



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSD440 1 BOPPG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	411
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7156
----------------------	------

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: 7
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

«Hva trenger du nå?»

Om nærværende sykepleie og omsorg til den sårbare eldre pasient

«What do you need now?»

About present nursing and care for the vulnerable elderly patient.

Kandidatnummer 411

GRSD17

HVL

Sigrid Bøe Skogstrand

Innleveringsdato 11.05.2021

Antall ord: 7156

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, § 12-1.

Sammendrag

Sykepleiere som jobber med eldre pasienter som har et nyoppstått hjelpebehov har etter min erfaring ofte en travel hverdag. Er det en fare for at nærværende sykepleie som skaper trygghet og håp forsvinner i denne travelheten?

Er vi oppmerksomme nok på å informere pasienten om behandlingen vi gir og hva hun kan forvente? Pasientene er ofte usikre og redde i en slik situasjon. For å kunne gi en helhetlig sykepleie til hele mennesket må vi skape relasjon gjennom samtaler og forståelse for det sårbare og unike mennesket.

Dette faglige essayet beskriver min opplevelse av hvordan tilstedeværelse og oppmerksomhet for en eldre pasients opplevelse av sykepleien hun mottok, hadde stor betydning for hvordan hun opplevde seg selv, sin verdighet og sin betydning som menneske. Og ikke minst fikk mulighet til å uttrykke hva som er viktig for henne. Jeg belyser tema om tillit og makt som er komplekst, men viktig å være oppmerksom på i vår profesjon. Essayet er basert på egne erfaringer og støtte av aktuell faglitteratur innen disse temaene.

summary

Nurses who work with elderly patients who have a newly emerged need for help often have a busy everyday life. Is there a danger that nearby nursing that creates security and hope disappears in this busyness?

Are we aware enough to inform the patient about the treatment we provide and what to expect? Patients are often insecure and afraid in such a situation. In order to provide holistic nursing to the whole human being, we must create relationships through conversations and understanding of the vulnerable and unique human being.

This academic essay describes my experience of how the presence and attention of an elderly patient's experience of the nursing she received had a major impact on how she perceived herself, her dignity and her importance as a human being. And not least get the opportunity to express what is important to her. I shed light on topics of trust and power that are complex but important to be aware of in our profession. The essay is based on own experiences and support of relevant academic literature within these topics.

Innhold

Anna.....	4
Hva trenger du nå?	5
Klokketid mot hjertetid.....	8
Krenkelsen	10
Å gjenopprette tillit	13
Liker du jobben din du?.....	14
Informasjon skaper trygghet.....	15
Tillit og Makt.....	16
Å holde en annens liv i sin hånd.	18
Veien mot målet	19
Litteraturliste	21

Anna

I mitt første møte med Anna var hun svak og forvirret. Hun lå urolig i sengen, dynen var sparket halvveis av og avslørte en bleiebukse halvveis trukket ned, kateterslangen lå synlig, posen som samler urin var revet av, så urin fløt fritt i sengen. Sykehuskjorten var krøllet opp under armene som et resultat av at hun hadde sklidd langt ned i sengen. Ryggen på sengen var hevet og hun lå i en ubehagelig stilling. Blikket uttrykket en blanding av redsel og et rop om hjelp.

Ikke et uvanlig syn i møte med eldre pasienter som opplever akutt sykdom. Det gjør likevel sterkt inntrykk.

I forkant av dette møtet har jeg lest rapporten om Anna. Den beskriver en pasient som har falt hjemme. Hun er kommet til korttidsopphold med stabilt bekkenbrudd. Hun har mye smerter og er preget av akutt forvirring. Dette fører til, at det tilsynelatende er vanskelig å få adekvate svar av henne, hun spiser og drikker lite og kan ikke gjøre rede for hvor hun er eller hvorfor. Hun har flere ganger nesten kastet seg ut av sengen så sengehesten må være oppe. Hun har blærekateter som ble lagt inn på sykehuset. Hun er urolig og gir av og til uttrykk for at hun vil på toalettet, men hun har så mye smerter at det foreløpig ikke har latt seg gjennomføre. Hun har fått på seg bleie fordi hun på et tidspunkt hadde hatt avføring i sengen. Hun har ifølge dokumentasjonen jeg leser ikke innsikt i egen situasjon nå og hun er ikke i stand til å ivareta seg selv og egen helse.

«Se på meg! Jeg ligger her med gjerde rundt sengen, (slår på sengehesten) er dette en babyseng? Det er det det minner meg om. Ja, baby, for jeg har fått på meg bleie også! Og disse ledningene som kommer ut av meg! (Hånden mot kateteret) Hvorfor har jeg det? Få det vekk! Jeg trodde jeg var her for å få hjelp, men dere gjør meg vondt, jeg blir syk av denne behandlingen. Hva er det som skjer? Få meg vekk herfra!» - «Anna» 90 år

Dette var hennes ord som ble kastet mot meg i det jeg gikk inn på rommet hennes første gang. Hennes desperasjon, frykt og opplevelse av verdighetskrenkelse berørte dypt. Det førte til en spontan opplevelse av medfølelse og et genuint ønske om å gi omsorg.

Hva trenger du nå?

Som medmenneske er det lett å bli trukket inn i pasientens kaotiske tilstand. Den kan oppleves sterkt overveldende. Som for meg denne dagen. Synet av et hjelpeløst menneske, lukten av urin, frykten i hennes øyne. Viten om at det er mitt ansvar å hjelpe. Jeg føler meg påvirket av energien i rommet og vil handle raskt. Hvor begynner jeg? Tankene går raskt, raser igjennom erfaringsbanken, flere scenarier glimter frem i bevisstheten. Ringe på hjelp, forflytte henne til en behagelig stilling, få bort det våte i sengen, gjøre det behagelig for henne. Hva hvis hun motsetter seg hjelp? Forstår hun at jeg vil hjelpe? Hva vil utfallet bli av en rask tilnærming på denne måten? Hun virker ikke mottagelig, hun vil oppleve det som et overgrep. Nei, det blir feil. Tankestrømmen varer nok bare noen sekunder mens jeg går inn i rommet, samtidig som hun utslitt roper til meg. Jeg summer meg, trekker pusten, trekker meg følelsesmessig ut av pasientens lidelse, distanserer meg akkurat nok til at jeg ikke blir overveldet. For det er her jeg kan hjelpe fra. Jeg trekker pusten igjen og tenker; hva trenger du nå? Og da ser jeg hva «førstehjelp» er for henne akkurat nå. Det er omsorg og trygghet. Jeg forventer ikke at hun har tillit til meg i dette øyeblikket. For hennes opplevelse av situasjonen er at hun har blitt fratatt sin verdighet og makt, utfra hennes uttalelser. Hun er hjelpeløs. Hun er avhengig av meg. Avhengig av mine vurderinger og mine handlinger. Det jeg så var et menneske i lidelse.

