



Det gode møtet

- hvordan kan sykepleier møte beboere på sykehjem med personorientert profesjonalitet?

Kandidatnummer: 433
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8821
Dato: 14.04.16



	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14.04.16
Tittel: Det gode møtet	
<p>ABSTRAKT</p> <p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier møte beboere på sykehjem med personorientert profesjonalitet?</p> <p><u>Metode</u> Jeg har brukt litteraturstudie som metode. Oppgaven er basert på relevant faglitteratur som både er hentet fra pensum og selvvalgt. Jeg har også benyttet meg av nyere forskning, i tillegg til egen arbeidserfaring og erfaringer fra praksis.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Den sykepleiefaglige referanserammen i oppgaven er Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Jeg har videre inkludert teori om selve pasientgruppen, sykepleiers rolle, sykehjemmets funksjon, samt diverse rammevilkår som kan ha betydning for sykepleier og beboernes hverdag på sykehjem.</p> <p><u>Drøfting</u> Oppgavens problemstilling sammen med funn i teori og forskning er drøftet i lys av Kari Martinsens tenkning. Relasjonen mellom sykepleier og pasient står sentralt. Forskning viser at en god interaksjon mellom sykepleier og beboer kan høyne livskvaliteten hos beboere på sykehjem. Hva som ligger i en god interaksjon kan variere fra person til person. Å benytte faglig skjønn og sansing er eksempler på verktøy sykepleier kan benytte seg av i dette møtet. Et velfungerende sykehjem avhenger derimot ikke kun av at sykepleiers innsats. Samfunnets rammer og bruk av ressurser har også innvirkning. Det er viktig å møte beboere på sykehjem med personorientert profesjonalitet. Det stilles spørsmål til om dette prioriteres høyt nok og lar seg gjennomføre i en hektisk hverdag for sykepleier på sykehjem.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleier spiller en viktig rolle for mange beboere på sykehjem. I møte med denne pasientgruppen er det viktig å ha fokus på å se hele mennesket. Ved å bruke alle sansene sammen med fagkunnskap vil sykepleier kunne se pasienten, skape en god relasjon, som igjen vil kunne ha positive effekt på pasientenes livskvalitet.</p>	
<p>Nøkkelord: omsorg, faglig skjønn, sansing, beboere på sykehjem, livskvalitet</p>	

(Totalt antall ord:271)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	2
1.1 Presentasjon av tema.....	2
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.3 Hensikt med oppgaven.....	3
1.4 Avgrensninger.....	3
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	4
2. Metode	5
2.1 Litteraturstudie.....	5
2.2 Litteratursøk.....	5
2.3 Kildekritikk.....	6
3. Teori	8
3.1 Presentasjon av målgruppen.....	8
3.2 Sykehjemets funksjon.....	8
3.3 Sykepleiers rolle på sykehjem.....	9
3.4 Kommunikasjon mellom sykepleier og beboer på sykehjem.....	9
3.5 Rammefaktorer av betydning for sykehjem.....	10
3.5.1 Politiske forhold.....	10
3.5.2 Juridiske forhold.....	11
3.5.3 Etske forhold.....	12
4. Sykepleiefaglig referanseramme	13
4.1 Bakgrunn for valg av Kari Martinsen som referanseramme.....	13
4.2 Samfunnskritisk syn.....	14
4.3 Personorientert profesjonalitet.....	14
4.4 Faglig skjønn.....	15
4.5 Sansing.....	15
4.6 Livsytringene.....	16
4.7 Generalisert gjensidighet.....	16
5. Hvordan kan sykepleier møte beboere på sykehjem med personorientert profesjonalitet?	18
5.1 Å skape en god relasjon.....	18
5.2 Å respektere urørlighetssonen.....	20
5.3 Å bruke faglig skjønn.....	21
5.4 Å benytte sansing.....	23
5.4 Å ivareta det moralske perspektivet.....	24
6. Avslutning	26
Litteraturliste	28

1. Innledning

1.1 Presentasjon av tema

I 2014 var det i følge Statistisk sentralbyrå (2015) i overkant av 41 000 sykehjemsplasser i Norge. Antallet eldre over 65 år vil øke i årene som kommer, og mange omtaler dette som en eldrebølge (Romøren, 2013). Grovt sett vil andelen eldre bli fordoblet fram til 2060, og i følge Drageset, Ranhoff og Eide (2012) er det allerede mangel på kvalifisert personale på sykehjemmene.

Sykehjem er en viktig arena for å utøve sykepleie, og betydningen av høy faglig kompetanse og engasjerte sykepleiere vil øke i årene som kommer (Hauge, 2013).

Sykepleier skal forholde seg til lover og regler, og samtidig ta etiske hensyn.

Å møte pasienten med personorientert profesjonalitet kan gå på bekostning av praktiske gjøremål. Det er likevel en viktig prioritering, all den tid eldre i sykehjem er mer sårbare og opplever mer ensomhet enn eldre som bor hjemme (Hauge, 2013). Haugan (2014a) påpeker viktigheten av en god sykepleier-pasient relasjon i forhold til at det er funnet klare sammenhenger mellom en god interaksjon, og følelsen av håp og mening.

Sykepleier spiller en sentral rolle i mange pasienters liv. Kari Martinsen kaller relasjonen mellom sykepleier og pasient for personorientert profesjonalitet, og peker på det å være til stede med seg selv samtidig som man gjør profesjonelle overveielser. Det å tenke og undre seg er å være i bevegelse, og det å være objektiv og distansert er ikke profesjonelt (Martinsen, 2012).

Jeg har gjennom studiet interessert meg for selve møtet mellom sykepleier og pasient og relasjonen som oppstår. Jeg opplever det som motiverende når jeg når jeg når fram til pasienten gjennom å skape en relasjon. Dette bidrar til en meningsfull hverdag, og det gir mye tilbake i rollen som sykepleier. Samtidig har jeg undret meg over hva det er som skaper det gode møtet. Dette ønsker jeg å se nærmere på i denne oppgaven.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av valgt tema, er følgende problemstilling utarbeidet;

Hvordan kan sykepleier møte beboere på sykehjem med personorientert profesjonalitet?

1.3 Hensikt med oppgaven

Gjennom oppgaven ønsker jeg å øke kunnskapen blant sykepleiere som jobber på sykehjem om viktigheten av å møte beboeren på en profesjonell og helhetlig måte, og hvilke positive effekter det kan gi.

1.4 Avgrensninger

Jeg har foretatt noen avgrensninger for å understreke hva jeg ønsker å ha fokus på i oppgaven. Personorientert profesjonalitet er et begrep som brukes av Kari Martinsen. Begrepet verserer i flere forskjellige variasjoner og nyanser benyttet av andre forfattere. Det spesielle med Kari Martinsen er at hun representerer en helhetlig tenkning og tolkning av omsorg i sykepleien, slik at jeg kan benytte flere deler av hennes teori som referanseramme i oppgaven.

Pasientgruppe og kontekst i oppgaven er beboere på sykehjem i Norge. Antall eldre vil øke i årene som kommer, og det er stadig aktuelt å utrede denne gruppens behov. Mange beboere på sykehjem har få eller ingen pårørende, og sykepleier har derfor stor betydning. På en sykehjemsavdeling vil sykepleier daglig oppleve etiske utfordringer, sykdommer og hjelpebehov av ulik art. Jeg har valgt å fokusere på beboere på sykehjem som ikke har en utpreget demensdiagnose, da jeg har funnet forskning på denne pasientgruppen. Beboere med liten eller ingen kognitiv svikt kan etter min erfaring i større grad uttale seg adekvat om relasjonelle forhold. Videre har jeg noe begrenset kunnskap om sykehjemsdrift i utlandet, og har av den grunn konsentrert meg om sykehjem i Norge.

