



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-05-2021 00:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	420
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7990
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 67  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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



# BACHELOROPPGAVE

***“Å vera i livet “ - Eit essay om pleie og omsorg  
under ein pandemi***

***«Alive – in a life» - An essay about nursing  
during a pandemic***

Kandidatnummer: 420

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21.05.21

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

***Lyd***

*Det stumme rommet mangler hud.  
Her er det kun øyne, tegnet inn over  
munnbind.*

*Granskende forsøker hun å risse inn  
smilet i sykepleierens blikk. Vil så  
gjærne se, se ordene, se omsorgen  
skrevet av munnens form og farge,  
hun ville så gjærne se pusten hos det  
andre mennesket*

*Anne Kari Ramberg, (Sykepleien 2018, s. 70). henta  
frå: [https://sykepleien.no/sites/default/files/sy\\_2018-05-30.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/sy_2018-05-30.pdf)*

## Summary

Distances rules, masks, cohort groups and delimitation in visitors are implemented in the everyday life of the majority of people. Visitation bans have been introduced in hospitals and nursing homes. In nursing homes, we have knowledge about services that have been terminated or "put on hold" to limit close contact. This is still a present issue for some patients. Based on this issue, I ask myself how can this happen? What are the effects of the corona instruction for older patients who no longer manage on their own, and who needs help to master daily activities?

In many countries, the elderly is isolated. Not necessarily because they are ill, but to protect them from infections. Research shows that this can eventually result to a major public health challenge. Therefore, I think the care for elderly has to be more than speeches and "empty words". The government needs to acknowledge the effects of such well-meaning measures and change their methods. To create an understanding of what loneliness and isolation can bring, this essay statement is linked with findings from academic literature, political guidelines and personal experience and during the covid-19 pandemic. With the help of nursing theorists and various research, I have studied and reflected over this issue. The study is especially based on Kari Martinsen's starting point in the phenomenological view of man. What human view one works from is not indifferent, and the course of study has given me a broader understanding of this. What is the significance of my view of humanity, and how are my attitudes expressed in encounters with others? The essay aims at a basic encouragement of how we as future nurses, through holistic work at both patient and system level, can make a difference for our patients.

## Innhald

<b><i>Innleiing</i></b> .....	<b>1</b>
<i>Der det begynte</i> .....	1
<i>Om essayet</i> .....	2
<b><i>Smittevern versus heilheiltleg sjukepleie – eit essay om coronapandemiens` utfordringar i møte med sjukepleietenesta til heimebuande eldre.</i></b> .....	<b>2</b>
<i>Kven er du, sjukepleiar?</i> .....	2
<i>Omsorg og verdigheit</i> .....	3
<i>Heimesjukepleie vs smittevern</i> .....	6
<i>Den gylne regel</i> .....	8
<i>Kva er konsekvensane?</i> .....	12
<i>Samtalekunsten</i> .....	14
<i>Moralens ansvar</i> .....	17
<i>Tilbake til start</i> .....	20
<i>Dette: å vere i livet</i> .....	21
<i>Referanseliste</i> .....	22

# Innleiing

## Der det begynte

Vi skriv 12. Mars 2021. Eg sit ved soveromsvindaugget mitt og ser stille snø falle lett over dei få sjelene som går langs fortauet med munnbind og tomme blikk. Eitt år har gått sidan koronaen tok oss og gav ein heilt ny kvardag. Frå Wuhan spreidde Covid-19 viruset seg som eld i turt gras, og skapte lidning, frykt og sorg på si veg. Alle vart vi på ein eller annan måte råka. Vi ville ha vår og sommar og glede. I staden måtte vi lære oss å leve med omgrep som R-tal, kohort og restriksjonar. Dei mest inngripande tiltaka på norsk jord, i fredstid vart iverksett, og i over eitt år skulle nyheitsbilete vere prega av denne pandemien og konsekvensane. Dødstal og frykt for overfylte intensivavdelingar. Ein usynleg fiende, nådelaus og med evne til å endre form å bli endå meir smittsam. Mediefokuset under pandemien der helsetoppene stadig har vore intervjuja, har ufrivillig gitt meg detaljkunnskap om både stemmeklang og ansiktsuttrykk for dei mest aktuelle. Det er nesten utruleg, men likevel truleg ikkje noko eg er åleine om. Det skuldast nok at myndigheitene sine krav har hatt stor betydning for oss alle, og dei nasjonale råda har hatt stor innverknad på både mitt og andre sine liv.

Omlag på same tid for eitt år sidan testa eg sjølv positivt på coronaviruset som det vart kjend som. Det var ei surrealistisk og emosjonell sterk oppleving som eg ikkje unnar nokon. Innestengd og isolert i ei lita hybelleilegheit i nærare ein månad, vart utfordrande. Eg fekk kjenne på kva isolasjon og karantene innebar, både fysisk og psykisk. Likevel var eg ein av dei heldige, same kor rart det høyrer ut. Eg er ung, og henta støtte gjennom digital kommunikasjon med mitt eige sosiale nettverk. Men korleis er det for dei som har eit langt dårlegare utgangspunkt? Kva med dei eldre og skrøpelige? Dei sårbare gruppene har vore i fokus, og smitteverntiltak vart først og fremst retta mot desse. I heimetenestene møter vi mange, og eg vil halde ekstra fokus på vilkåra for ei av dei. For alt har sin pris, og besøksforbod og andre smittevernavgrensingar har hatt sine sideeffektar. Men desse vil vi først få full oversikt på lenge etter at pandemien er over.

## Om essayet

Val av form fall naturleg, fordi eg som Jo Bech-Karlsen uttrykkjer det, ynskjer å formidle min eigen refleksjon over eigne erfaringar, ikledd ei samansett og personleg prosaform der målet er å skape større forståing (Beck-Karlsen, 2003, s. 18). Ved å legge opp til ein dialogisk struktur, vil eg gjennomgåande vende meg aktivt til lesaren og freiste å engasjere. Ettersom teksten inngår i mitt eige utdanningsløp, vil eg også å vende blikket innover i meg sjølv og forståing av eiga utvikling i pasientmøtet. Dette vert også den «raude tråden» i essayet, saman med hovudpersonen og tenestemottakaren sitt møte med velferdsstaten. Der det fell naturleg, vil eg støtte meg til og nytte formuleringar frå kjende sjukepleieteoretikarar og andre faglitteraturforfattarar, samt hente samanlikningar frå skjønnlitteratur. Dette ser eg som viktig kjelde til refleksjon for personleg utvikling og utviding av min eigen horisont i sjukepleiefaget, og som menneske i møte med andre menneske.

*Smittevern versus heilheiltleg sjukepleie – eit essay om coronapandemiens` utfordringar i møte med sjukepleietenesta til heimebuande eldre.*

## Kven er du, sjukepleiar?

Har du nokon gong tenkt over kvifor det er så viktig at vi menneske får behalde eigenomsorga? Kvifor er autonomiprinsippet så viktig? Kva skjer med oss når vi ikkje kan gjere det vi vil? Dette tenkjer eg sentrale spørsmål på vegen til å utforske, samt forstå i kva grad pandemien har utfordra sjukepleien. Under denne reisa vil eg ta utgangspunkt i ein del allmenngyldige prinsipp frå det vi tenkjer er utfordringar og viktige livsfaktorar for eldre menneske. Samtidig er det også eit viktig perspektiv kva eg som fagperson tek med meg inn i møtet med denne målgruppa. Kva slags utgangspunkt har eg, og kva for plattform ynskjer eg å jobbe utifrå? Og sist, men ikkje minst; Kva er god sjukepleie? Spørsmåla er mange, og svara ofte lite eintydige.

Yrkesetiske retningslinjer er noko av det første vi vert presentert for under sjukepleiestudiet, og etter snart tre år som student vurderer eg retningslinjene som noko av det mest verdifulle i verktøykassa for sjukepleiar i praksisfeltet. Møtet mellom



helsepersonell og pasient er utgangspunktet for all etikk i helsetenesta, og med dette som basis finn eg også verdi i å undersøke nærare kva det eigentleg inneber? Som sjukepleiar skal eg ha kunnskap til å kunne arbeide helsefremjande hos den enkelte. Forstå korleis sjukdom påverkar, og kva betydning det har for livskvalitet og velvære.