Det er denne lidelsen som har en appell til praktisk handling. Og dersom vi avviser lidelsens appell, avviser vi den andres identitet. (Martinsen, 2003, s. 21) Hvordan kan vi møte lidelse med omsorg, uten å gå inn i den sentimentale omsorgen der moralen blir irrasjonell og etikken reduseres til følelser? Da må vi prøve å forstå hva omsorg i sykepleie er. Omsorg er grunnleggende for menneskers liv som Martinsen sier og sykepleie skal ikke være uten omsorg, men omsorg er ikke sykepleie. Omsorg kan gis av mange den, men som sykepleier handler omsorg om å være omtenksum og medfølende og å kunne utøve faglig skjønn. Dette faglige skjønnet som krever oppmerksomt nærvær, sansende tilstedeværelse, overblikk over situasjonen, erfaring og faglig kunnskap for å kunne handle til pasientens beste.

Martinsen beskriver omsorg som selve grunnlaget for sykepleie, ikke som et fundament sykepleien springer utfra, men som et mål i seg selv i sykepleien. Omsorgs begrepet springer ut fra relasjonen mellom to eller flere personer og det handler om å bry seg, ta vare på og

hjelpe. Hva ligger det i dette ordet og begrepet «omsorg»? Synonymer til ordet omsorg viser til ord som beskyttelse, ettersyn, helbredelse, hensyn, hjelp, interesse, kjærlighet, nestekjærlighet, omsyn, omtanke, oppmerksomhet, pleie, sut, tilsyn, varetekt og vennlighet. Dette viser at omsorg handler om så mye mer enn å bry seg om noen. I relasjonen sykepleier-pasient vil det være sykepleier som yter omsorg i form av sykepleie. Og jeg ser det slik at mange av synonymene til ordet omsorg er en stor del av sykepleie. Skal vi gi en omsorgsfull sykepleie må vi møte pasienten der hun er. Da må vi bruke det faglige skjønnet for å kunne vurdere hvilke behov hun i øyeblikket har og hvordan disse kan møtes. Vi må bygge relasjon og gjennom denne skape veien videre. Som sykepleier har vi fagkunnskapen som grunnlag for våre handlinger og i tillegg har vi de yrkesetiske retningslinjer som omfatter de moralske forventningene til utøvelsen av faget.

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» (NSF, YER)

Det poengteres *omsorgsfull* hjelp i dette punktet fra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Ikke bare faglig forsvarlig. Det vil kanskje si at omsorg alene ikke nødvendigvis er hjelpende. Vil det også si at hjelp uten omsorg ikke er dekkende for de etiske retningslinjer? Å holde Annas hånd, og det å være nærværende og oppmerksom var omsorgen hun hadde behov for. Anna hadde behov for å bli sett og hørt. Men dersom denne omsorgen ikke hadde hatt en påfølgende handling som kunne hjelpe og lindre ville hjelpen i omsorgen vert kortvarig og kanskje mer i form av den sentimentale omsorgen som er begrenset til følelser. Martinsen beskriver omsorg i tre dimensjoner. (Martinsen, 2003, s. 14-17) Den relasjonelle, den praktiske og den moralske.

Den *relasjonelle* omsorg tar utgangspunkt i relasjonen mellom mennesker og de grunnleggende forhold som at vi mennesker er avhengig av hverandre og at vi alle kan komme i den situasjonen at vi har behov for hjelp. Dette springer ut fra nestekjærligheten. Den naturlige omsorgen i mellommenneskelige forhold. Der vi kan se en annens behov for

omsorg og kjenne på medfølelse for denne personen, fordi vi har noe felles. Som for eksempel en erfaring fra lignende egne opplevelser. Når omsorgen er basert på denne forståelsen skaper det en generalisert gjensidighet der den som gir omsorg ikke venter noe tilbake. Omsorgen blir gitt på grunnlag av et observert behov. Det er det som er grunnlaget for omsorg som yrke. Den *praktiske* omsorgen er et resultat av det å se og føle et hjelpebehov for å så gjøre noe med det. Det er en omsorg som utøves basert på hvilken tilstand pasienten er i og hva han har behov for. «Jeg ser at du er redd, derfor tar jeg din hånd trygt i min. Du er ikke alene, jeg skal hjelpe deg.» Vi går ikke inn i frykten sammen med den omsorgstrengende, men har som intensjon å lindre gjennom praktisk handling. Omsorg, som betyr *å sørge for -en annen sørger* her for å lindre lidelse gjennom handling uten å forvente noe tilbake. Gjennom praktisk handling ved bruk av kjente begreper og dagligdags språk gis omsorg basert på faglige skjønn og helhetsforståelse for pasientens situasjon. Den *moralske* omsorgen kan vi forstå som det asymmetriske forholdet vi finner mellom pasient og pleier. Dette avhengighetsforholdet der makten må brukes på en forsvarlig måte med hensikt å hjelpe den svake. Det krever at vi har innsikt i pasientens situasjon og behov. Det krever også at vi er bevisst denne makten vi har og evner å bruke den til pasientens beste. Verdigheten skal ivaretas og likeverdighetsprinsippet må stå sentralt i denne pleier- rollen.

Sykepleien i det øyeblikket jeg møtte Anna var ikke å behandle noe, men å handle. Fra et medmenneskelig perspektiv basert på omsorg, med det faglige skjønn som handlingsgrunnlag. Min erfaring gjorde at jeg intuitivt forstod hva hun hadde behov for og jeg handlet utfra den erfaringen. Jeg har sett det før. Akutt forvirring på grunn av brudd eller infeksjon hos eldre. Redselen og følelsen av å være alene. Mange opplever også at de blir holdt mot sin vilje. Handlingene mine sprang også ut fra et ståsted der jeg som pleier kunne forestille meg hvor ubehagelig hun hadde det. Hun var redd. Jeg tok hånden hennes varsomt, fast og trygt i min. Et fast tak møter hånden min. Som om alle hennes krefter blir brukt til å klamre seg til meg. Det gjør vondt. Ikke i hånden, men i hjertet. Av medfølelsen som fyller meg, røsker tak i meg. Hun sier, «jeg klarer ikke mer, hjelp meg» Med rolig, stødig stemme nesten hvisker jeg: «Anna, jeg skal hjelpe deg.»

Å være der du er beskriver følelsen i møtet med Anna. Boka «Å være der du er» (Falk 2016) handler om kommunikasjon, eller samtalekunst i møte mennesker i kriser eller lidelse. Denne beskriver godt opplevelsen som var uten forventning, uten noe mål og plan annet enn at to mennesker møtes. En i lidelse og en som møter henne i det, som kan trøste og trygge. Det handler om å møte et menneske, der du som hjelper ikke kan ta bort årsaken til lidelsen der og da, men må sanse i øyeblikket hva som er viktig for henne. I dette øyeblikket var det få ord og en trygg hånd som ikke bare trøstet og trygget, men også la det viktige grunnlaget for den videre sykepleien og samarbeidet. Når pasienten føler seg trygg på at du vil henne vel er det lettere for henne å åpne seg og uttrykke sine opplevelser, ønsker og behov. Slik blir veien til mens vi går den sammen. I en balansegang der krenkelser, tillit, makt, faglig skjønn, håp og ønsker blir viktige tema i etisk vurdering, handling og refleksjon. Der «retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket.» er ord som følger oss videre.

Klokketid mot hjertetid

Annas uttalelse «Få meg vekk herfra, jeg blir sykere av denne behandlingen.» og hennes opplevelse om behandlingen hun fikk var en invitasjon. En invitasjon til meg om å tre inn i hennes opplevelser, tanker og følelser som sårbar pasient. En invitasjon inn i øyeblikket, ut av klokketiden og inn i hjerteslagenes tid. Det var en invitasjon til å hjelpe. Når vi trer ut av klokketiden og inn i hjerteslagenes tid kan vi berolige og trygge. For mange pasienter uttrykker sin utrygghet også uten å sette ord på det. Vi må tolke og tyde hva som ligger bak ordene, ja til og med bak ordene som ikke engang blir sagt. Det oppleves som en stor del av sykepleien og det ligger mye i den profesjonelle kommunikasjonen. Slik som denne invitasjonen, som jeg takket et stumt ja til og som gav meg så mye tilbake. Den berørte meg dypt. For Anna hadde en åpenhet og en unik evne til å sette ord på sine opplevelser som gav innsikter og nye perspektiver og «vekket» meg fra klokketiden og dens travle, mekaniske, gjøremåls og resultatorienterte arbeid. Martinsen (Martinsen,2021, s.45) sammenligner utviklingen i helsevesenet med mønstre fra industribedrifter med en bedriftsøkonomisk tankegang. Der sykehusene blir omtalt som foretak og pasienter er blitt til kunder og brukere. Standardiserte behandlinger gjør at behandlingen styres av offentlige myndigheter

og mindre av fagfolk og skjønn. Vi skal være produktive og det krever fokus på effektivitet og tidsbruk. Hva må prioriteres og hva kan vi prioritere ned eller helt bort. Første prioritet er mat, drikke, medisin. Toalettbesøk hvis det passer med klokketiden, gjør det ikke det, finnes det medisin for det også. Slik kan dine kroppsfunksjoner samstemme med vår klokkeid for når det passer å gjøre sitt fornødne. Satt helt på spissen kanskje? Kanskje. «*Den instrumentelle tid bidrar til at sykepleierens gjøremål og pasientkroppens rytmer kan miste forbindelsen til hverandre*» (Martinsen, 2021, s. 44)

Det snakkes bekymringsfullt om teknologien kommer til å overta sykepleien, de varme hendene og den medmenneskelige relasjonen. Med teknologi tenker jeg også på de hjelpemidler vi har. Som effektiviserer oss. Som effektiviserer pasienten. Som sparer klokkeid. Kan det være slik, at dersom vi ikke er oppmerksomme nok er det ikke teknologien som erstatter sykepleien, men sykepleien som lar seg styre av teknologi? Er det slik at vi MÅ gjøre litt opprør? Ikke som med faner og flagg og høye rop, men i form av en bevisstgjøring av hvordan vi bruker teknologien og styrer den? Kan vi i sørge for i vårt arbeid med sykepleie, at mennesket blir sett og hørt og at det er kroppens tid som styrer vår disponering og prioritering av klokkeiden? Jeg har sett eldre pasienter kaste rullatoren etter trening med fysioterapeut som målbevisst jobber sammen med pasientens hjertetid, kroppens tid og rytme.

I det øyeblikket Anna tok fast tak i hånden min var det som om tiden stoppet. Da tenker jeg på klokkeiden, den instrumentelle tiden, mitt redskap til å strukturere dagen og mine oppgaver. Denne instrumentelle tiden som kan være et nyttig verktøy, men dersom vi er ubevisst dens makt kan komme til å styre oss inn i et kappløp mot tiden, der hjerteslagenes tid og kroppsrytmens tid kommer i annen rekke og blir forstyrrende og kvelende. Der gjøremål regnes i tid og vi står i fare for å miste, ikke bare kontakten med pasienten, men også gleden og vår yrkes stolthet i vårt daglige arbeid. Der kan vi ikke alltid møte et menneskes behov. Det faglige skjønn møter motstand i klokkeiden. Der er det ikke alltid plass til pasientens behov. Klokkeiden stoppet ikke i det øyeblikk hun tok hånden min, men en annen tid tok over. Det var som om jeg gjorde opprør mot mine egne klokkestyrte planer

og gikk inn i øyeblikket. I øyeblikket som er her og nå, der det er hjerteslagene og kroppens rytme som bestemmer. Der det er rom for faglig skjønn, oppmerksomt nærvær og overblikk over situasjonen. Det er også her vi finner gleden i arbeidet vårt. Samhandling og gode relasjoner. Invitasjonen handlet om å tre ut av gjøren og inn i væren. I væren der sansene er forsterket fordi det er øyeblikket som gir informasjonen. Og i væren kan denne informasjonen knyttes sammen med erfaring og kunnskap basert på dette øyeblikket, med denne pasienten. Med dette unike mennesket og dets historie og levde liv. For hvert enkelt menneske og pasient har sine erfaringer og opplevelser som har farget livet. Gjennom nærværende samtaler dominert av hjertetiden fikk Anna komme frem. Det var mye helbredelse i øyeblikkene der klokketiden stoppet, der hun kunne våge å være som hun var. Svak og sårbar, men ikke uten håp.

Krenkelsen

I videre samtaler kom det frem at Anna følte seg krenket og nedverdiget. Hun var en sterk og selvstendig kvinne som nå opplevde behandlingen som et overgrep. Hun opplevde at hennes selvbestemmelse og verdighet var tatt fra henne der hun lå hjelpeløs. Hun var skrekkslagen og fryktet at det var slik som dette livet skulle ende. Hun hadde ikke oversikt over hendelsesforløpet som hadde ført til denne situasjonen. Hun husket ikke hva som var skjedd. Hennes opplevelse av krenkelse var ekte. Den måtte tas på alvor. Hennes måte å formidle sine opplevelser gjorde at jeg fikk se med andre øyne, *pasientens* perspektiv, hvordan bruk av blærekateter, sengehest og bleie kan oppleves krenkende og sterkt inngripende i et menneskes opplevelse av integritet og verdighetsfølelse. Det minnet meg på hvor stor makt vi har når vi har med sårbare pasienter å gjøre og hvilke krav det stiller til oss om bevisste, etiske vurderinger av våre tiltak. Gjør vi noen ganger unødvendige tiltak for å spare tid?

Å bli innlagt på sykehus eller institusjon fører for de fleste til en grad av oppgivelse av egen selvstendighet, selvstyre og uavhengighet. Som pasient er du overgitt og mest sannsynlig prisgitt den sykepleieren du møter som skal ivareta deg. Som pasient er du innlagt fordi du trenger hjelp i en eller annen form. Hva gjør vi da når pasienten opplever det motsatte? Når hennes opplevelse er at de som skal være der for å hjelpe henne å bli frisk gjør det absolutt

motsatte? For å kunne gi god sykepleie er vi avhengig av en god relasjon med pasienten som må bygge på tillit. «*Ingenting er mer egnet til å bryte ned tillit enn krenkelser.*» (Skau 2018.s.35). Basert på hennes uttalelse stolte hun ikke på at hun fikk riktig behandling. Hun opplevde at vi gjorde henne syk. Som profesjonsutøvere i hjelpende yrker gjør vi oss delaktige i andre menneskers liv og en viktig del av relasjonen hjelper-pasient og utfallet av behandlingen er at pasienten opplever at vi som hjelper er «for» han. Jeg tenkte ikke over det da, men uten denne relasjonen som ble bygget mellom Anna og pleier ser jeg det som en mulighet at utfallet hadde blitt annerledes for henne. Selv om de aller fleste profesjonsutøvere handler i beste hensikt og ikke har som intensjon å krenke en pasient betyr det ikke at krenkelser ikke skjer. Opplevelsen av å bli krenket er den krenkedes opplevelse. Og den opplevelsen blir ikke mindre belastende for pasienten selv om vi ikke visste om at vi krenket, eller mente å krenke. Hvordan kan dette skje, og kan vi forhindre eller redusere faren for disse ubetenksomme krenkelsene? Hvis jeg som profesjonsutøver ikke forstår at mine handlinger kan være krenkende ovenfor en pasient er faren for at de skjer større.

Kunne kanskje en del av disse krenkelsene vert unngått i Annas tilfelle? Hvis vi har en relasjonsetisk bevissthet om hvordan vår fremtreden påvirker den andre? Som profesjonell hjelper er det en del av profesjonaliteten å være bevisst vår oppførsel, vårt kroppsspråk, hvordan vi kan bli oppfattet og hva vi sier og gjør. Da gjør det det vanskelig å skulle forsvare krenkelse med manglende bevissthet om dette. Hvis vi skal se på risikofaktorene for hvordan krenkelser kan påføres en pasient må vi våge å se på det som vi kanskje også frykter å se på. Det vi ikke ønsker skal være sant, men som forekommer. Overgrep og maktmisbruk forekommer. Noen synlige som slag, spark, kniping eller hardhendt behandling. Andre mer skjulte og indirekte, men som likevel volder pasienten skade, frykt eller skam. Skau beskriver en type profesjonsutøvere som har en sterk tro på egen teknisk-vitenskapelig kompetanse. Som snakker *til* pasienten og ikke *med*. Som ikke er lydhør for tilbakemelding hverken fra sine pasienter, kolleger eller andre profesjonsgrupper. Hun beskriver krenkelsene som et uttrykk for hierarkisk tenking der profesjonsutøveren setter seg selv og sine egne behov først. (Skau,2017, s.35-36) Anna hadde denne opplevelsen og beskrev hvordan dette føltes. Å føle seg til bry var dominerende. Samtidig følte hun skyld og skam for å ha satt seg i en

hjelpetrengende situasjon. Mine tanker, når hun delte disse opplevelsene av behandlingen hun fikk, var at dette kunne være hvem som helst av oss i et øyeblikk av travelhet og gjøremålsstyrt bevissthet. Å være bevisst på hvordan vi fremstår og oppfattes er viktig for ivaretagelsen av pasientens verdighetsfølelse. Anna var flink å sette ord på disse opplevelsene. Hun beskrev, uten å dømme, hvordan de forskjellige pleiere behandlet henne. Noen snakket over hodet på henne, noen var veldig hardhendt i stell og berøring og andre igjen ville fortelle henne hva hun kunne og ikke kunne med en ovenfra og ned holdning. Heldigvis er min opplevelse av profesjonsutøvelsen en overvekt av genuine ønsker om å hjelpe og behandle pasienter med verdighet og respekt, men vi har alltid noe å lære, av tilbakemeldinger fra pasienter og kolleger hvis vi er åpne for det og ikke minst tar oss tid til evaluering og refleksjon over egne handlinger.

I Annas opplevelse av å være krenket var det et problem at hun ikke hadde oversikt. Hun hadde mistet kontrollen og noen andre tok over. Hun visste ikke hva som hadde skjedd før hun begynte å komme ut av sin forvirringstilstand og oppdaget hvilken forfatning hun var i. Det var et sjokk for henne å kjenne kroppen så svak og opplevelsen av å være så hjelpeløs. Som profesjonelle hjelpere følger vi prosedyrer og handler i beste mening slik vi oppfatter det som riktig og faglig forsvarlig i hver situasjon. Men er det slik, at dersom vi kan begrunne handlingene våre faglig, så er de rett? Når pasienten befinner seg i en tilstand der hun ikke er i stand til å ivareta seg selv, er vi tvunget til å gjøre vurderinger og tiltak uten at hun er i stand til å kunne uttrykke hva hun mener om det. I slike tilfeller krever det kanskje da at vi må endre tiltakene etter hvert som pasienten blir mer bevisst sin situasjon, behovene endres og hun kan uttrykke sine ønsker og behov. Det var der vi var når jeg møtte Anna. Hennes situasjon hadde endret seg og hun hadde nå andre behov. Tankene hennes var klarere og hun hadde behov for informasjon, trygghet og støtte. Informasjon og samtale om hva som hadde skjedd og hvordan hennes sykdomstilstand hadde ført til der hun var nå og en forståelsesfull omsorg for hennes reaksjoner var det som hjalp henne til å gjenvinne kontroll, oversikt og tillit. Tilliten hun hadde til sykepleien hun mottok var liten i mitt første møte med henne, men ble gradvis bygget opp til trygghet og opplevelse av å være ivaretatt.

Å gjenopprette tillit

Tillit er grunnleggende for relasjonen mellom pasient og pleier. Tilliten er ikke en selvfølge og vi kan heller ikke kreve den. Tillit handler om det å tro på og ha en forvisning om at noen er til å stole på. Det handler også om tro på at personen har de egenskapene som kreves for å mestre en bestemt situasjon, eller utføre en bestemt oppgave. Hvis tilliten er borte eller svekket, kan den ikke gjenopprettes med bruk av ord. Ord og handling må sammen bygge den opp igjen. Vi må vise at vi er til å stole på. Og det er ikke slik at den er permanent etablert dersom den først er opprettet eller gjenopprettet. Vi må ofte gjøre oss fortjent til den igjen og igjen. Gjennom bevisst nærvær, informasjon, sykepleie og omsorg bygget vi denne sammen med Anna. Det var gjennom den grunnleggende sykepleien at tillit og samarbeid ble til. Informasjon og kommunikasjon var viktig for å skape trygghet. Å forholde seg åpent og lyttende der hun fikk uttrykke seg og sette ord på opplevelsen var viktig. Og bekreftelsen; «Jeg hører deg, jeg skal hjelpe deg.» var betryggende og hun følte seg ikke så alene. Og hun skulle heller ikke gjøre dette alene, vi skulle skape veien sammen. Vi skulle gjøre det felles. Å gjøre noe felles.. Kommunikasjonen. Den profesjonelle kommunikasjonen, som har et helsefaglig formål og som skal være faglig begrunnet og være til hjelp for den andre, er en setning som satt seg hos meg tidlig i utdannelsen. Et viktig spørsmål i den sammenhengen kan da være «Hva er viktig for deg?» Fordi den profesjonelle kommunikasjonen har et formål. Gjennom kommunikasjonen ønsker vi å oppnå noe som er relevant for pasientens behandling. Vi kan gjerne snakke om løst og fast med en pasient, men likevel ligger det en profesjonalitet i det.

Den personorienterte kommunikasjonen (Eide&Eide, 2017, s. 17) handler om å se den andre som en unik person med egne behov. Da må vi anerkjenne pasientens perspektiv og forstå hennes psykososiale kontekst. Vi må tilstrebe å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med hennes verdier. Vi må dele makten, der målet må være å stimulere til selvbestemmelse og kontroll over egen situasjon der det er mulig. Det var behov for Anna å ta tilbake sin opplevelse av selvbestemmelse og å gjenvinne kontroll over egen situasjon. Gjennom samtaler og personsentrert sykepleie kunne tilliten bli sterkere igjen, hennes håp

og ønsker ble tydelig og veien mot målet ble staket ut. Denne reisen ble en solskinnshistorie. Og det å sette seg ned å analysere og reflektere over prosessen ble nyttig læring.

Liker du jobben din du?

En setning som traff ekstra sterkt var i et øyeblikk der jeg var konsentrert, fokusert og nærværende med å hjelpe Anna med personlig hygiene i sengen. Det var utfordrende for henne på grunn av smerter og utmattelse. Ingen unødvendige ord ble brukt til småprat, så det var en egen ro og stillhet i rommet. Men stillheten brytes av Anna; «liker du jobben din du?» Jeg svarer spørrende «Ja?» Hun svarer: «Det merker jeg.»

Jeg hadde vert sammen med henne noen dager da dette ble sagt. Hva var det med sykepleien som gjorde at hun opplevde at jeg likte jobben min? Da blir tanker rundt artikkelen «Når sykepleie redder liv.» (Nortvedt, F.,2017) interessante i refleksjonen. Det han opplevde som god sykepleie da han var kritisk syk og avhengig av hjelp var at han følte seg ivaretatt og trygg. Han var prisgitt andres kompetanse. Han opplevde at hans grunnleggende behov var ivaretatt på en konkret, praktisk måte. Stell, mobilisering og leiring hadde betydning for både kropp og sjel. Han sier sjel. Det kan tyde på at den praktiske sykepleien gjør mer enn å ivareta den syke for sin tilstand og fysiske behov. Det innebærer noe mer og dekker et omsorgsbehov og følelsen av det å bli ivaretatt som menneske. Trygg, fast berøring av varsomme hender mot en kropp som husket traumet av en brutal operasjon fikk stor betydning. Annas sykdomshistorie var ikke den samme, men kroppen hadde vert gjennom et traume, smerter og akutt forvirring. Hun var syk og hadde behov for sykepleie. Og jeg opplevde at det var akkurat disse konkrete praktiske handlingene i sykepleien som dekker de grunnleggende behov for stell, pleie omsorg, mat og toalettbesøk som for Anna skapte trygge rammer og opplevelsen av å være ivaretatt med både kropp og sjel. Hva ligger i ordet sykepleie? Kari Martinsen sier det med tre ord: «pleie av syke» Selv om svaret er enkelt innbefatter det mye. Sykepleien uttrykkes gjennom å være omtenkssom og medfølende, sansende og oppmerksom i utøvelse av det faglige skjønnet. Vi må være oppmerksomme på hvordan hele mennesket med sine behov utgjør sykepleien. Som for eksempel måltidene. De kan være grunnlag for viktige observasjoner og samtaler, da må vi være oppmerksomme på at det kanskje ikke er lurt å delegere til andre. Måltidene ble en viktig del av sykepleien til Anna, for i starten klarte hun ikke å holde et glass selv, men

ettersom dagene gikk var hun i stand til å mestre hele måltidet selv. Viktige observasjoner blir gjort og roen rundt måltidene gav grunnlag for gode samtaler som var viktig for den helhetlige sykepleien. Det handler ikke bare om mat. Måltidet inviterer til å få vite mer om pasientens lidelse og bekymring og om hun får i seg nok mat og drikke. Å oppleve ro, tilpasset informasjon, kroppslig pleie og samtaler gav henne tryggheten tilbake. Hun gikk fra det å ville flykte fra oss som pleiere, sin helsetilstand og situasjon til å kunne tillate seg å være «syk» og ta en ting av gangen. Det var en lang vei for henne å gå og hun hadde behov for støtte for å kunne akseptere at ting tar den tid de tar og det er greit å være syk og hjelpetrengende. Informasjon var viktig for henne og den måtte gjentas mange ganger før hun var trygg på at vi som pleiere hadde kompetansen til å ivareta henne. Det var behov for å forklare gjentatte ganger hvorfor hun var svak. Du har ikke spist og drukket skikkelig på uker, du har ikke stått på bena, derfor er du svak og ustø, du har hatt ett brudd og det tar tid med opptrening. Hun var utålmodig og kjente ikke kroppen sin igjen. Hun hadde behov for bekreftelsen om at det er menneskelig å bli syk og ha behov for hjelp. Det er noe alle kan og mest sannsynlig vil oppleve i løpet av et liv. Pleien tar den tiden den tar, slik kroppen tar den tiden den tar for helbredelse og å gjenvinne sin funksjon dersom det er mulig. Anna fikk tilbake tilliten til at vi ville henne vel gjennom den grunnleggende sykepleien. Slik kunne vi ta ett steg av gangen. Hun ble tryggere på å uttrykke seg om sine ønsker og behov. Hvordan kan vi legge en god plan for pasienten dersom sykepleien, miljøet og tiden ikke er tilrettelagt på en måte som gjør at hun kan få uttrykke hva hun ønsker, frykter og har behov for?

Informasjon skaper trygghet

Tryggheten var viktig når vi skulle planlegge veien videre sammen. Jeg visste at hun var trygg. Jeg hadde oversikt over situasjonen. Jeg visste hva som hadde skjedd og hvorfor hun var der. Jeg visste hvorfor hun hadde hatt sengehesten oppe og hvorfor kateteret var der. Jeg visste også hvorfor hun hadde bleie på. Min jobb som profesjonell hjelper handler om å se et menneske i lidelse og gjøre noe med det. Dersom hun er redd, beroliger jeg. Dersom hun har smerter, forsøker jeg å lindre. Jeg har jo sett dette mange ganger før. Det var en selvfølge for meg at selv om hun var redusert og svak nå, så vil bedringen komme etter hvert som vi gjør de rette handlinger og tiltak. Jeg føler meg trygg på veien vi skal gå. Hun kommer seg på beina igjen og så får vi se hva behovet vil være om en stund. Om hun kan reise hjem

eller har behov for et kortere eller lengre opphold i institusjon. Kanskje vi må søke institusjonsplass. Det er vurderinger vi tar etter hvert. Ja, alle disse tankene som går automatisk, basert på erfaring fra lignende situasjoner og som er en del av sykepleieprosessen. (NSFID, 2007, s.7) Men hva vet hun om denne erfaringen jeg har? Hun har ikke sett og deltatt i behandlingen av titalls pasienter i lignende situasjoner. Hun var redd. Hun var usikker. Hun hadde behov for å bli fortalt, veiledet og trygget. Hva vi hadde gjort, hvorfor vi gjorde det, hva vi gjør nå og hvor vi skal videre. Basert på min erfaring oppdager jeg at mange pasienter er usikre på hva som skjer og hvorfor. De spør, og blir av og til overrasket når de hører at vi har en plan og at de fleste sykepleierne vet om deres unike situasjon. Jeg har gjerne lest rapport om hva som er dokumentert om en pasient, så jeg vet hva som har skjedd, hva planen videre er og hvordan den skal settes i verk. Vi har samtaler med pasienten og dokumenterer behov og planer. Pasienten tror mange ganger at disse samtalene er som en samtale om vær og vind. De får ikke med seg at det er en del av sykepleien. Da kan det være lurt å være bevisst på å informere pasienten om dette. At «det vi har snakket om nå er viktig informasjon som vi tar med i den videre planleggingen av hvordan vi skal hjelpe deg.» Om det er korte eller lange samtaler er ikke det viktige. Informasjonen skaper trygghet. Disse samtalene hadde jeg og andre sykepleiere med Anna og slik ble trygghet og tillit bygget sammen. Men denne relasjonen viser også det asymmetriske forholdet mellom pasient og pleier. Fordi vi vet og du vet ikke. Hun stolte på oss og våre vurderinger fordi vi så henne og lyttet til henne. Når du stoler på meg og mine vurderinger og gir meg din tillit, gir du meg da også makt?

Tillit og Makt

Makten kommer ikke bare i form av den opparbeidede tilliten. Vi bør også være bevisst på vår makt, der vi kommer i våre uniformer, uniformer som i seg selv skaper en forventning om at bæreren har en relevant kompetanse og faglig kunnskap. Men den sier ingenting om kvaliteten. Bare forventningen om den.

«I min uniform har jeg makt over deg som hjelpetrengende pasient. Jeg har makt til å bestemme når du skal få gå på wc, når du skal få mat, hvilken mat du skal få, når du skal få stelle deg, om du i det hele tatt skal få stelle deg. Kanskje jeg ikke får tid? Kanskje du må

vente til i ettermiddag? Kanskje noe annet ble viktigere å gjøre. Jeg har makt til å ta på deg en bleie istedenfor undertøy, selv om du ikke har behov for det. Jeg har makt til å påvirke din behandling utfra mine observasjoner. Jeg kan i verste fall ha makt til å ta fra deg muligheten til å bo i hjemmet ditt og plassere deg i en institusjon, fordi jeg har makt til å overbevise deg om at det er den beste løsningen. Jeg har makt til å få deg til å føle deg mer hjelpeløs og trengende dersom jeg ikke ser dine ressurser og behov.»

Sterke ord, skremmende ord. Er de sanne?

Det asymmetriske forhold i relasjonen pasient- profesjonell hjelper er en sannhet og gir en makt vi må våge å erkjenne. For å ikke erkjenne det, fjerner ikke sannheten om at makten er der, det fjerner bare muligheten for å bli den bevisst og håndtere den. Dette maktforholdet blir til i det personen blir pasient eller klient. Hun går *fra subjekt til objekt*. Her blir hun en gjenstand for andres vurderinger, anbefalinger og avgjørelser. Det handler også om å gå *fra privat til offentlig*. Hennes tidligere private anliggender blir gjenstand for offentlig innsyn av fremmede mennesker som skal undersøke hennes situasjon, oppførsel og evne til å ivareta seg selv. Hun går *fra person til kasus*. I dette tilfellet ble Anna beskrevet som en delirisk pasient med hoftebrudd. Dersom dette førte til en permanent kognitiv svekkelse kunne det i verste fall føre til at hun ble vurdert som *ikke samtykkekompetent* i forhold til det å kunne vurdere og ha innsikt i egen helsetilstand og ivaretagelse av seg selv. Hun kunne ha opplevd tap av både identitet og verdighet. En fjerde viktig faktor kan være det å gå *fra normalitet til avvik*. Fordi du og dine pårørende kan bli gjenstand for offentlig overvåkning, selv etter at du er skrevet ut av behandlingsoppholdet. Fordi du kanskje trenger videre hjelp og det må kartlegges og vurderes på sikt hva som avviker fra det normale og hvor mye det avviker. Slik kan makten ut arte seg i denne asymmetriske pasient-hjelper relasjonen. (Skau, 2016, s. 47-49)

Tillit og makt går hånd i hånd. Å bli servert en ubetinget tillit skremte meg og bør kanskje også gjøre det. Fordi denne tilliten medfører et ansvar. Et ansvar for et annet menneskes liv. Dersom tillit blir ansett som ubetinget positivt gir det makten friere spillerom. Asymmetrien vi finner i forholdet mellom pasient og pleier viser seg når vi ser på hvordan den ene parten sitter med kunnskap, den andre ikke. Den ene parten har et behov som den andre parten kan ha mulighet for å dekke. Slik blir ikke tilliten et gode mellom likeverdige parter, for den

ene parten blir sittende med mer makt. (Nortvedt, p., Grimen, H. 2004) Det ansvaret fikk jeg kjenne på i møtet med Anna når planen videre for henne skulle gjennomføres. Fordi jeg kom i en situasjon der mine observasjoner og vurderinger kunne avgjøre hennes skjebne for hvordan hun skulle leve sine siste år. Fordi jeg hadde oppnådd en god relasjon, fordi jeg hadde hatt tid til å bli kjent med henne, hennes håp, ønsker og mål kunne jeg snakke *for* henne. Da kan vi snakke om at vi har også makt til å gi den sykepleie og omsorg hun har behov for. Det er der denne makten må få sitt utspring fra. Hvordan vi velger å håndtere denne makten er det som blir en viktig bevisstgjøring for oss som profesjonelle hjelpere. Fordi våre observasjoner, vurderinger og tiltak kan få inngripende konsekvenser i en pasients liv.

Å holde en annens liv i sin hånd.

Annas høyeste ønske var å få komme hjem. Institusjon var hennes største frykt. I perioder var det tvil om det ville la seg gjennomføre. Hun hadde et stort hjelpebehov og var veldig svak i lang tid. I tillegg opplevde hun en periode en sterk frykt og tvil på egne evner, hun sa selv at hun fryktet at institusjonsplass var eneste alternativ. Det gjorde henne trist og nedstemt. Hun resignerte og gav opp, og i samtale sa hun seg enig i at det var lurt å søke sykehjemsplass. Fallet hadde satt en støkk i henne og hun var redd for at det skulle skje igjen. Hun tvilte på seg selv og sin helse. Hun ble veldig avhengig av bekreftelser på at hun gjorde fremgang. Hun la i perioder sin skjebne over i våre hender og ønsket at vi skulle bestemme hva hun hadde behov for. Dette var et stort ansvar å få. Hun la på ett vis sitt liv i våre hender. Den profesjonelle har alltid noe av den andres liv i sin hånd. Det kan være alt fra humør og sinnsstemning, samværsrett og bosted til liv og helse. Å holde noe av den andres liv i sin hånd beskriver vårt ansvar og makt og hvordan vi håndterer denne. Hvordan det etisk sett er vår oppgave å bruke denne makten til den andres beste. Men hva er den andres beste? Når den andre er usikker selv? Det er et stort ansvar, for vi ser ikke inn i fremtiden konsekvensen av våre valg. Som her med Anna. Hennes største frykt var institusjon, samtidig var frykten for å være hjelpeløs alene hjemme blitt like stor.

Christoffersen beskriver tre kjennetegn ved profesjonsetikken som beskriver grunnlaget for vårt etiske ansvar. Det *første* er at profesjonsetikk handler om møtet med mennesker. Som

sykepleiere starter dette med møtet med pasienten og dette danner grunnlaget for planlegging av den videre behandlingen og avgjørelser som tas. Dette leder til det *andre* kjennetegnet som beskriver hvordan dette møtet med mennesker er handlingsorientert. Hvordan tanker og refleksjoner fører til konklusjoner og så til handling. Denne handlingen springer ut fra etiske vurderinger, der argumenter *for* en spesiell type handling eller avgjørelse er veiet opp mot motforestillingene om den. Så er det ikke slik i arbeid med mennesker og etiske vurderinger at det alltid finnes en måte som er uten motforestillinger. Det handler i mange tilfeller å kunne vurdere hvilke hensyn som veier tyngst og hvilke løsninger som ivaretar flest hensyn, selv om de kanskje ikke er den optimale løsningen. Det *tredje* kjennetegnet i profesjonsetikken er at dette møtet med mennesket er faglig formidlet gjennom yrkesutøverens faglige kompetanse. Ikke bare representerer yrkesutøveren sin kompetanse, men vi representerer et system, en institusjon. (Christoffersen, 2017, s. 66-68) Her ligger også denne makten jeg har vært inne på. Den som kan gi ansvaret for et annet menneskes skjebne. Avgjørelser må tas basert på faglige vurderinger og skjønn, i samarbeid med helsetjenesten, pasienten og eventuelt pårørende. Det ville vært naturlig i en profesjonell og faglig vurdering i den perioden Anna hadde gitt opp, å si at en plass på institusjon ville være det beste alternativet for henne. Dette med tanke på hennes hjelpebehov, opplevelse av trygghet og ivaretagelse. Også med tanke på å opprettholde motivasjon, aktivitet og fysisk trening som det ville være begrensede muligheter for hjemme. Det hadde vært lett å argumentere for å overbevise henne om at døgnbemannet institusjon ville være det beste valget.

Veien mot målet

Gjennom tverrfaglig samarbeid og samtale med pårørende og kommunehelsetjenesten ble det avklart hva som måtte til for at hun skulle kunne reise hjem og få den hjelpen hun hadde behov for der. Det var et tøft møte. Den følelsesmessige belastningen for de pårørende, som måtte sette grenser for hva de kunne tilby av hjelp og støtte, og for Anna selv som så at resten var opp til henne. Min opplevelse er at relasjonen som ble skapt gjennom tilstedeværelsen i det mellommenneskelige forholdet, roen i samhandlingene, tryggheten og tilliten som ble opparbeidet dannet et solid grunnlag for hvordan vi jobbet oss mot et felles mål. Fordi vi som pleiere så hennes ønsker, håp, mot og indre styrke kunne vi motivere og

hjelpe henne mot målet. Pågangsmotet, viljen og treningen Anna la ned var beundringsverdig. Fra det at å sette seg opp på sengekanten krevde alt av viljestyrke og krefter, til å reise seg opp og stå, for så å gå to steg og så to til, for til slutt å vandre korridoren opp og ned med rullator, med lette ben og rak, stolt rygg.

«Hvert liv kan og skal leves. Pasienten kan ikke alltid avverge hva han har fått, sin lidelse, sin smerte, og kanskje også sine handikap. Men sykepleieren kan støtte ham på den måte hun mener han best kan ta det på» (Martinsen, 2014, s. 28)

Gjennom «å se med hjertets øye.» (Martinsen, 2014) Og forstå hvordan det deltakende oppmerksomme øye ser det betydningsfulle i alt liv og lar det få være til som seg selv gir rom for mennesket. Det handler om hvordan livet arter seg og at vi alle har det felles at vi kan forstå lidelse, sårbarhet og håp som menneske. Det er en del av livet. At en pasient kan få oppleve å bli sett gjennom oppmerksomt nærvær kan gi en opplevelse av beskyttelse i sin sårbarhet. Å bli møtt som menneske og verdifull i det å få være til som seg selv. Gjennom oppmerksomt nærvær åpner vi sansene for det som kan være lett å overse i vår gjøremålstravelhet. Vi må våge å være til stede, sansende nærværende for å se pasientens behov og gi helhetlig sykepleie og støtte oppunder håp. For Anna var denne tilnærmingen av stor betydning, i perioden hun nesten hadde gitt opp håpet og hadde lyst å gi opp. Men Anna reiste hjem til egen bolig, med sin verdighet bevart. Takknemlig og stolt, men samtidig redd og usikker. Hun hadde et nettverk av støtte i ryggen. I form av familie og offentlig hjelp. Ingen kunne være sikker på at hun skulle mestre hverdagen hjemme alene. Kanskje ville det gå bra, kanskje ikke. Men gleden i hennes ansikt og den kongelige hilsen med hånden da hun reiste gav bekræftelsen på at dette var det eneste rette... For Anna.

«Folk vil glemme det du sier og glemme det du gjør, men de vil aldri glemme den følelsen de satt igjen med etter å ha møtt deg.»

Maya Angelou Referert i (Skau, 2018, s. 32)

Litteraturliste

Christoffersen, S. A. (2011) *Profesjonsetikk* (2. utgave) Universitetsforlaget AS

Cullberg (2011) *Mennesker i krise og utvikling* (3. utgave) Universitetsforlaget

En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. (2007)

(3.utgave) *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Hentet fra:
[Microsoft Word - Ny veileder. 1.mars.siste.doc \(nsf.no\)](#)

Eide & Eide (2017) *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utgave) Gyldendal Norsk Forlag AS

Falk (2016) *Å være der du er* (2.utgave) Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Fonn, M. (2019) *Kari Martinsen: Pleien tar den tiden den tar*. Sykepleien. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

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

Martinsen, K. (2021). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Nortvedt, P., Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Nortvedt, F (2014) *Når sykepleie redder liv*. Sykepleien. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2014/10/nar-sykepleie-redder-liv>

Norsk Sykepleierforbund. (2016, 23 mai) *Yrkesetiske retningslinje for sykepleiere*.

Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Skau, Greta M. (2016). *Mellom makt og hjelp* (4.utgave). Universitetsforlaget

Skau, Greta M. (2018). *Gode fagfolk vokser* (5. utgave). Cappellen Damm AS