Oppgaven inneholder ikke inngående beskrivelser av fysiske plager, eller utdyping av tiltak som går på lindring av disse. Jeg har valgt å fokusere på selve relasjonen mellom sykepleier og pasient, og hva som kan ligge til grunn for et godt møte.

Videre har jeg brukt begrepene ”beboer” og ”pasient” om hverandre i oppgaven. Noen steder har det vært mer naturlig å bruke pasient, eksempelvis i forbindelse med teori, selv om jeg sikter til den samme gruppen.

1.5 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 presenteres metode. I kapittel 3 presenteres teori, og i kapittel 4 sykepleiefaglig referanseramme. Kapittel 5 er drøftingsdelen av oppgaven, hvor jeg vil drøfte funn i teori og forskning i lys av Kari Martinsens teori.

2. Metode

Metode er et redskap vi benytter i møte med noe vi vil undersøke. Fremgangsmåten benyttes for å innhente informasjon og kunnskap, samt for å finne svar på problemstillingen. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få ta del i refleksjoner man har hatt i forhold til litteraturen som anvendes i oppgaven, samt hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for å belyse problemstillingen (Dalland, 2010).

2.1 Litteraturstudie

I høgskolens retningslinjer for oppgaveskriving stilles det krav til at oppgaven skal være et litteraturstudie. Jeg har innhentet litteratur fra høgskolens bibliotek, Deichmanske bibliotek, relevant pensumlitteratur, samt søk i databaser. I tillegg har jeg supplert med egne erfaringer fra praksis.

All litteratur må leses og fortolkes, noe som i følge Dalland (2010) innebærer en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk kan forklares med å finne fram til en mening i noe, eller forklare noe som er uklart i utgangspunktet (Dalland, 2010).

Hermeneutikken handler også om å fortolke meningsfulle fenomener, som for eksempel grunnlaget for menneskelig eksistens, og å beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig. Det karakteristiske for meningsfulle fenomener er at de må tolkes for å forstås. Når vi selv er et instrument som samler inn og tolker data, kreves det derimot bevissthet rundt egen forforståelse og kontekst (Dalland, 2010).

2.2 Litteratursøk

For å ivareta kravet om vitenskapelighet har jeg funnet forskningsartikler som er relevante for problemstillingen. Artikkelen er innhentet gjennom søk i anerkjente sykepleiedatabaser.

I Cinahl har jeg søkt med følgende søkeord: Nursing home patient + Depression + (nursing care eller nursing interventions). Avgrenset (på årstall nyere enn 2010, full text, peer reviewed og references available) ga dette 8 svar, heriblant tre artikler som jeg fant relevant for problemstillingen. Artikkelen av Drageset et al (2012) tar for seg underdiagnostisert angst og

depresjon blant eldre beboere på sykehjem uten kognitiv svikt. Haugan (2014a og 2014b) har skrevet to artikler om betydningen av en god sykepleier-pasient interaksjon.

Videre fant jeg en artikkel ved å bruke søkeordene nursing home patients og spiritual care i Cinahl, som ga 12 svar etter avgrensning (årstall nyere enn 2010, full text og references available). En artikkel av Rykkje og Råholm (2014) beskriver eldre personers syn på verdighet, og betydningen av dette i pleien.

Jeg søkte også på thriving i kombinasjon med nursing som stikkord i Cinahl. Etter avgrensning (på full text, abstract available, og dato nyere enn 2008) fikk jeg 15 treff, blant annet en artikkel av Bergland og Kirkevold (2008). Forskningsartiklenes funn vil bli presentert nærmere i kapittel 5.

2.3 Kildekritikk

Oppgaven baserer seg hovedsakelig på primærlitteratur. Der jeg har benyttet sekundærlitteratur har det kun vært som et supplement i den hensikt å underbygge primærlitteratur. Faglitteraturen som er benyttet er av nyere dato.

Som sykepleiefaglig referanseramme i oppgaven har jeg valgt Kari Martinsen. Hun betegnes som en klassiker innen sykepleieteori, og jeg har benyttet flere bøker fra hennes forfatterskap. Sekundærkilder kan i følge Dalland (2010) brukes til å fortolke primærkildens resultat. Kari Martinsens forfatterskap er omfattende, og hun har ofte en filosofisk tilnærming. Jeg har funnet informasjon om personen Kari Martinsen, og jeg har studert bøker av personer som har forsket på hennes forfatterskap for å underbygge hennes teori. Sekundærkildene som er benyttet har ofte hatt sidehenvisninger til Martinsens bøker, og har på denne måten blitt brukt som oppslagsverk. Dette har gitt meg en større for forståelse av Kari Martinsens teori.

Kvalitative studier har som mål å forstå verden ut fra intervjupersonenes side. En kvalitativ metode som intervju og observasjon, vil kunne preges av forskerens personlighet. Her vil evnen til å oppnå kontakt med brukeren ha mye å si (Dalland, 2010).

Alle forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven baserer seg på kvalitative forskningsstudier utført av registrerte sykepleiere som er kontaktbare, hvorpå flere av dem har en faglig tilleggskompetanse på andre områder. I noen av studiene har sykepleierne hatt medforfattere fra andre relevante yrkesgrupper. Dette gjør at alle artiklene har et sykepleierperspektiv. Artiklene er et resultat av forskning i Norge, og studiene er utført blant

personer med liten eller ingen kognitiv svikt. Studiene som ledet fram til forskningsartiklene har ivaretatt deltakernes integritet ved at det har vært utvist sensitivitet ovenfor hver enkelt deltakers grenser, i forhold til hvor komfortabel vedkommende har vært med å dele følelser og tanker av personlig karakter. Flere av artiklene har lignende budskap, samtidig som hver artikkel tar opp ulike aspekter som vil være relevante for drøftingen.

I Rykkje og Råholms studie fra 2014 blant eldre mellom 74 og 96 år, var kun 5 av 17 deltakere beboere på sykehjem, som er denne oppgavens kontekst. Eldre personers syn på verdighet og betydning av det i pleien er relevant for å besvare oppgavens problemstilling uavhengig av deltakernes bosituasjon.

Statistikk og kliniske kontrollerte forsøk skaffer medisinen kunnskap om gjennomsnittspasienten. Enkeltmenneskets forskjellighet og individualitet er derimot mindre målbare enheter. Dette gjør at forholdet mellom forskning og kliniske situasjoner kan være komplisert, og det ikke finnes absolutte svar (Alvsvåg, 2010). Sagt på en annen måte kan det være utfordrende å måle et menneskes oppfatning av en relasjon. Mennesker har forskjellige utgangspunkt, noe som innebærer at det som oppfattes som en god relasjon for noen ikke trenger å være det for en annen. Dette kan være en svakhet ved den kvalitativ forskning (Alvsvåg, 2010).

3. Teori

Ordet teori betyr å se på eller granske noe. Hensikten med teori er å komme fram til en enklest og best mulig treffende beskrivelse av virkeligheten (Dalland, 2010). I dette kapitlet vil jeg presentere teori om målgruppe, sykepleiers rolle på sykehjem samt ytre rammefaktorer.

3.1 Presentasjon av målgruppen

Eldre mennesker erfarer ofte det tap av både fysisk, psykisk og sosial art, noe som kan redusere egenomsorgsevnen. For noen oppstår da et behov for langsiktig pleie på sykehjem. Behovet for hjelp kommer gjerne i forbindelse med funksjonstap som følge av en kombinasjon av aldring og sykdom (Romøren, 2013). I Norge er det i overkant av 41 000 sykehjemsplasser i følge Statistisk sentralbyrå (2015). Gjennomsnittsalderen på beboere i sykehjem er 84 år, med en klar overvekt av kvinner (Hauge, 2013).

