



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 419

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 8757

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 5

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Prisen av å bo hjemme

Home at all costs

**Kandidatnummer 419**

Bachelor i Sykepleie

Fakultet for Helse og Sosialfag

22. Mai 2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Med vor blotte holdning til hinanden er vi med til at give hinandens verden dens skikkelse. Hvilken vidde og farve den andens verden får for ham selv er jeg med til at bestemme med min holdning til ham. Jeg er med til at gøre den vid eller snæver, lys eller mørk, mangfoldig eller kedelig – og ikke mindst er jeg med til at gøre den truende eller tryk. Ikke ved teorier eller anskuelser, men ved min blotte holdning. (Løgstrup, referert i Martinsen, 2012, s. 64).

## Sammendrag

Norges eldrepolitikk har gjennom det siste tiåret utviklet seg til at alle skal få bo hjemme så lenge de ønsker. Dette tiåret har også markert at det blir stadig flere eldre i vårt samfunn, og at de eldre er sykere nå enn hva de var da mine foreldre vokste opp. Færre skal inn på sykehjem, flere skal få hjemmesykepleie. Dette er veldig bra i praksis når det er klare skiller i forhold til funksjonstap, sykdom, alder og nettverk, men hva når man er i gråsonen – for frisk for sykehjem og for syk for hjemmet? Dette essayet er et resultat av mine refleksjoner rundt en pasient i omsorgsbolig som tilsynelatende hadde et uklart hjelpebehov.

## Abstract

Over the past decade Norway's elderly policy has evolved to allow everyone to stay at home for as long as they wish. This decade has also made evident the growing number of elderly people in our society, and that the elderly are more ill now than they were when my parents grew up. Fewer people are supposed to go to nursing homes, more people are supposed to receive home nursing care. This is a very good solution when there are clear dissimilarities in function loss, illness, age and network, but what if your health does not allow for such deviation – too healthy for a nursing home and too ill to live at home? This essay is a result of my reflections around a patient whose need for help apparently was indistinct.

## Innholdsfortegnelse

Der hvor alt begynte	4
Det skal handle om Hermann	4
Det første møtet	5
Og hva er så sykepleie?	6
Hvem eller hva bestemmer...?	7
...i alle fall ikke pasienten	10
Verdighet og krenkelse	12
Veien (tilbake) til hva?	14
Å ta valg og å bli valgt for	16
Det siste man har igjen	19
Hva med sykepleierne?	20
Villig til å betale prisen	21
Det siste ordet	22
Referanser	24

## Der hvor alt begynte

Å jobbe i den kommunale eldreomsorgen i en tid hvor New Public Management (NPM) og Samhandlingsreformen rår har ført til at de eldre blir skrevet ut fra sykehusopphold raskere enn både de selv, pårørende, og kommunale tjenester ønsker. Dette sammenfaller med norsk eldrepolitikk som sier at de eldre skal få bo hjemme så lenge de ønsker. Dette har gitt grobunn for økende rehabilitering i pasientens eget hjem i håp om at han skal kunne klare seg selv mest mulig, lengst mulig. Det er en lovfestet rett at slike tjenester skal ytes ut ifra et pasient- og brukerperspektiv som gjør pasienten til en aktiv deltager i sin helsesituasjon (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). Pasienten skal i økende grad være "sjef i eget liv". Men hva skjer når man ikke ønsker å bo hjemme, eller regnes som for frisk til å få plass på sykehjem?

Jeg vil i dette essayet bruke et kasus om en eldre mann. Hans sykdomshistorie har vært vanskelig fra et sykepleieperspektiv som skal omfatte helhetlig sykepleie til pasienten og inkludering av de pårørende. Det har også vært vanskelig fordi hans hjelpebehov motstrider hva de fleste tenker er selvstendighet og god helse. Jeg ønsker å drøfte hvordan pasientens behov og funksjon ivaretas, og hva som kan påvirke dette i en negativ retning. Hvordan spiller restkapasitet en rolle i hans hverdag? Hvilken livskvalitet oppnås når man fremdeles "bor hjemme", men har stort hjelpebehov? Hvordan er sykepleiers rolle i en slik situasjon? Dette er spørsmål jeg har tenkt mye på og som potensielt kan utforme et kontroversielt møte mellom sykepleier og pasient, og som jeg vil forsøke å belyse fra ulike vinkler.

## Det skal handle om Hermann

Det å være sjef i eget liv når man har redusert helse og er avhengig av hjelp fra kommunale tjenester kan være utfordrende, både for den som blir hjulpet og den som hjelper. Pasienten kan ha varierende dagsform og vekslende behov, over tid og fra dag til dag (Munkejord, Schönfelder, & Eggebø, 2018b, s. 303). En pasient jeg har hatt mye å gjøre med er en gammel mann med diabetes og smerteproblematikk som komplikasjon. Jeg kaller ham heretter for Hermann. Han hadde hjemmesykepleie i seks år før han fikk fast plass på sykehjem etter å ha hatt et korttidsopphold etter en urinveisinfeksjon med komplikasjoner. Mange av mine kolleger vil nok si at han skulle fått sykehjemsplass mye tidligere. I løpet av de seks årene har jeg observert hans fallende funksjon og økende skrøpeligheit: fra å være en mann som kunne

gå selvstendig med rullator og få tilrettelegging i stell til å bli kjørt rundt i rullestol, bruke heis i forflytning, hjelp til alle måltider og bli stelt i sengen av to pleiere. Han er kognitivt relativt klar og uten en demensdiagnose selv om han har litt redusert korttidshukommelse. Han er ikke umyndiggjort, og han har en pårørende som er veldig involvert. Den siste tiden han hadde hjemmesykepleie var han en av de mest krevende pasientene vi hadde med tanke på tid- og ressursbruk. Men var Hermann sjef i eget liv og var dette det beste for ham?

## Det første møtet

Første gang jeg møtte Hermann bodde han hjemme hos sin datter etter å ha flyttet fra hjemfylket. Da trengte han hjelp til å komme seg ut på toalettet og til å varme seg middag når datteren var på jobb. Han hadde blitt en mottager av helsetjenester. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 er en som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten for å få helsehjelp, eller en som mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten, en pasient. Pasienten mottar helsehjelp fra helsepersonell som inkluderer handlinger som er forebyggende, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende, eller som har pleie- og omsorgsformål (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Alle kan søke om å få helsetjenester i hjemmet, enten det er snakk om behov for hjemmesykepleie, ergoterapi, hjemmehjelp, fysioterapi eller psykisk helsehjelp. Man sender da en søknad til kommunen om hva det søkes om og hvorfor man søker; kommunen vurderer bistandsbehovet ut ifra et vurderingsbesøk, og gir et vedtak på om man får innvilget helsetjenestene (Helsenorge.no, 2019). Vedtaket omfatter hvilke tjenester man har fått innvilget, hvordan de organiseres, og hvor omfattende de er – og dersom man får avslag på søknaden skal det her være en begrunnelse samt informasjon om klagerettigheter.

I Hermanns tilfelle var det datteren som søkte om at han skulle få innvilget hjemmesykepleie. Etterhvert økte hans hjelpebehov og han fikk innvilget mer hjelp – enten basert på ny søknad fra datteren eller ved at hans primærkontakt i hjemmesykepleien gjorde en vurdering og endret på vedtaket. Til slutt fikk han en serviceleilighet og fikk hjelp flere ganger for dagen. Jeg tror at dette var godt for Hermann, og at det var godt for de fleste rundt ham. Å flytte inn i en omsorgsbolig gir ofte trygghet gjennom tilgjengelighet til pleiepersonale og å være en del av det sosiale fellesskapet med andre eldre som blir ens nye naboer (Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2018a). At Hermann flyttet "for seg selv" gav og mer avlastning til hans pårørende, og det gav Hermann mer frihet i forhold til det å kunne være sosial og bevege seg



rundt som kunne påvirke hans livskvalitet. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) er livskvalitet forøvrig en subjektiv forståelse av hvordan livet oppleves gjennom tilfredshet, mestring og mening til tross for sykdom og helseplager (FHI, 2014). Levekårsundersøkelsen fra 2013 viser at mange eldre har samme nivå av aktiverte følelser og er således tilfredse med livet da intensiteten og hyppigheten av positive og negative følelser synker med alderen (FHI, 2014). Jeg tror Hermann hadde det veldig bra i sin situasjon og hadde god livskvalitet i denne perioden av hans sykdomsforløp.