(Kunnskapsdepartementet, 2008, s.4). Desse målkrava vert kanskje ekstra viktige under den pågåande pandemien, der menneske vert isolert i heimane sine med dei konsekvensane dette kan medføre.

Sjølv om sjukepleiebegrepet vert klarare for meg, vert eg på den andre sida også merksam på det store mangfaldet, og at ansvarsforholda ikkje alltid er tilstrekkeleg avklara. Eg undrar meg over korleis eg skal kunne gje og tilrettelegge for god omsorg, dersom eg ikkje kan gje ein fullgod definisjon av omgrepet? Sjølvom det er vanskeleg å finne eit klart svar byggjer likevel sjukepleien på nokre viktige prinsipp, slik som å dekke pasienten sine grunnleggjande behov. Vidare er det eit overordna mål for heimesjukepleien, at pasientane skal meistre kvardagen i sin eigen heim så lenge det er forsvarleg og ynskjeleg. Det inneber mellom anna at sjukepleiaren må ha ei heilheitleg tilnærming, med fokus på alle faktorar som påverkar pasienten sin helsetilstand (Munkejord et al., 2018, s. 24). Heimesjukepleien og tenestene skal også ytast utifrå eit pasient- og brukarperspektiv som gjer pasienten til ein aktiv deltakar i sin helsesituasjon (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §3-2).

Pasienten skal meir eller mindre vere "sjef i eige liv", og med dette som basis må heimesjukepleien sikre at pasientar får tilfredstilt sosiale behov, slik som moglegheit for samvær og sosial kontakt (Birkeland og Flovik, 2018). Likevel er det ofte ei kjensgjerning at pasientar som mottok tenester frå heimesjukepleien i større eller mindre grad er overlatne til seg sjølv i heimen.

## Omsorg og verdigheit

Sjukepleieteoretikaren Kari Martinsen vart eg tidleg introdusert for. Som fersk sjukepleiarstudent var det oppsiktsvekkande for meg at ho definerer omsorg som sjukepleien sitt verdigrunnlag. Etterkvart er dei tre omgrepa den rasjonelle, praktiske og moralske omsorga, noko eg kan kjenne meg att i og samtidig også noko som har påverka meg. Dei tre grunnpilarane er samansveisa og inngår i ein kvar omsorgssituasjon (Knutstad,

2010, s.420). Eg finn at Martinsen støttar seg til Løgstrup når ho hevdar at grunnlaget i omsorgsorientert sjukepleie vert avgjort i møtet mellom pasienten og sjukepleiaren. Inngangsporten til den moralske handlinga er i sansinga. Det handlar om sjukepleiaren si tolking av situasjonen gjennom sin fagkunnskap, som blir avgjerande i pasientmøta, både for pasient og sjukepleiar (Martinsen, 2012, s. 14). Prosessen Martinsen peikar på, meiner eg kan sidestilla med den mellommenneskelege prosessen den amerikanske sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee så tydeleg definerer. Ho meiner også at ved å vere føre var, samt bevisst på sitt eige menneskesyn, vil sjukepleiaren kunne fokusere på kvaliteten av sjukepleie (Kristoffersen et al., 2016, s.23). Travelbee er i likhet med Martinsen opptatt av omsorg som ein relasjon til andre. I tråd med hennar eksistensialistiske menneskesyn, beskriv ho sjukepleie som eit menneske-til-menneske forhold. Då blir spørsmålet om sjukepleiaren sitt menneskesyn, eit omgrep med mange dimensjonar aktualisert. Her er vår faglege bakgrunn, erfaringar og oppdragelse med på å forme menneskesynet (Hummelvoll, 2012, s. 111). Alle menneske består av ånd, sjel og kropp, og for sjukepleiaren inneber denne holistiske tilnærminga at vi må møte pasienten som eit medmenneske og samarbeidspartnar. For Kari Martinsen handlar det om å sjå, vere open og konsentrert om pasienten og situasjonen. Ho hevdar at omsorg alltid forutset den andre, og for at omsorga skal vere ekte - er det viktig at den er gjensidig (Martinsen, 2003a, s. 69). Det handlar om verdigheit. Men kva skjer når offentlege restriksjonar i samfunnet pålegg deg å vere heime, og du heller ikkje kan få besøk av din nærmaste familie? Desse spørsmåla opptek meg, og i mitt stille sinn undrar eg meg på om vi gjennom denne spesielle tida risikerer at sjukepleien er på veg til å bli eit mindre omsorgsfullt yrke?

### **Mitt fyrste møte – heimesjukepleien og Kaja**

Tankane mine går tilbake til min aller første jobb i heimesjukepleien i midten av tenåra. Førsteintrykket var overveldande. Det var mykje å forholde seg til, og forvirrande å sortere mellom arbeidsoppgåver. Etterkvart som eg vart betre kjent, opplevde eg det som ein spennande arbeidsplass. Det var noko spesielt å komme inn i heimane til folk, og få ta del i deira liv. I dag kan eg forstå denne prosessen i lys av det Kari Martinsen forklarar om tenking:

«som en hendelse som er forbundet med usikkerhet, med ikke å vite, ikke å kunne, men vedvarende søke i en spørrende åpenhet. Men det duger heller ikke hvis en ikke kan eller ikke har kunnskap i sykepleien som profesjonelt arbeid.»

(Martinsen, 2012, s.28)

Her forstår eg at Martinsen vektlegg fleire sider av sjukepleien, og at den teoretiske og faglege kunnskapen er utgangspunktet som må ligge til grunn for den gode yrkesutøvinga. Kaja, er ei dame eg tidleg vart kjend med gjennom arbeid i heimesjukepleien. Ein tilsynelatande sprek 90-åring, enke og nyleg innflytta i omsorgsbolig. Eg hugsar godt den lune veremåten hennar som alltid tilbydde twist etter endt tilsyn. På dåverande tidspunkt fekk ho hjelp med støttestrømper, samt eit varmt måltid på ettermiddagen. Isolert sett små, men viktige hjelpetiltak for å kunne meistre kvardagen i eigen heim. Kaja vart etterkvart også aktiv deltakande på dagsenteret. *“Det er så kjekt der og det får dagane i gong”* fortalde ho. Kva ho meinte, forklarte ho ikkje nærmare - men eg trur det handlar om fleire ulike faktorar. Fellesskapet, stemninga og meistringa som dagsenteret representerer. Kanskje samværet med jamnaldringar får fram gamle minner? Eit ankerpunkt i ein kanskje elles monoton kvardag. Noko trygt å gå til. Alt av stor verdi for den som er gammal og åleine.

Det er ei kjennsgjerning at verdifulle ressurstar i alderdommen ofte rammar bevegelsesfunksjonar, sanseorgan og hjerne. Sjølv om Kaja gav uttrykk for at ho gjerne ville greie seg sjølv, veit vi at redusert syn og hørsel i kombinasjon med stive ledd og nedsett bevegelsesfunksjon påverkar evna til eigenomsorg (Kirkevold, 2020, s.24). Min umiddelbare tanke er at denne utviklinga for eldre menneske, automatisk kan innebere ei vond påminning om eige identitetstap eller kjensla av å ikkje strekke til. Vil følgjene vere ei gradvis isolasjon frå omverda? At vi som helsepersonell er merksame på slike endringar og overgangsfasar hos dei eldre er viktig, fordi det verkar inn på måten vi agerer i møte med den hjelpetrengande, noko som til sist vert avgjerande for verdigheitskjensla (Hall et al., 2009, & van Gennip et al, 2013, referert i Kirkevold, 2020, s.26). I mitt fyrste møte med Kaja opplevde eg at individuelt tilpassa heimesjukepleieteneste, bidrog til å styrke verdigheita. Kaja var tydeleg stolt av å gjere sjølvstendige val i kvardagen.

## Heimesjukepleie vs smittevern

Frykt for å få smitte på arbeidsplassen og i samfunnet generelt, var lammande og altoverskyggende då dei ulike påboda og anbefalingane første gang vart formidla ut til det breie lag av folket. Alle tenester var ramma, men kanskje særleg innanfor helsesektoren. Innføring av strenge smitteførebyggjande tiltak vart ein vesentleg faktor. Målet var å minske nærkontaktar og smittefare. Dei eldste av oss vart kategoriserte som mest sårbare, og vart skjerma for kontakt med omverda. Som ein sideeffekt av dette vart mange av tenestetilboda til eldre heimebuande brått avslutta. Om dette skjedde i rein panikk for det ukjende viruset skal vere usagt, men eg stiller spørsmål ved om konsekvensen av at mange eldre i stor grad vart overletne til seg sjølv var tilstrekkeleg vurdert? Resultatet var raskt gjennomført besøksforbod både på eldreinstitusjonane og i omsorgsbustadar. Fleire oppdrag vart tekne ut av arbeidslistene og oppdragstider vart komprimert. I tillegg vart også dagsenteret som sosial samlingsarena stengt. For Kaja betydde dette tap av sosialt fellesskap med andre eldre, samt kortare og færre heimebesøk. Ettersom anbefalingane frå helsemyndighetene også innebar fråvær av besøkande, vart Kaja i større grad isolert i heimen sin. Den einaste sosiale og fysiske kontakten ho hadde med andre menneske, vart oss frå heimesjukepleien. Personalet vart drilla på smittevern og bruk av hanskar, frakkar samt munnbind blei obligatorisk. Målet var edelt nok, smittespreiinga skulle førebyggjast, men kan ein spørje korleis dette samsvarar med sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess, og kva konsekvensar desse tiltaka fekk for dei hjelpetrengande? Sett frå sidelinja, kan ein stille spørsmål ved kva verdiar som vart satt i spel. Kan det vere at dei mellommenneskelege relasjonane lei for store tap i møte med nasjonale smitteverntiltak?

Når helsepersonell ikler seg verneutstyr markerer vi samtidig også ein viss avstand til omgivnadane. I situasjonar prega av ein-meter-regel og munnbindpåbod får gjerne det tette og nære samspelet som elles vert formidla gjennom ansiktsuttrykka våre dårlege vilkår. Ansiktet, det rikaste og kraftigaste verktøyet i sosial kommunikasjon, misser naturleg nok mykje effekt. Munnbindet dekker gjerne over halve ansiktet, mimikken blir borte og talen uklar. Tenk på smilet – kor mykje non-verbal kommunikasjon som det formidlar. Kommunikasjonen med ei grunnleggande universell betyding og som betyr mykje i møte med andre, gjer noko med heile ansiktsuttrykket. Berre prøv! Vifland & Hopen (2013, s. 207) skriv at bruken av smil er ein måte å kommunisere på, samt å vise forståelse og omsorg som

ein del av den kjenslemessige kommunikasjonen. Eg trur smilet vi som fagpersonell har med oss, kommuniserer ei slags medkjensle. Det fortel at eg ser deg – eg vil forstå og hjelpe. Smilet er med på å invitere inn, og er ein viktig bidragsytar til pasienten sin aksept, forståing og samarbeid (Norsk Sykepleierforbund, 2018, s. 17). Det er vanskeleg å kommunisere, særleg med eit maskefjes, og saman med påbod om hanskebruk, vert ikkje situasjonen akkurat betre. Det mellommenneskelege møtet, det som for mange heimebuande, einslege eldre er dagens høgdepunkt, kan lett bli redusert til kald rutine. Er vi tilstrekkeleg bevisst på dette? Kristoffersen et al. (2016, s. 25) peikar på hendene som den viktigaste reiskapen i pasientmøta. Det er ein del av sanseapparatet til oss menneske, og eit handtrykk eller berøring kan fortelje mykje om personen du har framfor deg. Og vi treng vel alle ei hand å holde i? Samla sett handlar dette om det totale kroppsspråket vårt og kva som skjer når smittevernstiltaka sterkt reduserer det. Det som uroar meg er om vi i førstelinjetenesta er tilstrekkeleg bevisst på at pasientane vi møter, ofte er avhengig av kjensla av å bli høyrte og sett? Kva skjer når kroppsspråket ikkje når fram? Når vi må forlate i einsemd ein person vi veit vi skulle ha gjort meir for på det mellommenneskelege plan? Var det nokon som nemnde retten til eit verdig liv?

Kaja er tunghøyrte, og eg har opplevd at bruken av munnbind i kommunikasjon med henne har vore utfordrande. Kanskje ho synest det er travelt å følge med i samtalar fordi ho ikkje oppfattar kva som blir sagt? Mi oppleving er at ulikt smittevernustyr tek vekk noko av varmen i møtet mellom pleiar og pasient, og eg undrar meg over korleis desse faktorane vart opplevd av Kaja sjølv? Ei dame av få ord og med lite krav til andre. Brått fekk ho heile kvardagen sin snudd på hovudet. Kva gjorde desse møta med tryggleiken? Kva skjedde med innhaldet i ordlyden «å vere sjef i eige liv»? Kva med livskvaliteten? Folkehelseinstituttet viser til at livskvalitet handlar om materielle levekår, og om korleis livet opplevast. Det er både ei subjektiv, men også ei objektiv kjensle som omhandlar korleis livet vert opplevd for den enkelte (Folkehelseinstituttet, 2019). Spørsmålet om livskvaliteten til Kaja har blitt endra under pandemien, finn eg interessant. Både utifrå at dette ikkje er noko eg kan svare på utan å involvere Kaja og få innsikt i hennar subjektive kjensle, men også fordi det kjem fram av fleire studiar at eldre vaksne kan bli mindre negativt påverka gjennom pandemien enn tidlegare antatt (Hwang et al., 2020). Dette vil eg komme tilbake til.

## Den gylne regel

*Kva er viktig for deg?* er eit av dei viktigaste spørsmåla i kvalitetsreforma «Leve heile livet», som skal bidra til å sikre eit godt og trygt liv for den eldre. (Helsedirektoratet, 2018). Når ordlyden i denne reforma skal omsettast i praksis, vert arbeidet med relasjonsbygging i omsorgsarbeidet alfa og omega. I min relasjon til Kaja, betyr det at eg bør ha best mogeleg kjennskap til hennar sitt liv, og basere kvaliteten på sjukepleien på denne kunnskapen. Det er ikkje sikkert at Kaja sjølv opplever å ha redusert livskvalitet som følge av smitteverntiltaka. Ein venner seg som kjent til så mangt, men vi er kjende med at alle menneske har dei same grunnleggande psykologiske behova. Som sjukepleiar kan eg tenke på korleis eg ynskjer å ha det når eg blir gammal og skrøpeleg, men er det tilstrekkeleg? Er det nok at vi styrer etter det allmenntiske prinsipp, nedfelt i det vi kjenner som «den gylne regel»? Regelen signaliserer nestekjærleik, gjensidigheit og respekt, og er å finne som viktig element i alle religionar og livssyn. «Du skal gjere mot andre det du vil andre skal gjere mot deg». Denne moralfilosofien vert av Kari Martinsen utlagt slik:

Den gylne regel forlanget at jeg skal bruke min fantasi - at jeg i fantasien, vendt mot den andre, kan sette meg i den andres sted, i hans situasjon. Det dreier seg om å kunne foreta et rollebytte, så jeg ikke møter den andre ut fra mine premisser og former ham i mitt bilde. For hva er det i den andre jeg skal ta vare på? Det er nettopp det livsbærende i hans eksistens, hans sårbarhet og ubetingede verdighet.” (Martinsen, 2012, s.50).

Dei siste fem åra har eg observert Kaja med gradvis fallande funksjonsnivå. Ho er blitt meir skrøpeleg. Naturleg nok, seier du kanskje, men likevel. Slik eg forstår det, vil kvalitetsreforma få oss til å fokusere på det viktigaste: å eldest med verdighet. Det har blitt mange møte med Kaja som pasient, og i dag forstår eg betre Martinsen si betraktning når ho hevdar at: «undring og tenkning som hendelse ikke er det samme som kunnskap, men at begge deler er nødvendige i sykepleien.” (Martinsen, 2012, s.28).

Eg vurderer at dei mest signifikante endringane hos Kaja har skjedd etter året med strenge smitteverntiltak. Frå å vere ein person som ordna det meste sjølv, har hjelpebehovet auka slik at ho no treng hjelp og tilrettelegging til det meste. Eit viktig spørsmål som melder seg, er om denne utviklinga uansett ville vore eit faktum som ein del av den naturlege aldringsprosessen? Gjennom slike observasjonar og refleksjonar kan eg på nytt gjenkjenne

min eigen utviklingsprosess i Martinsens formuleringar: «*Tenkningen som drives frem av undringen, over noe som møter sykepleieren i situasjonen hun står i, kaller på en vilje til å forholde seg til kunnskap slik at pasienten får det best mulig* » (Martinsen, 2012, s.28).

Personleg har eg vore oppteken av at Kaja skulle ha det best mogeleg, og eg har kjent på ein sterk vilje til å utvide kunnskapsfeltet om korleis eg kan bidra til å nå dette målet. Det å vere isolert, er negativt for den psykiske helsa. Kan det same skje gjennom aldring? Korleis forhold vi som unge sjukepleiarar oss til denne aldringsprosessen? Sjukepleieprofessor Afaf Meleis har utvikla ein overgangsteori der målet er å bidra til helse og meistring i denne fasen. Ho peiker på at dette inneber å inneha innsikt og kunnskap om pasienten, samt å observere dei helsefremmande prosessane. Opplevinga av tilhøyrsløse, autonomi og integritet er faktorar som vert fokusert på og presisert i dette rammeverket (NSF, 2012, s.8). I samanlikninga av Meleis og Martinsen sine formuleringar om helsefremmande sjukepleie, finne eg mange fellestrekk i forklaring og metode, samt korleis ein skal praktisere yrket. Her kan eg sjå parallellar i tenkinga om behovet for den kontinuerlege og heilskaplege sjukepleien som Meleis påpeikar, med Martinsen si beskriving om korleis sjukepleiaren skal vise at omsorga er ekte gjennom å bry seg (Martinsen, 2003a, s.71). Ein må ta sikte på at livsmotet skal auke, og at dei lækjande eller lindrande kreftene skal få virke. Enkelt sagt inneber det at ein må ha hovudet og hjartet med seg i utføringa av god sjukepleie, og at arbeidet skal ha høg fagleg kvalitet.

Med FHI sin definisjon av livskvalitet i mente, meiner eg det kan vere føremålstenleg og på sin plass å sette spørsmålsteikn ved i kva grad livskvaliteten for dei eldre tenestemottakarane vert ivareteken i eit nedstengt samfunn? Når tryggleik og tillit vert definert som grunnleggande viktige faktorar i eit menneskeliv - korleis har vi som samfunn sikra at pasientane faktisk får dekkja sine grunnleggande behov under pandemien? I Martinsen sin omsorgsfilosofi vektlegg ho eit kollektivistisk menneskesyn der vi alle har gjensidig ansvar for kvarandre. Kristoffersen et al. (2016, s. 56) syner til livskvalitetsbegrepet forstått som psykisk velvære for den einskilde, men viktiggjør spørsmålet om kva type samfunn som vil gje best mogeleg livskvalitet hos flest mogeleg. Spørsmålet vert om ein oppnår dette gjennom at samfunnet vektlegg einskildpersonar si lukke og sjølvrealisering - eller om vi når målet betre gjennom eit samfunn som er basert på verdiar som solidaritet og

felleskap? Til meg som sjukepleiar vert det stilt krav om kunnskap til korleis ein kan påverke helse- og sosialpolitikken, og i det perspektivet vurderer eg dei ovannemnde dimensjonane som særst relevante. Essensen i «den gylne regel» synest framleis å stå seg godt.

### Den barmhjertige samaritan

«Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsen språk.» (Martinsen, 2003b, s. 38)». Slik eg tolkar sitatet av Martinsen, handlar det om at sjukepleieutøvinga skal byggast utifrå ein praktisk-moralsk handlingsklokskap. Det handlar om det faglege skjønnet som vert danna og utvikla i praksis. Martinsen syner til dette, og seier at faglegheita og barmhjertigheit i omsorga på sitt beste vert formidla gjennom skjønnet (Martinsen, 2003c, s. 138). Vidare skriv ho at sjukepleiaren utviklar eit faglege skjønn i dannelsesprosessen. Barmhjertigheita, medkjensla, tilliten og ærlegheita arbeider saman med fagkunnskapen, og bidreg til at vi gjer det godt for andre. Dette inspirerer meg til å reflektere over kor viktig det nettopp er å møte Kaja med erfaring, klokskap og eit godt utvikla skjønn.

Martinsen framheld at i pasient-sjukepleiarforholdet er det sjukepleiaren som innehar makt i kraft av si eiga fagutdanning (Martinsen, 2000, s. 24). Ho syner til korleis sjukepleiarar kan bruke faglege skjønn, og at dette er ein føresetnad i møtet med dei sårbare pasientane. Eg oppfattar at ho gjennom formuleringa «*øyet som ikke gjør noen forskjell, men som likevel gjør en forskjell*», oppfordrar til å ha den etiske dimensjonen med inn i pasientmøtet, og vere bevisste på denne skeive maktbalansen mellom pleiar og pleietrengande. Kaja stiller ikkje særskilde krav, ho godtek det meste slik det vert bestemt. Etter mitt syn freistar Martinsen å formidle at eg, som sjukepleiar må bere ansvaret for å vere open og mottakeleg, og i stand til å persipere og forstå pasienten sine behov. Grunnlaget for dette må botne i mi eiga respekt for arbeidet, og at eg ser verdien og det gode i alle menneske. For meg er dette essensielt. Vi må ha evne til å løfte blikket og bruke vår faglege vurderingsevne til å kunne gje den omsorga og hjelpa som pasientane treng, noko filosofen Løgstrup si tenking bygger opp under: «*Vi er i sansningen stemt og berørt til stede, av noe utenfor oss som gjør inntrykk, under bevissthetsterskelen. Sinnet er i sansinga alltid stemt,*



*berørt av situasjonen vi er i » (Martinsen, 2018, s.33). Forstår eg Løgstrup rett handlar det om å bruke heile seg sjølv som eit verktøy, for å bli forstått av den andre. Men kva skjer med denne sansinga i kvardagen, når tidsfaktorar og restriksjonar hindrar oss i å utøve den heilheitlege og omsorgsfulle sjukepleia slik vi har lært? Då må vi kanskje, som Petter Stordalen uttrykkjer det: «selje dei jordbæra ein har..» Ideelt og konkret i møtet med Kaja må eg sette meg inn i korleis ho har det. Korleis ser eg henne, og korleis bør eg møte henne?*

### **Auga som ser**

«Øyet er sjelens speil» blir vi fortalt. (Kristoffersen et al., 2011, s. 22). Auga avslører det meste, for å ikkje seie alt. Blikket vårt kommuniserer korleis vi vert påverka gjennom sorg og glede, eller av velvere og fortvilning. Blikket avslører deg! Det kan ofte også gjelde vårt øvrige kroppsspråk, og det trengst ofte lang erfaring og trening i å tolke det auga eller andre non-verbale signal fortel. Difor blir summen av det vi kan registrere, tolke og forstå gjennom dialog og samhandling med den det gjeld sentralt. Er vi heldige kan vi få «Løfta på ein flik av kjortelen», og på den måten utvide forståelsen for korleis personen har det (Eide og Eide 2007, s. 16). I ei tid der coronafrykt med tilhøyrande tiltak er rådande, vert det vel ekstra viktig å reflektere nettopp rundt dette? Det er mange faktorar som gjer seg gjeldande, men under ein periode der dei sårbare gruppene har det aller tyngst, tenkjer eg behovet for å bli sett og å bli anerkjent som menneske har auka.

Etter å ha lese romanen «*Det siste du skal se er et ansikt av kjærlighet*» (Evjemo, 2012) har eg reflektert ekstra over distinksjonen mellom slik vi menneske ynskjer å vere, og slik vi faktisk er. Forfattaren seier sjølv i eit intervju at denne setninga kan tolkast som ein kommentar til veremåten i dagens samfunn. Han fortel at tittelen viser til korleis vi framfor andre menneske skjuler kjenslene våre. Vi går rundt med masker, medan det vi alle ynskjer å sjå – er ansikt av kjærleik (Bjørnsonsfestivalen, 2013). I dagens korona-«maskerade», blir dette hakket vanskelegare. Når eg ser alle dei tildekka ansikta fell eg i tankar om det er slik vi skal møte kvarandre i framtida? I så fall har ikkje berre sjukepleiaren, men heile vår eksistens som homosapiens fått enda ei utfordring.

## Kva er konsekvensane?

I over eit år har pandemien med ulike smitteverntiltak i stor grad prega kvardagen vår. Samstundes har det i aukande omfang blitt publisert rapportar og forskingsresultat som seier noko om konsekvensane av desse tiltaka. Dei mest sårbare gruppene har vore hardest ramma, og noko som stadig går att som ein alvorleg og langsiktig konsekvens, er angst og depresjon. (Krendl & Perry, 2020). Brukarane av heimetenesene, ei lite homogen, men sårbar gruppe opplever auka isolasjon og einsemd. Dette kjem ofte i tillegg til eller som resultat av kutt i avlastningstilbod og viktige støttetenester. Dette vart også kvardagen for Kaja. Ein studie påpeikar at sosial frakobling fører til større risiko for å utvikle depresjon og angst. Eldre er meir sårbare for sosial isolasjon og einsemd, særleg dersom den einaste sosiale kontakten er utanfor heimen (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Dei eldste av oss er funksjonelt meir avhengige av familiemedlemmer og støtte frå helsetenesene, og for dei som ikkje har eit sosialt nettverk, eller som stoler på å få støtte frå andre, vert konsekvensane meir alvorlege. For meg blir det eit paradoks at ei sårbar gruppe, som til dømes heimebuande eldre, misser eit frå før marginalt tilbod fordi dei skal skjermast - og så ender opp med den belastninga sosial frakobling representerer. Er vi her vitne til at målet heilaggjer middelet?

Ein FoU-rapport frå forskingsarbeidet til Kjerkol et al., (2020) diskuterer korleis covid-19-tiltaka har påverka eldre mottakarar av kommunale helsetenester. I kva grad har deira tryggleik og livskvalitet blitt satt på prøve av dei nasjonale smittevern tiltaka? Resultata indikerer at endringane som har blitt gjort for å oppretthalde målet om smittevern, samstundes også har redusert livskvaliteten. Dei eldre har opplevd større einsemd og det vert rapportert om redusert grad av tryggleik i kvardagen. Auka bruk av teknologi framfor fysisk omsorg har også vist seg å vere negativ for pasientane, då dette resulterer i reduksjon av sosiale stimuli slik at målgruppa heller ikkje får dekkja sine grunnleggande menneskelege behov (Kjerkol et al., s.11). Tryggleik og tillit er viktige byggeklossar for å ha eit godt liv, og forskingsartiklar understøtter denne teorien med å vise til at einsemd vil utfordre tryggleiken hos eldre (Fonad et al. 2006, referert i Kjerkol et al., 2020). Med mitt utgangspunkt undrar eg meg om helsepersonell med hovudfokus på smitteverntiltak, kanskje overser essensielle menneskelege behov og dermed ubevisst bidreg til å krenke pasienten?

Det er inga enkel sak å kombinere god eldreomsorg og tilfredstillande smittevern. På den eine sida handlar det om å ivareta den eldre pasienten utifrå basal kunnskap og individuelle behov. Samtidig skal ein også ha kunnskap om og fokus på virusutviklinga og sikre eit tilfredstillande smittevernregime. Gjennom forskingslitteratur finn eg at av dei helsefremjande tiltaka som får mest fokus, er sjukepleiaren sin veremåte i pasientmøta (Stubberud, 2013, s. 48). Ein annan viktig dimensjon er i kva grad vi som sjukepleiarar forstår betydninga av einsemd og isolasjon? For å illustrere dette vil eg nemne professor Robert S. Weiss som skil mellom to typar: kjenslemessig og sosialt. Førstnemnde type inneber mangel på ein fortruleg person, medan sosial isolasjon kjem som følge av at ein ikkje har tilgang til eit sosialt nettverk og ikkje kan knytte seg til nokon (Smebye & Helgesen, 2015, s. 52).

Kva overføringsverdi har så desse perspektiva? Kan dei overførast til den generelle gruppa av pasientar heimebuande eldre, og formidle kva oppleving desse har av sjukepleien under ein pandemi? Gjennom tankar eg har gjort meg det siste året, og basert på eigne erfaringar som covid-19-pasient, ser eg ein samanheng. Observasjonar frå fleire sjukepleierapportar, både munnleg og skriftleg, syner at Kaja viser auka tendens til forvirring etter dei før omtalte endringane i tenestetilbodet. Eit relevant spørsmål, som eg tidlegare også har vore innom, kan vere om denne endringa i kognitivt funksjonsnivå ville ha oppstått åleine som følge av aldring? Eller om det heng saman med sterke avgrensingar i sosiale stimuli? Om svaret er å finne i det siste, kan smitteverntiltak til forveksling samanliknast med ordspelet frå gamle Voltaire om det beste som vert det gode sin verste fiende? For Kaja og hennar nære er dette skjebnesvangert.

Tidlegare har eg nemd studier knytta til negative psykiske helseutfordringar – men det er også verdt å merke seg andre studier som syner at eldre generelt er betre rusta mot psykiske lidningar. Dette indikerer ei total motsetning til den psykiske helsekrisa som tidlegare var frykta. Her vert det vist til at sjølv om einsemda auka gjennom pandemien, har det mentale helsenivået vore stabilt (Hwang et al., 2020). Dette inspirerer meg til å reflektere meir over mitt eige utgangspunkt om kva betydning konsekvensane av det nedstengte samfunnet faktisk har hatt for dei eldre. Kanskje har vi større evne til å tilpasse oss enn eg har tenkt? I forordet til ein rapport frå ekspertgruppe om livskvalitet og psykisk

helse under denne pandemien, skriv psykologen Peder Kjøs; «*vi bevarer oss selv ved å forandre oss*». Rapporten refererer til at verknadane på den psykiske helsa synes å ha vore begrensa for dei fleste, men at mykje tyder på at det er dei mest sårbare som har fått dei største belastningane. For desse, hevdar Kjøs, må motstandskrafta vere innebygd i omgivnadane. Resiliensen må finnast i relasjonar, i nærmiljøet og i samfunnet rundt (Regjeringa, 2021, s.5). For meg er det openbart at i starten av pandemien vart dette utfordrande for nærmiljøet til Kaja. Når det er sagt, kjem eg også i tankar om der eigentleg var handlingsalternativ for dei lokale tenestetilboda? Eit potensielt dødeleg viruset er ikkje å spøke med...

## Samtalekunsten

Har du nokon gang vurdert eit menneske basert på ditt overordna blikk? Eg skal ærleg innrømme at eg har det. Betyr dette at utgangspunktet mitt for sjukepleiaryrket er dårleg, eller synleggjer det at eg er menneskeleg? Magien ved pasientmøta skjer gjennom kommunikasjon, verbal og nonverbal, og blir utløyst gjennom kroppsspråk, toneleie og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2004, s.17). Dette understreker kor viktig god kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient er, og dette «magiske møtet» har vore i fokus hos fleire sjukepleieteoretikarar;

For det er i samtalen og i samspillet mellom mennesker at opplysningen finner sted. Opplysningens grunnlag er her ikke først og fremst abstrakte ideer og vitenskap, men den grunnleggende livserfaringen som vi deler og uttrykkes gjennom språket.” (Martinsen, 2003b, s.10).

Martinsen peikar på kor viktig samtalekunsten er. Samtalen, det at ein brukar språket framstår som grunnleggande i einkvar omsorgsfull relasjon, ikkje minst i sjukepleiaryrket. Tilsvarande tankar kan vi også finne hos den russiske filosofen og kulturforskaren Mikhail Bakthin, som peikar på dialogen mellom menneske som eit grunnleggande utgangspunkt for den menneskelige eksistensen (Bøe & Thommasen, 2017, s.43). Såleis vert også vi avhengig av dialog for å etablere eit godt sjukepleiar-pasient-fellesskap. Men det er ein «risikosport». Martinsen beskriv heile samtalen som eit vågestykke vi tek oss i ferd med, i håp om å bli imøtekomne og ivareteken (Martinsen, 2005, s.37). Men ei god samtale inneber som oftast

tilstrekkeleg med tid og ressursar, og denne mangelvaren rapporterer helsepersonell stadig vekk. Når realiteten ofte er hastefulle oppdrag og avbrotne samtaler, har sjølv eg med mi vesle erfaring frå arbeidslivet, kjent på ubehaget av å ha dårleg tid hos pasientane. Mi erfaring tilseier at det gjennom pandemien har vorte større behov for lengre samtalar, samtidig som situasjonen medfører at dette har vorte endå vanskelegare. Eg oppfattar det som ei vesentleg etisk utfordring å gjennomføre “den gode samtalen”, samtidig med fokuset på minst mogleg pasientkontakt. Personalet i heimesjukepleien kjem i hovudsak til pasientane for å utføre konkrete fysiske tiltak, men like aktuelt er ofte den gode samtalen. Sjølv sagt kan praten gå under arbeidet, men likevel – kanskje arbeidslista i større grad bør definere samtalen som eit fullverdig tiltak og prioritere tidsressursar for slike handlingar? Ikkje minst utifrå at det ofte er denne dimensjonen ved sjukepleiebesøket pasienten har størst forhåpning til og set mest pris på. Fagkunnskapen vår tilseier at pasientane treng håp, meistring og livsmot, noko som kan formidlast gjennom ein god samtale. Samtidig skal eg som sjukepleiar skal vere i stand til å *identifisere etiske dilemmaer både på samfunnsplan og i praktisk helsearbeid* (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 3). Korleis kan dette gå i hop? Og korleis kan det tilretteleggast i praksis?

I god sjukepleiefagleg tradisjon forsøker vi å balansere fleire oppgåver, som å avgrense smitte samtidig som vi skal lindre lidinga for den det gjeld. Med tilvising til Peder Kjøs sine betraktningar, er det realistisk at mange pasientar og pårørande kanskje vert påført lidelse saman med inntoget av nødvendige smitteverntiltak under koronapandemien. Slike motsetningar er imidlertid ikkje av nyare dato. Allereie før forrige århundre, definerte «the lady with the lamp», liding som eit symptom på utilstrekkeleg pleie - og ikkje ein sjukdom i seg sjølv (Eriksson, 2010, s. 81). I lys av denne definisjonen er kanskje ikkje Kaja si historie spesiell, men utifrå eit moderne sjukepleiefagleg standpunkt stiller eg likevel spørsmål om vi har påført Kaja ein lidelse? Eller kanskje det sjukepleieteoretikaren Katie Eriksson kallar for pleielidelse?

*Pleielidelse er en form for lidelse som ikke eksisterer - men som blir til gjennom holdninger og handlinger hos omsorgsgiveren som krenker det lidende menneskets verdighet. Den som erfarer pleielidelse, opplever å bli*

*avvist, glemt og straffet. (Eriksson, 2010, referert i Førland, Alvsåg & Tranvåg, s. 201).*

Forstår eg dei tidlegare sjukepleiarane rett, kan det vere den same tilstanden dei begge peikar på. Katie Eriksson formulerer det som ein uteblitt og feilslått pleie som manglar ivaretaking av integritet og verdigheit - menneske skal ikkje vere åleine, og vi er født inn i eit fellesskap med andre. Igjen kan eg dra samanlikningar med Bakthin sine formuleringar, og såleis også parallellar til Martinsen sitt kollektivistiske menneskesyn.

Når pasientar sjølv formidlar at dei opplever dårlegare kvalitet på heimebesøka, inspirerer det meg til å reflektere over den praktiske utøvinga i omsorgsfilosofien. Kva slags ansvar har eg som sjukepleiar i å hindre skade hos Kaja? Yrkesetiske retningslinje for sjukepleie definerer at *«grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet»* (NSF, 2019). Den objektive ibuande verdigheita har vi med oss i kraft av å vere menneske, medan den subjektive er korleis vi sjølv opplever det. Ved manglande kjensle av sjølvrespekt og eigenverd, kan den subjektive verdigheita krenkast. Ei slik kjensle, kan få konsekvensar både for psyken og motivasjonen. Vart Kaja krenka? Sjølv har eg ikkje opplevd at ho har sagt noko som går i retning av dette, men om eg prøver å sette meg inn i hennar situasjon, finn eg fleire eksempel som utfordrar kvaliteten i tenestetilbodet og dermed i sjukepleieomsorga. Personleg har eg vanskar med å akseptere bråstopp i langvarig bruk av støttestrømper. Kvifor var ikkje dette fysiske sjukepleietiltaket vurdert som viktig lenger? Sjølv om det gav reduksjon av nærkontaktar, spør eg meg om det også var med på å legge "stein til børa" for Kaja? Frå mitt studentperspektiv vurderer eg dette som eit dårleg sjukepleiefagleg tilbod, uavhengig av argumentasjonen om at Kaja fekk den hjelpa ho hadde «krav på».

Kaja, vart som ei direkte fylgje av smitteverntiltak, gradvis meir isolert og åleine. I ettertid bekymrar det meg at vi kanskje også påførte henne eit daglegliv som fråtok ho mogelegheit for å vere den personen ho likar å vere. Det handlar om personleg integritet. Dei små koselege øktene med twist forsvann gradvis, og eg kjem ikkje vekk frå tanken om at dette ikkje var hennar eige val, men at det skuldast kombinasjon av færre og svært hurtige besøk?

## Moralens ansvar

Kor går grensa frå å bli krenka, og kor mykje tåler eigentleg eit menneske? Martinsen er opptatt av den moralske sida av omsorgsbegrepet, og hevdar at ein må lære seg korleis ansvaret for den svake skal praktiserast. Kunnskap er makt, men det kan også vere lett å utøve maktmisbruk om denne kunnskapen vert feil anvendt. «*Det er livet selv som krenkes i skamløsheten*». Denne kjem til syne når vi tar alt i vår makt, og behandlar det levande som det er sans- og følelseløse ting (Martinsen, 2018, s.19). Etterkvart som eg vert oppmerksom på, og innser kor mykje makt vi som helsepersonell har over ulike sårbare pasientgrupper kjenner eg på eit stort ansvar. Den før omtalte skeive maktbalansen i pasientmøta, opplever eg vert meir tydeleggjort under pandemien. Når Kaja som bur aleine, vert nekta besøk frå pårørande, samtidig med redusert tilsyn frå heimetenesta for å hindre smitte, tenkjer eg at det er Kaja som er den store taparen i maktforholdet. Vi snakkar om autonomi, verdigheit og integritetsprinsippet, men kva skjer eigentleg i praksis? Kor lett er det ikkje å oversjå desse behova i ein elles travel kvardag? Korleis ivaretek vi Kaja sin personlege integritet i ein slik situasjon? For å forstå dette betre, stiller eg meg spørsmålet: Kva slags kjensle får eg tilbake når eg hjelper andre, og kor avhengig er eg av denne responsen for å føle at eg er verdifull?

Som helsepersonell møter vi ofte situasjonar med etiske dilemma, noko som fort kan verte ekstra utfordrande når tidsklemma melder seg. Isolasjon og besøksforbod har som mål å beskytte menneske mot smitte, samtidig utgjør dei same tiltaka stor risiko for psykologiske utfordringar som kan føre til funksjonsnedsetting og auka dødelegheit. Då regjeringa tok avgjerd om å stenge ned samfunnet, unnlot helseministeren å love at ingen skulle kjenne på einsemd. Med mitt sjukepleiefaglege standpunkt, tenkjer eg likevel at dei med fordel kunne teke meir omsyn til konsekvensar av fenomenet einsemd mellom eldre. Eg tenkjer at helsemyndigheitene har god kunnskap om årsaksfaktorar, og kva slags intervensjonar som har best dokumentert effekt som mottiltak av det som er omtalt som dei mest inngripande tiltaka på norsk jord i fredstid. Eit slikt utgangspunkt kan kanskje framstå som systemkritikk, men når eit av hovudmåla er å verne om dei mest sårbare gruppene, meiner eg det er viktig å reflektere kritisk over denne situasjonen. Som sjukepleiar skal eg kjenne bakgrunnen for helse- og sosialpolitiske prioriteringar og konsekvensar deretter (Kunnskapsdepartementet, 2008). Mi haldning er at eg med dette tankegodset kjem nærare denne målsettinga. Eit

anna perspektiv er at når myndighetene stiller såpass store krav til oss som dei gjer, må vi kunne vere rimeleg trygge på at tiltaka og påboda er godt gjennomtenkte.

Under denne pandemien har FHI styrt den helsefaglege skuta, mens regjering og delvis Storting har stått for seglføringa. På denne reisa i ukjent farvatn, har folk flest uttrykt tillit til at kursen er rett, og hatt håp om at vi snart vil få landkjenning. Likevel, merkar eg at det tærer på tilliten når eg føler at krava til sjukepleiarane berre aukar, samtidig som konsekvensane for dei mest sårbare blir underkommuniserte. Det meste handlar om tillit og moralsk ansvar. I vår kom den statsrådsoppnemde Koronakommisjonen med sin rapport. Rapporten slår fast at myndighetene si handtering av pandemien, samla sett har vore god. Slik eg les tilbakemeldinga i rapporten er nettopp tilliten i befolkninga ein hovudfaktor for denne konklusjonen. Det vert imidlertid påpeikt at regjeringa ikkje var godt nok førebudde, sjølv med fleire åtvningar om pandemi som ei nasjonal krise. NOU:2021, (s.26).

Pioneren Virginia Henderson fokuserte på grunnleggande prinsipp i sjukepleien, og peikte mellom anna på at dette innebar å hjelpe pasientane til å få kontakt med andre og med å gje uttrykk for sine kjensler og behov (Henderson, 2012, s.48). Hendersons omsorgsfilosofi er prega av ein individualistisk tankegang med fokus på å gjenvinne det uavhengige menneske, noko som står i stor motsetning til Martinsen sitt kollektivistiske ideal. Kvalitetsforskrifta for pleie- og omsorgsteneste i kommunane (2003, §3) understrekar også at grunnleggande behov for personar som bur i eigen heim, er «muligheter for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet». Kaja si historie illustrerer diskrepansen mellom ordlyden i kvalitetsforskrifta og faktumet i besøksforbudet, samt at kommunen også nekta deltaking på dagsenteret. Var dette i tråd med intensjonen? Utan å kritisere den utøvande tenesta, anar eg element av det Martinsen nemner om reglar og normer som i stor grad kan låse oss fast, og føre til at vi vert handlingslamme (Martinsen, 2012, s.62). Samtidig oppfattar eg at det er her det før omtalte faglege skjønnet må kome inn. Også mitt perspektiv tilseier at fagleg skjønn er viktig, men så var det dette med at teori og praksis heller ikkje alltid er like enkelt å forene. Kanskje særskild midt i ein pandemi?

Eit stadig tilbakevendande diskusjonstema i studietida, har vore korleis ein skapar tryggleik. Sett i lys av ulike teoriar og filosofiar, finn eg det relevant å stille spørsmålet om vi eigentleg



kan skape tryggleik? Som sjukepleiar har eg eit ynskje om at pasienten skal føle seg trygg. Eg kan legge forholda så godt til rette som eg har føresetnad for, men til sist er det eigentleg berre pasienten sjølv som kan uttale seg. Tryggleiken oppstår hos pasienten, og den er relasjonell. Martinsen omtalar den praktiske biten av sjukepleieomsorga, men i tillegg fokuserer ho på verdien av «ettertenksomhetens samtale» som det heiter. Denne faglege dialogen med kollegaer, som gjev gjensidig effekt for å hjelpe kvarandre å vere opne i møtet med pasientane. For meg har dette vore svært lærerikt og nyttig. Uansett vert tryggleik vurdert som ein grunnpilar i omsorgsarbeidet. Menneske er avhengig av tryggleik, og ein føresetnad for dette er å bli sett. Det krev meir enn observasjon og registrering. Martinsen uttrykker det som «å se med hjertets øyer» (Martinsen, 2000 s.24).

Eg tenkjer ofte på Kaja. Føler ho seg trygg og ivareteken? Har ho tillit til hjelpeapparatet? Til dei som fordelar ressursar? I fleire månader har ho i stor grad levd åleine i leilegheita si. Dagsenteret opna, men sidan pårørande som besøkte henne eit par gongar i veka har jobben sin i daglegvarehandelen og var potensiell smitteberar, vart ho lenge nekta opphald. Kaja har ikkje sjølv kommunisert kva ho tenkjer om dette, og eg kan dermed heller ikkje vite det. Men eg stiller meg spørsmålet - er ho klar over sine eigne rettigheter? Vart det tilrettelagt for samtalar som kunne finne alternative løysingar for ho? Burde vi gjort noko meir for å undersøke og gripe fatt i mogelege konsekvensar for hennar isolasjon? Alle desse spørsmåla er uttrykk for ein vanskeleg balansegang mellom makt, solidaritet og omsorg. Noko som eg utifrå Martinsen sin teori forstår, i stor grad handlar om mot. *“ Omsorg og mot hører sammen. For å holde motet oppe må det som kan gjøre en positiv forskjell, nemlig nestekjærligheten, til stadighet synliggjøres og settes ord på ..”* (Martinsen, 2012, s. 151).

Tolkar eg Martinsen rett, krev det ofte mot å bruke det faglege skjønnnet. Samtidig oppfattar eg at ho ansvarleggjer det politiske nivået, i det ho nemner at dei «politiske samaritaner» må legge forholda til rette slik at vi som sjukepleiarar kan yte omsorgsfull pleie (Martinsen, 2012, s. 107). Når koronakommisjonen sin rapport fastslår svikt ved eit beredskapssystem som ikkje tek ansvar for summen av konsekvensane i samfunnet som heilskap, forstår eg at regjeringa ikkje tok nok omsyn til samordninga mellom kommunale sektorar (NOU 2021:6, s.1). I dette bildet forstår eg utfordringa til den lokale heimesjukepleietenesta betre.

Forskning syner til at det er ein klar samanheng mellom sosialt nettverk, helse og sjukdom (FHI, 2019). Til dette forholdet er det utvikla to hovudteoriar. Direkte effekt-teorien og bufferteorien. Direkte effekt-teorien går ut på at sosial støtte har ei direkte og positiv innverknad på helsa ved at pasienten opplever tilhøyrsløse og kjenner seg verdsatt. Bufferteorien viser at sosial støtte igjen har dempende verknad på stressopplevinga. Når pasienten får hjelp, hindrar det at belastningar utviklar seg vidare til sjukdom, psykiske problem eller redusert mestringssevne (Smebye & Helgesen, 2011, s. 45). Mi oppfatning er at Kaja sin livssituasjon i aukande grad vart avhengig av sosial støtte. I starten av pandemien vart diverre realiteten, for Kaja og hennar sosiale miljø, ein sterk kontrast til innhaldet i ovannemnde forskings-resultat. Sett i høve til alder, og i lys av at Kaja bur i eit geografisk område utan påvist smitte, kan det vel då vere legitimt å spørje om pandemien ramma skeivt? Og om Kaja måtte bere ein relativ stor kostnad av fellesskapet si rekning?