De vanligste årsakene til innleggelse er aldersdemens, hjerneslag, hjerte- og lungesykdom. Så mange som to av tre beboere på sykehjem har varierende grad av symptomer på demens (Romøren, 2013). Ofte er beboere på sykehjem multisyke (Hauge, 2013). Beboere på sykehjem blir sett på som en særlig sårbar gruppe. Sykdom og død er en del av hverdagen, og det å finne måter å høyne livskvaliteten til beboere på sykehjem på er essensielt (Haugan, 2014a).

3.2 Sykehjemmets funksjon

Det er i stor grad opp til hver enkelt kommune å bestemme sin egen pleie- og omsorgstjeneste. Det kan være store individuelle forskjeller på hvor stor del av driftsbudsjettet som settes av til pleie og omsorg. Kommunen fordeler selv midlene mellom hjemmetjeneste og institusjoner, samt bestemmer hvor mye og hvilken type personell som benyttes i tjenesten (Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen, 2014).

Et sykehjem skal innfri mange og varierte behov. Det skal ytes medisinsk behandling til pasienter med komplekse sykdommer, og beboere med nedsatt evne til å ivareta egne behov skal få et godt pleietilbud. Det skal samtidig skapes et hyggelig miljø, med mulighet for

fysiske og sosiale aktiviteter. Det er viktig at pleietilbudet favner mer enn kun pleie og behandling (Hauge, 2013).

Å lede en virksomhet i å lede mennesker kan også bety å lede holdninger og verdier. Verdier har kun en nytte dersom de blir benyttet. Personlig dømmekraft krever erfaring og refleksjon for å utvikles. Det bør være en sentral oppgave å kontinuerlig fremme kunnskap og klokskap ved hjelp av synlig tilstedeværende lederskap (Aakre, 2015).

3.3 Sykepleiers rolle på sykehjem

Sykepleier har ansvaret gjennom hele døgnet i det direkte møtet med beboer. Vedkommende skal organisere eget arbeid samt lede avdelingen og sikre opprettholdelse av kvalitet på tjenesten (Hauge, 2013).

Videre henviser Hauge til Hamran, som hevder at pleiekulturen som utvikles på en avdeling er viktig for pasienttilbudet. På et sykehjem kan det være både formelle og uformelle ledere. Sykepleiers oppgave er å lede pleieteamet og å få med alle medarbeidere på laget. Slik kan et faglig forsvarlig og inspirerende tjenestetilbud ivaretas (Hauge, 2013).

Sykepleier kan opptre som en god rollemodell gjennom å utøve kunnskapsbasert sykepleie. Dette kan gjøres ved å samarbeide og inkludere andre ansatte og pårørende, ivareta beboeres medbestemmelse, og omtale beboere og kolleger med respekt. Ved å undre seg og etterspørre andres forståelse, kan sykepleier bidra til å stimulere interessen for faget (Hauge, 2013).

En viktig forutsetning for å kunne yte integritetsbevarende sykepleie overfor gamle pasienter er å etablere en ivaretakende relasjon. En svekket og sårbar person er avhengig av en sykepleier som kjenner dem som personer, og som kan hjelpe dem å ivareta deres behov når de ikke lenger selv er i stand til det. Ønsket om involvering mellom sykepleier og pasient kan variere fra person til person, men det er viktig at sykepleier kjenner til personens preferanser på dette området (Kirkevold, 2013a). På et sykehjem der beboerne er i en avhengig posisjon, samtidig som enkelte har problemer med å forstå konsekvenser av egne valg, må sykepleier være spesielt våken for hvordan makten hun har i kraft av sin posisjon brukes (Hauge, 2012).

3.4 Kommunikasjon mellom sykepleier og beboer på sykehjem

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. God kommunikasjon kan bidra til å forstå pasienten som person (Eide og Eide, 2013).

Det kreves også gode kommunikasjonsferdigheter for å delta i en dialog. Interaksjonen bør være basert på gjensidig respekt (Kirkevold, 2013b). Slik kan sykepleier gi hjelp og støtte som bidrar til å stimulere den andres utvikling. Evnen til å sette seg inn i den andres situasjon ved å lytte og forstå den andres reaksjoner og følelser er sentral. Aktiv lytting, speiling og variasjon av åpne og lukkede spørsmål er viktige komponenter for å skaffe seg informasjon om hvordan pasienten har det. God nonverbal kommunikasjon kan også skape trygghet og tillit hos pasienten. Sykepleier må her være oppmerksom på at den nonverbale kommunikasjonen stemmer overens med den verbale for å unngå forvirring (Eide og Eide, 2013). I kommunikasjon med beboere på sykehjem kan sykepleier benytte seg av flere ulike metoder, men mye tyder på at sykepleiers interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er det viktigste for å oppnå god kontakt (Eide og Eide, 2013). Sykepleier må likevel hensynta at mange beboere på sykehjem har svekkede sanser, slik som nedsatt syn, hørsel, lukt og smak, og tilpasse kommunikasjonen etter dette (Romøren, 2013). Fra praksis har jeg erfart at når sykepleier setter seg inn i beboernes historie, deres interesser og preferanser, kan det bidra til målrettet kommunikasjon, noe som igjen øker sjansen for en god dialog. Dette bekreftes av Eide og Eide (2013).

3.5 Rammefaktorer av betydning for sykehjem

Rammefaktorer defineres som tid, sted, rom og omstendigheter rundt en situasjon (Dalland, 2010). Et sykehjem er både en integrert del av det norske samfunnet og samtidig en verden for seg selv (Jacobsen, 2015). De generelle samfunnsforholdene vil derfor ha betydning for sykepleiers vilkår på et sykehjem (Norvoll, 2012). Jeg vil her nevne rammefaktorer som kan ha innvirkning på sykehjemsdriften, og som en konsekvens av det også vil kunne påvirke sykepleier og beboers hverdag.

3.5.1 Politiske forhold

Det er et faktum at helse- og omsorgstjenestene for eldre prioriteres og løses forskjellig i de forskjellige kommunene og på forskjellige sykehjem (Meld. St.11 (2014-2015)).

Byrådet i Oslo vedtok nylig å kutte 50 millioner i sykehjemsetaten, noe som vil bidra til ytterligere press i en allerede presset etat (Juven og Ammari, 2015).

Undersøkelser bekrefter at det er for mye variasjon i helsetjenesten. Det er et mål for regjeringen å sørge for likeverdige helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen. Å kartlegge og iverksette tiltak for å øke kvaliteten og begrense uberettiget variasjon, vil være et viktig arbeid for å nærme seg denne målsetningen (Meld. St.11 (2014-2015)).

3.5.2 Juridiske forhold

Sykehjemmets virksomhet er regulert av flere lover og forskrifter, hvorpå de viktigste er sykehjemsforskriften, helse- og omsorgstjenesteloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven samt forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenestene (Hauge, 2013). Sykehjemsforskriften regulerer teknisk utforming av sykehjem samt beboernes rettigheter (Forskrift for sykehjem m.v.,1988). Helse- og omsorgstjenesteloven loven omhandler kommunens plikt til å yte nødvendig og forsvarlig helsehjelp, samt at tjenesten skal inneholde pleie og omsorg (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

At en innbygger har rett til nødvendig hjelp betyr ikke at en selv kan bestemme organiseringen av helsetilbudet eller hvordan behovet skal dekkes (Hauge, 2013).

Helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1 omhandler forsvarlighet i omsorgstilbudet som ytes i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Tilbudet skal være helhetlig og verdig for den enkelte bruker. I følge helsepersonellovens § 2-4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2001).

Forskrift om verdig eldreomsorg sier noe om at omsorgen for eldre skal bidra til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (Verdighetsgarantiforskriften, 2011).