Hvilken hjelp var det så Hermann fikk? Sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien skal gi et faglig, medisinsk helsetilbud til hjemmeboende mennesker. Sykepleierens arbeidsplass i hjemmesykepleien er også pasientens eget hjem. Hjemmesykepleien er forskjellig fra andre sykepleiearenaer ettersom sykepleieren gjerne arbeider alene, uten kolleger å kunne rådføre seg med. Ofte jobber man også mye sammen med pårørende og pasienten selv. Man må være flink til å planlegge og koordinere, og man kan bli utfordret kreativt. Oppgavene i hjemmesykepleien har de siste årene blitt mer krevende ettersom Samhandlingsreformen har tilrettelagt for raskere utskrivelser fra sykehus og større behandlingsansvar til kommunen (Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017). Samtidig har det blitt færre sykehjems plasser, og pasienter skal få bo i eget hjem så lenge som mulig – om de vil eller ikke.

## Og hva er så sykepleie?

Jeg må innrømme at jeg tidligere aldri har reflektert over hva sykepleiere egentlig gjør i jobben sin annet enn at de hjelper syke mennesker selv om begge foreldrene mine er sykepleiere. Nå, etter tre års studie og litt arbeidserfaring, har jeg et perspektiv på hva sykepleie er, men jeg synes det er umulig å definere en sykepleier eller sykepleie. Halvsarkastisk, kanskje, filosoferte Martinsen at "sykepleieren skal være lydige, pliktoppfylgende, sjelden si at hun ikke makter, alltid stå til rådighet og være nærværende til stede overfor pasienter, pårørende og arbeidskolleger" (Martinsen, 2012, s. 56). Sykepleie nå er ikke det samme som sykepleie før i tiden, samtidig som sykepleie i Norge ikke er det samme som sykepleie andre plasser i verden. Sykepleie på sykehus er heller ikke det samme som sykepleie i institusjon eller kommunalt, slik som sykepleien som en intensivsykepleier gir er forskjellig fra sykepleien en helsesykepleier gir. Norsk Sykepleierforbund (NSF) sier at sykepleiens særegne funksjon er "å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov" (NSF, 2020a). Selv

med denne forklaringen er det stadige diskusjoner i fagmiljøet om hva sykepleie er, og hvorvidt sykepleiere gjør "sykepleie-relaterte" oppgaver, og hva som skiller sykepleiere fra helsefagarbeidere. Det man nok kan enes om er at sykepleiere skal yte omsorg til de som har et slikt behov for at de kan bruke egne krefter på å bli friske eller opprettholde sitt funksjonsnivå for å dekke grunnleggende behov. Grunnleggende behov er det vi trenger for å overleve på det fysiske, psykiske og åndelige plan, slik som å få i seg næring, kvitte seg med avfallsstoffer, oppleve tilhørighet, og få tilstrekkelig med søvn.

Hvordan sykepleieren hjelper pasienten med å tilfredsstille disse behovene er derimot mer variert: man kan hjelpe pasienten ved å utføre oppgaven selv, benytte medikamentelle tiltak, eller veilede pasienten til å gjøre det han kan selv. Ofte er det en kombinasjon. Det beste er kanskje at det gjøres på den måten pasienten selv ville ha gjort det, men det legger til grunn at man kjenner pasienten, hans væremåte, og holdning til livet – før han ble inkapabel til å hjelpe seg selv. Dette er en stor utfordring ettersom man gjerne ikke har kontakt med pasienten før han ble hjelpetrengende, og fordi mange pasienter også har en kognitiv svikt som kan gjøre det vanskelig å formidle eller forholde seg til informasjon. Det er da kanskje bedre å si at sykepleien har flere funksjoner fremfor å spesifisere hva pasienten trenger. Deretter kan man si noe om hvilken funksjon man kan anvende med den individuelle pasienten. Ifølge lærebøker har sykepleien syv funksjoner: å være helsefremmende og forebyggende; å behandle; å lindre; å rehabilitere; å undervise; å administrere; og å være fagutviklende (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005, s. 16). Det er ikke nødvendigvis slik at man utøver alle funksjonene på samme pasient ettersom pasientene har ulike behov og må få tilpasset hjelpen. Det er viktig å være klar over at sykepleie ikke kun handler om behandling og lindring, men også å hjelpe pasienten tilbake til sitt tidligere funksjonsnivå, gjerne i samarbeid med andre helseprofesjoner.

## Hvem eller hva bestemmer...?

Kristoffersen sier at sentrale kjennetegn ved utøvelsen av sykepleie er, blant annet, å vise respekt og interesse, å møte pasienten som person, å tilpasse hjelpen, og å tilrettelegge miljøet (Kristoffersen et al., 2005, s. 21-26). Disse evnene er spesielt viktig i hjemmesykepleien da man jobber ut ifra pasientens premisser. Dette kan være vanskelig å forholde seg til på både personlig og profesjonelt plan. Andre faktorer man må forholde seg til er lover og forskrifter, erfaring og kompetanse blant de ansatte, kommunens økonomi, tilgjengelige ressurser, og tid.

Tid er en rammefaktor som er styrende for hjemmesykepleien. På min arbeidsplass har de forskjellige vedtakene ulike tider: *10 minutter til medisiner, 15 minutter for å varme middag, 30 minutter for et vanlig morgenstell, og 10 minutter for en dusj.* Tid er dermed en betydningsfull faktor i sykepleiernes arbeid. Det har vært flere publikasjoner rundt problemstillingen med fokus på travelhet. Martinsen sier at skyldfølelse og ansvarsfraskrivelse skjules i et tempo som hindrer en i å se klart, og refererer da til travelhet og stress (2012, s. 59). Samtidig måles ofte kvalitet av arbeidet opp mot hastighet og effektivitet, og det er da lett å ta omveier og ha lav toleranse for forsinkelser:

Måling av tid gjør tiden trang, erfaringene skrumper inn...vi dør nesten når vi ikke får tid til å sanse, oppleve og erfare noe sammen. Den trange måletiden stenger oss inne i oss selv og ute av fellesskapet. Vi blir opptatt av egne prestasjoner, av å bli vurdert, av å bli bedre, av å være presise. (Martinsen, 2014, s. 13).

Men tiden i et omsorgsyrke kan vel aldri være konstant og er vel alltid avhengig av pasienten? Før Hermann ble skrøpeligere gikk han inn på toalettet ved hjelp av prekestol i følge med en pleier, og han deltok i morgenstellet ved å vaske seg selv oventil. Han spiste også frokosten ved kjøkkenbordet, og ble fulgt inn til stuen etter måltidet. Ved å la Hermann få gjøre dette selv tok det gjerne 30 minutter. Etterhvert som han ble dårligere til beins og måtte ha følge av to pleiere i stell ble tiden gjerne redusert, både fordi Hermann ikke ønsket å gjøre like mye selv og fordi den ene pleieren kunne lage til frokost mens den andre hjalp til på toalettet og arbeidsoppgavene ble da effektivt fordelt. Grunnen til at Hermann ble mindre deltagende i aktiviteter er uviss for meg. Jeg kan tenke at det har en sammenheng både med den perifere nevropatien, smerten og den reduserte førligheten i fingrene, samt det å ikke føle på mestring av å klare å knappe sin egen skjorte.

For meg er det også veldig lett å forstå at mange nok har valgt å hjelpe Hermann i utførelsen av disse aktivitetene, enten for å redusere tidsbruken på grunn av en allerede stressende arbeidsliste eller fordi man tenker at *jeg hjelper jo bare*. Samtidig kan man argumentere for at denne *hjelpen* gjorde Hermann skrøpelig. Når hjelp gis uhensiktsmessig kan det resultere i lært hjelpeløshet, hvor pasienten oppfatter at utfallet av situasjonen ikke er avhengig av hans viljestyrte respons (Karoliussen & Smebye, 1997, s. 240). Hermann ble etterhvert mer passiv, mindre positiv, og hans innstilling endret seg fra *jeg prøver* til *dette klarer jeg ikke*. For meg er dette dårlig sykepleie – pasienten må oppfordres til å kjenne på mestring selv om det går på bekostning av tiden. Til tross for at Hermann var den pasienten med mest innvilget tid fikk

han ikke den hjelpen han burde ha fått. Hans fysiske behov ble ivaretatt og han fikk den hjelpen han hadde krav på i henhold til vedtakene, men han var mye alene og han ble til slutt en mann han nok ikke hadde gjenkjent seg som, ei heller tillatt seg å bli. For å gi Hermann et tilbud som omfatter helhetlig omsorg tror jeg det mest hensiktsmessige ville vært sykehjemsplass eller heldøgnsomsorg. Da ville han hatt mulighet til å ha noen rundt seg gjennom dagen som kunne fulgt han opp bedre enn det vi kunne.

En annen rammefaktor er langvarig kontakt med personen som trenger helsehjelp. Det er nok en av grunnene til at jeg trives i hjemmesykepleien. Man lærer å kjenne pasientene som kan gjøre arbeidsdagen både enklere og mer givende, og man kan dermed følge utviklingen av personens helsetilstand over tid og jobbe både helsefremmende og forebyggende. Relasjonene kan bli personlige, og kvaliteten på relasjonen har stor betydning for pasientens trygghet og helse (Kristoffersen & Nordtvedt, 2005, s. 143). Jeg kan ikke si at jeg kjente Hermann veldig godt, men jeg vet hva han likte som pålegg på brødiskivene og at han likte å kose seg med potetgull og øl på kvelden om det var noe kjekt på fjernsynet. Å få en personlig relasjon til en pasient kan være både positivt og negativt. Positivt fordi det blir et mer hyggelig møte med pasienten og pasienten kan føle seg tryggere i sin hverdag. Negativt fordi det gjerne skal lite til for å bryte pasientens trygghet ved at sykepleieren blir så trygg på en selv at man glemmer eller unngår å få med seg viktige observasjoner. *Jeg vet jo at Hermann liker sild på brødiskivene så dermed vil jeg ikke spørre hva han ønsker til frokost fordi det tar tid før han bestemmer seg* – som kan resultere i at Hermann ikke spiser seg mett til frokost fordi han har spist sild på skivene hver dag denne uken. I verste fall kan en slik falsk trygghet være fatalt for en med perifer nevropati og diabetisk fotsår.

Martinsen (2012, s. 134-135) sier også at det kan oppstå krenkelse dersom man ikke viser aktsomhet for pasientens tillit. Det kan også oppleves som negativt dersom man blir så involvert i pasientens liv at man bærer det med seg utenfor arbeidstid, og dessverre er det mange som forteller at de har dårlig samvittighet etter endt arbeidsdag fordi de føler de ikke fikk ytt godt nok. Utbrenthet oppstår ofte i arbeid hvor personalet arbeider nært og intenst med andre mennesker over lengre tid som gir langvarig stress og følelsesmessig belastning (Karoliussen & Smebye, 1997, s. 242-243). Utbrenthet kan gjøre at sympati og respekt for pasientene forsvinner, og gjøre at pasientene blir objektifisert. Det gjelder dermed å finne en god balanse i relasjonen til pasientene, og arbeidsgiver må også være involvert i denne prosessen. Samtidig tenker jeg det blir feil om sykepleien blir så profesjonell at den ikke

lengre blir pasientsentrert og det mellommenneskelige perspektivet man får gjennom personlige relasjoner forsvinner, men det er viktig å være klar over hvor ens grenser for involvering og entusiasme står.

## ...i alle fall ikke pasienten

Siden 2012 har Samhandlingsreformen vært en stor del av kommunehelsevesenets bekymring ettersom behandlingsansvaret skal flyttes så nært pasientens hjem som mulig. Samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten oppleves som asymmetrisk fordi den medisinske kompetansen i kommunen ikke i særlig grad involveres i beslutningen om hvorvidt pasienten er klar for utskrivelse, og fordi kommunen betaler for hvert døgn pasienten er på sykehuset etter at han er utskrivningsklar (Bruvik et al., 2017). Når liggetiden på sykehus reduseres betyr det at pasientene som kommer hjem har mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander. For mange pasienter vil det bety at de utskrives til sykehjem eller til eget hjem med oppgraderte hjemmetjenester, og det er ikke alltid at kompetansen eller tilbudet i kommunen strekker til.

Hjemmetjenesten er en kommunal primærhelsetjeneste, og er således styrt av kommunens politiske føringer og økonomi. En studie utført av Kattouw i 2016 viser at mange kommuner i Norge har adoptert styringsprinsipper fra privat sektor med ønske om å øke kvalitet og spare penger, men hvor kvaliteten ble forringet og ingen penger ble spart (Kattouw & Wiig, 2018). Disse styringsprinsippene er bedre kjent som New Public Management (NPM), som legger vekt på mål- og resultatstyring. I hjemmetjenesten er ofte NPM forbundet med oppgaver og tidsbruk, eller, rettere sagt, hvor lang tid man er hos hver pasient og om denne tiden er korrekt. Korrekt menes da i forhold til om man bruker mer eller mindre tid enn det som er oppsatt på det spesifikke oppdraget, og ikke hvor lang tid oppdraget bør ta ut ifra pasientens behov. Jeg synes dette går imot både sykepleiens funksjoner og etiske tilnærming til omsorg. Mange føler det også som en overvåking å skulle klokke inn og -ut hos hver enkelt pasient eller angi hvor mye tid de bruker på hvert oppdrag. Kattouws studie viser således at det er et gap i kunnskapen om hva pasienter og ansatte egentlig har behov for, og hva administrasjonen tenker det er behov for. Det lager også et sprik innad i tjenesten ettersom det er lederne som styrer kvaliteten på tjenesten ved å tildele tid og vedtak ut ifra budsjettkravet fra kommunen, selv om de ansatte kan mene det som uforsvarlig.

En annen studie om NPM i sykepleie kom frem til at den faglige autonomien ble redusert "fordi ekstern kontroll av arbeidet gjennom målesystemer overtar for profesjonens faglige skjønn og egen kvalitetsvurdering" (Kleiven, Kyte & Kvinge, 2016, s. 320). De kom også frem til at det profesjonelle fokuset ble mindre pasientsentrert, samt at NPM kan stå i motsetning til styringsorganenes egne målsettinger fordi lovfestede rettigheter krever tid som NPM ikke tillater (Kleiven et al., 2016, s. 320). Hermann hadde stort hjelpebehov den siste tiden han var hjemme og var tildelt så mye ressurser som det var mulig å gi fra hjemmetjenestens side, men det var ikke nok for å gi god, helhetlig omsorg.

Kontakten med pasienten styres således administrativt utfra NPM. Sykepleieren har, som nevnt overfor, en administrativ funksjon, og mange ledere i hjemmetjenesten er sykepleiere med ledelseserfaring eller videreutdanning. Lederne i hjemmetjenesten må kunne balansere behovene til de ansatte og til pasientene, samtidig som at de skal passe på økonomien. Det har vist seg at flere velger å prioritere de ansattes behov fremfor pasientens, med argument om at de forebygger utbrenthet og sykemeldinger (Lerdal, 2013). Tanken er da at det som er pasientens beste er å ha kontinuitet i pleien, altså å ha flere faste pleiere istedenfor at pasienten kan få hjelp av alle ansatte. Dette gjør at pleierne også får ansvar for færre pasienter, hvilket gir både positive og negative konsekvenser. Det positive utfallet er at man har færre å konsentrere seg om og man blir godt kjent med de aktuelle pasientene, og kan dermed gi, tilsynelatende, bedre hjelp. Det som kan virke negativt er at det blir en skjevfordeling av pasienter med tanke på deres fysiske og psykiske behov hvor en kan være *uheldig* og få en overvekt av *tyngre* pasienter. Tunge pasienter er gjerne pasienter som krever litt mer, for eksempel fordi man må være flere pleiere i stell og forflytning eller at pasienten er så preget av sin demenssykdom at kommunikasjonen med pasienten blir vanskelig. Dette kan resultere i sykemelding og utbrenthet som følger av uheldig forflytningsteknikk, kanskje fordi man ikke tar seg tid til å utføre riktig teknikk eller til å hente gode hjelpemidler. Men, det kan også gjøre pleierne blinde i sitt arbeid. Det er gjerne enklere å overse små observasjoner om man ser samme pasient hver dag, og det er ingen som kan se på pasienten med friske øyne som kan sikre et bedre pleie-/behandlingstilbud.

Samtidig har mange pasienter og pårørende jeg har snakket med uttrykt stor frustrasjon over at det er så mange forskjellige som kommer innom hjemmene deres. Hermanns datter sa en gang at det var lenge siden hun hadde sett et kjent fjes, og at hun sjelden traff på Hermanns primærkontakt. Jeg skjønner henne godt, det er tross alt enklere å forholde seg til noen få og

det er lettere å bli fortrolig med tjenesten om man kjenner de ansatte. Jeg vet også at det å legge opp en ideal arbeidsliste i hjemmetjenesten er en stor kabal med tanke på forskjellig kompetanse blant de ansatte, hvor det gjerne er flere ufaglærte enn helsefagarbeidere og sykepleiere. Samtidig tenker jeg ofte at det er bedre pasientsikkerhet når det er flere som har pasientansvar og man rullerer mellom pasientene, men da må jo så klart de ansatte ha kompetansen til å gjøre gode vurderinger. Men med denne tankegangen blir det også vanskelig å lære og kjenne pasientene veldig godt, og det er dermed avgjørende å utvikle en samhandling med pasienten hvor han føler at tjenesten er lojal og at han blir ivaretatt. Hermann klaget aldri på tjenesten, samtidig var nok hans datters stemme sterkere enn hans.

## Verdighet og krenkelse

Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for de helse- og omsorgstjenestene som tilbys i kommunen, og sier dermed noe om hva kommunens innbyggere kan forvente seg dersom de har behov for slike tjenester. §4-1 sier at tjenestetilbudet skal være verdig og forsvarlig, og §1-1 sier at formålet med loven er at pasienten skal få bo hjemme med et meningsfylt liv samtidig som han får en fullgod medisinsk oppfølging som er tilpasset hans sykdom og funksjonsevne. Tjenestetilbudet skal dessuten tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ser man til loven om pasient- og brukerrettigheter finner man noe tilsvarende: "loven skal bidra til å (...) ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Verdighet er dermed noe det legges vekt på. Også i sykepleien er verdighet sentralt. NSF's yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere skal vise respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (NSF, 2020b). Den iboende verdigheten er objektiv og lik for alle mennesker, mens den subjektive verdigheten er hvordan en selv opplever verdighet i samhandling med andre. Ens subjektive verdighet kan krenkes når ens følelse av selvrespekt og egenverd ikke opprettholdes i samvær med andre, spesielt dersom en er sårbar, mens den iboende verdigheten kan krenkes når man blir objektifisert (Heggstad, 2018, s. 14). Det å stille noen intimt, spesielt det motsatte kjønn, kan for mange oppleves som ydmykende og som en invasjon av personlige grenser. Ettersom man, i sykepleien, ofte må inn i private sfærer handler verdighet og krenkelse ikke bare om handlingen i seg selv, men også hvordan man handler. Man kan tenke på hvor mye privatliv Hermann egentlig hadde når døren stod ulåst og han hadde besøk av minst fire forskjellige

pleiere seks ganger for dagen. Og jeg håper alle mine kolleger husket på å lukke skyvedøren til badet slik at han ikke ble blottet for alle naboene mens han ble avkledd i stå-heisen.

Å oppleve og føle seg krenket kan gjøre mye med ens psyke og motivasjon. Noen kan agere med sinne, mens andre kan gå inn i seg selv og bli borte. Opplevelsen av krenkelse er individuell og kan være vanskelig å snakke om. Ble Hermann krenket? Jeg har ikke opplevd at han har sagt noe rundt dette, men hadde jeg vært i hans sko ville det absolutt ha vært noen situasjoner hvor jeg ikke ville ha følt meg vel rundt andre. Personlig synes jeg det var *uverdig* å la Hermann bli boende "hjemme" når han hadde behov for et høyere omsorgsnivå. Den største faktoren til at det ikke ble søkt sykehjemsplass til Hermann var hans datter. Hun var veldig involvert i hans helse, og var dermed også veldig involvert i vår jobb. Hun var bestemt og kunne oppfattes som noe kvass i samtale, og kom ofte med råd og anbefalinger om hva som var god helsehjelp – det oppstod dermed lett konflikter mellom henne og pleiepersonalet. Datteren til Hermann var av den oppfatning at Hermann hadde det bra hjemme så lenge vi gjorde vår jobb riktig. Dette kan i og for seg stemme, men med tanke på at vi var innom Hermann flere timer for dagen vil jeg påstå at vi var mer faglig kvalifisert til å vurdere hans behov enn det hun var. Rollene ble på en måte byttet om – hun kjente sin far best før, men vi hadde overtatt nå. Hun hadde et annet syn på sin far enn det vi hadde, et syn som var mer personlig enn profesjonelt og som dermed kanskje vanskelig ville kunne se hvordan vi vurderte hans situasjon.

Her er det viktig å huske på at Hermann ikke var den eneste som trengte oss; hans datter hadde et behov for å bli trygget på hans helsesituasjon og å kunne stole på at han fikk god hjelp. Hun var sikkert ganske redd for sin fars helsetilstand og ville kanskje ikke innse at hans funksjonsnivå var blitt dårligere ut av frykt for at han skulle bli innlagt. Kanskje tenkte hun at en sykehjemsplass var synonymt med døden heller enn å se på det som et bedre tilbud for hennes far? Her tenker jeg det ville vært nødvendig å få henne til å tenke på at "det gjelder ikke bare å legge år til livet, men også liv til årene" og at Hermann burde få leve så fullt og helt som mulig så lenge han hadde igjen (Karoliussen & Smebye, 1997, s. 227). Å ta vare på pårørende i slike situasjoner er en viktig oppgave i helsetjenesten. Det trygger ofte pasienten å se sine nærmeste rolige og det gjør at pasienten også kan slappe litt av. Hermanns datter var kanskje i en krise over at faren var blitt så skrøpelig. De har kanskje alltid hatt et nært forhold, og det at datteren valgt å ta ham inn til seg fra hennes barndomshjem flere mil unna forteller meg at hun var veldig glad i ham. Kanskje skulle vi ha tilbydd henne en samtale for å fortelle



henne hva vi mente om hennes fars helsetilstand og livskvalitet; vi kunne ha støttet hennes reaksjoner ved å være ærlige, empatiske og medmenneskelige (Fallsen, 2017).

## Veien (tilbake) til hva?

Hermanns hjemmesituasjon den siste tiden var så klart ikke ønsket verken for ham eller oss. Kunne hans skrøpelighet ha blitt forebygget av oss ved hjelp av rehabilitering? Ville rehabilitering i det hele tatt vært mulig med tanke på hans fysiske tilstand og hans ressursbruk? Det blir et etisk dilemma når man ser på effektivisering og besparelse opp mot rehabilitering og sykepleieres gjøremål. Man kan stille seg selv spørsmålet om hvor mange tilsyn i hjemmet per døgn som skal til før det er mer kostnadseffektivt med en institusjonsplass, for ikke å snakke om alle ressursene som er tilgjengelig på de fleste sykehjem som pasienten vil profittere på. Samtidig kan man spørre om det er slik at rehabilitering går på bekostning av effektivisering og hvorvidt rehabiliteringstilbudet i hjemmet har god nok effekt. Formålet med rehabilitering er at pasienten skal gis mulighet til "å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet" (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §3).

Hverdagsrehabilitering er rettet mot eldre for å forbedre funksjonsevnen og gjøre de mer selvhjulpne i dagliglivet hvor hjelpen som gis skal være aktiverende istedenfor passiviserende (Høy, 2014, s. 233). Hermann var ikke en aktuell kandidat for hjemmerehabilitering på grunn av smertene hans. Mange andre pasienter har nytt godt av dette, men de var gjerne i utgangspunktet relativt spreke og hadde hatt et lite funksjonsfall. Andre igjen har fått et godt tilbud og trent mye sammen med pleierne, men har ikke fortsatt treningen på egenhånd og har dermed ikke oppnådd det målet treningen hadde for dem. En tid var vi veldig påpasselig med å få Hermann til å gå til kantinen ved hjelp av rullator for å spise middag, blant annet for at han skulle opprettholde muskulaturen i beina og for å få god arteriell blodgjennomstrømning. Dessverre tror jeg de fleste lot Hermann få sette seg i rullestolen for å bli trillet til kantinen, som gjorde at det etterhvert ble vanskelig å få ham til å bruke rullatoren – den ble til slutt mer som et avlastningsbord enn et gå-hjelpemiddel. Samtidig skal man være forsiktig med å være overoptimistisk da skrøpelige eldre kan bli presset lengre enn de egentlig har kapasitet til (Karoliussen & Smebye, 1997, s. 228). Dette vil ikke bare gå utover deres restkapasitet til å fungere slik de vil i deres hverdag, men kan også ha negativ betydning for immunforsvaret. Martinsen mener at "hjelp til selvhjelp"-ideologien som har blitt veldig sentral i sykepleien og

i samfunnet forøvrig ikke er forenelig med omsorg (2003, s. 67). Thorsen & Wærness viser også til et eksempel om at eldre skal ansvarliggjøres for deres alderdom og at det i økende grad er mer fokus på egenomsorg og selvhjelp. En eldre kvinne med helseplager sa "jeg tror det var bedre å være gammel før. Da kunne man få lov til å være slitne" (Thorsen & Wærness, 1999, s. 16).

Hjelp til selvhjelp er ikke nødvendigvis et onde – her vil jeg raskt forklare begrepet "salutogenese". Går man hundre år tilbake i tid var møtet med døden en kortere prosess enn det den vanligvis er nå. Det at vi lever lengre øker risikoen for å få sykdom og leve med sykdom, samtidig som farene og konsekvensene ved sykdom øker og at det tar lengre tid før kroppen leges. Sunne levevaner er viktig for å forebygge mot sykdom, men når sykdommen først har rammet virker ordtaket "det er ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det" å passe godt inn. Her kommer man inn på et ikke-patologisk syn, nemlig det som har blitt en vitenskap i nyere tid – salutogenese. Aaron Antonovsky presenterte i 1979 sin teori om salutogenese som bevegelse mot helse på et kontinuum av helse og sykdom. Han snakket om en opplevelse av sammenheng, som er i hvilken grad man tenker at en er stimulert av indre og ytre miljøer som gjennom livet er strukturerte, forutsigbare og forståelige; om man tenker at man har de ressursene man trenger for å møte kravene som stilles av disse stimuliene; og at disse kravene er utfordringer som gir engasjement og er verdt å investere i (Antonovsky, 1988, s. 19). Har man da en sterk opplevelse av sammenheng er det basert på comprehensibility, manageability og meaningfulness – begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet – som bidrar til en indre trygghet og tillit til at man har ressurser i seg selv og sine omgivelser samt en evne til å bruke disse ressursene. En slik sterk opplevelse av sammenheng kan også virke forebyggende på det psykosomatiske plan fordi negative emosjoner og langvarig stress vil utsette flere organsystemer for store påkjenninger ettersom adrenalin og kortisol vil frigjøres jevnlig (Rannestad, Haugan & Espnes, 2006). Samtidig vil følelsen av å ha kontroll, som man kan få gjennom kunnskap, sammen med forutsigbarhet og forståelse av ens situasjon fremme håp og gi mestring samt å redusere stress (Drageset, Ellingsen & Haugan, 2017).

Karoliussen & Smebye sier at omsorgstjenestene må vektlegge opptrening av fysiske funksjoner i tillegg til kostveiledning, sosial stimulering og fall-forebygging (1997, s. 88). Jeg har veldig tro på hjemmerehabilitering, og ettersom det er flere kommuner som har satt i gang slike prosjekter er jeg ikke den eneste som ser nytten i det. Men jeg ser her en begrensning i

pasientgruppen som har nytte av tilbudet, og at tilbudet kunne ha blitt lagt opp annerledes slik at flere kunne hatt utnytte av det. Mange skrøpelige hjemmeboende pasienter har stor fallfare på grunn av dårlig balanse og nedsatt kraft i muskulaturen. Disse pasientene ville hatt god nytte av et daglig treningsprogram, og ikke bare et opplegg for en eller to måneder. Hadde det blitt utarbeidet et slikt enkelt program kunne også pasienter med kognitiv svikt vært en del av målgruppen, mens de nå er ekskludert fordi det argumenteres med at de ikke har kapasitet til å trene på egenhånd etter endt rehabilitering. Således tenker jeg at rehabilitering er salutogenetisk både fysisk og psykisk da treningen ikke bare stimulerer muskelaktivitet men vil kanskje også positivt påvirke nevroner i hjernen og dermed bidra til å forsinke demensutvikling. Svekkelse av funksjonsevne er også mer gjennomgripende for eldre da det vil ha ringvirkninger utover det fysiske og påvirker også psyken og det sosiale livet (Høy, 2014, s. 238).

Dersom man tenker tilbake på Antonovsky og overfører dette til Hermann og hjemmesykepleien, kan man nok si at situasjonen ikke helt ble styrt etter Antonovskys tenkning. Dette sier jeg fordi det er en forskjell i tankemåte og holdning mellom sykepleierne og ledelsen, og selv om det nok ikke er en ønsket situasjon er den nok hos mange ganske ubevisst. Jeg tror, og håper, at de fleste sykepleierne som utdannes i dag er opptatte av salutogenese, i alle fall mer så enn å krysse av på listen over arbeidsoppgaver. Blant mine unge kolleger er det mange som har et fokus på at *dette klarer han selv, dette må han oppfordres til så han kan mestre det*. Dessverre er det ikke alltid at arbeidsdagen kan legges opp til salutogen tenkning og da blir det opp til den enkelte og deres kunnskap og samvittighet om hvorvidt de tar på seg et slikt ansvar.

## Å ta valg og å bli valgt for

Ensomhet, savn, isolasjon, sorg og nedstemthet kan lede til sykdom og tidlig død (Westlund, 2005, s. 39). Når en av sykepleierens funksjoner er å forebygge vil det ikke da si å hjelpe pasienten til å takle disse følelsene eller redusere forekomsten av dem? Hermann satt mye alene i leiligheten sin, men om han var ensom kan jeg ikke svare på. Han spiste ofte middag i byggets kantine, men ville alltid sitte for seg selv. Han fikk tilbud om å få hjelp til å komme seg ut for å snakke med naboene på ettermiddagene, men jeg opplevde aldri at han takket ja til dette. Kanskje var han en for stolt mann til å la andre se hans forfall? Kanskje følte han at han ikke hadde noe å bidra med? Kanskje syntes han det ble for slitsomt å følge med i samtaler

fordi han hadde dårlig hørsel? Og kanskje skulle vi ha gjort mer for å undersøke og gripe fatt i hans isolasjon. En salutogen omsorg ser til at pasienten er godt informert om sin(e) sykdom(mer) og omstendighet(er), samt at de griper mulighetene som presenterer seg (Westlund, 2005, s. 49). Dette forutsetter at sykepleieren også er en god pedagog, som og er forenelig med sykepleierens funksjon om undervisning. I Hermanns tilfelle kan man da si at en salutogen omsorg i forhold til hans isolasjon ville dreid seg om motivasjon. Kanskje han skulle ha vært mer motivert av oss til å komme seg ut på ettermiddagene, om enn bare for en time, for å føle tilhørighet.

