017) “Registered Nurses' and nurse assistants' responses to older persons' expressions of emotional needs in home care” (Höglander, J., Eklund, J. H., Eide, H., Holmström, I. K. & Sundler, A. J. 2017)
29.11.18	Artikkelsøket ble utført alene	“Patient Centered Care” AND “Ethics, Nursing” OR “Empathy” AND “Home Health Care”	Årstall: 2010-2018 Peer-reviewed Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	Cinahl	Treff på 2 artikler	Det var kun én av de to artiklene som var relevant, da den andre handlet om barn	“Valuing the Older Person in the Context of Delivery and Receipt of Home Support: Client Perspectives” (Byrne, K., Frazee, K., Sims-Gould, J. & Martin-Matthews, A. 2012)
26.01.19	Artikkelsøket ble utført alene. Søket var et kjedesøk.	“Nurse perspective” AND “Patient-centered care”	Årstall: Publication dates last 5 years	PubMed	Treff på 2 artikler	Da utgangspunktet var å finne en spesifikk artikkel, ble det svært tydelig at den ene av de to artiklene var av relevans. Dette er årsaken til et så spisset søk mtp årstall	“Understanding and achieving person-centered care: the nurse perspective” (Ross, H., Tod, A. M. & Clarke, A. 2015)
25.03.19	Artikkelsøket ble utført alene	“Ethics” AND “Home based care”	Årstall: Publication dates last 10 years Journal article Review Scientific integrity review	PubMed	Treff på 11 artikler	For å velge ut artikler leste jeg først gjennom de 11 titlene, for så å lese abstrakt på de som virket mest relevante for min oppgave. Tilslutt fant jeg én artikkel som er benyttet i artikkelmatrisen	“Rationing home-based nursing care: professional ethical implications” (Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. 2011).

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk beskrives som å karakterisere og vurdere benyttet litteratur (Dalland, 2017).

I litteratursøket har jeg i størst grad benyttet fag- og forskningslitteratur som ikke er eldre enn 10 år. Da endel av forskningen i sykepleiefaget er i endring vil eldre litteratur kunne påvirke

oppgavens validitet. Til tross for dette aspektet er en av bøkene anvendt i oppgaven eldre enn ti år, boken heter «*Interpersonal Aspects of Nursing*» og er skrevet av Joyce Travelbee i 1971. Grunnen til at Travelbee er benyttet er fordi hun er en anerkjent sykepleieteoretiker og hennes teorier anses som fortsatt gjeldende og brukes i dagens undervisning.

Der det har vært mulig og særlig relevant har jeg benyttet førstehåndslitteratur, dette gjelder for eksempel Travelbee sin teori, men sekundærkilder er også brukt for å få bredere innsikt i oppgavens tema.

Det har vært tilstrekkelig med forskningslitteratur, men likevel har jeg valgt å benytte forskning i en annen kontekst enn den oppgaven har. I artikkelen «*Valuing the Older Person in the Context of Delivery and Receipt of Home Support: Client Perspectives*» skrevet av Byrne, Frazee, Sims-Gould & Martin-Matthews i 2012, er konteksten sammenlignbar med en hjemmetjeneste i form av praktisk bistand, mer enn hjemmesykepleie. Likevel er det linjer som kan trekkes til problemstillingen og benyttes i oppgaven. Det samme gjelder for artikkelen «*Understanding and achieving person-centered care: The nurse perspective*», skrevet av Ross, Tod, & Clarke i 2015. Konteksten for artikkelen er på en medisinsk sengepost, men funnene er også relevante i denne oppgavens kontekst.

De valgte artiklene er valgt på bakgrunn av at de hadde relevans til sykepleiefaget og problemstillingen i oppgaven. Til tross for å ha funnet relevant forskning, er søket begrenset av databaser jeg benyttet, samt at oppgaven inkluderer kun fem artikler. Det kan derfor tenkes at annen litteratur kunne blitt brukt og påvirket oppgavens innhold i en annen retning.

3.6 Ethiske vurderinger

I dette litterære studiet er det anvendt allerede eksisterende litteratur, hvor alle forfattere og kilder har blitt kreditert og henvist til gjennom oppgaven. I oppgaveprosessen er LDH sine retningslinjer for oppgaveskriving blir brukt og kildehenvisningen er gjort i henhold til siteringsstilen APA.

I oppgaven der egne erfaringer er beskrevet, er taushetsplikten blitt overholdt. Det har ikke blitt referert til navn eller arbeidssted som kan identifisere brukere eller andre involverte personer. Erfaringene fra praksis kan bidra til å farge oppgavens innhold og tolkning, men jeg har tilstrebet å ikke la dette være styrende. Eksemplene er benyttet som refleksjoner fra praksis og hvordan det samsvarer med fag- og forskningslitteratur.

4 Presentasjon av forskningslitteratur

Dette kapittelet presenterer hensikt, metode og funn i de utvalgte artiklene som er relevant for oppgaven og problemstillingen. Artiklene, som følger IMRAD-strukturen, oppsummeres i en artikkelmatrise. Funnene i de utvalgte forskningsartiklene vil videre belyses i drøftingskapittelet.

Nr	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Siri Tønnessen, Per Nortvedt & Reidun Førde (2011)	Rationing home-based nursing care: professional ethical implications	SAGE Journals – Nursing Ethics	Hensikten er å undersøke hvordan sykepleiere prioriterer i sitt arbeid med pasienter i hjemmesykepleien, deres rasjonale bak avgjørelsene og etiske konsekvenser det har for klinisk sykepleie praksis.	Kvalitativ metode. Dataen er samlet gjennom intervjuer med 17 sykepleiere innen hjemmesykepleietjenesten i Norge. Dataen ble analysert og tolket i henhold til Kvale (Det Kvalitative forskningsintervju) og Hermeneutisk metode. Respondentene hadde minimum 1 års erfaring i hjemmesykepleien. Utvalget var av begge kjønn, i alderen 25-55 år.	Funnene viser at rettslige grenser og organisatoriske rammer preger sykepleiere i prioritering av det de anser som tilstrekkelig og forsvarlig sykepleie for sine pasienter. Etiske utfordringer er knyttet til hvordan sykepleiere kan tilstrebe individualisert omsorg basert på en inklusiv tilnærming og tidspress.
2	Kerry Byrne, Krista Frazee, Joanie Sims-Gould & Anne Martin-Matthews (2012)	Valuing the Older Person in the Context of Delivery and Receipt of Home Support: Client Perspectives	SAGE Journals - Journal of Applied Gerontology	Hensikten er å øke forståelsen av "Personhood" og positivt menneskearbeid i hjemmetjenester for eldre personer uten demens.	Kvalitativ metode. Intervjuer med individer som har mottatt hjemmetjenester de siste 18 månedene, basert på data fra en større "mixed methods" studie 82 Kanadiske, samtykkekompetente individer over 65 år deltok i studien.	Studien viste tydelig hvordan mangel på relasjon med sykepleier og individuell tilpasset omsorg førte til negative følelser og opplevelser. Det trekkes også frem måter «personhood» kan få økt fokus gjennom opplæring av helsepersonell gjennom observasjon
3	Ása Róin (2017)	Person-centredness in elder care: A secondary analysis of data from a study among home-dwelling men and women in the Faroe Islands	Journal of Clinical Nursing	Hensikten er å undersøke hvordan eldre personers opplevelser med hjemmesykepleie reflekterer en personsentrert tilnærming til omsorg.	Kvalitativ metode. Studien er en sekundær analyse av data funnet i en tidligere kvalitativ studie. Eksisterende data ble gjenbrukt, som kalles "analytic expansion", og nye spørsmål ble stilt i Róin sin artikkel. Artikkelen tar for seg individuelle intervjuer fra den opprinnelige forskningen. Deltagere: 9 kvinner og 6 menn fra Færøyene, i alderen 67-91 år, mottakere av hjemmesykepleie.	Funnene viser at brukerne verdsetter relasjon og gode forhold med sykepleierne, men at dette ikke alltid var tilfelle. Hovedfunnene dreier seg rundt temaene følelse av medvirkning, følelse av meningsfullhet og situasjonskonteksten.

4	Helen Ross, Angela Mary Tod & Amanda Clarke (2015)	Understanding and achieving person-centered care: the nurse perspective	Journal of Clinical Nursing	Hensikten er å undersøke sykepleieres forståelse for og hvordan de fremmet personsentrert omsorg på en akuttmedisinsk sengepost.	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført både individuelle og gruppeintervjuer med 14 sykepleiere. Respondentene hadde mellom 1-30 år arbeidserfaring.	Sykepleierne hadde en tydelig forståelse av personsentrert omsorg i konteksten av arbeidsplassen. De anerkjente viktigheten av relasjoner, de ansattes personlige kvaliteter, samt respekt for verdiene av personsentrert omsorg med mål om å utøve trygg, personsentrert omsorg.
5	Jessica Höglander, Jakob Håkansson Eklund, Hilde Eide, Inger K. Holmström & Annelie J. Sundler (2017)	Registered nurses and nurse assistants' responses to older persons expressions of emotional needs in home care	Journal of Advanced Nursing	Hensikten er å utforske sykepleieres og sykepleieassistents svar og respons til eldres uttrykk for emosjonelle behov ved besøk i hjemmesykepleien.	Kvalitativ metode. Data i form av lydopptak fra besøk, mellom sykepleier og den eldre tjenestemottakeren. Dataen ble samlet inn i perioden august 2014-november 2015, og ble analysert ved hjelp av «Verona Definitions of Emotional Sequences».	Personellet ga oftest ikke-eksplisitte responser, som førte til rom for den eldre personen til å uttrykke negative følelser. Slike responser ble hyppigere gitt dersom sykepleiere var den som innledet samtalen med den eldre, enn hvis den eldre innledet til samtale. De hyppigste responsene fra personellet var "backchannel", aktiv invitasjon eller informative råd.

5 Drøfting

Dette kapittelet vil belyse hvordan sykepleiere kan utøve personsentrert og faglig forsvarlig sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. Med utgangspunkt i rammeverket til McCance og McCormack vil ulike synspunkter og tiltak drøftes, sett i lys av fag- og forskningslitteratur presentert i oppgaven.

5.1 Forutsetninger

Som nevnt i avsnitt 2.1 er hjemmesykepleien organisert med forhåndsbestemte arbeidslister og vedtak som kun gir noen minutters spillerom for sykepleieren til å utføre definerte prosedyrer (Fermann & Næss, 2014). En forutsetning for sykepleieren er derfor å ha kontroll på hva slags praksis en utøver ved hvert møte med brukeren, da dette er med på å skape og etablere en relasjon dem imellom (Travelbee, 1971). Det er også viktig å erkjenne grad av innflytelse og makt man har i samhandling med brukere i hjemmet, og hvordan ens holdninger og følelser reflekteres ved hvert besøk. Makten må brukes til å sikre at brukeren blir ivaretatt på en forsvarlig måte (Fjørtoft, 2016). For eksempel kan tidsbruken sette sykepleieren i en maktposisjon overfor den syke (Ingstad, 2013). I artikkelen til Tønnessen et al. beskriver sykepleiere at de ikke har kapasitet til å pleie den mellommenneskelige delen av omsorgen da fokuset primært handler om det medisinske og tidspresset er stort. Til sammenligning gir brukere uttrykk for at sykepleierens evne til tilstedeværelse hos dem i situasjonen avhenger av sykepleierens evne til å håndtere og mestre tidspress (Tønnessen, Nordtvedt & Førde, 2011). Det kan anses som at sykepleieren i teorien har makt til å påvirke situasjonen, men i praksis ikke opplever det slik på grunn av tidsbegrensning. Likevel gir brukerne i artikkelen uttrykk for at noen sykepleiere evner å være tilstede i situasjonen da de ser ut til å mestre tidspresset. De anerkjenner også maktforskjellen ved at sykepleieren som ikke håndterer tidspresset kan oppleves som lukket og ikke tar hensyn til brukerens behov (Tønnessen et al., 2011). Kan utfordringen ligge i den enkelte sykepleiers holdninger og innstilling til det enkelte besøket?

Dersom sykepleieren allerede tenker på neste besøk på grunn av presset tid, vil man ikke være tilstede i øyeblikket og dermed overføre dette til den eldre personen. I tillegg gir alderdommen, som nevnt i avsnitt 2.2, en endring i kognitiv funksjon (Ranhoff, 2014) som kan gjøre det vanskeligere for den eldre tjenestemottakeren å oppfatte og tolke hva sykepleieren sier og gjør (Birkeland & Flovik, 2018).

For å oppsummere, kan det se ut til at sykepleiere har en viss maktposisjon overfor brukeren når det gjelder deres tidsbruk. Uheldigvis blir mange så sterkt påvirket av tidspresset at de

ikke evner å være tilstede i situasjonen, som resulterer i å ikke møte brukerens behov. Sykepleierens holdning eller innstilling til besøket reflekteres på brukeren og deres manglende tilstedeværelse er merkbart for den eldre personen. Når sykepleieren har denne maktposisjonen over tidsbruken, vil det føre til at den eldre brukeren kan oppleve avmakt. Avmakt medfører redusert handlingsfrihet og en opplevelse av å ha mindre kontroll over situasjonen (Ingstad, 2013). Dermed kan det antas at maktforholdet virker hemmende på utøvelsen av personsentrert sykepleie da brukeren er i en avmaktsposisjon, «uten mulighet til å påvirke situasjonen» (Ingstad, 2013, s. 169) eller tidsbruken i særlig stor grad. Det kan derfor betraktes som svært vesentlig av sykepleieren bevisstgjøres sin holdning til de avsatte minuttene i vedtaket ved å være tilstede i situasjonen og forsøke la være å tenke på at tiden er for knapp. På denne måten kan en dele makten og fremme brukerens ønsker og behov.

5.1.1 Det kliniske blikket

Videre er det ikke bare tilstedeværelse som kreves av sykepleieren ved hvert besøk, men også anvendelse av det kliniske blikket. Det kliniske blikket er evnen til å bruke alle sansene sine til å observere og innhente viktige opplysninger eller endringer hos brukeren (Kristoffersen, 2016), og kan betraktes som det McCance og McCormack beskriver som profesjonell egnethet (2017a). Det er av stor betydning at sykepleiere skaper muligheter for å gjøre gode observasjoner (Watson & Rebar, 2014). Fravær av det kliniske blikket kan gi alvorlige konsekvenser (Kristoffersen, 2016). Et eksempel på nettopp dette har jeg selv erfart i praksis. En eldre dame fikk hjelp av hjemmesykepleien to ganger om dagen, for å ta på og av støttestrømper. Hun var svært glad i alle de ulike personene som kom hjem til henne, men grunnet manglende klinisk blikk og antagelig et utelukkende fokus på prosedyren på arbeidslisten, ble det ikke oppdaget at hun var dehydrert og hadde begynnende nyresvikt. Dette samsvarer med det en hjemmesykepleier forklarer i artikkelen til Tønnessen et al. Tidspresset og arbeidslistene med konkrete oppgaver tar så stort fokus at man ikke legger merke til andre ting. Det overordnede blikket til å gjøre gode observasjoner blir fraværende slik at både små og store endringer hos brukeren glipper. Det blir enklere å prioritere nedskrevne oppgaver og prosedyrer, fremfor de «mykere» sidene ved sykepleie (Tønnessen et al., 2011). Når arbeidets karakter fører til mangelfulle observasjoner, strider det mot lovens krav til forsvarlighet, da helsehjelpen som utføres skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull (Helsepersonelloven, 1999, §4). Faglig forsvarlighet er plikten til å utøve helsehjelp som overstiger en minstestandard, samt sikre at pasienter ikke påføres skade, smerte eller unødige

lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2018). På samme måte stiller «de fire prinsippers etikk» krav om å blant annet gjøre godt mot andre og ikke skade andre (Brinchmann, 2016a).

Altså kan mangelen på gode observasjoner og et godt klinisk blikk ikke bare bryte med loven og de etiske forpliktelsene man har som sykepleier, men det kan rett og slett føre til uforsvarlig sykepleie. Selv om det ikke er med hensikt, kan det føre til å skade brukeren.

5.1.2 Kommunikasjon

Personsentrert kommunikasjon handler om mer enn bare verbal og non-verbal kommunikasjon sammenlagt, enhver interaksjon avhenger også av de involverte parter og hvordan man kjenner dem som person. Som fagperson, eller sykepleier, kreves det at man tør å gå inn i den viktige samtalen. For å engasjere seg i kommunikasjon på et dypere nivå og for å kunne respondere mer effektivt på emosjonell adferd må en «kjenne seg selv» (McCance & McCormack, 2017a). Kommunikasjon er avgjørende for å bygge relasjon med og utveksle informasjon i et sykepleier-bruker-forhold, og om ikke viktigere i interaksjon med eldre personer da deres ytringer for bekymring og behov kan være utydelige (Höglander, Eklund, Eide, Holmström & Sundler, 2017). Aldringsprosessen har innvirkning på kommunikasjonsevnen, og det blir viktig å vise empati, respekt og interesse i samtale med den eldre. De kan fortsatt ha evne til å forstå og lære, men de kan ha langsommere mentale og fysiske reaksjoner (Eide & Eide, 2007). Eldre tjenestemottakere preges også av ensomhet og isolasjon (Bölenius et al., 2017) som styrker viktigheten av god kommunikasjon fordi ansatte i hjemmesykepleien er ofte den eneste de snakker med i løpet av en dag (Höglander et al., 2017). En bruker uttrykker at hun blir behandlet med gjensidig respekt og er derfor velinformert og setter pris på å kunne snakke med pleierne (Roín, 2017). Utfordringen blir spesielt stor når den eldre brukerens uttrykk og bekymringer er vage, særlig i en hverdag preget av arbeidslister og tidspress. Studier viser at når pleiepersonellet gir tid og rom for den eldre til å uttrykke sin bekymring, resulterer det i at den eldre kjenner seg sett og at deres meninger har en betydning. Det gir også sykepleieren mulighet til å innhente relevant informasjon om brukeren (Höglander et al., 2017).

5.2 Pleie- og omsorgsmiljø

Samhandlingsreformen har satt nye rammer for hjemmesykepleien, da flere og sykere personer skal behandles hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Med flere hjemmeboende eldre preges hjemmesykepleien av begrenset tid og kapasitet som fører til prioritering og rasjonalisering (Fermann & Næss, 2014). Norges lover fremhever viktigheten av at helsehjelpen som gis er forsvarlig, omsorgsfull og fremmer brukermedvirkning (Pasient-

og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), samtidig presiseres det også at helsehjelpen ikke skal føre til unødige kostnader eller tidstap (Helsepersonelloven, 1999, §6). Studier viser en sammenheng mellom reduserte ressurser i helsetjenesten og manglende rådighet til å utøve personsentrert sykepleie (Roín, 2017). Likevel forsøker sykepleiere å følge de juridiske rammene og samtidig utøve sin profesjon ved å prioritere og rasjonalisere sitt daglige arbeid med brukere (Tønnessen et al., 2011). Kort sagt er pleie- og omsorgsmiljøet preget av politiske føringer som sykepleiere må innrette seg etter. Det stilles krav fra staten, organisasjonen og brukerne, som gjør at man blir trukket i ulike retninger. Til tross for det som kan føles som restriksjoner, er det dette hjemmesykepleien må forholde seg til i dag.

5.2.1 Faglig ledelse

Et godt samarbeid på arbeidsplassen vektlegges i pleie- og omsorgsmiljøet. For personsentrert sykepleie er samarbeid i team og en hensiktsmessig ferdighetssammensetning mellom sykepleiere og assistenter viktig (McCance & McCormack, 2017a). Sykepleierens rolle som faglig leder innebærer blant annet fordeling av brukere og veiledning til kolleger (Fjørtoft, 2016). Byrne et al., vektlegger hvordan veiledning og opplæring sammen med en erfaren kollega bidrar til fokus på personen og mulighet til å implementere et personrettet fokus hos flere kolleger (Byrne et al., 2012). I motsetning, opplevde jeg gjennom erfaring fra praksis svært variert opplæring, både på godt og vondt. Opplæring sammen med erfarne kolleger ga ikke nødvendigvis den korrekte opplæringen med tanke på personsentrert praksis, men felles rapport med alle på vakt ga en dypere forståelse for hver enkelt bruker. Rapporten åpnet opp for informasjonsutveksling og til å stille spørsmål.

På bakgrunn av dette kan det tenkes at grundig veiledning og opplæring er med på å dyrke personsentrert tenkning hos ansatte. Dette samsvarer med det sykepleiere i Ross et al. sin studie sier, samarbeid på arbeidsplassen må anerkjennes. Konstruktiv kommunikasjon og informasjonsutveksling om brukere, spesielt under rapport, er viktig (Ross et al., 2015). Sykepleieren har en betydningsfull oppgave som faglig leder. Å fordele brukere på de ansatte slik at det er en passende ferdighetssammensetning av helsepersonell, spesielt under opplæring av nyansatte. I tillegg til å lede rapportsituasjonen, som kan fungere som en nyttig arena for informasjonsutveksling og problemløsning. Et slikt samarbeid på arbeidsplassen kan bidra til å gi ansatte økt informasjon om hver bruker, både personlige opplysninger om hva slags ønsker og behov de har, og informasjon om brukernes medisinske tilstand for å sikre forsvarlig sykepleie.

5.2.2 Kontinuitet

Brukere må ofte forholde seg til mange ukjente helsepersonell som kommer tett på den enkeltes privatliv i hjemmet. Det kan gå ut over blant annet pleiekontinuiteten (Wiig & Kattouw, 2018). Ifølge forskriften for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal kommunene blant annet søke å sikre at den enkelte bruker får tjenester den har behov for, ivaretagelse av kontinuitet i tjenesten og rett til medbestemmelse (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Opprettholdelse av kontinuitet, slik at hver bruker får riktig hjelp til rett tid, er en særlig utfordring i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016).

Personkontinuitet, relasjonen og interaksjonen mellom helsepersonell og pasient (Gjevjon, 2015), forutsetter at hver enkelt bruker kun får besøk av et begrenset antall helsepersonell (Fjørtoft, 2016). I studien til Byrne et al. beskriver brukere at mangelen på personkontinuitet er noe de misliker. De opplevde at pleierne ikke alltid kjente til deres behov eller helsetilstand (Byrne et al., 2012). Gjevjon mener derimot at behovet for personkontinuitet varierer fra bruker til bruker og avhenger også av situasjonen. Pleie i et én-til-én-forhold er vanskelig å tilstrebe, og er heller ikke ønskelig av alle brukere. Derfor kan det være mer holdbart med en gruppebasert modell der brukeren har en fast gruppe ansatte å forholde seg til i hjemmesykepleien. Dette kan være hensiktsmessig for både helsepersonellet og den syke, der begge parter får en grad av variasjon og flere pleiere som kan observere brukerens helsetilstand (Gjevjon, 2015).

Erfaringsmessig har jeg opplevd det positive ved å jobbe med en gruppebasert modell. I praksis i hjemmesykepleien ble ansattgruppen delt inn i tre grupper basert på det geografiske området til brukerne. Med denne organiseringen opplevde jeg en raskere og mer effektiv morgenrapport, samtidig som at gruppen var mer oppdatert på tilstanden og behovene til brukerne i det gitte geografiske området, trolig på grunn av god informasjonsflyt. I studien til Roín påpekes det at mangelfull informasjonsflyt og dokumentasjon om brukernes verdier og behov bidrar til å hemme personsentrert sykepleie (Róin, 2017). Der det er lav grad av personkontinuitet kan god informasjonskontinuitet, i form av kommunikasjon, dokumentasjon og informasjonsutveksling, veie opp (Gjevjon, 2015). Det vil si at personkontinuitet ikke er avgjørende for personsentret sykepleie, men god informasjonskontinuitet kan bidra til å fremme det. Brukernes behov og personlige ønsker kommuniseres og blir delt gjennom informasjonsutvekslingen. Et mindre team vil gi mulighet til å opprettholde en viss personkontinuitet, selv om man ikke besøker samme bruker hver dag. I mellomtiden bidrar informasjonskontinuiteten til å bevare det personsentrerte fokuset.

5.3 Pleie- og omsorgsprosesser

McCance og McCormack beskriver en del av pleie- og omsorgsprosesser er å involvere brukeren, altså være to om beslutninger vedrørende pleie og behandling (McCance & McCormack, 2017a). I likhet, viser loven til brukerens rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011). Irani et al. forklarer dette som «partnering with the patient» (s. 4072). Det bidrar til en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og bruker, som igjen kan øke brukerens tilfredshet (Irani et al., 2018). På samme måte omtaler Tønnessen et al. at inkludering av brukeren i pleien bidrar til en god relasjon mellom sykepleier og bruker, men sykepleierne opplever konflikt med hva de ønsker å utføre sammenlignet med hva de får til, i hjemmesykepleien. Fokuset begrenses ofte til medisinske oppgaver (Tønnessen et al., 2011). Artikkelen til Roín viser at «sense of involvement» ikke alltid finner sted i pleie og omsorg til hjemmeboende eldre. «Sense of involvement» kan beskrives som brukerens følelse av å bli involvert i pleien. Eldre tjenestemottakere bekymrer seg for at de ikke får tilpassede tjenester grunnet at de ikke blir godt nok involvert i pleiebeslutninger (Roín, 2017). Til tross for at litteraturen viser enighet om at involvering av brukeren er essensielt for personsentrert sykepleie, samt at det er nedtegnet i loven, kan man anta at det ikke alltid blir utført tilstrekkelig i dagens hjemmesykepleie grunnet manglende kapasitet.

5.3.1 Brukerens sosiale rolle

Å forstå brukerens sosiale rolle og deres psykososiale kontekst er viktig for å oppnå personsentrert sykepleie i praksis (McCance & McCormack, 2017a). Studien til Roín viser et godt eksempel på når brukerens sosiale rolle ikke tas i betraktning i pleien. En bruker får ofte mer energi om kveldene og ønsker da å bruke den tiden til å besøke barna sine. Til tross for at hun uttrykker dette ønsket til hjemmesykepleierne blir det ikke tatt hensyn til. De kommer for å stelle henne tidlig på kvelden slik at hun blir bundet til hjemmet resten av kvelden (Roín, 2017). På den ene siden står dette i kontrast til brukerens rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og plikten til å respektere personers autonomi på et etisk grunnlag (Brinchmann, 2016a). Dessuten kan det også ses i sammenheng med å ta fra brukeren muligheten til å mestre egen hverdag, som er et hovedmål i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016). På den andre siden er det underlagt at når man får hjelp av hjemmesykepleien vil daglige gjøremål innrettes etter tjenestens arbeidstid, som nevnt i avsnitt 2.1. Det blir en konflikt mellom det personsentrerte fokuset som etterstreber å innfri brukerens ønsker, samtidig som sykepleieren må følge vaktens tidsskjema for å imøtekomme alle på arbeidslisten. Selv om det ikke er mulig å oppfylle alle behov på grunn av

organiseringen i hjemmesykepleien, er det viktig å likevel lytte til brukeren og erkjenne deres ønsker, da det kan gi dem trygghet i at sykepleieren forstår deres situasjon. Dette kan bidra til å opprettholde integritet og en aktiv pasientrolle som er sentralt i dagens helsevesen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

5.3.2 Engasjement

Sykepleierens engasjement reflekterer deres tilknytning til brukeren. Dersom enhver pleiesituasjon eller interaksjon tilnærmes med fokus på *den* personen, på *det* tidspunktet, basert på *brukerens* verdier kan det antas at sykepleieren har et genuint engasjement overfor den syke (McCance & McCormack, 2017a).

Knappe ressurser krever at man er bevisst på prioriteringer i hjemmesykepleien. Liten tid kan oppleves belastende for den enkelte sykepleier fordi det til syvende og sist går utover brukerne og deres livskvalitet (Fjørtoft, 2016). Til tross for faste rammer og forhåndsbestemte arbeidslister (Strandås, 2018) tyder det på at flere sykepleiere strekker seg utover systemet som er lagt til grunn, for å dekke den enkelte brukers behov (Fjørtoft, 2016). Dette kommer til uttrykk i studien til Byrne et al., der ansatte gikk utover arbeidsbeskrivelsen fordi de anerkjente andre behov, eller brukeren selv ønsket hjelp til andre oppgaver (Byrne et al., 2012). Vurdering av pleie- og omsorgstiltak varierer fra sykepleier til sykepleier (Tønnessen, et al., 2011), da mye av arbeidet i hjemmesykepleien går på skjønn (Fjørtoft, 2016) og selvstendig arbeid (Tønnessen et al., 2011). En hendelse jeg opplevde i praksis hvor en enkelt sykepleier strakk seg utover de bestemte arbeidsoppgavene, satte spesielt spor. En daværende kollega lovet en bruker å komme på et tidlig besøk. Dette var for å imøtekomme brukerens ønske fordi vedkommende skulle rekke en tidlig avtale, akkurat den dagen. Besøket foregikk altså før arbeidstid og før morgenrapporten. Eksempelet fra praksis kan betegnes som å tilby en tjeneste utover det som er bestemt av organisasjonen. Som konsekvens kan små, tilsynelatende umerkelige «ekstratjenester» by på utfordringer. Det argumenteres at slike «ekstratjenester» potensielt kan virke ødeleggende ved at det kan føre til konflikt mellom ansatte, gi utilstrekkelig kompensasjon og skape for høye forventninger fra brukeren (Byrne et al., 2012). I artikkelen til Tønnessen et al. foreslås tydelige retningslinjer som er felles for alle, for å forsøke å få bukt med slike utfordringer (Tønnessen et al., 2011). På bakgrunn av dette kan det antas at sykepleierens engasjement ikke bør gå utover det som er bestemt i organisasjonen, men at personsentrert sykepleie skal utøves i handlingsrommet som er

tilgjengelig. For å hindre at sykepleiere strekker seg langt utover arbeidsoppgavene eller arbeidstiden, kan felles retningslinjer være en rettesnor for de ansatte.

5.4 Utfall

Utfall av personsentrert sykepleie i praksis viser til brukernes tilfredshet med omsorgen de mottar fra hjemmesykepleien, i hvor stor grad de kan medvirke i pleien og følelse av velvære de kjenner. Det er resultatet av personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017a). Brukere uttrykte hva som ga gode opplevelser når helsepersonell kom hjem til dem.

«De bryr seg. For dem er det ikke bare en jobb, du er en person», er et utsagn fra én bruker.

Det viser seg at det som betyr mye for brukeren er når pleierne tar seg tid til å snakke med dem, utforske deres følelser og bli kjent med hva de liker, ikke liker, deres helsetilstand og personlige forhold.

En bruker sier: *«Noen pleiere behandler deg som et familiemedlem. De gjør mer enn å bare komme inn, gjøre oppgaven og dra igjen. De spør hvordan det går, oppmuntrer deg. De er mer interessert i deg enn å bare gjøre jobben og dra».*

Brukere uttrykte også viktigheten av å bli møtt med empati og forståelse, særlig i nærgående situasjoner som hjelp til personlig stell. På den måten opplevde større grad av verdighet (Byrne et al., 2012). Å behandle brukeren med respekt og vise interesse for den som person er grunnleggende verdier i sykepleie (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016). Det kan være å inkludere brukeren i utførelsen av oppgavene. For eksempel å la brukeren gjøre så mye den klarer i et stell, for så å hjelpe til når det trengs, da det gir en følelse av mestring (Byrne et al., 2012). Dette samsvarer med det grunnleggende i hjemmesykepleien, å mestre egen hverdag i eget hjem (Fjørtoft, 2016). I motsetning, når fokuset distanseres fra brukeren som person, fører det til en følelse av mangel på identitet og individualitet. Noen opplevde at pleieren ville helst dra så fort som mulig, mens andre kjente det nesten som å være fanget i et fengsel. Pleiere som ikke refererte til brukeren ved fornavn gjorde det vanskelig å stole på dem og dermed utfordrende å bygge en relasjon (Byrne et al., 2012). Andre uttrykker at de ikke blir inkludert i planleggingen av pleien, da tjenestene de mottar ikke reflekterer deres behov (Roín, 2017).

Det kan tenkes at små og enkle tiltak kan føre til gode utfall ifølge brukeren. Å vise at man kjenner personen ved å bruke fornavnet og stille oppriktige spørsmål om hvordan de har det betyr enormt mye for den eldre personen som sitter hjemme alene. Dette bekreftes av sykepleiere i studien til Ross et al., som sier det handler om de små tingene som kan fremme brukerens verdighet. De små, personlige tingene man gjør som sykepleier kan bidra til å gi brukeren en følelse av økt velvære (Ross et al., 2015).

6 Avslutning

Dette kapittelet vil presentere funn fra anvendt fag- og forskningslitteratur fra drøftingskapittelet for å kunne besvare problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gi personsentrert og faglig forsvarlig sykepleie til eldre i en hektisk hverdag?»

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan hjemmesykepleiere kan utøve personsentrert og faglig forsvarlig sykepleie innenfor dagens gitte rammer. Den tydeligste rammefaktoren er tidsaspektet. Tidspress er en utfordring i hverdagen til sykepleiere, men det er en faktor som er der og man må per i dag jobbe ut ifra det som er satt fra organisatoriske og politiske hold. Kort sagt, hvordan kan man bruke de minuttene man har til rådighet hos brukeren til å utøve personsentrert og forsvarlig sykepleie

Antall eldre personer øker stadig, i tillegg lever vi lengre. Og Statistisk sentralbyrå spår at innen år 2060 vil 1,3 millioner av Norges befolkning være 70 år eller eldre.

Samhandlingsreformen fra 2012 vil sikre at den økte andelen av eldre, hjemmeboende får god helsehjelp i hjemmet ved at de får mulighet til å medvirke i sin pleie og behandling. Det kreves at sykepleien disse personene mottar i hjemmet er personsentrert og faglig forsvarlig.

Sykepleieren må kjenne sin profesjonelle rolle og personlige holdninger godt. Det er noen av forutsetningene for personsentrert sykepleie. En må bevisstgjøres sin holdning i forhold til den avsatte tiden i vedtaket, slik at man er tilstede for brukeren og kan dele makten for å fremme brukerens behov. På denne måten kan beslutninger tas i samråd med brukeren. Involvering av brukeren danner også grobunn for en god relasjon, en relasjon som er gjensidig betydningsfull. I tillegg må man skape mulighet for å gjøre gode observasjoner når man er hos brukeren, samtidig som man utfører en prosedyre, må man *legge merke til* og observere. Dette kan også gjøres gjennom samtale og kommunikasjon, dersom det brukes aktivt i pleien. Små, enkle tiltak som å kjenne brukerens fornavn og være interessert i hvordan de har det kan utgjøre en stor forskjell i hvordan den eldre opplever besøket. Sykepleiere har en faglig, etisk og juridisk plikt til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp, men fravær av det kliniske blikket kan føre til uforsvarlig sykepleie og det bidrar ikke til å fremme helse eller forebygge sykdom.

Sykepleier som faglig leder har et ansvar for å ha en veiledende funksjon i ansattgruppen, samt lede fellesrapporter. Disse arenaene bør benyttes til informasjonsutveksling vedrørende brukerne og problemløsning. Et godt samarbeid kan bidra til å dele relevante opplysninger om brukerne slik at alle ansatte har et godt utgangspunkt til å gi personsentrert og faglig forsvarlig pleie.