Kvalitetsforskriften sier at brukere skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Videre skal sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt og felleskap skal ivaretas (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 2.2 skal sykepleier understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Videre sier § 2.3 i de samme retningslinjene at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

3.5.3 Etiske forhold

Sykepleie er et fag som krever etisk årvåkenhet og refleksjon. På sykehjem er beboerne i en avhengig posisjon, og mange har redusert kompetanse til å forstå konsekvensene av egne valg. Dette krever at sykepleier er ekstra oppmerksom på og kontinuerlig reflekterer rundt begrep som autonomi og respekt, ikke-skadeprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Hauge, 2012). Å respektere beboere på sykehjems rettigheter i tråd med sykehjems- og kvalitetsforskriften er viktig. Mange sykepleiere tenker ikke over at de har stor makt til å bestemme hva som skal skje og til hvilket tidspunkt. Ved å legge til rette for medbestemmelse blant beboerne, kan de opprettholde kontrollen over eget liv. Sykepleier kan bidra til en kontinuerlig dialog i pleiegruppen om hvordan en kan bidra til å skape en best mulig hverdag for den enkelte. Det å få bestemme sitteplass eller hva de ønsker å drikke kan være eksempler på dette (Hauge, 2013).

Sykepleier og pasient kan ha forskjellig syn på hva omsorg innebærer.

Sykepleier kan tenke at lytting og trøst er viktige aspekter ved god omsorg, mens pasientene kan oppleve at dette først var viktig etter de grunnleggende behovene var ivaretatt.

Undersøkelser viser av mange pasienter verdsetter tilgjengelighet, oppmerksomhet på behov og viste faglig dyktighet (Haugan, 2014b).

4. Sykepleiefaglig referanseramme

Teori kan beskrives som et forsøk på å ordne mange isolerte observasjoner eller erfaringer knyttet til et eller flere fenomener for slik å danne seg en større forståelse.

I denne oppgaven kan teoretisk kunnskap forklare ulike sykepleiefenomener (Dalland, 2010). Jeg vil bruke Kari Martinsens omsorgsteori som referanseramme.

4.1 Bakgrunn for valg av Kari Martinsen som referanseramme

Kari Martinsen (født 1949) er utdannet sykepleier med spesialisering i psykiatrisk sykepleie, magister i filosofi og dr.philos i historie. Hun er en kjent teoretiker innen sykepleie, og har utgitt en rekke bøker og artikler. Sentrale tema i hennes forfatterskap er omsorg, sykepleie og etikk (Austgard, 2012). Dette er også stikkord for min problemstilling.

Når jeg har valgt Kari Martinsen, er det fordi hun er spesielt opptatt av de svake i samfunnet, og da spesielt personer som ikke har mulighet til å gjenvinne uavhengighet (Austgard, 2012). Som beskrevet i kapittel 3.1, er beboere på sykehjem er en spesielt sårbar pasientgruppe.

Teorien til Martinsen trekker også fram den gode relasjonen og knytter den opp mot et helhetlig omsorgsperspektiv. Kari Martinsen beskriver i sin omsorgsteori selve omsorgen som er et grunnleggende fenomen ved den menneskelig eksistens og samhandling. Til sammen utgjør dette grunnlaget for sykepleie (Martinsen, 2008). Dette er relevante elementer for min problemstilling, og det underbygger viktigheten av å møte alle behov denne pasientgruppen måtte ha på en helhetlig måte.

Martinsen omtaler i flere av sine bøker filosofen Løgstrup som en inspirasjonskilde. Løgstrup stilte spørsmål om hvordan man kunne bekjempe et samfunns lidelse og hjelpe de som trenger det. Martinsens versjon av denne problemstillingen har blitt hvordan sykepleier kan ivareta menneskets evige betydning og den enkeltes uendelige verdi – uavhengig av hvilke prestasjoner den enkelte har. Videre stiller hun spørsmål om sykepleier makter å se den andre som et eget individ, men samtidig som et individ som ikke er vesentlig forskjellig fra en selv (Martinsen, 2003).

4.2 Samfunnskritisk syn

Hennes omsorgstenkning er samfunnskritisk i form av at hun omtaler livet som er skapt som grunnleggende godt og grunnleggende etisk. Som sykepleiere utfordres vi til å leve på en måte som fremmer at den gode meningen kan komme til uttrykk i de menneskelige relasjonene, for eksempel til pasienter (Austgard, 2012).

Når vi handler riktig og godt mot andre, jobber medfølelsen, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten sammen med fagkunnskapene (Martinsen, 2003). Samfunnets strukturelle ordninger, som trang økonomi, mangel på personale og institusjonsplasser kan føre til begrensninger i dagliglivet. Til tross for dette oppfordrer Martinsen oss til solidaritet ved å hjelpe de svakeste samt legge til rette for like gode levevilkår for alle (Martinsen, 1989). Dette er viktige elementer å ta med seg når sykepleier møter eldre beboere på sykehjem. I følge Norvoll (2012) hevder Hoschild at omsorg er en nødvendig og viktig oppgave i samfunnet, og at det til alle tider finnes omsorgstrengende eldre og syke. Videre stiller dette et krav til samfunnet om å dekke omsorgsbehovene på en tilfredsstillende måte (Norvoll, 2012).

4.3 Personorientert profesjonalitet

Å være profesjonell står ikke nødvendigvis i motsetning til det å være personlig og involvert. Profesjonalitet er derimot å spørre etter fagkunnskaper. Dette gir sykepleier mulighet til å se pasienten som et menneske som lider, for samtidig å verne om hans integritet (Martinsen, 2008). Dette kan være utfordrende for sykepleier, både på det menneskelige og faglige planet. Grunntanken er til en hver tid å beskytte og ta vare på livet (Martinsen, 2008).

Når sykepleier presenterer seg som en person med personlige følelser rettet mot pasienten, innbefatter dette både teoretisk innsikt, faglig erfaring og kreativitet. Sykepleier stiller seg i en posisjon som åpner for pasientinntrykket, slik at pasienten kan tre frem som menneske i sykepleierens bevissthet. Pasienten blir da en vedkommende, en som vedkommer sykepleier, i motsetning til å være en uvedkommende, eller et tilfeldig objekt. Martinsen sier det så sterkt som at det å være profesjonell faglig dyktig som sykepleier ikke er mulig uten også å møte pasienten som medmenneske (Martinsen, 2008).

Martinsen hevder videre at personorientert profesjonalitet bygget på praktisk kunnskap vil kunne åpne for kjærlighetens muligheter i sykepleierfaget. Både fagkunnskap, holdninger og normer er etiske fordi de henger sammen med moralen og kjærligheten, som igjen springer ut fra relasjonene (Martinsen, 2003).

4.4 Faglig skjønn

Sykepleier har flere roller; en i kraft av å være profesjonell yrkesutøver på et arbeidssted, og en rolle som den personen vi er. Når pasienten går deg i møte må hun oppleve at du har kompetanse i kraft av din rolle, og i tillegg føle at hun blir tatt på alvor som pasient. Dersom begge parter i tillegg anerkjenner hverandre som personer ut over det vi er i kraft av en rolle, skaper det en personlig dimensjon. For å ivareta denne dimensjonen må vi bruke oss selv ved for eksempel å anerkjenne angsten som pasienten uttrykker, eller ved å ta i mot en utstrakt hånd (Henriksen og Aarflot, 2012).

I motsatt fall; dersom sykepleier tar i mot pasientinntrykket, men unnlater å rette følelsene mot pasienten, henviser Kari Martinsen til dette som unnlåtelsessynder (Martinsen, 1989). Faglig skjønn består i følge Martinsen av en følsom åpenhet som gjør at en ser appellen om livsmot i den andres lidelse, for deretter å bruke dette til å forstå og handle godt for og sammen med han. Gjennom synliggjøring av pasientens lidelses- og livshistorie kan vi få livsmotet frem i han. På bakgrunn av felles grunntrekk ved livet er det den andres spesielle situasjon sykepleier skal tyde, uttrykke og handle ut fra (Martinsen, 1989).