Hadde Hermann en følelse av sammenheng ifølge Antonovskys tese? Dersom en svak følelse av sammenheng tilsier at pasienten nesten har gitt opp på forhånd ville Hermann ha vært en slik pasient (Westlund, 2005, s. 47). Hvordan skulle vi ha jobbet rundt ham for å øke hans følelse av sammenheng? Rehabilitering var ikke aktuelt, men kunne han likevel ha fått et tilpasset tilbud eller hjelpemidler for å ivareta mest mulig funksjon? Et tverrfaglig samarbeid med ergo- og fysioterapeut rundt Hermann kunne nok ha funnet en god løsning som hadde gitt ham mestring, men det ville også ha vært avhengig av Hermanns innstilling. Hermann ville vært nødt til å være med på samme team som oss, slik at det ble et "vi" og "oss"-perspektiv på hans helseutfordringer istedenfor et "jeg og du"-syn. Det krever litt både av Hermann og oss sykepleiere: Hermann må ha motivasjon og vi må hjelpe ham å finne denne ved å ta i bruk vår kunnskap og kompetanse innen fysiologi, anatomi, kommunikasjon samt å vurdere skjønn. Og jeg tror det er viktig at denne motivasjonen blir funnet slik at Hermann ikke blir et offer for *alderdommen*, at han forvitrer sakte og går ut av tiden uten at tiltak ble gjort for at han kunne hatt det bedre.

Westlund (2005, s. 46) sier at å behandle alderdom som sykdom er et overgrep, på lik linje med tvangsmedisinering og begrensning av sosiale roller og sosialt liv. Her handler det likeledes om skjønn og Hermanns ønsker og hva som er mulig å få gjort. Det kan også enkelt oppstå et etisk dilemma da det kan utløse en konflikt mellom Hermanns autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte helsehjelp (Slettebø, 2012, s. 43). Eriksson påpeker i tillegg at helse og velbefinnende kan være subjektivt da en person kan befinne seg vel og føle at han har et liv fullt av mening selv om han har store helseplager (Kristoffersen, 2005, s. 41). Det blir dermed også viktig å ha et etisk standpunkt som sykepleier for å være trygg på hvordan man kan håndtere vanskelige situasjoner. Her synes jeg nærhetsetikken er relevant; man må være var for den andres situasjon for å kunne se hvilke verdier som står på spill

(Brinchmann, 2012, s. 119). Det gjør oss også kapabel til å se deres ressurser og begrensninger og dermed kunne spille på disse uten at pasienten blir umyndiggjort.

En annen ting å ta i betraktning er hva Hermann selv ønsker. Vil hans følelse av sammenheng øke om han blir stilt mer ansvarlig for eget liv, om han må ta del i beslutninger om livet hans, om vi hadde satt oss ned sammen og spurt ham om hva som var viktig for ham nå? Å la Hermann være medvirkende ville vist respekt for hans autonomi og integritet selv om han hadde overlatt alle beslutninger til oss (Molven, 2009, s. 147). Å få større ansvar for egen helse kan gjøre at man blir mer bevisst rundt sin egenomsorg og levemåte, men for Hermann hadde nok dette ikke stor betydning da det var lite han kunne gjøre for å forebygge videre komplikasjoner. Hermann var ikke en pasient som sa mye og initierte ikke til samtale. Det ville vært lett for sykepleieren å forsømme pasienten ved å ikke spørre om hans perspektiv. En undersøkelse utført av Eldh i 2006 viste at pasienters oppfattelse av hva pasientdeltagelse innebærer var det å bli hørt (Angel, 2014, s. 85-86). Sykepleieren må dermed være pågangsdriver når pasienten oppleves som stille og kanskje ikke ønsker å være til bry. Samtidig må en være lydhør og observant både på pasienten og om de trives med tiltakene som er satt i gang. Det kan være ganske inngripende og stikke dypt i selvfølelsen når en ikke lengre er like selvhjulpen som tidligere. Bondevik har en historie om en eldre dame som beskriver godt situasjonen og problemet rundt medvirkning og misnøye:

Jeg har mistet pillene (på gulvet). De har ordnet pillene for meg i en slik pilleeske, og så har jeg tatt dem selv. Så fant de noen piller på gulvet, og pillene må jeg jo ha. Derfor tok de fra meg pillene, og det fornedrer meg veldig. Nå ligger esken i skapet, og de kommer og gir meg pillene. Jeg er veldig lei meg for at jeg ikke kan få ta pillene selv lenger. (Bondevik, 2009, s. 147).

Det er forferdelig trist å se andre bli umyndiggjort når de selv tydelig ikke er enige i beslutningen. Samtykke til hjelp, eller fravær av dette, kan gis skriftlig, muntlig eller stilltiende (Molven, 2009, s. 159). Denne damen støttet ikke endringene av medisinhåndteringen, men aksepterte bestemmelsen fordi det var nødvendig, og det gjorde hun nok stilltiende. Men man må også ta i betraktning at noen ganger er det i pasientens beste hensikt at slike beslutninger fattes. Samtidig finnes det kanskje en gråson i hjemmetjenesten med tanke på samtykke ettersom pasienten ofte selv har søkt om å få hjelp. Kan pasienten da være uenig i pleieplanen dersom pleieplanen er utarbeidet ut ifra pasientens behov og i beste interesse?

Noe annet å ta i betraktning er at det krever stor anstrengelse å ivareta medbestemmelsen gjennom aktiv deltagelse, og det er dermed en utfordring å ivareta pasientens interesse i samarbeid med de pårørende (Fermann & Næss, 2008, s. 203). Hermanns datter var veldig involvert i hans liv og situasjon. Noen ganger hadde jeg på følelsen av at hun bestemte for ham istedenfor å hjelpe han til å ta et valg. Riktignok ikke livsavgjørende bestemmelser, men hvorvidt han skulle være med på turer, hvor lenge han skulle få sitte oppe om kveldene, og i forhold til hvilke medisiner han skulle få i forbindelse med smertelindring. For noen krever det å skulle bestemme noe en del energi; for å kunne bestemme noe må man kunne planlegge, eller være forutseende, og tenke på konsekvenser av valget. Det er nok enklere å bestemme hva man vil ha til frokost eller om man ønsker å ta på en lue når man skal ut i kjølig vær enn å tenke på hvordan fremtiden vil bli dersom det velges feil sårbehandling eller når tid man bør ta en smertestillende tablett i forbehold til stell, mat og forflytning. Dette går utover kapasiteten man har gjennom dagen, og ofte får man gjerne flere valg å forholde seg til når man har hjemmesykepleie. Det er kanskje lurt at pårørende tar en stor rolle med å hjelpe pasienten bestemme angående de viktige tingene dersom de har avklart på forhånd hvilke verdier og synspunkt som er viktige å forholde seg til rundt forskjellige temaer. Samtidig er det viktig at vi, som helsearbeidere, hjelper pårørende å ta de riktige valgene og inkluderer pasienten når det er hensiktsmessig og nødvendig ettersom forskning hevder at dersom en får være medbestemmende når man er syk vil ens verdighet ivaretas (Heggstad, 2018, s. 13).

## Det siste man har igjen

Samfunnsmessig, gjennom de siste 20-30 årene, har det blitt endringer for de eldre. Tidligere var alderdomsidealet å ta livet med ro, og alderdommen ble sett på som en gradvis tilbaketrekning til en mer passiv tilværelse (Thorsen & Wærness, 1999, s. 13). Nå har det blitt et større press for eldre om å ha et høyt aktivitetsnivå; de skal være aktive beste- og oldeforeldre, de skal bo hjemme så lenge som mulig, og de skal klare seg selv lengst mulig (Thorsen & Wærness, 1999, s. 14). Pensjonister skal begynne å leve livet. Samtidig lever vi lengre, og jo lengre vi lever jo mer utsatte er vi for sykdommer og plager som også kan gi et sviktende immunforsvar (FHI, 2014).

På grunn av Samhandlingsreformen og for få sykehjemsplasser til en stadig eldre befolkning må de eldste eldre mobiliserer energi og bruke egne krefter som de kanskje ikke har til rådighet (Bruvik et al., 2017). Restkapasitet er ikke mye omtalt i den medisinske verden, men

har mye å si for et menneske med en hverdag som innebærer stor energimobilisering fysisk og/eller psykisk. Det å ikke orke eller klare å utføre eller begynne på gjøremål som er viktig for en selv vil over tid tære på motivasjon og humør, og kan i verste fall lede til en depresjon. Det å ikke ha restkapasitet i hverdagen kan dermed være med på å gi redusert livskvalitet. Jeg tror det er viktig å finne en balanse for de vi yter omsorg til, og gjerne samarbeide med pasienten om hva som skal legges vekt på for å oppnå denne balansen. Hermann hadde tilgang til dagsenter to ganger for uken, som er et tilbud hvor tjenestemottakere samles med en fast personalgruppe og får være med på ulike aktiviteter gjennom dagen samt frokost og middag. Den siste tiden Hermann bodde hjemme fikk vi ofte telefon fra dagsenteret om å hente ham hjem fordi han hadde sovnet. Jeg tror det ble altfor mye stress for ham de dagene han var på dagsenteret; vi måtte være raske for at han skulle rekke frokosten og han ble nok utmattet av det. Vinningen gikk opp i spinningen. Hadde han hatt et bedre omsorgstilbud kunne han ha fått denne stimuleringen porsjonert utover dagen og dermed kunne benyttet seg av det.

## Hva med sykepleierne?

Hva skjer med sykepleiere når pasienter bor hjemme lengre og skal klare seg selv i størst mulig grad? På generell basis kan man si at sykepleiere i hjemmetjenesten må kunne undervise og hjelpe pasienten å tilegne seg kunnskap som er nødvendig for hans helseutfordring, for eksempel ved å gi kostholdsveiledning til pasienter som har diabetes. Man må også ha god kunnskap om hvilke hjelpemidler som er tilgjengelig og som kan være egnet for pasienten, enten det er snakk om personheis, klypetang, Roho-pute eller gripo-stang. Hjelpemiddelet skal være til hjelp både for pasienten og pleierne, men for pasienten kan de nok virke invaderende – spesielt når store personheiser skal inn i en liten leilighet eller man må ha en sykeseng inn i stuen. For pleierne er det mest problematiske kanskje at mange eldre pasienter bor i boliger som ikke er egnet for verken hjelpemidler eller med tanke på at det er en arbeidsplass for hjemmetjenesten. Det er boliger med høye dørkarmmer, dårlig ventilasjon, vegg-til-vegg-tepper som ikke har vært rengjort de siste 40 årene, bad med separat toalett, og møbler og interiør som gjør at man må bøye seg inn i lite ergonomiske stillinger. Selv om vi er skolerte i forflytningsteknikk er det ikke sjelden at man går hjem med en sliten kropp.

I tillegg til fysisk stress, snakker Martinsen om et høymoralsk press i pleiekulturen (2012, s. 56). Man evalueres kontinuerlig av pasienter, kolleger, ledere og av en selv. Hvordan skal

man evaluere hvem som skal få hjelp først når arbeidsdagen starter og fire pasienter med samme hjelpebehov skal ha hjelp klokken 09:00? Man går kanskje oftest til den som skriker høyest, og pasienten som aldri ytrer sine behov og følelser blir nedprioritert gang på gang. Hvor lenge skulle Hermann vente på å bli hentet fra dagsenteret etter at det var stengt når pleieren som hadde ansvaret for ham også hadde ansvaret for å følge tre demente pasienter hjem? Det er nok mange som kjenner på at dette er feil men som fortsetter i samme tralten fordi det er enklest, og jeg tror det kan bli slitsomt og tære på både motivasjonen og skyldfølelsen. Dette prestasjonspresset kan gjøre at man som sykepleier ikke klarer å etablere nærværet som er viktig i situasjonsetikken i møtet med pasienten (Martinsen, 2012, s. 60).

Dette gjør noe med begge parter (...) sykepleieren får ikke være pasienten til hjelp, hun får ikke anledning til å vise at hun er pasientens tillit verdig (...) pasienten på sin side lukker henne heller ikke inn i sitt liv. I stedet lukker begge parter seg til, situasjonen blir låst, og de kan begge bli ulykkelige og skamfulle. Sykepleieren får skyld og skam over å ikke strekke til, over ikke å være god nok. Hun kan merke avmakten i møtet med den andre. Pasienten må ikke bry sykepleieren som med all tydelighet viser at hun har mye å gjøre, der hun traver av sted uten å være nærværende verken seg selv eller andre. (Martinsen, 2012, s. 61).

Hvem skal man egentlig være lojal mot? Pasienten? Kolleger? Arbeidsgiver? En selv? Alle, kanskje. Sykepleieren skal være pasientens advokat, men det er ikke alltid det er praktisk mulig å få til; det er, for eksempel, ikke gjennomførbart å hjelpe mange pasienter med å legge seg på nattevaktsskiftet. Noen ganger måtte Hermann overtales til å legge seg klokken 21:30, andre ganger ville han i seng klokken 19, og noen sjeldne ganger nektet han å legges av andre enn nattevakten. Det var ikke stor stas å fortelle nattevaktene at de fikk ekstra arbeid når de allerede hadde nok å gjøre.

## Villig til å betale prisen?

Prisen av å bo hjemme når man har et stort hjelpebehov kan dermed argumenteres til å være ufrivillig isolasjon, utrygghet ovenfor personalet, invadering av hjemmet og lite privatliv. Prisen av å bo hjemme når man er skrøpelig kan også være mindre tid til hjelp og omsorg dersom pleierne ser på det som en fysisk eller psykisk belastning. Brodtkorp & Wahlstrøm (1999) mener i tillegg at mange eldre i omsorgsboliger sitter alene og lider av mangel på omsorg og mulighet for fellesskap (Leland, 2001, s. 4). Samtidig tenkes det at når man har et stort hjelpebehov og da er helt avhengig av andres hjelp så kan man føle seg som en byrde som kan gi utslag på ens psykiske helse. Stortingsmelding nr. 15 sier at man taper selvstendighet og man får hjelpebehov når en mestrer dagliglivets aktiviteter dårligere og at



kommunen tradisjonelt har løst disse hjelpebehovene ved å kompensere for den tapte funksjonen. Samtidig kommer det frem at denne løsningen sjelden bidrar til å fremme selvstendighet og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 123). Å bo hjemme når en er svært hjelpetrengende kan også gjøre at tilværelsen ligner mye på det man forbinder med institusjonsliv ifølge Goffman (1961), hvor det er tap av selvbestemmelse, lite privatliv, umyndiggjøring, samt en opplevelse av at livet blir kontrollert av andre og at man lever hele døgnet på samme arena (Karoliussen & Smebye, 1997, s. 91).

Hva kan hjemmesykepleien da gjøre? Bør vi presse på de pårørende for å be de søke høyere omsorg forebyggende for de det gjelder? Eller handler det mer om å lære og kjenne hver og en pasient, og se på de som medmennesker heller enn en arbeidsoppgave, tidsbruk og diagnose? På jobb anmoder vi alle pårørende til pasienter med kognitiv svikt å fylle ut et skjema som omhandler pasientens liv – hvor de vokste opp, hvilken utdanning og jobb de har hatt, deres familie, hvilke hobbyer de har gitt tid til etc. Denne informasjonen legges så inn i journalsystemet slik at det kan brukes for kommunikasjon i form av reminisens og realitetsorientering. Jeg har alltid spilt spørsmål ved hvorfor dette ikke gjøres hos alle pasientene. Dette både med tanke på at de fleste som har hjelpebehov vil fortsette med tjenester livet ut og mange får en varierende grad av kognitiv svikt, men også for å kunne gi bedre kvalitet på tjenestene til resten av pasientgruppen. Omsorg handler i stor grad om relasjonsbygging, og ved relasjonsbygging og kommunikasjon vil man få frem pasientens ønsker og tanker. Mange har antakelser om at visse ting gir kvalitet i tjenesten, slik som det å ha gode pleieplaner, de nyeste hjelpemidlene, personell med kvalifisert utdanning, og en viss størrelse på boligen. Men gir dette egentlig kvalitet til pasientene? Det er nok like viktig å opparbeide en god relasjon med pasienter og pårørende, og sette seg inn i pasientens oppfatning av hva som er god helsehjelp for ham. Det er slett ikke sikkert at Hermann hadde redusert livskvalitet i egen oppfatning, men kanskje hadde han satt ekstra pris på at flere tilbød å sette frem litt god mat og drikke de fredagskveldene han koste seg foran fjernsynet.

## Det siste ordet

Det var mye enklere om sykdommen syntes på meg. Men jeg kan ikke riktig varedeklare meg, man vil jo ikke virke klagende heller... på sykehuset var de mer serviceinnrettet, de vet at man ikke kan gjøre så og så. Her forutsetter de at en kan alt. Jeg tror ikke at de tenker seg inn i at jeg trenger hjelp til tross for at de vet at jeg har vondt i hendene og ikke kan gjøre det og det. Og at det er slitsomt og tar tid for meg, allting, når man kommer inn i et hjem slik, da skal de begynne å tenke med mine

tanker og se med mine øyne hvordan jeg ser det. (Szebehely, referert i Thorsen & Wærness, 1999, s. 38).

I 2017 kom en rapport fra Senter for Omsorgsforskning Vest som viste at det var lite rom for brukermedvirkning, faglig skjønnsutøvelse, forebygging og rehabilitering i Bergen kommune – dette var et resultat av innføring av normtider som følge av NPM (Munkejord et al., 2018b, s. 300-301). Sykepleiers syv funksjoner skal dekke pasientens grunnleggende behov, men en sykepleiers arbeidsdag er avgrenset i tid uansett hvor man utøver sitt virke og vil alltid være motparten til god pleie. For lite tid til hver enkelt pasient kan føre til lært hjelpeløshet, tapt autonomi, forvitring, tilbaketrekning, utilstrekkelig omsorg, og kanskje til og med død... Siden 2012 har Martinsen endret mening: hun sier at sykepleiere må være ulydige og at man bør diskutere pleiekulturen på arbeidsplassen regelmessig (Fonn, 2019). Faglig refleksjon og høylytt diskusjon er den eneste måten vi kan få midler og gjennomslagskraft til å endre det vi mener må gjøres noe med slik at vår praksis blir faglig forsvarlig for oss selv og for pasientene våre.

Hermann feiret sin 100-årsdag for noen uker siden. De gangene jeg har sett han siden han fikk plass på sykehjemmet har han virket strålende fornøyd. Han har vært ute på trilletter i nærområdet – et tilbud han ikke kunne fått av oss – og vært med på flere sosiale sammenkomster. Han har startet opp med smertestillende medikamenter og er godt smertelindret. Ikke minst er hans datter veldig glad for at Hermann endte opp på sykehjemmet.

"Menneskelig kvalitet i sykepleie til eldre bygger på én grunnleggende forutsetning, nemlig erkjennelsen av at det er et menneske, kanskje et lidende menneske, vi har med å gjøre" (Bondevik, 2002, s. 124).

## Referanser

Angel, S. (2014). Borgerdeltagelse og -inndragelse. I S. Angel & L. Aadal (Red.), *Rehabiliterende sygepleje, fra begrep til klinisk praksis* (s. 81-91). København: Munksgaard.

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers.

Bondevik, M. (2002). Mellom avhengighet og selvhjulpenhet. I I. T. Bjørk, S. Helseth og F. Nordtvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 113-125). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bondevik, M. (2009). *Gammel og frisk: om gerontologi og hundreåringer*. Bergen: Folio Forlag.

Brinchmann, B. S. (2012). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 117-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12(60613).  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60613>

Drageset, S., Ellingsen, S. & Haugan, G. (2017). Å mestre livet ved alvorlig sykdom: Antonovskys helseteori som guide til helsefremming i sykehus. *Nordisk sygeplejeforskning* 4(7). Hentet fra [https://www.idunn.no/nsf/2017/04/aa\\_mestre\\_livet\\_ved\\_alvorlig\\_sykdom](https://www.idunn.no/nsf/2017/04/aa_mestre_livet_ved_alvorlig_sykdom)

Fallsen, S. (2017). Slik kan du møte mennesker i krise. *Sykepleien* 105(9), 34-37.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63735>

Fermann, T. & Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. Høyen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 196-218). Oslo: Gyldendal Akademisk.

FHI. (2014, 17.09). Folkehelse rapporten: Helse hos eldre i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Fonn, M. (2019, 14.02). Kari Martinsen: - Pleien tar den tiden den tar. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Heggestad, A. K. T. (2018). En iboende verdighet knyttet til menneskeverdet. *Tidsskrift for fag og tro, 1*, 13-15.

Helsenorge.no. (2019, 24.06). Hjemmesykepleie og andre helsetjenester i hjemmet. Hentet fra <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsetjenester-i-hjemmet>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Leve hele livet: en kvalitetsreform til eldre. (Meld. St. 15. (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Høy, B. (2014). Den eldre borger og hverdagsrehabilitering i et gerontologisk sygeplejeperspektiv. I S. Angel & L. Aadal (Red.), *Rehabiliterende sygepleje, fra begrep til klinisk praksis* (s. 233-244). København: Munkgaard.

Karoliussen, M. & Smebye, K. L. (1997). *Eldre, aldring og sykepleie* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Kattouw, C. E. & Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning, 13*(74391). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>

Kleiven, O. T., Kyte, L. & Kvinge, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(6), 311-326.

Kristoffersen, N. J. (2005). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, og E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 28-77). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, og E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 137-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, og E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leland, A. (2001). *Hvor ønsker pleieavhengige eldre å bo?* (Masteravhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://bibliotheca.uib.no/bitstream/handle/1956/1735/Masteroppgaveleland.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lerdal, A. (2013). Kontinuitet i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 112-112. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0067>

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2014). Å røre ved tiden. *Tidsskrift for fag og tro*, 2, 12-13.

Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus* (3.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Munkejord, M. C., Eggebø, H. & Schönfelder, W. (2018a). Hjemme best? En tematisk analyse av Eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(4). Hentet fra [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2018/01/hjemme\\_best](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2018/01/hjemme_best)

Munkejord, M. C., Schönfelder, W. & Eggebø, H. (2018b). Sosial omsorg. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(3), 298-306.

NSF. (2020a, 05.05). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

NSF. (2020b, 05.05). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rannestad, T., Haugan, G. & Espnes, G-A. (2006). Hjernen er ikke alene. *Sykepleien*, 94(9), 52-56. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2006.0015>

Slettebø, Å. (2012). Etiske dilemmaer. I Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 42-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorsen, K. & Wærness, K. (1999). *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Gjøvik: Ad Notam.

Westlund, P. (2005). Meningsfullhet och överlevnad. I P. Westlund & A. Sjöberg (Red.), *Antonovsky inte Maslow* (s. 37-61). Solna: Fortbildningsförlaget.