### Tilbake til start

Coronapandemien kom som ei bølge ingen var forberedt på. Erfaringar har synt at vi seglar kanskje på same tøffe sjø, men i ulike båtar og utstyr til å navigere farvatna. Gjennom det siste året har liva våre på mange måtar vore sett på vent, og ved soveroms-vindauget mitt drøymmer eg no om ting som eg før ikkje visste at eg sette pris på. Eg tenkjer tilbake på Kaja. Korleis har ho det?

Å skrive dette essayet har vore ei lærerik reise. Eg har lært mykje om den menneskelege eksistens og ulike verdiar ved grunnleggande sjukepleieomsorg. Samtidig som eg til ei viss grad har funne støtte for mitt eige utgangspunkt om at pandemien kunne vore handtert annleis, har eg fått auka forståing for kompleksiteten i sjukepleiefaget og større innsikt i utfordringar eg som yrkesaktiv står overfor. I tillegg har eg fått auga opp for verdien av at vi bur i eit land, der myndighetene sine avgjerder vert overvaka og korrigert.

Enno kjenner vi ikkje dei langsiktige konsekvensane av pandemi og tiltaksbyrde. Konsekvensane av manglande tillit og tryggleik, einsemd og isolasjon er imidlertid velkjend. Kanskje har pandemien gitt oss rom for å komme tettare på dei viktigaste verdiane i livet?

Det svaret ligg gøymd i kvar enkelt av oss. For mi framtidige sjukepleierolle, vil det mellommenneskelege aspektet vere sentralt. Denne dimensjonen som vert så gripande og konsist oppsummert i «Tre vers til mor»:

### **Dette: å vere i livet**

Open for alt ikring,  
bunden med sterke røter  
til menneske og til ting,  
gi både hjarte og hender  
i omsorg som aldri svik,  
var det som gav meining til ferda di og let deg få kjenne deg rik.

Og den som er rik vil ha seg  
eit hus som er såleis bygt  
at alle som høyrer til huset  
kjenner det godt og trygt,  
og såleis at framande gjerne  
kjem innom dørene der  
og aukar den rikdom som finst  
der før med alt det dei sjølve er.

Fattig var du om aldri  
i livet du kjenne fekk  
at mellom deg og dei andre  
levande straumar gjekk  
av tillit og varme som styrkte  
kvart band som til livet deg batt,  
og lar deg få kjenne, når alt blir gjort opp,  
at meir enn du gav, fekk du att.

*(Haldis Moren Vesaas, I ein annan skog, 1955)*

## Referanseliste

- Alsvåg, H. (2011) Omsorg- med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning, i Knutstad, U. (red.) Sentrale begreper i klinisk sykepleie. 3.utg. Oslo: Akribe AS, s. 417-450.
- Beck-Karlsen, J., (2011). *Gode fagtekster. Essayskriving for begynnere*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. (2 utg) Cappelen Damm.
- Bonde, A. (2020, 21. Mai). Samfunnet har latt mange av de eldre møte døden alene. *Morgenbladet*. morgenbladet.no  
<https://www.morgenbladet.no/aktuelt/kommentar/2020/05/21/samfunnet-har-latt-mange-av-de-gamle-mote-doden-alene-skriver-aslak-bonde-som-selv-mistet-moren-til-covid-19/>
- Bøe, T. D., & Thommasen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: å skape rom for hverandre*, (3utg). Universitetsforlaget.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). Kommunikasjon i praksis. I Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid (ss. 34-63). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksson, K. (2010). *Det lidende menneske* (2. utg) Munksgaard.
- Folkehelseinstituttet. (2014, 06, 23). *Fakta om sosial støtte og ensomhet. Psykiske plager og lidelser. Henta 12.Mars 2021 frå:*  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 09 23). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Livskvalitet og trivsel. Henta 12. Mars 2012 frå: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Fonad, E., Wahlin, T. B. R., Heikkila, K., & Emami, A. (2006). *Moving to and living in a retirement home: Focusing on elderly people's sense of safety and security*. Journal of Housing for the Elderly, 20(3), 45-60.
- Frøland, O., Alsvåg, H., & Tranvåg, O. (2018.). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 4(3), 196–214. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>
- Helsedirektoratet. (2019). *Leve hele livet*. Helse-og omsorgsdepartementet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/leve-hele-livet-kvalitetsreformen-for-eldre/reformens-innhold>

- Henderson, V. (2012). *Sygeplejens grundlæggende principper : ICN (7. utg )*. Nyt nordisk forlag Arnold Busck Dansk sygeplejeråd.
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (7. utg)*. Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb K., Ranhoff, H. A. (2020). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (3utg)* Gyldendal akademisk.
- Kjerkol, I, Linset, K, & Westeren, K. I. (2021). Effects of COVID-19 on communication, services, and life situation for older persons receiving municipal health and care services in Stjørdal municipality in Norway. *Human Behavior and Emerging Technologies, 3(1)*, 204–217. <https://doi.org/10.1002/hbe2.244>
- Knutstad, U. (2019). *Sykepleieboken : 3 : Utøvelse av klinisk sykepleie (3. utgave)*. Cappelen Damm akademisk.
- Krendl, A C, & Perry, B. L. (2021). The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 76(2)*, e53–e58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon: (2utg)*. Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie : Pasientfenomener, samfunn og mestring. (3. utg)*. Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Henta frå: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Lovdata. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Lovdata. (2019). *Forskrift om nasjonalretningslinje for sykepleierutdanning*. Forskrift om nasjonalretningslinje for sykepleierutdanning. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Hwang, T. J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the covid-19 pandemic. *COVID-19 and Psychogeriatrics, 32(10)*, 1217-1220. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000988>
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.

- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg). Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2003b). *Fenomenologi og omsorg* (2. utg). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003c). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo : Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe AS.
- Martinsen, K., & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig Berørt*. Fagbokforlaget.
- Munkejord, M. C., Schönfelder, W., & Eggebø, H. (2018). Sosial Omsorg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 03(4), 15. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-12>
- Norsk Sykepleierforbund & Kvaal, K. (2009). Depresjon hos eldre. *Depresjon hos gamle mennesker*, 1(1), 18.
- Norsk Sykepleierforbund. (2012). Overgang hos eldre - en teoretisk tilnærming. *Geriatrisk sykepleie*, 1(2012), 35.
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). Å le med sykdom. *Kreft og humor*, 1(1), 49.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NOU 2021: 6. (2021) Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra koronakommisjonen
- Regjeringa (2021) *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19 pandemien: utfordringer og anbefalte tiltak. (Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe)* <https://www.regjeringen.no/contentassets/f3f79f0e0acf4aebaa05d17bfdb4fb28/rapport-fra-ekspertgruppe-livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk.pdf>
- Schmidt, H. (2014). *Har du tid til det, da?: om åndelig omsorg i sykepleien*. Bergen:Fagbokforlaget.
- Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira D V, & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>

Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2011) Kontakt med andre, I Kristoffersen, N. J., Nortvedt F. & Skaug, E. A. Grunnleggende sykepleie, bind 3, 2.utg. Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.G. (2013) Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov, i Stubberud, D.G. (red.) Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 66 - 113

Ungt Blikk på Bjørnsonsfestivalen (2013, 28.08) *Ungt blikk med Eivind Hofstad Evjemo som gjest.* Youtube [https://youtu.be/e4WW\\_HDAx3w](https://youtu.be/e4WW_HDAx3w)

Vifladdt, E. H., Hopen, L., & Berg, K. A. (2013). *Pasientopplæring : kompetanse, veivalg, lederskap* (p. 280). Kolofon.