Shoot m. fl. har i følge Kirkevold (2013b) kommet fram til at sykepleiere som vil leve opp til idealet om persontilpasset sykepleie må ha noen sentrale ferdigheter. Evnen til å være oppmerksom, kontinuerlig observasjon og evnen til god kommunikasjon er eksempler på dette. Evnen til selvinnsikt, refleksjon og evaluering er også viktig (Kirkevold, 2013b). Sykepleier har heller ikke makt over selve livet eller mulighetene til liv, men sykepleier kan gi støtte til pasienten gjennom sin omsorg. Livsmuligheter kan sies å være mulighetene pasienten har til og i livet (Martinsen, 1989).

4.5 Sansing

Etikk er selvforglemmende opptatthet av den andre. Med dette mener Martinsen at omsorg for den andre er en bevegelse bort fra seg selv. Når sykepleier er genuint opptatt av den andres ve og vel glemmer hun seg selv – uten å tenke over det (Martinsen, 2003). For sykepleie er sansing å forstå gjennom praktiske ferdigheter og sanselig nærværelse. Sansingen og forståelsen er sammenknyttet, og stiller oss åpne for å tyde grunnleggende livsbetingelser. Å få et inntrykk er å beveges kroppslig. I inntrykket blir vi beveget av noe, og vi beveges. Til sammen kan syn, hørsel og ord uttrykke livsmot (Martinsen 2003).

Sanselighet i sykepleierkontekst kan bety at sykepleier møter pasienten med et åpent sinn, og vet hva som forventes hos den som er svak og hjelpetrengende (Martinsen, 2003). Berøring kan også være et eksempel på å bruke sansene, og underbygger at sanselig nærvær kan åpne for usagte ting. På denne måten kan helhetlig sykepleie og eksistensiell omsorg ivaretas (Martinsen, 2003).

Når et menneske møter et annet menneske er det viktig å være klar over at den andre ikke er helt som deg selv. Det kan være forskjeller som gjør at det som gjelder for deg ikke gjelder for den andre. Hvis sykepleier uten videre tar det for gitt at den andre er lik seg, vil vedkommende stå i fare for å overse det spesielle ved den andre. Pasienten er ikke som sykepleier. Pasienten er sårbar, og dermed utlevert til en situasjon hun hverken har kontroll over eller mestrer (Henriksen og Aarflot, 2012).

4.6 Livsytringene

Ut fra skapelsestanken er livet strukturert for å ta i mot den andre. Moral og etikk er knyttet til de menneskelige relasjonene, og i dem trer livsytringene frem, som en uttrykksform for kjærlighet og omsorg. Livsytringene omfatter tjeneste, barmhjertighet, å gi og å tilgi, medfølelse, tillit, åpen tale og håp. Livsytringene kan også beskrives som nestekjærlighet, og kan være et uttrykk for det skapte livet (Martinsen, 2003). Mennesket har ikke makt over selve livsytringene, og kan derfor ikke velge eksempelvis å gi eller å få tillit til noen. Derimot kan mennesket legge forholdene til rette for at tilliten skal vokse frem. Med andre ord kan det sies at livsytringene blir fullbyrdet som en forutsetning for valgene vi tar (Martinsen, 2003). Sykepleier må møte pasienten med en ydmyk holdning og bevissthet om at tillit ikke alltid er til stede, og være var for de signaler pasienten gir. Videre må sykepleier arbeide for å opprettholde og styrke de relasjoner og strukturer som gir betingelsene for at tillit kan være en sentral verdi i forholdet mellom sykepleier og pasient (Helseth og Nordtvedt, 2012).

4.7 Generalisert gjensidighet

Å møte en annen er et grunnleggende trekk ved å være et menneske. Vi er ikke alene, og vi lever sammen med andre. Vi er også avhengige av hverandre, samtidig som vi er forskjellige fra hverandre (Henriksen og Aarflot, 2012).

Kari Martinsen mener at mennesket er fundamentalt avhengig av andre, og at dette blir spesielt tydelig ved sykdom og lidelse. Det betyr ikke at avhengighet er det motsatte av selvhjulpenhet. Menneskets liv er forbundet med andres liv, og derfor er vi avhengige av hverandre. Det er ut fra relasjonen vi inngår med hverandre i konkrete situasjoner at den etiske fordring får sitt innhold (Martinsen, 2003). Omsorg er et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Med utgangspunkt i pasienters avhengighet må omsorg være sykepleiens verdigrunnlag (Martinsen, 1989). Videre innebærer omsorg at omsorgsyteren eller sykepleier ikke venter seg noen gjengjeld for ytelsen, da et hvert menneske kan komme opp i en situasjon hvor de er avhengige av andres hjelp. Generalisert omsorg er en refleksjon av forståelsen av at alle mennesker kan komme opp i en situasjon hvor de er avhengig av hjelp fra andre (Martinsen 1989).

5. Hvordan kan sykepleier møte beboere på sykehjem med personorientert profesjonalitet?

Dalland beskriver drøfting som å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider (2010). I denne delen vil jeg besvare problemstillingen i lys av presentert teori og forskning, med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning.

5.1 Å skape en god relasjon

Forståelsen av sammenhenger er den fundamentale formen for forståelse, og en forutsetning for å kunne forstå hverandre (Martinsen, 1989). Omsorgens relasjonelle side består av forholdet mellom to mennesker, og i sykepleien vil dette si forholdet mellom sykepleier og pasient (Slettebø, 2009). I følge Martinsen (1989) er forholdet mellom mennesker det viktigste i omsorg. Den gode relasjonen må være basert på en felles forståelse mellom sykepleier og pasient i forhold til pasientens ønsker. På en enkel måte kan det sies at omsorg har å gjøre med hvordan vi forholder oss til hverandre, og hvordan vi viser omtanke i hverdagslivet (Martinsen 2003). Et godt forhold mellom sykepleier og pasient kan skape tillit, noe som betegnes som grunnleggende innen hjelpende pleie (Haugan, 2014a).

Kirkevold (2013b) bekrefter også dette ved å henvise til Shoot m. fl. når hun sier at person- og individbasert sykepleie forutsetter en anerkjennende relasjon mellom sykepleier og pasient. Det innebærer at sykepleier anerkjenner pasienten som person, og at samhandlingen mellom sykepleier og pasient er basert på likeverd og gjensidig avhengighet. En relasjon kan ha ulik karakter og dybde ut fra den enkelte pasients preferanser og behov, og det er viktig å være oppmerksom på dette for å unngå å krenke pasienten (Kirkevold, 2013b). Å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient krever rom og tid (Martinsen, 2008). Dette kan være utfordrende i en travel hverdag på sykehjem. Som en konsekvens av samhandlingsreformen skrives pasienter tidligere ut fra sykehus. Sykere pasienter på sykehjem har medført flere sykepleieroppgaver, og det stilles større krav til kunnskap om avanserte kliniske prosedyrer. Dette har ført til økt press på sykepleierne, og et skifte av fokus fra personsentrert til en mer diagnosesentrert sykepleie. Som en følge erfarer vi at psykososiale behov på sykehjem nedtones i større grad (Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen, 2014). Videre kan

ressursknapphet i form av menneskelige ressurser ofte forekomme på sykehjem (Romøren, 2013). Muligheten for å etablere en ivaretagende relasjon kan trues av deltidstillinger og hyppig utskifting av personale. Organisering og turnus kan også føre til manglende kontinuitet i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Kirkevold, 2013a). Det er dermed ikke kun opp til sykepleier alene å skape sammenheng og helhet. Sykehjemmets ledelse er ansvarlig for utforming av rammevilkår. Prioriteringer bør forankres i ledelsen, slik at det kan skapes rom for å ivareta grunnleggende verdier i en hektisk hverdag (Kirkevold, 2013b). Synlig tilstedeværende lederskap kan skape handlingsrom der viktige verdier får sin naturlige plass i kollegiale refleksjoner. Slik blir kunnskap og klokskap en kontinuerlig prosess (Aakre, 2015).