Kontinuitet er en utfordring i hjemmesykepleien, og behovet for å møte den samme pleieren varierer fra bruker til bruker. Ofte er det godt med litt variasjon for både brukerne og de ansatte. For å bevare et personsentrert fokus bør derfor informasjonskontinuitet fremmes når personkontinuitet ikke er gjennomførbart. Det nevnes også at en organisering basert på mindre team kan være nyttig. Team som fordeles på geografiske områder kan gi mer effektiv informasjonsflyt i tillegg til at det blir færre pleiere for brukeren å forholde seg til. På denne måten vil trolig relasjonsbygging bli mindre utfordrende.

Det er bred enighet i fag- og forskningslitteratur om at sykepleie som utøves til eldre i hjemmesykepleien skal være personsentrert og faglig forsvarlig. Likevel er det utfordringene som kommer tydelig til uttrykk i litteraturen, men lite som ser på mulige tiltak og eventuelle løsninger. Det har derfor vært vanskelig å gi et absolutt svar på problemstillingen og det kreves ytterligere forskning på dette temaet.

Referanseliste

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016a). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B. S. (2016b). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 115-129). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Byrne, K., Frazee, K., Sims-Gould, J. & Martin-Matthews, A. (2012). Valuing the Older Person in the Context of Delivery and Receipt of Home Support: Client Perspectives. *Journal of Applied Gerontology*. 31(3), 377-401. DOI: 10.1177/0733464810387578
- Bölenius, K., Lämås, K., Sandman, P-O. & Edvardsson, D. (2017). Effects and meanings of a person-centered and health-promoting intervention in home care services – a study protocol of a non-randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2017(17:57), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0445-0>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 58-72). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, Ann-Kristin (2016). *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (s. 99-119). Bergen: Fagbokforlaget
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 18-26. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2359535/Kontinuitet.i.hjemmespl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gjevjon, E. R. & Fjørtoft, A-E. (2016). Hjemmesykepleietjenesten. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. (s. 38-54). Bergen: Fagbokforlaget
- Helsedirektoratet. (2016, februar). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester*. (Helsedirektoratet, Rapport IS-2375). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Höglander, J., Eklund, J. H., Eide, H., Holmström, I. K. & Sundler, A. J. (2017). Registered Nurses' and nurse assistants' responses to older persons' expressions of emotional needs in home care. *Journal of Advanced Nursing*, 2017(73), 2923–2932. DOI: 10.1111/jan.13356
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Irani, E., Hirschman, K. B., Cacchione, P.Z. & Bowles, K. H. (2018). How home health nurses plan their work schedules: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018(27), 4066-4076. DOI: 10.1111/jocn.14548
- Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing Your Literature Review, Traditional and Systematic Techniques*. London: Sage Publications Ltd.
- Kirkevold, M. (2014) Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 58-72). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kogan, A. C., Wilber, K. & Mosqueda, L. (2015). Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 64(1), 1-7. DOI: 10.1111/jgs.13873
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie fag og funksjon, Bind 1* (3. utg., s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie fag og funksjon, Bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A. & Tønnessen, M. (2018). *Befolkningsframskrivingene 2018 - Modeller, forutsetninger og resultater*. (Statistisk Sentralbyrå, Rapporter

2018/21). Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivingene-2018>

- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid i et samfunnsperspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (s. 23-43). Bergen: Fagbokforlaget
- McCance, T. & McCormack, B. (2017a). The Person-centered Practice Framework. I B. McCormack & T. McCance (Red.) *Person-centered Practice in Nursing and Health Care, Theory and Practice*. (2. Edition, 2. 36-64). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017b). Underpinning principles of person-centered practice. I B. McCormack & T. McCance (Red.) *Person-centered Practice in Nursing and Health Care, Theory and Practice*. (2. Edition, s. 13-35). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Norsk sykepleierforbund. (2013). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet – Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*: NSF Faglig forsvarlighet, 4. utgave. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018..pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Dokument 3:5 (2018–2019) Hentet fra:
<https://www.riksrevisjonen.no/>
- Róin, Á. (2017). Person-centredness in elder care: A secondary analysis of data from a study among home-dwelling men and women in the Faroe Islands. *Journal of Clinical Nursing*. 2018(27), 2416-2424. DOI: 10.1111/jocn.14161
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ross, H., Tod, A. M. & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person-centered care: The nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1223-1233. DOI:
<https://doi.org/10.1111/jocn.12662>
- Statistisk Sentralbyrå. (2018, 15. juni) Omsorgstenester: Brukarar av pleie- og omsorgstenester, etter alder, tenestetype, statistikkvariabel, år og region. Hentet den 04. desember 2018 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/06969/tableViewLayout2/>
- Strandås, M. (2018, 06. desember). Det handler ikke bare om lønn. Hentet fra
<https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2018/12/det-handler-ikke-bare-om-lonn>.
- Thorsen, K. (2014). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 58-72). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing* (2. Edition). Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics* 18(3), 386–396. DOI: [10.1177/0969733011398099](https://doi.org/10.1177/0969733011398099)
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning* 2012 7(3) 280-285. DOI: 10.4220/sykepleienf. 2012.0134
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Watson, F. & Rebar, A. (2014). The art of noticing: essential to nursing practice. *British Journal of Nursing*, 23(10), 514-517. DOI: [10.12968/bjon.2014.23.10.514](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.10.514)
- Wiig, S. & Kattouw, C.E. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning* 2018 13(74391) DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.74391](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391)