Kunnskap om samfunn og organisering er viktig for sykepleiere fordi sykepleie er en del av et større samfunn og helsevesen (Norvoll, 2012). Sykepleier skal også forholde seg til lovverket og regelverk på sykehjemmet. I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier fremme håp, mestring og livsmot hos pasienten samt ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Oslo bystyre har vedtatt ytterligere nedskjæringer med et kutt i sykehjemsetaten på 50 millioner kroner. Det er allerede en mangel på kvalifisert personale, og mange sykepleiere frykter utviklingen. Manglende hender på jobb kan føre til mindre tid til å omgås beboerne, med de konsekvenser det måtte ha (Juven og Ammari, 2015). Dette samsvarer med funnene i artikkelen til Rykkje og Råholm (2014), hvor det blir bekreftet at mange beboere på sykehjem ser på sykepleier nettopp som travel, og at det er for liten tid til å bare prate. Det ble virkelig verdsatt av beboerne at sykepleier kunne være i rommet og prate, og ikke bare utføre praktiske gjøremål. Samtidig ble det pekt på at det kunne være en fordel om sykepleier var en person som de hadde et forhold til slik at en gjensidig tillit ligger til grunn for samtalen. Det viktigste aspektet ved omsorgsfull pleie var at sykepleier så hele individet (Rykkje og Råholm, 2014). Artikkelen til Haugan (2014b) underbygger også viktigheten av at beboerne på sykehjem får en følelse av å bli tatt på alvor og å bli forstått, sett, hørt og respektert som person i relasjonen med sykepleier. Funnene i denne forskningsartikkelen beskriver beboernes syn på hva et nært forhold med sykepleier innebærer. Deres oppfattelse var at det hadde sammenheng med hvor omsorgsfull sykepleier opplevdes, samt måten sykepleier oppførte seg på ovenfor beboerne (Haugan, 2014b).

5.2 Å respektere urørlighetssonen

Nyere fenomenologisk forskning viser at den levde kroppen er grunnleggende for både opplevelsen av liv og eksistens. Endringer i helse og funksjonsevne fører med seg endringer ved menneskets oppfattelse av seg selv. En fenomenologisk kropp er sanselig og helhetlig, og uatskillelig fra den vi er som person og menneske (Kirkevold, 2013a).

Rogers hevder i følge Eide og Eide (2013) at sykepleier ved å møte pasienten med toleranse og respekt kan hjelpe pasienten med å se seg selv på en ny måte. Det kan forklares med at sykepleiers anerkjennelse blir en vei for pasienten til å anerkjenne seg selv. Pasienten vil forandre seg i det han begynner å se seg selv med sykepleiers anerkjennende blikk.

Sykepleiers oppskrift for å mestre dette kan være å unnlate å vurdere, og i stedet sette seg selv i pasientens sted. På denne måten blir det enklere for sykepleier å se saken fra en annen synsvinkel og oppleve hvordan det føles for den andre. Slik kan virkelig kommunikasjon, forståelse og forandring finne sted (Eide og Eide, 2013).

Westlund og Sjöberg har i følge Hauge (2013) ytret at helsepersonell kan bli fanget i en behovstenkning, med fare for at de ikke aktivt nok leter etter hver enkelt persons helsefremmende ressurser. Dette helsefremmende perspektivet er viktig for å ivareta beboers funksjonsnivå (Hauge, 2013). En studie på sykehjem viser hvordan beboerne søker kontakt med ansatte. Beboerne med størst ressurser oppsøker gjerne pleierne i korridoren eller på vaktrommet, og setter stor pris på at pleierne forteller om noe fra sitt eget liv (Hauge, 2013). Beboere på sykehjem er forskjellige og har ulike interesser. Om en beboer ikke oppsøker sykepleier er ikke dette nødvendigvis ensbetydende med at beboer ikke ønsker kontakt. Sykepleier bør ha en grundig samtale med hver enkelt, for å få en oversikt over egnede aktiviteter, interesser og ønsket kommunikasjonsform. Utfordringen er å finne en aktivitet som interesserer mange, men at det ikke føles som et press å delta. Mange beboere er syke, slik at en eventuell aktivitet bør tilpasses dagsform og funksjonsevne. Det samme gjelder for den gode samtalen, at den foregår på beboers premisser når vedkommende er i form til det (Hauge, 2013).

Levine hevder i følge Kirkevold (2013a) at å anerkjenne den enkelte som en unik person med en egen identitet og selvforståelse, vil være å ivareta menneskets personlige integritet. På et sykehjem betyr dette at sykepleier erkjenner og hensyntar den enkeltes rett til å gjøre egne valg i forhold til å bevare eget liv og helse (Kirkevold, 2013a).

Dette understrekes av Martinsen, når hun hevder at sykepleier bør etterstrebe å unngå å krenke den andre, og at å forsøke å ta inn de signaler som pasienten gir er betydningsfullt.

Alle mennesker har en urørlighetszone, som markerer hvor den enkelte setter sin grense for nærhet og avstand (Martinsen, 2003).

Beboerens sosiale kontekst vil kunne påvirke hvordan vedkommende oppfatter sin egen sykdom, helse og aldring, hvilket også henger sammen med hvordan beboer forholder seg til andre mennesker (Kirkevold, 2013a).

I min første praksisperiode på sykehjem i sykepleierutdanningen var jeg sammen med en beboer på stuen. Vi satt og var stille sammen. Etter en god stund, kom det lavmælt fra beboeren ved siden av meg at jeg ikke på noen måte måtte tro at beboerne satt på sine plasser, verken rundt bordet eller i stuen, fordi de hadde noe til felles. De fleste kom fra vidt forskjellige liv, og ble oppfordret til å sitte der sammen dag etter dag. De hadde måttet lære seg å tåle hverandre. Denne samtalen har vært verdifull for meg i ettertid. Jeg har fått en respekt for, og tar på ingen måte for gitt, at mennesker som er plassert under samme tak nødvendigvis skal like å være sammen.

5.3 Å bruke faglig skjønn

Personorientert profesjonalitet vil si at den profesjonelle legger til grunn både fagkunnskap, etisk holdning og handling i møte med pasienter. Profesjonaliteten kommer til uttrykk gjennom det faglige skjønn. Det faglige skjønn avgjør hva som er aktuelt å tenke på i den aktuelle situasjonen (Alvsvåg, 2010).

Det faglige skjønn har i følge Martinsen to hovedkomponenter; faglighet må ligge til grunn for å forstå pasienten og kunne handle deretter, samtidig som sykepleier skal se den syke pasienten gjennom en følsom åpenhet (Martinsen, 2003). Omsorg handler på om praktisk handling og fagkunnskap. I omsorgsrelasjonen er det spørsmål om hvordan vi viser omsorg for hverandre gjennom konkrete og praktiske handlinger. Sykepleie er et praktisk yrke hvor pasientens livsmot skal fremmes. Omsorgen for pasienten skal spilles ut gjennom livsytringene. Vi tilegner oss kunnskaper gjennom å gjøre ting med og for andre. Slik får vi erfaring med å forstå den andre gjennom måten han forholder seg til situasjonen på. Omsorg oppøves og læres gjennom at vi praktiserer omsorg. For at dette skal være mulig må det ligge fagkunnskaper til grunn, som er åpne for å tydes. Fagkunnskapene formidles gjennom et faglig skjønn (Martinsen, 2003). Martinsen hevder videre at det å stå i en konkret situasjon og bruke faglig skjønn det samme som å være i en vippeposisjon. Det fordres at sykepleier

mestrer den fine balansegangen mellom det vi sanser og det vi forstår faglig, to komponenter som betinger hverandre gjensidig. Dette kan også kalles proaktiv sykepleie (Martinsen, 2003). I motsatt fall, dersom sykepleier ikke tar i bruk faglig skjønn omtaler Kari Martinsen det som forfallsfenomener, eller sykepleie på etterskudd (Martinsen, 2003).

Den praktiske dimensjonen ved omsorg kan gå ut på at sykepleier hjelper den svake gjennom å utføre praktiske handlinger som han ellers ville utført selv dersom han var i stand til det.

Disse handlingene er situasjonsbetinget og betingelsesløse. Handlingen utføres konkret med utgangspunkt i den svakes situasjon, uten forventninger om å få noe tilbake. Kari Martinsen definerer dette som generalisert gjensidighet. I omsorgsarbeid er det en forutsetning at sykepleier prøver å sette seg inn i den svakes livssituasjon, og gir omsorg ut ifra hvilke ressurser og begrensinger det enkelte menneske måtte ha (Martinsen, 2003).

Kari Martinsen (1996, s. 92) sier så fint i en av bøkene sine at ”omsorg er å ta ansvar for den andre, men ikke ta ansvaret fra ham”. I dette ligger at man ikke skal krenke den andre.

Det å oppmuntre pasienten til ta i bruk egne ressurser så godt det lar seg gjøre ligger veldig i tiden. Jeg erfart fra praksis både i hjemmetjenesten og på sykehjem at sykepleier blir oppfordret til å ha fokus på mestring og det å ta i bruk at pasientens egne ressurser. For å stå i dette som sykepleier kreves det både fagkunnskap, erfaring og evne til refleksjon (Alvsvåg, 2010). Beboere på sykehjem har størst motivasjon, mestringsevne og vilje når vedkommende gjør noe som er betydningsfullt. Det gir en opplevelse av verdighet (Kaasa og Bøen, 2015). Kirkevold (2013b) henviser til Atkins, når hun hevder at persontilpasset sykepleie forutsetter et reelt samarbeid mellom sykepleier og pasient. Forskning viser at reell pasientdeltakelse krever velutviklet kompetanse hos sykepleier. Sykepleier må ha selvinnsett og forståelse for hvordan emosjonelle, kognitive og sosiale forhold påvirker samspillet mellom sykepleier og pasient. For å kunne hjelpe pasienten må sykepleier kunne anerkjenne både likeheter og forskjeller mellom partene (Kirkevold, 2013b).

På samme måte som erfart omsorg kan oppleves som livgivende og tenne håp hos pasienten, kan tilsvarende mangel på omsorg eller misbruk av den fremme mistillit og medføre en avmålt holdning til helsevesenet. Dette er også elementer det er viktig å tenke over i rollen som sykepleier (Alvsvåg, 2010). Martinsen viser til det å bruke sansene sine og det å bruke skjønn. Pasienten kan også bidra med å gi utfyllende opplysninger til sykepleier som supplerer den kliniske forståelsen av pasienten selv. Dette viser at sykepleier med fordel kan benytte seg av både egne og andres erfaringer for å få et helhetlig bilde av en situasjon (Martinsen, 2008).

Kari Martinsen advarer videre mot det hun omtaler som følsomhetens ufølsomhet når pasienten ikke bæres oppe av solid faglig kunnskap. Dette underbygges med at mangel på fagkunnskap kan føre til en sentimental omsorg. Samtidig sier hun også at hvis faglig kunnskap ikke sees i sammenheng med en vilje til å hjelpe andre på best mulig måte, vil den bli mekanisk og rutinemessig (Martinsen, 2008). Dette bekreftes av Odland (2012), som hevder at om sykepleier involverer seg i pasienten med et så stort følelsesmessig engasjement at hun mister det faglige perspektivet, makter hun ikke å handle godt for pasienten. På denne måten kan sykepleier svikte pasienten moralsk sett gjennom både å være distansert og å være for personlig engasjert på et følelsesmessig plan (Odland, 2012).

5.4 Å benytte sansing

Kari Martinsen sier at det å sanse den andre er å stå i et etisk forhold til han (Martinsen, 2008). Martinsen skriver om indre og ytre ro og stillhet, og at sykepleier får anledning til å ta noen valg når hun står i det sanselige rommet. Dette krever tid. Valgene består av hvordan sykepleier disponerer tiden og rommet. Oppmerksomhet er både aktivt og stillferdig. Ved sin mulighet til å være til stede i øyeblikket og stå i situasjonen med hele sin person kan sykepleier bli den andres tillit verdig (Martinsen, 2003). Kari Martinsen underbygger videre at omsorgens grunnholdning bør være preget av at omsorgsytteren anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. Dette er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Forståelsen kommer av felles erfaringer, og slik opparbeides felleskap og solidaritet (Martinsen, 1989).

En undersøkelse blant beboere på sykehjem viser at angst og depresjon var vanlig, og ofte underdiagnostisert. I følge Drageset et al (2013) kan sykepleier utgjøre en forskjell for beboerne ved å fokusere på tilknytning, gi bekreftelse, samt å oppmuntre til sosial interaksjon. Sykepleier er ofte i direkte kontakt med beboerne, og er i posisjon til å observere symptomer på angst og depresjon på et tidlig tidspunkt. Som en konsekvens kan sykepleier iverksette forebyggende tiltak (Drageset et al, 2013).

Bergland og Kirkevold (2008) beskriver hvordan beboere på sykehjem kan møte utfordringer i forhold til sosial omgang med andre beboere. Nedsatt funksjonsevne i form av nedsatt syn, hørsel og vansker med å uttrykke seg er eksempler på dette. Undersøkelsen viste også at det å samle beboere i samme rom ikke nødvendigvis førte til gode samtaler dem i mellom. Flere beboere så på det som en byrde heller enn noe positivt. En god opplevelse av å være sammen med andre hadde klar sammenheng med at en engasjert initiativtaker blant personalet ledet

aktiviteten og samtalen på en inkluderende måte. Det er derfor viktig at sykepleier anerkjenner rollen som aktivitetsleder ved for eksempel å tenke gjennom aktuelle samtaletema eller plassering rundt bordet. Et annet spennende funn var at beboere på sykehjem ofte ender opp i de samme konstellasjonene. Ved miljøforandringer derimot, som ved en utflukt, kunne flere beboere ta mer initiativ til samtale med nye mennesker (Bergland og Kirkvold, 2008). Min erfaring fra praksis i sykehjem underbygger dette. Når jeg har deltatt på en utflukt har jeg opplevd at det dannes nye konstellasjoner blant beboere. Nye omgivelser og god tid kan også bidra til gode samtaler både mellom beboer og beboer, og mellom sykepleier og beboer, og det er en fin anledning til å oppdage nye sider ved hverandre. Samværet skaper omsorg, tillit, felles opplevelser og minner som kan tas fram i ettertid. Dette underbygges av Kari Martinsen, som knytter omsorg og sykepleie sammen med nestekjærlighet. Omsorgen viser seg gjennom livsytringene; tillit, åpen tale, håp og barmhjertighet. Moralen kommer fra kjærlighet, og det å handle til den andres beste (Martinsen, 2003).

5.4 Å ivareta det moralske perspektivet

Den moralske omsorgen er overordnet de andre dimensjonene, og blir synliggjort gjennom måten sykepleier utfører arbeidet på (Martinsen, 1989). Det moralske er å være i bevegelse fra seg selv til den andre for å handle til den andres beste. Martinsen hevder at i møte med andre mennesker holder vi noe av deres liv i våre hender, og noe i andre menneskers liv er priggitt oss (Martinsen, 2003).

Omsorgens moralske dimensjon er også knyttet til at forholdet mellom to mennesker er preget av makt og avhengighet. I forvaltningen av disse spiller moral en viktig rolle. Moralsk ansvarlig maktbruk må utøves i samsvar med prinsippet om ansvar for de svake (Martinsen, 1989). Som sykepleier er maktbalansen i forhold til pasienten forskjøvet fordi sykepleier har kunnskaper om pasienten som pasienten selv ikke har. Sykepleier er profesjonell, og pasienten trenger hjelp. Dette gjør at sykepleier som profesjonell hjelper har større makt i forholdet. Sykepleieren har blitt gitt denne makten på vegne av pasienten. I dette ligger det at sykepleier har ansvar for å møte pasienten der han selv ikke makter å komme i møte (Martinsen, 1989). Sykepleier går på denne måten inn i relasjonen med den hensikt å handle til pasientens beste. En slik forskyvning kaller Martinsen svak paternalisme eller maternalisme. Makt kan i denne sammenheng tolkes som en mulighet til å påvirke noe i et

annet menneskes liv. Ofte har ikke pasienten noe annet valg enn å legge livet sitt i hendene på sykepleier (Martinsen, 1989 og 2003). Som en konsekvens krever dette at handlingen utføres med sensitivitet og engasjement (Martinsen, 2003). Martinsen hevder videre at omsorgsmoral er noe som må læres og at sykepleier må lære hvordan makt brukes. En hjelp kan være å identifisere seg med den andre, og at sykepleier tenker rollebytte med pasienten. Slik kan sykepleier kjenne på følelsen av å ikke misbruke noen form for makt (Martinsen, 2003). Martinsen (2003) viser til at Løgstrup argumenterer for å ta vare på det av den andres liv som man holder i sin hånd. For å gjøre dette ikke er det ikke utelukkende nok med teorier og prinsipper. I moralen kommer teorier, argumenter og prinsipper sekundært. Martinsen forklarer dette med at sykepleier ikke bare må være opptatt av å følge prinsipper, uavhengig av situasjon eller sammenheng. Dersom sykepleier blir mer bundet av regler enn av mennesker, kan det i verste fall føre til at egen fortrefelighet står i veien for å ta inn inntrykket av den andre og den andres situasjon (Martinsen, 2003).

6. Avslutning

Løgstrup skriver i følge Martinsen (2003) at vi alltid holder noe av den nestes liv i vår hånd. Fellesskap består av at den som er sterkere går inn og avlaster den som er svakere, og at vi er hverandres liv (Martinsen, 2003).

Det er en forskjell mellom å være beboer eller sykepleier på et sykehjem. Alle har likevel et ansvar for å gjøre både eget og andres liv så godt og meningsfylt som mulig. Vi velger selv våre holdninger, og de bør være til å leve med. Holdninger kan med fordel fremme smidighet uten å gå på akkord med egne verdier (Wilhelmsen, 2015).

Sosial inkludering er en av de viktigste faktorene for å oppleve livskvalitet (Kaasa og Bøen, 2015). Interaksjonen mellom sykepleier og pasient kan på denne måten være en livsviktig kilde til menneskelig kontakt og samhandling. Forskning viser at dette øker følelsen av tilhørighet, og at det for enkelte til og med kan oppleves som en kompensasjon for mangel på andre aktiviteter på sykehjemmet (Haugan, 2014a).

I tiden vi går i møte burde sykepleieforskning i lys av funn i denne oppgaven ha mer fokus på sykepleier-pasient relasjonen som en viktig del av pleieprosessen for å fremme mening og velvære. Dette kan gi et mer nyansert og praksisbasert bilde på god sykepleie, noe som kan være til inspirasjon for sykepleiere på sykehjem i framtiden (Haugan, 2014a).

Litteraturliste

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S.I., Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. (Rapport IRIS-2014/382)
Hentet fra http://www.nsd.mn.no/filarkiv/File/rapporter/IRIS_202014-382_20Samhandlingsreformens_20konsekvenser.pdf
- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. Knutstad, U. (red). I: *Sentrale begreper i kliniske sykepleie – Sykepleieboken 2*. 3.utg. (s. 417-450). Oslo: Akribe AS
- Austgard, K.I. (2012). *Omsorgsfilosofi i praksis – Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Bergland, A., & Kirkevold, M. (2008). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(10), 1295-1302 8p.
doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02069.x
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Drageset, J., Eide, G. E., & Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 27(4), 872-881 10p. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x
- Eide, H. og Eide T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988) Forskrift for sykehjem og heldøgns omsorg og pleie.
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

- Haugan, G. (2014a). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 28(1), 74-88 15p. doi:10.1111/scs.12028
- Haugan, G. (2014b). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(1), 107-120 14p. doi:10.1111/jan.12173
- Hauge, S. (2012). Tre på sjukeheim. I: Bjørk, I.T., Helseth, S., og Nordtvedt, F. (red). *Møte mellom pasient og sykepleier*. 1. utg. (s. 127-139). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hauge, S. (2013). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommune>
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helseth, S. Og Nordtvedt, F. (2013). Om tillit. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. (s. 237-249). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Henriksen, J-O. og Aarflot, H.M. (2012). Å møte en annen. I: Bjørk, I.T., Helseth, S., og Nordtvedt, F. (red). *Møte mellom pasient og sykepleier*. 1. utg. (s. 157-172). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jacobsen, F. (2015). De eldres integritet i sykehjemskontekst. I: Holm, M.S. og Husebø, S. (red). *En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt*. 1. utg. (s. 267-275). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

- Juven, O., og Ammari, S. (2015). *Oslos sykehjem må kutte*.
Hentet fra <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/oslos-sykehjem-ma-kutte-1.12705788>
- Kirkevold, M. (2013a). Den gamles integritet. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. (s.91-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kirkevold, M. (2013b). Individuell sykepleie – sentrale perspektiver. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. (s. 100-112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003).
Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting.
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Kaasa, A. og Bøen, H. (2015). Verdighet – sosialt nettverk og profesjoner. I: Holm, M.S. og Husebø, S. (red). *En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt*. 1. utg. (s. 149-156). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano-Aschehoug
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup – Om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie, medisin*. 1. utg. Oslo: Tano
- Martinsen, K. (2008). *Øyet og kallet*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Meld. St. 11 (2014-2015). (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
Hentet fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Norvoll, R. (2012). Sykepleiens rammer. I: Bjørk, I.T., Helseth, S., og Nordtvedt, F. (red). *Møte mellom pasient og sykepleier*. 1. utg. (s. 173-191). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Odland, L.H. (2012) Menneskesyn I: Brinchmann, B.S. (red). *Etikk i sykepleien*. 3. utg. (s. 23-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-0263?q=pasient%20og%20bruker>

Romøren, T.I. (2013). Eldre, helse og hjelpebehov. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. (s. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Rykkje, L., & Råholm, M. (2014). Understanding Older Peoples' Experiences of Dignity and Its Significance in Caring--A Hermeneutical Study. *International Journal For Human Caring*, 18(1), 17-26 10p.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Statistisk sentralbyrå (2015) *Pleie og omsorgstenester, 2014, førebelse tall*. Hentet fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2015-06-24>

Verdighetsgarantiforskriften. (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighet>

Wilhelmsen, I. (2015). Sjef i eget liv. I: Holm, M.S. og Husebø, S. (red). *En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt*. 1. utg. (s. 299-305). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Aakre, M. (2015). Verdig livsavslutning for alle. I: Holm, M.S. og Husebø, S. (red).
En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt. 1. utg. (s. 49-52).
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS