



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Jasper Barcena og Lilly Ranvik Evensen

Veileder: Marit Berg

Sykepleier kommunikasjon, et verktøy mot forandring.

Nursing communication, a tool towards change.

Antall ord: 12 743

BASYK 2010

2013

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	4
1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Oppgavens hensikt og relevans for sykepleiere	5
1.4 Case	5
1.5 Presisering og avgrensning av problemstilling	6
1.6 Begrepsavklaring.....	6
1.7 Anonymisering	7
2. METODE	9
2.1 Beskrivelse av metode.....	9
2.2 Kildekritikk	10
2.3 Valg av litteratur.....	11
2.4 Fremgangsmetode for litteratursøk	11
3. TEORIDEL	13
3.1 Eldre pasienter og depresjon	13
3.2 Relasjon.....	13
3.2.1 Sykepleier-pasient-felleskapet	14
3.3 Empowerment	15
3.3.1 Salutogenese og sense of coherence.....	15
3.4.1 Aktiv lytting	17
3.5 Veiledning	19
3.6 Mestring	19
3.6.1 Håp og mening	20
3.7 Egenomsorg.....	20
3.8 Hjemmesykepleie	21
3.9 Sykepleieteoretiker og dens perspektiv	21
3.9.1 Redegjørelse av sentrale elementer	22
4. LOVER OG RETNINGSLINJER	25
4.1 Helsepersonelloven	25
4.2 Pasient og brukerrettighetsloven	25
4.3 Kommunehelsetjenesteloven.....	25

4.4 Yrkesetiske retningslinjer.....	26
4.5 Samhandlingsreformen.....	26
4.6 Helse og omsorgstjenesteloven.	26
5. DRØFTINGSDEL	28
5.1 Kommunens og sykepleierens ansvar	28
5.2 Kommunikasjon	30
5.3 Veiledning	36
6. KONKLUSJON.....	40
LITTERATURLISTE.....	42
SAMMENDRAG AV BACHELOROPPGAVEN 2013.....	46
VEDLEGG PICO-skjema	47

1. INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven dreier seg om sykepleierens bidrag til god egenomsorg hos eldre deprimerte pasienter ved hjelp av kommunikasjon.

Følelsen av depressivitet og nedstemthet rammer de fleste mennesker gjennom livet, og det utløses ofte av en spesiell hendelse som kan være at en nær person dør. Dette kan utgjøre en sårbarhetsfaktor som gjør at motstandskraften for å bli rammet blir redusert. Studier viser at depresjon er vår tids største trussel for folkehelsen, hvorav 12 prosent av den vestlige verden blir rammet. Dette tallet er høyere i utviklingsland. (Eriksson, 2012). En statistikk fra 2008 viser at 14 prosent av enslige over 67 år i Norge har følt nedstemthet eller depresjon de siste 3mnd, mens tallet var på 7 prosent hos de som var et par uten barn (SSB, 2013).

1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

Hjemmesykepleiepraksisen som vi hadde var en spennende og lærerik praksis. Vi har tilegnet oss mye kunnskap og utviklet nye ferdigheter i forhold til sykepleierens funksjon i hjemmebasert omsorg . Ut fra våres praksiserfaring har vi observert at mange brukere som bor aleine utvikler depresjon, og vi har opplevd at mange sykepleiere ikke har tid til å snakke med brukere på grunn av et begrenset tidskjema som de må forholde seg til. Vi har observert at mange eldre brukere ikke tar initiativ, eller velger å ikke fortelle om deres følelser eller tilstand fordi de ikke vil være til bry for sykepleieren. På en annen side tenker vi også at grunnen til mangel på kommunikasjon med brukerne er mangel på kunnskap, der mange sykepleiere nøler eller ikke vet hvordan man kommuniserer med deprimerte mennesker. Forskning viser at sykepleierens kommunikasjon med hjemmeboende pasienter er av største betydning når det gjelder å gi høy kvalitet av omsorg, fordi sykepleieren er ofte den eneste kilden til sosial kontakt for dem. Derfor er pasientrettet kommunikasjonsferdigheter nødvendig i hjemmebasert sykepleie (McGilton, Boscart, Fox, Sidani, Rochon, Sorin-peters, 2009). I forbindelse med dette har brukere som lider av depresjon gradvis tapt kontroll over egenomsorg. Dette har ført til at brukere ikke lenger klarer å dekke grunnleggende behov selv, som resulterer i at de har større behov for hjelp av hjemmesykepleien.

Vår praksiserfaring i hjemmesykepleien har derfor dannet grunnlag for valg av denne problemstillingen. Vi betrakter opprettholdelse av egenomsorg hos deprimerte pasienter som bor i eget hjem ofte som et problem, der dette over tid kan gi fatale helsekonsekvenser.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen vi har valgt er:

Hvordan kan man som sykepleier bidra til god egenomsorg hos eldre deprimerte ved hjelp av kommunikasjon?

1.3 Oppgavens hensikt og relevans for sykepleiere

Hensikten med denne oppgaven er å tilegne en dypere forståelse av hvordan sykepleieren kan bidra til god egenomsorg hos eldre deprimerte pasienter ved hjelp av kommunikasjon.

Dette temaet er viktig for sykepleiere fordi depresjon oppleves av mange ulike pasientgrupper. Sykepleiere møter denne lidelsen mye i hjemmesykepleien, sykehjem, i psykiatri og sykehus. Gjennom å utdype seg i dette temaet har sykepleiere mulighet til å anvende oppgavens kunnskap til å bidra til god sykepleie hos deprimerte pasienter.

1.4 Case

Helga er en 75 år gammel kvinne som ble enke for ett halvt år siden. Hun har to voksne barn og bor aleine i et stort hus. Hun kan beskrives som en ryddig og sunn dame som alltid er blid og sosial. Vanligvis har hun daglig kontakt med naboer hvor de møttes for å snakke over en kopp kaffe. Hun har også god kontakt med sine barn over telefon ettersom barna bor et stykke unna. Etter at mannen døde har sykepleieren observert at hun gradvis har isolert seg fra familie og venner. Hun har tatt kontakt med fastlegen der hun fikk beskjed om at hun har depresjon. Når sykepleier spør om hennes hverdag bruker hun unnskyldninger som for eksempel at hun har vondt i ryggen, eller at hun ikke orket å få besøk fordi hun er sliten på grunn av alle de daglige oppgaver hun må gjøre. Over tid har vi lagt merke til at hun begynner å bli magrere, og at det ser uryddig ut i huset og gardinene er trukket for. Sykepleieren synes

kommunikasjonen har blitt utfordrende fordi hun har blitt mer innesluttet, og er derfor bekymret over Helga og hennes egenomsorg.

1.5 Presisering og avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven har vi valgt å begrense oss på kommunikasjon for å fremme egenomsorg, men velger ikke å skrive om konkrete egenomsorg tiltak. Vi har forholdt oss til case som tar utgangspunkt i Helgas situasjon, der pasienten får hjelp fra hjemmesykepleien. Her har vi kun fokusert på depresjon som lidelse, og ikke skrevet om de forskjellige gradene av depresjon og heller ikke om medikamentell behandling. Deprimerte mennesker er i risikozonen for å begå selvmord (Hummelvoll, 2012), men i denne oppgaven har vi valgt å ikke ha fokus på forebygging av dette. Vi har valgt å ikke skrive om sorg, men at sorg kan utvikle seg til depresjon.

Målgruppen er en eldre pasient, det vil si 67 år eller eldre. For å kunne hjelpe Helga har vi valgt å bruke kommunikasjon, der relasjon og tillit er avgjørende. Samtidig som vi skal benytte kommunikasjon som verktøy i veiledningen, hvor vi skal benytte oss av reminisens slik at hun danner håp, tro og mening i sin tilværelse. Under veiledningen har vi valgt å ikke gå inn på etiske dilemmaer relatert til maktmisbruk, men tar for oss hvordan makt kan benyttes på en slik måte at pasienten føler seg medbestemmende i veiledningen.

Fokuset rettes først og fremst på hvordan vi kan hjelpe Helga med å mestre sin situasjon ved hjelp av kommunikasjon.

1.6 Begrepsavklaring

- **Eldre pasient**

Med eldre mener vi personer over 67 år (Romøren, 2010).

- **Egenomsorg**

Egenomsorg er en målrettet og kontinuerlig aktivitet som har som mål og opprettholde, gjenopprette og/eller bedre ens velvære og helse. (kirkevold, 2010).

- **Depresjon**

Depresjon er en lidelse som viser seg i symptomer som nedsatt stemningsleie, følelsesmessig tom og flat, tenker automatisk negativt og er selvkritisk og pessimistisk, passivitet, ubesluttsomhet, manglende interesse og glede over aktiviteter, tretthet og redusert energi (helsedirektoratet, 2009).

- **Kommunikasjon**

Kommunikasjon er utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Hjelpende kommunikasjon er aktiv lytting, samtale, intervju og rådgivningsferdigheter. Den er anerkjennende, skaper trygghet og tillit og formidler informasjon for og løse problemer og stimulere pasienter og pårørende til og mestre situasjonen på en best mulig måte (Eide & Eide, 2012).

1.7 Anonymisering

Anonymisering er når opplysninger ikke kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken gjennom personnummer, navn eller bakgrunnsvariabler. Datamaterialet er anonymt når enkeltpersoner ikke kan knyttes til opplysningene (Dalland, 2012).

Vår case er påfunnet ut fra våres erfaring fra praksis i hjemmesykepleien. Vi føler at case er anonymisert fordi problemstillingen forekommer også andre steder.

1.8 Oppgavens oppbygning

Her vil vi presentere hvordan oppgaven vår er bygd opp og sier kort om hva de seks ulike kapitlene dreier seg om.

I kapittel en har vi innledning. Her presenterer vi begrunnelsen for valg av problemstilling, vår case og oppgavens hensikt og dens avgrensning.

I kapittel to presenterer vi beskrivelse av metoden vi har benyttet, kildekritikk og hvordan vi har funnet frem til litteratur og forskningsartiklene.

I kapittel tre presenterer vi teoridelen, der vi beskriver sentrale elementer som er nødvendig for å svare på vår problemstilling. Her benytter vi Katie Erikssons teori om det lidende mennesket og hvordan en kan bidra til lindring av lidelse, som vi mener kan hjelpe oss til å se helheten i pasientens lidelse.

I kapittel fire presenterer vi lovverk og retningslinjer som vi mener kan bidra til økt forståelse om utfordringer som problemstillingen vår innebærer.

I kapittel fem presenterer vi problemstillingens drøfting. Her gjør vi rede for hvordan vi bruker de ulike elementene i teoridelen opp mot hverandre i tillegg til vår praksiserfaring, slik at vi kan finne en best mulig konklusjon på vår problemstilling. Caset vil være en naturlig del gjennom hele drøftingen.

I kapittel seks presenterer vi konklusjon der vi sammenfatter det vi har lært gjennom hele oppgaven, og viser til de kunnskapene som vi har tilegnet oss. Samt en beskrivelse om viktigheten av at sykepleieren har kunnskap om problemstillingen i hjemmesykepleien.

2. METODE

Metode er en fremgangsmåte som brukes til å løse problemer for å komme frem til ny kunnskap. Metoden sier noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve ny kunnskap. Når vi skal velge en bestemt metode er det viktig at det gir oss god data, der problemstillingen vår belyses på en faglig og interessant måte (Dalland, 2012).

Metoden vil da være vårt redskap i møte med vår undersøkelse (ibid) av hvordan sykepleiere kan bidra til god egenomsorg hos eldre deprimerte ved hjelp av kommunikasjon.

2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven vil være basert på litteraturstudium. Gjennom litteratur har vi mulighet til å finne både kunnskap om ulike teorier og kunnskap fra undersøkelser. Det innebærer at vi trenger å få den kunnskapen ved hjelp av litteraturgjennomgang, som oppgaven trenger for å drøfte problemstillingen. Dalland (2012) forteller at for å svare på hva som finnes av kunnskap, må vi søke etter forskning på området og i faglitteratur. Kunnskapen vi trenger skal hentes fra aktuell pensum litteratur fra alle tre årene under sykepleierutdanningen. Vi vil også benytte oss av våres praksiserfaring for å belyse teori opp mot realiteten, og for å fremme pasientens perspektiv. Videre benytter vi også forskningsartikler der kvantitative og kvalitative metoder er benyttet, fordi andres undersøkelser kan bidra til å forstå vårt problem, eller kanskje gi vårt arbeid en ny retning. Dette innebærer at oppgaven vår skal løses kunnskapsbasert, der kunnskapskildene er forsknings-, erfarings-, og brukerbasert kunnskap (Kunnskapsbasert, 2012).

Dalland (2012) beskriver at kvalitativ metode har fordelen av å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. For å forstå helheten i vår problemstilling har vi derimot også behov for kvalitativ forskningsartikler. Gjennom denne metoden kan vi tilegne oss mer kunnskap om målgruppens meninger og opplevelser som omhandler problemstillingen slik at vi kan danne bedre forståelse. Kjennetegnene ved en kvalitativ studie er at den går i dybden, har ustrukturerte observasjoner og fremstillingen av metoden tar sikte på å formidle forståelse, der datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet. I motsetning til kvalitativ er

kvantitativ målbart som for eksempel statistikk og intervjuer. Det som kjennetegner en kvantitativ studie er at den går i bredde, har mer strukturert observasjoner og systematisk og datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet (ibid). For å søke etter forskningsartikler som er presis og tydelig har vi benyttet PICO- skjemaet som et hjelpemiddel, der PICO står for P- population, I-intervention, C- comparison og O- outcome (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene man bruker for å fastslå om en kilde er sann. Gjennom kildekritikk kan leseren få ta del i de refleksjonene vi har gjort om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland og Tygstad, 2012). I oppgaven har vi benyttet både primære og sekundære kilder. Vi prøver å begrense bruken av sekundære kilder på grunn av at disse er blitt tolket av noen andre enn den primære kilden.

Når det gjelder forskningsartikler har vi valgt å ikke bruke enkeltstudier fordi de kun beskriver resultatet av en primær studie. Vi vil heller bruke systematiske oversikter som oppsummerer og sammenstiller resultater av alle relevante studier, noe som har strenge kvalitets- og utvalgsriterier i bunn (Dalland, 2012). I tillegg til dette skal vi også benytte sekundærlitteratur (kvalitetsvurderte enkeltstudier) som har en oppsummering av flere viktige studier. For å utvelge de gode forskningsartiklene har vi tenkt til å anvende kunnskapsegget. Grunnen til dette er fordi det er et nyttig og enklere verktøy for å velge ut relevante forskningsartikler som er basert på kvalitet og holdbarhet, og som er rettet mot vår problemstilling. Der vi ikke anvender denne søkemotoren vil det være nødvendig med et kritisk blikk for å filtrere forskningsartiklene for å forhindre at man ender opp med enkeltstudier.

Vi har valgt å bruke engelske forskningsartikler fordi dette har gitt oss større utvalg av antall treff som er rettet mot vår problemstilling. Vi mener at det er flere studier som har blitt utført i andre land i motsetning til Skandinavia, der forskningen om temaet er begrenset. Men vi har hatt kritisk blikk i forhold til hvilket land studien er blitt utført i, og hvilken metode som ble benyttet.

2.3 Valg av litteratur

I utarbeidelsen av oppgaven har vi valgt å forholde oss mest mulig til nyere litteratur, det vil si at vi bruker pensum bøker som vi har fra de tre årene i sykepleierutdanningen som er relevante for våres problemstilling. Ved valg av selvvalgt litteratur har vi vært kritisk i forhold til forfatter og innhold, og mange av disse er blitt foreslått av lærere. Når det gjelder sykepleieteoretikere er disse bøkene av eldre dato. Av selvvalgt litteratur har vi 401 sider.

2.4 Fremgangsmetode for litteratursøk

For å finne frem til de aktuelle forskningsartiklene har vi benyttet oss av ulike databaser, der kunnskapsegget har vært vår hovedsøkemotor. Vi valgte dette som hovedsøkemotor fordi den samler alle kilder på ett sted, og gjør det lettere for oss å identifisere og vurdere de mest pålitelige og relevante forskningsartiklene. Av de forskningsartiklene vi har funnet er det de systematiske oversiktene som har blitt prioritert. I sykepleiepraksis, spesielt i sykehuset innlandet, ble vi anbefalt til å bruke kunnskapsegget.

Søkeordene vi har benyttet oss er communication, communication skills, nursing interaction og health personnel. Bruk av disse søkeordene ga 168 resultater i PubMed. PubMed er en database av USA bibliotek i medisin og som gir fri tilgang til Medline. Forskningsartikkelen ble publisert i 2009 og er en systematisk gjennomgang av tidligere publiserte studier fra ulike databaser. Den tar for seg hvor effektiv helsepersonell kommunikasjonen er hos pasienter som bor hjemme. To forskere har filtrert og vurdert relevante og aktuelle forskningsartikler ved hjelp av en standard data samling skjema, for å styrke vurderingskvalitet. Etter den systematiske gjennomgangen ble det kun seks artikler som ble igjen, tre randomiserte kontrollerte studier og tre artikler med kvasi-eksperimentell utforming. Vi valgte denne forskningsartikkelen fordi den beviser hvordan gode kommunikasjonsferdigheter kan påvirke pasienter i forhold til hvordan de oppfatter kvaliteten i tjenesten som sykepleiere yter. Den belyser også viktigheten av å øve på kommunikasjonsferdigheter som fører til gode resultater mellom sykepleier og pasient interaksjon.

For å søke om reminisens som kommunikasjonsmodell har effekt hos eldre deprimerte har vi benyttet søkeordene som reminiscence, depression og older adults. Kombinasjon av disse

søkeordene ga 1647 treff i databasen Joanna Briggs. Joanna Briggs Institute er kjent for sine systematiske oversikter fordi deres sentrale fokus ikke bare er om effektiviteten av studien, men også om hensikten, meningen og gjennomførbarheten av helse i praksis. Vi fant to forskningsartikler, den ene er basert på en systematiske gjennomgang av tidligere kvantitative og kvalitative studier om reminisens, som er publisert i 2009. Selv om forskningsartikkelen tar for seg reminisens rettet mot en gruppe eldre voksne pasienter, mener vi allikevel at den har positiv effekt på individnivå. Den andre forskningsartikkelen som er publisert i 2009, er basert på en kvantitativ-kvalitativ studie som ligger i kvalitetsvurdert enkeltstudie i kunnskapsegget. Grunnen til at vi brukte to ulike former av forskningsartikler er for at vi skal forstå reminisens bedre, og sammenligne resultatet de har kommet frem til. Begge forskningsartiklene beviser at reminisens har positiv effekt på depresjon, og at symptomene har blitt noe redusert. Hvordan reminisens påvirker eldre deprimerte gjennom sykepleierens kommunikasjon med pasienten blir derfor viktig å ta hensyn til.

Videre har vi også brukt søkeordene som mastery and depression i kunnskapsegget og fant en kvalitativ-kvantitativ forskningsartikkel i Joanna Briggs Institute, som ga 9772 treff. Forskningsartikkelen er en kvalitetsvurdert enkeltstudie, som handler om mestring av depresjon hos eldre. Grunnen til at vi har valgt denne artikkelen er fordi den kan belyse vår problemstilling i forhold til å mestre lidelse som tar utgangspunkt i ressursene hos et menneske.

3. Teoridel

I dette kapittelet tar vi for oss de ulike komponentene som vi mener er nødvendig for vår problemstilling og case, og som er viktig for å hjelpe oss til å belyse hvordan sykepleieren kan bidra til bedre egenomsorg hos eldre deprimerte ved hjelp av kommunikasjon.

3.1 Eldre pasienter og depresjon

Depresjon er en vanlig lidelse som ses hyppig hos eldre mennesker over 75 år og er ofte knyttet med kroniske sykdommer. Depresjon kan også ses i forbindelse med tap av venner, ektefelle, helse og funksjonsevne, og det og bli avhengig av andre mennesker (Kvaal, 2010). Depresjon kan også skyldes genetisk og biologiske forhold som gjør at personen blir mer sårbar. Denne disposisjonen kan medføre at personen danner et negativt bilde av seg selv, sine omgivelser, sin fremtid og sine muligheter til og mestre forskjellige problemer. Når en person opplever noe traumatisk så ligger disse erfaringene latent i et menneske, som senere kan utløses når omstendighetene gjør at personen ikke klarer og holde de tidligere opplevelsene i sjakk (Håkonsen, 2011). Når man blir eldre blir det mer vanlig og oppleve traumatiske opplevelser, men når sorgen dominerer en person over lengre tid så kan dette gå over til depresjon (Eriksson, 2012). Depresjon utspiller seg hos eldre ofte ved at personen blir mer bekymret, får et lavt selvbilde og en følelse av å være verdiløs og til bry for samfunnet. Kjentegnene på depresjon er mindre interesse for hobbyer og for andre mennesker, isolasjon og økt bekymring og grubling. Man kan oppleve at alt er et ork og man er ofte trist og gråter mye, har mindre mimikk, tar mindre initiativ til ting, finner ingen gleder og lyspunkter i livet og kan få et dødsønske. Man kan også få et økt aktivitetsnivå og bli mer aggressiv. Somatiske symptomer kan være søvnløshet og appetittløshet. Når man har depresjon føles det og leve som og kjøre gjennom en endeløs lang og mørk tunnel uten noen lyspunkter (Kvaal, 2010).

3.2 Relasjon

Relasjon er hjelperens forhold til pasienter, pårørende, kolleger og samfunnet (Eide og Eide, 2011). En god relasjon eller bærende relasjon er preget av nærhet, ansvar, kontakt og kontinuitet. Dette dreier seg at man skal både være nærværende og fysisk tilstede. En pasient som lider av psykisk lidelse er det god hjelp å ha en ved sin side (Hummelvoll,

2012). Det som kjennetegner god relasjon er også pålitelighet og forutsigbarhet. Dette innebærer at den eldre personen kunne stole på at sykepleieren kommer i dagene fremover (Eriksson, 2012). Det er tre faktorer som er avgjørende for å få til en pålitelig og forutsigbar relasjon med en pasient, som er å vite hvem helsepersonell som kommer, når de skal komme, og hvor lenge de skal bli. Kontinuitet er derfor viktig (Hummelvoll, 2012).

For å kunne bygge opp en bærende og langsiktig relasjon er empatisk forståelse en viktig forutsetning. Dette vil gi sykepleieren evne til å forstå hvordan pasienten tenker og føler og kan identifisere seg med henne (Eriksson, 2012)

For å kunne bygge opp en langsiktig holdbar relasjon er tillit og trygghet viktig. En tillitsfull relasjon betyr at man overgir seg til den andre som forutsetter at man opplever relasjonen som trygg og stabil (ibid).

3.2.1 Sykepleier-pasient-felleskapet

Dette felleskapet bygger på et gjensidig og forpliktende samarbeid. Samarbeidet mellom sykepleier og pasient innebærer at man søker å klarlegge pasientens problemer og funksjonsvansker, deretter finner man lønnsomme måter å møte disse på. Fordelen med et slikt samspill og samarbeid er at man har mulighet til å utforme en sykepleiepraksis som er basert på pasientens perspektiv og ønskemål. Det kan derimot være behov for samarbeidspleieplaner som kan være et verktøy for bearbeiding av pasientens helseproblemer og funksjonsevne (Hummelvoll, 2012).

Felleskapet kan også betraktes fra et eksistensielt grunnsyn hvor man legger vekt på møtet mellom to mennesker, som er mer enn på rollene. Når sykepleier og pasient er i felleskap innebærer dette at de er to hele mennesker som møter hverandre, der de er ansett som likeverdige personer. Et slikt felleskap fjerner forskjellen som ligger i at den ene søker hjelp og at den andre forsøker å svare på dette ved å gi tilbud om hjelp. Sykepleieren vil derimot være en følgesvenn som gir støtte og utfordring, kunnskap og praktisk oppfølging etter hvert som samarbeidet utvikler seg (Hummelvoll, 2012).

3.3 Empowerment

Empowerment som betyr det å vinne større makt og kontroll over sitt liv, har en sentral betydning i helsesektoren. Det innebærer at helsesektoren gir støtte til personer som befinner seg i en vanskelig situasjon, samtidig som enkeltindividet og felleskapet får større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Den understreker også hva holdning kan innebære når man skal hjelpe et individ i en akutt situasjon og når det gjelder å fremme helse på lang sikt (Askheim og Starrin, 2010 ; Mæland, 2009).

I en terapeutisk posisjon har empowerment blitt brukt som et kostnadsreducerende begrep gjennom egenomsorg. Det betyr at pasientene blir empowered (styrket) slik at avhengighet på helsevesen blir mindre, og dermed blir billigere for samfunnet (Askheim, 2010)

3.3.1 Salutogenese og sense of coherence

Salutogenese er viktig i helsefremmende arbeid fordi fokuset rettes mot å styrke helsen og motstandskraften mot de negative faktorene, og ikke bare kun fokus på sykdomsfremkallende forhold (patogenese) (Mæland, 2009).

Antonovsky (i Hummelvoll, 2012) forteller at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende, som blir kalt sense of coherence. Videre understrekes det at man må være opptatt av personen og identifisere hvordan personen kan bli hjulpet til bedre helse. Sense of coherence, opplevelse av meningssammenheng, er å oppleve helse på tross av uheldige omstendigheter. Dette vil si at man forstår situasjonen man er i, og dermed utvikler en tro på at man kan finne fram til løsninger på sitt problem. Deretter kan man da finne en mening med det, noe som vil gi en opplevelse av kunne påvirke sitt eget liv (Askheim, 2010). Sense of coherence vil derfor si om indre kontroll av sammenheng som innebærer evnen til å oppleve ulike situasjoner som forståelig, håndterbare og meningsfulle (Mæland, 2009).

3.4 Kommunikasjon

Dynamisk spill mellom mennesker er viktig for å utvikle felles forståelse og felleskap. Kommunikasjon vil derfor være et viktig verktøy og forutsetning for etablering av felleskap som kan være samvær, samtale eller samforståelse. Kommunikasjon kan beskrives som en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess, der en påvirker andre og selv påvirkes. Gjennom gjensidig forhandling skaper involverte personer mening (Hummelvoll, 2012).

Som sykepleier benytter man profesjonell kommunikasjon basert på yrkets verdigrunnlag, og som har et helsefaglig formål. Dette innebærer at profesjonell kommunikasjon alltid bør være hjelpende, at den er både faglig velfundert og til hjelp for pasienten (eide og eide, 2011)

Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet og er en forutsetning for empowerment. Den har også etisk tilhørighet i forhold til verdier som likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse. Beherskelse av en lang rekke ferdigheter er også en forutsetning for hjelpende kommunikasjon, som for eksempel aktiv lytting og samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Hjelpende kommunikasjons funksjon vil være å skape trygghet, tillit og formidler informasjon, der den hjelper pasienten til å bli løsningsorientert og mestre situasjonen bedre (ibid).

Pasientrettet kommunikasjon har praktiske ferdigheter som skal være veiledende i spesifikke kommunikasjonssituasjoner. Hensikten vil være for å hjelpe, for å gi støtte og for å løse problem. Den består av fire sentrale elementer (ibid).

1. Å få frem pasientens perspektiv
2. Å forstå pasientens unike psykososiale kontekst
3. Å nå frem til felles forståelse i overenstemmelse med pasientens verdier
4. Å hjelpe pasienten til å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig

Gode kommunikasjonsferdigheter er til stor hjelp når det gjelder å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å gi bedre hjelp og støtte, og til å ta gode beslutninger sammen. Det vil derfor være behov for aktivt lytting og klar kommunikasjon i forbindelse med å identifisere hva situasjonen krever, og for å forebygge uheldige valg og dårlige

løsninger. I den forstand virker kommunikasjon som kvalitetssikring i det helsefaglige arbeidet (ibid).

3.4.1 Aktiv lytting

Aktiv lytting er viktig og nødvendig i utøvelse av profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Den består av sammensatte ferdigheter som beskriver hvordan en helhetlig ferdighet kan deles opp i enkeltferdigheter, som er verbal og nonverbal kommunikasjon. Basis ferdighetene i aktiv lytting er gruppert i delferdigheter som er følgende (eide og eide, 2011).

1. Nonverbal adferd som viser at man er henvendt mot, og oppmerksom på den man snakker med.
2. Små verbale oppmuntringer som viser at man er til stede og følger med.
3. Å stille spørsmål som utdyper det personen snakker om.
4. Å parafasere eller omformulere det den andre har sagt for å nyansere og sjekke ut at man har hørt riktig.
5. Å speile den andres følelser og formidle at man også forstår den andres emosjonelle verden.
6. Å sammensatte følelser og innhold av større deler av samtalen, og på den måten bidra til å tydeliggjøre det man snakker om.

Oppdelingen av aktiv lytting i nonverbal og verbal kommunikasjon har som hensikt i å bringe frem viktige enkeltelementer i kommunikasjonen. For eksempel er nonverbal delt inn i delferdigheter som øyekontakt, håndbevegelser, kroppsholdning, berøring og stillhet. Mens verbal kommunikasjon er delt inn i å stille spørsmål, å bruke pauser, å sammenfatte, å oppmuntre, å speile følelser og å parafasere. Disse ferdighetene er riktige virkemidler for å skape felleskap og forståelse både for pasienten og sykepleieren (ibid).

Det er tre kommunikasjonsmodeller, og disse er reminisens, validering og realitetsorientering. Men i forhold til vår oppgave velger vi å benytte oss av reminisens ettersom vi betrakter at denne kommunikasjonsmetoden kan hjelpe Helga. Reminisens er et arbeid hvor man gjenkaller og formidler minner og endringer hos pasienten. Krav for benyttelse av denne modellen er at pasienten har evne til å huske, analysere og vurdere (Berentsen, 2008).

Martinsen (2003) sin teori om kommunikasjon er at det alltid hører to parter i en samtale, hvor en snakker og en mottar. Samtalen er en forbigående og forsvinnende virksomhet som består av valg der noen betydninger foretrekkes fremfor andre.

Språket er og si noe om noe, og det er og utrykke virkelighetens grep om de tankene man har, og formidler en felles forståelse til både hvordan vi tenker og handler. I

sykepleiesammenheng så sanser vi og har en samtale når vi pleier pasienten, og ut i fra den praktiske pleien og sansingen så vokser den levende tale frem. Tale er hvordan man bruker ordene, og er et uttrykk for hvilken pleietradisjon og medisinsk kultur man har. Medisinsk kultur er dominert av begrepspråk, noe man ikke bruker i det hverdagslige språket.

Pleietradisjonens hverdagsspråk brukes i pleien, i samværet med pasienten og fagfellesskapet. Når man bruker det medisinske språket har man mindre spillerom ved at man bruker begreper, klassifiseringer og definisjoner, hvor begrepene ikke alltid blir brukt i situasjoner og i hverdagsspråket. Ved å finne nye definisjoner på begrepene, så blir det klarere. Hvis ikke dette blir gjort vil pleietradisjonens uttryksmuligheter begrenset. Det å gjøre denne forandringen blir relasjonen mellom sykepleier og pasient bedre fordi man forstår hverandre bedre (Ibid).

Talen har en mening før vi vet hva ordene betyr, det vil si at meningen ligger i tonen som vi bruker. Tonene kan veksle mellom rytme, høyde, styrke og klang, og forbindelsen mellom tone og mening kommer frem når et ord har en mislyd. Språket kan også være en lyd uttrykksfoldelse, uten at det nødvendigvis er et språk. Dette kan for eksempel være at man sukker. Gjennom kroppsholdning kan man føre seg over noen andre, fordi igjennom holdning viser man følelser. Kroppen har en resonans, rytme og klang med sine språklige uttrykk, med sine bevegelser og holdning. Disse har også en sammenheng med talen fordi de er uttrykksformer som blir fanget opp og tydeliggjort av andre. Når en person er syk er kroppen ofte innadvendt, kroppen har på en måte nok med seg selv. Men det er også et uttrykk og en henvendelse hvor det tilbaketrukne også kan bli uttrykksfylt (Ibid).

Det er sykepleierens oppgave å finne pasienten sin rytme for og få en samklang med pasienten, og forme sitt uttrykk og kroppsholdning for og få relasjon. For å få adgang til det fremmede som er pasienten, må man være tilbakeholden. Dette vil gi mulighet til å ta imot det som er fremmed, mens man samtidig har avstand. Dette vil gi rom for at pasienten kan tre

frem å si hvordan han/hun har det. Dette blir da grunnlaget for pleien. Den tilbakeholdne oppmerksomheten gir rom for at ordene i talen kan bevege seg fritt i situasjonen. Ordenes vidde åpner opp for sammenhengen som man står i og de faglige mulighetene i pleietradisjonen. Dette kan hjelpe sykepleieren til å forstå situasjonen til pasienten (ibid).

Når pasienten trenger vår hjelp så kommer vi en maktposisjon, derfor er det viktig at sykepleieren ikke bruker denne på feil måte. Skal man bruke makten på en god måte må man gi den andre rom, og ikke vise at vi har alt i vår makt. Hvis man tar språket i sin makt, vil man da ta overhånd og kanskje ikke se pasientens behov. Da kan tilliten man har bygd opp brytes ned og pasienten kan føle seg oversett og ikke tatt på alvor. For at det skal bli en god maktrelasjon må den andre føle at den tar del (Ibid).

3.5 Veiledning

Tveiten (2010) definerer veiledning som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier. Veiledning har som hensikt å styrke mestringskompetansen til sykepleieren hvorav dette er til det beste for pasienten.

Veiledning dreier seg mye om interaksjon og kommunikasjon. Når sykepleieren møter pasienten i praksis må han eller hun ha tanker, følelser, verdier, holdninger og kroppen med seg i møtet (Ibid).

Når man veileder har man makt, noe som gjør det svært viktig at sykepleieren har etisk kompetanse slik at respekten til pasienten opprettholdes. Den som veileder har alltid en makt i forhold til faglig kompetanse, noe som gjør at sykepleieren påvirker den som veiledes (Tveiten, 2003).

3.6 Mestring

Mestring er definert som en kontinuerlig veksling mellom kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere utfordrende situasjoner eller stress. Mestring dreier seg om tilnærming til situasjonen, og ikke resultatet. Den omhandler hvilke fysiske forutsetninger og

hvilke innarbeidede ferdigheter, kunnskaper, intelligens, vaner, og personlige egenskaper individet har. Mestring skjer i samspill med individet og omgivelsene, og beror på forutsetningene til individet og miljøet. Når helsepersonell skal understøtte pasienters mestring i dagliglivet, må man ta hensyn til de omgivelsene pasienten lever i, hvilken støtte pasienten kan få og om det er noen barriere i nærmiljøet (Thorsen, 2010). Mestring vil også si at man er bevisst og har tilgang til egne ressurser som kan benyttes på en hensiktsmessig måte (Tveiten, 2008).

3.6.1 Håp og mening

Håp er det å ha en forventning om noe, og det er en sterk indre følelse om å være overbevist om noe (Bastøe, 2010). Det å kunne håpe er det samme som at man ikke har gitt opp, at man tror på fremtiden og har et ønske om endring eller utvikling til det bedre (Eriksson, 1999 ; Bastøe, 2010). Håpet er en strategi for å holde ut lidelsen. Det er en mestringsstrategi som øker motivasjonen til å kjempe seg mot håpet, og det kan forhindre at angsten og frykten overtar og skygger for mulige handlingsalternativer (Bastøe, 2010).

Ordet mening brukes ofte om formålet og meningen med livet. Meningen med livet er en hensikt eller plan som ligger utenfor eller over den enkelte (Ilkjær, 2010). Det å finne mening med noe er å betrakte de utfordringene og problemene som man møter, som en del av livet (Bastøe, 2010).

3.7 Egenomsorg

Egenomsorg er de handlingene mennesket utfører for å bevare liv og helse. Evnen for å utføre egenomsorg varierer fra person til person og hvilken livsfase og situasjon personen befinner seg i. Kapasiteten til å utføre egenomsorg kan reduseres ved psykiske forstyrrelser og problemer, men det kan også være forårsaket av andre årsaker som manglende kunnskap om levevis og helse, at man mangler motivasjon til å endre på sin egen livsstil, at man har liten støtte i sitt miljø, at man har urealistiske selvoppfatninger eller at man har manglende fysiske og psykiske krefter (Hummelvoll, 2012).

Egenomsorg er en mellomting mellom naturlig omsorg og profesjonell omsorg. Naturlig omsorg innebærer at individet gjennom egne handlinger og i samspill med familie og venner, kan skape kroppslig velvære, tillit, tilfredshet og utvikle et høyere integreringsnivå. Egenomsorgen er en støtte til den naturlige omsorg hvor man på en eller annen måte støttes av en faglig omsorgsgiver. I visse situasjoner overtar helsepersonell, som er den profesjonelle omsorgen (Eriksson, 1999).

3.8 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud om omsorg og pleie til hjemmeboende når sykdom, alderdom, nedsatt helse og livssituasjon gjør at pasienten vil trenge hjelp i en kort eller lengre periode. Det er et tilbud til alle som trenger helsehjelp hjemme, uten begrensning til alder, livssituasjon og sykdom. Hjemmesykepleie er en tjeneste som utfører forebyggende, helsefremmende, behandlende, rehabiliterende og lindrende arbeid, hvor målet er at pasienten skal på best mulig måte mestre hverdagen i sitt eget hjem og leve et godt liv. For å få til dette må hjelperen ha en helhetlig tilnærming til pasienten. Dette vil si at pleieren har et fokus på de psykososiale, miljømessige, økonomiske, kulturelle og personlige forhold som påvirker pasienten. Pasienten skal kunne få lov til å bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig. Dette vil si at pasienten har krav på å få nødvendig helsehjelp, dekket sine grunnleggende behov, mulighet for å ivareta sin egenomsorg og ikke være i fare for å bli påført unødvendig lidelse (Fjørtoft, 2011).

3.9 Sykepleieteoretiker og dens perspektiv

Vi har valgt Katie Eriksson som vår hoved sykepleieteoretiker i denne oppgaven ettersom hennes teoretisk perspektiv har vekket vår faglig interesse, som er rettet for vår case og problemstilling. Erikssons teoretisk syn er basert på lidelse og hvordan man kan lindre den. Hun er en av de mest sentrale sykepleieteoretikerne i Norden som legger vekt på lindring av lidelse som sykepleierens øverste mål, og ikke nødvendigvis bare å bedre helsen. Hun mener at det er mennesket som lider som også er årsaken til lidelsen, allikevel er det også mennesket som kan lindre andres lidelse og få den til å bli utholdelig. Hun betrakter derfor lidelse som et viktig og sentralt begrep i sykepleiefaget (Knutstad, 2010).

3.9.1 Redegjørelse av sentrale elementer

- **Lidelse**

Beskrivelse av lidelse dreier seg om at lidelse har ingen karakter eller fortegn fordi det er det lidende menneske som gir den karakter, farge, mening eller meningsløshet. Det vil si at lidelsen avhenger av menneskets oppfatning av det. Det fremstår som en gåte. Men allikevel vil det være viktig å svare hva lidelsen er, slik at mennesket kan identifisere den i forhold til sin egen situasjon som gjør det mulig å håndtere lidelsen (Eriksson, 1999). Vi vil derfor fokusere på Erikssons sammenligning om lidelse som en fristelse og som en dødsprosess, ettersom disse vil gjenspeile casen vår.

Lidelsen som fristelse innebærer det å bli tiltrukket av lidelse på to måter. Den første vil være å gi etter for fristelsen, som gir mennesket en opplevelse av nytelse og lyst, og etter kort tid blir en lidelse. Den andre er at man får tilfredsstillelse i lidelsen der man gir etter og går inn i lidelsen, som da gjør at den forvandles til en livsform. Lidelse som fristelse vil derimot skape bitterhet og likegyldighet ovenfor alt, og som resultat blir mennesket motløs og svak, noe som fører til aldring (ibid).

Lidelse som en dødsprosess kan betraktes som en dødskamp. Det vil si sorgen over det vi har mistet eller er i ferd til å miste. I dødsprosessen blir forsoning en mulighet for et nytt liv, og ved fravær av forsoningen igangsettes dødsprosessen der det sjelelige og åndelige liv dør først. Videre beskriver Eriksson (1999) at en person som lider og sørger blir trøtt, og da trenger personen ro og hvile. Hun underbygger dette ved å belyse at ensomhet oppleves stort når et mennesket har mistet et elsket menneske. Det å ikke bli sett av andre er den dypeste ensomhetsfølelse og derimot kan betraktes som død. Hun hevder at vi møter mange levende døde daglig, både i sykehus og blant oss andre (Ibid).

Erikssons teori bygger også på livslidelse som er kjent i sykepleie. Livslidelse er knyttet til opplevelse av eget liv, det vil si å leve og ikke å leve. Hele menneskets livssituasjon kan påvirkes av sykdom, dårlig almenntilstand og pasientsituasjon som gjør at livet kan bli forstyrret. Livslidelse omfatter alt fra å være en trussel mot menneskets eksistens der man

taper muligheter for å fullføre forskjellige sosiale oppgaver. Det innebærer å leve, å være et menneske blant mennesker (ibid).

Livslidelse kommer frem også som trusselen om tilintetgjørelse, redsel og fortvilelsen der disse knyttes med viljen til liv, kampviljen. Å bli truet av tilintetgjørelse er å få den følelsen av å dø, men vet ikke når og hvor det skjer. Menneskets indre del forsvinner gradvis på grunn av at dets identitet begynner også å forsvinne (ibid).

Livslidelse fremheves som å gi opp eller å ikke orke mer overfor en håpløs situasjon. Dette skjer fordi pasienten ikke lenger har krefter til å kjempe, og opplever livet som verdiløs og mangel på oppgaver i livet (ibid).

▪ **Mening, tro og håp**

Lidelsen i seg selv har ikke mening men dersom det blir knyttet til noe annet, kan en få mening ved det. Man finner lidelsens mening ved å realisere den høyeste verdi og dypeste mening i unngåelig situasjoner som et menneske står overfor. Når man har funnet kilden til lidelsen vil lidelsen forsvinne fordi man har funnet mening ved det. Eller at man får velge mellom to muligheter, å velge mellom å fortsette med å lide eller at man integrerer seg til den nye innsikten og dermed slutter å lide. Gjennom menneskets forsoning med situasjoner en står overfor finner man muligheter og mening. Dette kan være relatert til erfaring om forskjellige muligheter i den aktuelle livssituasjonen (Eriksson, 1999).

Holdningsverdier er viktig for å oppnå mening. Det vil si at man aksepterer noe som upåvirkelig og skjebnebestemt. Dersom man ikke kan endre situasjonen kan man endre på holdningen slik at man får en innsikt i omstendighetene som ikke kan endres. Det vil si et nytt perspektiv (ibid).

Når man lider får man følelse av håpløshet, og for at lidelsen skal lindres er håp nødvendig. Håp er relatert til gjensidighet av å gi og ta, og til å hjelpe og bli hjulpet. Det er også forbundet med å være bevisst i å finne håp i lidelsen, og at ved å lide kan man overvinne den. Dette fører til at man får mot til å tørre å komme inn i lidelsen (Ibid).

Livstro eller dyp tillit er dypere enn livsviljen. Å ville er ikke nok fordi den kan relateres med frykt og angst, og mennesket må tro fordi livet forsettes dersom det er tro og tillit til livet selv. Alle mennesker har en form for tro, noe som ligger utenfor mennesket selv og som gir tillit, vishet og håp. Troen innebærer det å ha en indre holdning, en opplevelse, en forsikring og en tillit over ytre forhold. Det innebærer en kamp og et valg til å gå videre istedenfor å flykte. Dette ut fra den overbevisning at kampen vil føre til tilfredsstillelse og vekst og at troen er et uttrykk for viljen (ibid).

- **Lidelse kan lindres**

Å lindre lidelse er også viktig for Eriksson (1999) der hun sier at man alltid bør tilstrebe seg mot å eliminere lidelse. Dette skjer ved at man skaper en sykepleiekultur der mennesket føler seg velkommen respektert og pleiet. Samtidig skal man ha en pleiekultur der mennesket har rett til å være pasient. Nedenfor er det punkter basert på erfaringer hennes, der punktene sammenfatter på hvordan man kan lindre pasientens lidelse:

1. Ved å utvikle pleiekulturen og sykehusmiljøet. Lidelsen kan lindres ved at pasienten føler seg velkommen, invitert, og at det er en plass til ham eller henne. Ved å informere, delaktiggjøre og besvare pasientenes egne spørsmål kan deres uro og angst minskes (ibid)
2. Ved at pasienten føler seg elsket, bekreftet og forstått. At han eller hun blir møtt med verdighet og opplever retten til å få lov til å være pasient, å få tid og rom til å lide. Samtidig med at hun eller han også er medansvarlig som menneske (ibid).
3. Ved å få den pleie og behandling som sykdommen og mennesket trenger og anse det som unikt og enestående (ibid).

4. Lover og retningslinjer

I dette kapitlet belyser vi de ulike lovene og retningslinjene som er nødvendig for hjemmesykepleien og sykepleierens funksjon, og for å sikre at pasientene skal få det de har krav på.

4.1 Helsepersonelloven

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasientene, og at det er kvalitet i helse og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell. Hovedregelen om taushetsplikt står under Helsepersonelloven. Taushetsplikt omhandler det at helsepersonell skal forhindre at ande får tilgang eller kjennskap til opplysninger om personers sykdom eller legemsforhold, eller andre personlige forhold som de får vite i egenskap av det og være helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999).

4.2 Pasient og brukerrettighetsloven

Formålet med Pasient og brukerrettighetsloven er å sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester som har god kvalitet ved å gi brukere og pasienter rettigheter overfor helse og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal medvirke til å fremme tillitsforholdet mellom bruker, pasient og helse og omsorgstjenesten. Den skal også fremme sosial trygghet og ivareta respekten, integritet og menneskeverd for den enkelte pasient- og brukers liv (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

4.3 Kommunehelsetjenesteloven

Kommunehelsetjenesteloven sier at kommunen har ansvar for at innbyggerne får nødvendig helsehjelp. Det omfatter helsetjenester som er offentlig og organisert «som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommune som nevnt i § 4-1». Kommunens helsetjeneste bidrar til folkehelse, trivsel, gode miljømessige og sosiale forhold, og søke, forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal videre formidle opplysninger om å øke interessen for hva allmennheten og den

enkelte selv kan gjøre for å bistå til egen sunnhet, trivsel og folkehelse (Kommunehelsetjenesteloven, 1982).

4.4 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier hvordan sykepleierens grunnleggende verdier og menneskesyn skal vernes i praksis. Den konkretiserer også hva man strekker seg etter for å sikre god praksis innenfor profesjonen og i møte med pasienten, pårørende, arbeidsstedet, medarbeidere og samfunnet. Disse retningslinjene bygger på prinsippene i ICN etiske regler, og menneskerettighetene som står i FNs menneskerettighetserklæring (NSF, 2011).

Som sykepleier er det viktig at man er bevisst på egen yrkespraksis. Det vil si at man har faglig og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger, slik at tilliten og respekten til sykepleieprofesjonen og tjenesten man yter styrkes. Det vil derfor være viktig at sykepleiere jobber etter god etikk og holdninger i møte med pasienter (Hummelvoll, 2012).

4.5 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en retningsreform som går ut på å forebygge framfor bare å reparere, tidlig innsats framfor sen innsats, få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, flytte tjenester nærmere der folk bor, sterkere brukermedvirkning, flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem og samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok (Helse og omsorgsdepartementet, 2012).

4.6 Helse og omsorgstjenesteloven.

Formålet med helse og omsorgstjenesteloven er å behandle, forebygge og tilrettelegge for at pasient/bruker skal mestre sykdom, lidelse, skade og nedsatt funksjonsevne. Loven vil også bidra til sosial trygghet, likeverd, likestilling, bedre levevilkår for vanskeligstilte og forebygge sosiale problemer. Den vil også sikre at pasient/bruker får mulighet til å bo og å leve selvstendig med et meningsfylt og aktiv liv i fellesskap med andre. Loven vil sikre samhandling og at tjenestetilbudet er tilgjengelig for pasient/bruker, at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, at det er av kvalitet, er likeverdig og at den tilrettelegges med respekt for

pasient/ brukers integritet og verdighet. Dessuten vil den bidra til at ressursene utnyttes best mulig (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011).

5. Drøftingsdel

For å kunne besvare problemstillingen tar vi for oss i dette kapittelet case, der vi skal anvende lovverk og yrkesetiske retningslinjer, fag-, forsknings- og erfaringskunnskap i drøftingen om hvordan man som sykepleier kan benytte kommunikasjon for å hjelpe Helga til å få god egenomsorg.

Problemstillingen er som nevnt:

Hvordan kan vi som sykepleier bidra til bedre egenomsorg hos eldre deprimerte ved hjelp av kommunikasjon?

5.1 Kommunens og sykepleierens ansvar

For å møte Helgas situasjon på en helhetlig måte må sykepleieren ha kunnskap om lovverk, yrkesetiske retningslinjer, pasientens rettigheter og fagkunnskap.

I forbindelse med casen og vår praksiserfaring opplever vi at hjemmesykepleien har utfordringer på mange plan. Erfaringsmessig ser vi at samhandlingsreformen (2012) innebærer gode prinsipper i forhold til forebygging, men allikevel strekker ikke dette til i praksis. Da kommunen fikk mer ansvar har hjemmesykepleien fått en økning i antall sykere pasienter da samhandlingsreformen trådte i kraft i 1. januar 2012 (helse og omsorgsdepartementet, 2012). Vi har også opplevd at helsepersonell må ha et bredere kunnskapsnivå for å dekke samhandlingsreformens krav for å gi adekvat behandling som pasientene har krav på, der sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert. Dette innebærer at man benytter kunnskapen i de tiltak og tjenester man yter hos pasienten, som forutsetter at de skal være mest oppdatert og best slik at pasienten får god behandling, sykepleie og oppfølging (Kveseth og Mikkelsen, 2010). Vi ser derfor kunnskapsbasert praksis som en nøkkel for å gi Helga den beste behandlingen, der kommunikasjonen skal være våres hovedverktøy.

Vi opplever også i praksis at mangel på kunnskap kan føre til at pasientene ikke får riktig behandling i forhold til deres behov. Dette medfører da at pasienten ikke får den kvaliteten og

sikkerheten som Helga fortjener i forhold til helsepersonelloven (1999), som resulterer i mindre tillit til helsepersonell. Igjen gir dette grunnlag for å jobbe kunnskapsbasert.

Ettersom Helga har depresjon kan dette føre til mange utfordringer i forhold til å ivareta hennes behov. Psykiske lidelser er fortsatt knyttet til fordommer og derimot kan skape vegring og usikkerhet til å ta kontakt i forbindelse med hvordan man skal møte pasienten. Denne utfordringen motsetter seg yrkesetiske retningslinjer (2011) som sier at sykepleierne skal ivareta pasientens integritet og verdighet. Det er derfor behov for mer kunnskap, veiledning og bevisstgjøring av egne holdninger. Eriksson (1999) forsterker dette at for å bidra til lindring hos pasientens lidelse (depresjon) er det viktig at man ikke krenker hennes verdighet, ikke fordømme eller misbruke makt, men heller gi fokus på pleie som pasienten trenger. Helse og omsorgstjenesteloven (2011) sier at hjemmesykepleien skal være en arena for behandling, forebygging og tilrettelegging for at pasienten skal mestre sykdom og lidelse. Her kan det oppstå utfordringer i forhold til å møte de psykososiale behovene hos pasienten fordi sykepleieren ofte kun har fokus på stell og lignende konkrete tiltak. Som følge av for mange pasienter medfører dette til kjappe besøk, noe som resulterer i dårlig kontakt med pasienten. Da får ikke pasienten uttrykke sine behov samtidig som sykepleier ikke har tid til å observere (Fjørtoft, 2011). Dette strider også imot pasient og brukerrettighetsloven (1999) som sier at alle pasientene skal ha lik tilgang på tjenestene og at de er av god kvalitet. Samtidig som at pasienten får medbestemmelse i behandlingen som hun tar del i.

Gjennom brukermedvirkning blir maktforholdet mellom sykepleieren og pasienten stabilisert og likestilt slik at forholdet føles mer som et samarbeid. Vi betrakter dette som en forutsetning for å skape god relasjon mellom Helga og sykepleier. Dette er viktig å få til fordi Helga er ekspert på sitt eget liv, og vil derfor gi et bedre resultat siden hun da har en medvirkning i den behandlingen som hun får. Eriksson (1999) underbygger brukermedvirkningsprinsipp ved å forklare at for å kunne lindre lidelse er det viktig at man skaper en pleiekultur der pasientene føler seg velkommen, respektert og føler omsorg. Den pleiekulturen skal preges av at mennesket opplever retten og plassen til å være pasient. Kommunehelsetjenesteloven (1982) vil at sykepleieren skal gi pasienten sin kunnskap om hva Helga kan gjøre for å få en bedre helse, bidra til bedre sosiale forhold og behandling av sykdom. Men uten tillit fra Helga blir det dermed vanskeligere å få en relasjon, noe som kan skape kommunikasjonsutfordringer. Da vil ikke Helga få noe ut av hjelpen og veiledningen som sykepleieren gir, og dermed ikke vil få en bedring i sin situasjon.

Gjennom praksiserfaring har vi opplevd at kontinuitet er manglende innenfor hjemmesykepleien, og dette medfører til ustabilitet av sykepleierens observasjon og utførelse av tiltak. For å kunne yte god helsehjelp til Helga må sykepleieren sikre kvalitet som bygger på kontinuitet, respekt og forutsigbarhet (Fjørtoft , 2011). Når vi skal kommunisere med Helga er kontinuitet et viktig støttende prinsipp fordi dette vil gi bedre oversikt over fremgang og utvikling i hennes situasjon. Men allikevel vil dette også bidra til å skape en relasjon fordi dette kan kreve tid. Martinsen (2003) sier at for å skape relasjon må sykepleieren være tilbakeholden og lytte, dette vil gjøre at pasienten kan åpne seg opp og si hvordan hun har det. Relasjonen med Helga blir sykepleierens kilde til å utforske Helgas verden. Dette er fordi at relasjon, som handler mye om kommunikasjon og tillit, skaper trygghet og følelsen av at man vil hverandre vel som bidrar til åpenhet og større rom for utforsking (Tveiten, 2008).

Når man begynner å utforske oppdager man at Helga mangler håp, tro og mening i sin tilværelse. Den lidelsen som hun opplever er en livslidelse fordi hun har opplevd bortgangen av sin mann.

5.2 Kommunikasjon

Vi betrakter gode kommunikasjonsferdigheter som en forutsetning for å kunne hjelpe Helga med å bedre sin egenomsorg. Men først og fremst må vi ha kunnskaper om hvordan man kommuniserer med den deprimerte pasient. Vet man dette kan man forstå pasienten, få et relasjonsforhold, gi bedre hjelp og ta gode beslutninger sammen, og stimulere pasienten til å få en positiv utvikling (Eide og Eide, 2010). Forskning viser at for å kommunisere effektivt, bør man tilegne seg kunnskap om kommunikasjonsferdigheter fra faglitteratur, og deretter øve på dette. Dette vil være et virkemiddel for å lette samtalen mellom sykepleier og pasient (McGilton, Boscart, Fox, Sidani, Rochon, Sorin-peters, 2009).

Av praksiserfaring opplever vi at eldre deprimerte får bedre hverdag når de får hjelp med praktiske gjøremål, og dette mener vi Helga også kan få. Grunnen til dette er for å gi pasienten følelsen av omsorg, og at man kan fortsatt beholde et godt hverdagsliv på tross av psykisk lidelse. Men allikevel er det vesentlig at vi og Helga utfører de praktiske gjøremålene sammen fordi dette vil gi mulighet for sosialt samvær og samtale. Dette mener vi er en god

anledning til at relasjonen med henne styrkes, noe som skal preges av nærvær, forutsigbarhet, empati, en lyttende holdning, tillit og trygghet (Hummelvoll, 2012). Martinsen (2003) mener at i en sykepleiesammenheng så samler vi data ved å bruke våre sanser. Ut fra sansingen og praktiske gjøremål oppstår samtalen. Videre hevder hun at når pasienten har en lidelse blir kroppsuttrykket innadvendt fordi pasienten har nok med seg selv, noe som er normalt hos deprimerte pasienter. Men kroppsuttrykket kan også være uttrykksfullt, og det er sykepleierens ansvar å observere dette.

Helgas selvbilde, rolleoppfatning og de forventninger hun har til seg selv og andre har stor betydning for forløpet av kommunikasjonen. Gjennom kommunikasjon sender man alltid et budskap, der den verbale kommunikasjonen skaper innhold, mens den non-verbale kommunikasjonen handler om hvordan ting formidles, som har relasjonsbetydning (Hummelvoll, 2012). I praksis vil dette si at sykepleierens verbale og non-verbale språk bør samsvare med hverandre slik at handlingen oppfattes troverdig, noe som igjen skaper tillit og relasjon. Sykepleierens kunnskap om aktiv lytting blir derfor avgjørende på hvor effektivt kommunikasjonen påvirker Helgas livssituasjon. Det ble forsket på at effektiv kommunikasjon bidrar til at sykepleiere får mulighet til å vurdere individuelle behov som er aktuelt for pasienten. Effektiv kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter som trenger sykepleie i lang tid, gir økt livskvalitet og trivsel for hjemmeboende pasienter generelt (McGilton et al., 2009).

Sykepleierens holdninger spiller en stor rolle for å få relasjon med Helga. Sykepleieren må møte lidelsen som enestående, ikke sammenligne den med noe annet eller forsøke å fortolke eller forklare den (Eriksson, 1999). Ut fra vår praksiserfaring føler vi at det er lett å behandle pasienter med lik lidelse på en lik måte. Dette gjør at det blir lett å glemme at hver lidelse er unik, som dermed medfører at sykepleieren ikke tenker helhetlig sykepleie. Våre holdninger vises i hvordan vi fremstilles i en situasjon, og hvordan vi er som person. Dette vil si at om vi er medfølende og viser bekymring i situasjoner det er påkrevd. Dette er uttrykk som viser seg gjennom bruk av kroppen, blick og språket. Sykepleieren har selv ansvar for hvordan man skal reagere holdningsmessig, og må tilpasse den til hver enkelt situasjon. Man må ha kunnskaper om hvordan ens holdnings uttrykk påvirker andre og hvilken betydning dette kan ha. Man må derfor være bevisst på sin nonverbale kommunikasjon og væremåte (Kristoffersen & Nortvedt, 2008). Dette blir tydeliggjort i Erikssons teori (1999) at den tyngste lidelse kan øyeblikkelig lindres ved at man viser et vennlig blick, et ord, et kjærtegn

eller noe som viser oppriktig medfølelse. Et lidende menneske har behov for kjærlighetshandlinger bestandig. Dette støttes også av forskning som sier at sykepleierens kommunikatív holdning kan påvirke pasientens atferd og holdning. Derfor er det viktig at sykepleieren er bevisst på sin holdning slik at interaksjon med pasienten blir bedre (McGilton, et.al , 2009). Martinsen (2003) mener at holdninger er hvordan man fører tilværelse som man er i, hvordan man uttrykker seg, og hvordan man har grep om seg selv. Mister man grepet på seg selv kan man miste den andre, da er det derfor viktig å skape en atmosfære som gjør at det føles naturlig å være sammen med hverandre. For å få dette til må man ha en åpen og mottakende holdning, det er da man kan få til en relasjon og ta opp den situasjonen som pasienten står i.

Når vi skal møte Helga er det viktig at vi møter henne som person, der vi som sykepleiere skal identifisere og bearbeide problemene i hennes nåværende livssituasjon. Dette underbygges av Eriksson (1999, s. 77) som mener at ”det viktigste er å våge å møte lidelsen, å gå mot den eller tvers igjennom den”. Ut fra vår praksis erfaring vil dette si at sykepleieren møter pasienten med empatisk holdning og at man lytter slik at pasienten føler seg møtt i sin helhet.

Hos sykepleieren bør grunnholdning være å lindre lidelsen (Eriksson, 1999). Helhetlig datasamling gjennom samtaler og observasjon, om de psykiske, fysiske og åndelige aspekter og sosiale, kan vi gi adekvat hjelp til Helga. Samtidig er det vesentlig at sykepleieren lytter til pasientens trosoppfatning og verdier fordi dette vil hjelpe sykepleieren i samsvar med disse. Helga har mistet troen på det som tidligere ga livet hennes mening, og en viktig sykepleieoppgave blir derfor å vurdere hvordan tapet påvirker hennes lidelse. Fokuset fremover blir derfor å gjenvinne det som kan skape en ny mening med livet (Hummelvoll, 2012). Eriksson (1999) forsterker dette ved å si at lidelse kan få mening ved at den forbindes med noe annet, og det vil derfor være nødvendig at Helga har noe å relatere livslidelse til. Mening i Helgas livslidelse er avhengig hvordan hun møter den. Det er derfor nødvendig at Helga forsoner seg med sin livssituasjon, og dermed finne muligheter og mening. Måten vi kommuniserer med Helga er derfor avgjørende for at Helga gradvis integrerer den nye innsikten, som kan kreve tid. Helgas holdningsverdi har derfor en viktig rolle i den integreringen av den nye innsikten. Den holdningen som Eriksson (1999) belyser i sin teori er at ved å forandre på holdning kan man få et perspektiv i forhold til å se fremover. Det er stort behov for mening i situasjoner som er utrygge, spesielt ved depresjon der kraftløshet, tomhet og meningsløshet oppleves overveldende (Håkonsen, 2011). Helgas positiv holdning mot sitt

nye liv, og å akseptere at hun ikke kan forandre omstendighetene ved å lide i depresjon, innebærer at hun danner mening, tro og håp. Dette er noe sykepleieren må jobbe med gjennom kommunikasjon.

For å utvikle felles forståelse og sykepleie-pasient-felleskap blir kommunikasjonen vårt virkemiddel. I fellesskapet med Helga er det viktig at sykepleieren skaper en atmosfære som er åpen og trygg, og som stimulerer til selvavsløring. Sykepleieren må derfor ha nærvær, varme og villighet til å gi av seg selv (Håkonsen, 2011). Dersom Helga ikke føler seg velkommen av sykepleieren, kan dette skape økt lidelse fordi de forventninger hun har ikke blir møtt. Å være i et felleskap vil si at Helga føler at noen venter og lengter etter henne. Håp og livsglede blir fratatt ved mangel på velkomsthølelse (Eriksson, 1999). Ved å gi Helga vår oppmerksomhet viser vi interesse, noe som bidrar til at hun tørr å åpne seg opp. Når man er oppmerksom orienterer man seg mot pasienten, har øyekontakt, har en åpen kroppsholdning og viser at man har tilstrekkelig med tid. Ved å vende seg mot den andre innebærer at man er tilstede og at man vil ta imot et budskap. Å ha øyekontakt formidler tillit som skaper en atmosfære av troverdighet, men man må ha en god balanse for å forhindre at det kan bli ubehagelig. Ved å ha en åpen kroppsholdning signaliserer man åpenhet hvis man lar armene hvile avslappet ned og lene seg lett fremover (Håkonsen, 2011). Aktiv bruk av stillhet og pause gir rom for at den eldre deprimerte kan reflektere, og gir mulighet for bearbeidelse av tanker og følelser. Men her må sykepleieren bevisst være tilbakeholden for at dette skal være effektivt (Eide & Eide, 2011). Tilstrekkelig med tid viser at man er avslappet, at man respekterer og viser troverdighet overfor pasienten, og derimot kan lette samarbeidet med pasienten (Håkonsen, 2011). Dette bevises av forskning der forbedring av kommunikasjonsferdigheter gjorde at hjemmeboende pasienter ble mer mottagelig, og hatt bedre øyekontakt med sykepleiere, samtidig som at det ble nedgang i pasientenes verbal misnøye og uro (McGilton et al., 2009). Sykepleieren må derimot være forsiktig med nærvær, fordi ikke alle pasienter har toleranse for nærhet. Iblant kan distanse lette ubehag hos pasienten som gjør at samtalen kan gå lettere. Underveis i samtalen stiller vi spørsmål fra det vi har sanset basert fra hvordan pasienten fremstiller seg (Hummelvoll, 2012). Dette belyser Martinsen (2003) som sier at vi har et språklig uttrykk som gjenspeiles i våres kroppsuttrykk. Det er viktig at sykepleieren behersker og er oppmerksom på dette for å kunne tilpasse seg etter pasienten. Av praksis erfaring opplever vi at det er svikt i gjennomføring av dette, der vi observerer at sykepleiere ikke har den holdningen og kunnskapen som er nødvendig for å møte den deprimerte pasient på en profesjonell måte. Dette ser Eriksson (1999) som den

verste lidelse, at man ikke blir sett. Dette innebærer at som menneske har man behov for bekreftelse av egenverd, og mangel på dette kan få mennesket til å lukke seg fra all form for kontakt.

Dersom Helga har lite tak på egne følelser kan det være vanskelig for henne å snakke om seg selv. Da er det viktig at sykepleieren bruker seg selv på en terapeutisk måte ved å dele egne følelser med Helga (Hummelvoll, 2012). Sykepleieren må ha empati for den livssituasjonen som Helga er i, fordi dette er en forutsetning for hjelpende kommunikasjon. Empati er til hjelp for å finne ut hva som er det beste for pasienten, fordi den tilegner sykepleieren en følelsesmessig forståelse av pasienten, der man kommuniserer tilbake verbalt, nonverbalt eller ved handling. I praksis har vi opplevd vi at sykepleiere danner forståelse fra empati men som mangler handlingskraft, og da blir forståelsen nytteløs (Eide & Eide, 2012). For å gi Helga helhetlig behandling må man handle ut fra forståelsen for hennes beste.

Siden Helga er innadvendt må sykepleieren hjelpe henne til å uttrykke sine følelser, og deretter gjenfortelle hvordan vi oppfatter hennes følelser. Dette medfører forhåpentligvis at Helga forstår hva hun har forsøkt å uttrykke. Det å hjelpe Helga til å uttrykke seg er viktig fordi undertrykkingen av følelsene kan ha ført til at hun har utviklet depresjon (ibid). Eriksson (1999) mener at mennesker har forskjellige måter å uttrykke lidelse på, og ofte mangler man et språk for det man opplever. Når vi mangler språk finner man en annen form for å vise den frem, som for eksempel at den vises gjennom smerte, angst eller fysisk uttrykk. Dette er noe som sykepleieren kan observere. Her har sykepleieren godt nytte av å speile følelser til Helga fordi sykepleieren kan da vise at man forstår og ser hva hun føler, og dermed hjelpe henne til å sette ord på følelsene. I tillegg vil denne ferdigheten bidra også til at Helga tørr å få sine følelser ut ettersom å speile følelser oppleves som sterkt bekræftende, spesielt når pasienten føler et behov for å bli sett og forstått (Eide og eide, 2012). Det å kunne prate om sine følelser kan bidra til å redusere lidelsen (Hummelvoll, 2012). Martinsen(2003) mener at pasientens fortelling gir oss en mulighet til å få en innsikt i hennes opplevelse som dermed kan gjøre at vi ser situasjonen i et annet perspektiv.

Det vi legger vekt i samtalen er derfor avgjørende for kommunikasjonsforløpet. For å kunne hjelpe pasienten på en profesjonell måte må man være bevisst på å ikke sammenligne pasientens problem med egne erfaringer, og heller ha pasienten i fokus og lytte (Hummelvoll, 2012). Av praksis erfaring har ofte dette medført til at det er lett å skyve oppmerksomheten

mot seg selv, og dermed kan resultere i at man ikke får de viktige opplysningene som er nødvendig for kontaktetablering, godt samarbeid og god sykepleie. Samtidig kan dette være en barriere for tillit, fordi pasienten kan føle at hennes problemer blir tilsidesatt.

I samtalen med Helga har språket, den verbale kommunikasjon, en vesentlig rolle når det gjelder å få mest mulig utbytte av den sykepleien vi utfører. Valg av hvilke ord sykepleieren bruker er avgjørende for at man forstår hverandre. Sykepleieren bør bruke et hverdagslig språk der man skal unngå å bruke profesjonelle ord og uttrykk, fordi dette vil jevne ut maktforholdet mellom pasient og sykepleier (Martinsen, 2003). Når det er vanskelig for Helga å dele sine følelser, usikkerhet og bekymringer, kan det bli til at hun formulerer seg på en indirekte og abstrakt måte. Dette er noe vi oppfatter som en form for forsvarsmekanisme, for å ikke utgi seg som svak, kontroll løs og har lite mestring. Å fange opp disse uklarhetene er et gyldent øyeblikk for sykepleieren for å kunne utforske lidelsen ved å stille spørsmål. Hvilken måte vi velger å stille spørsmål på er medvirkende til hvordan svar vi får og hvordan vi fremstår. Vi velger å unngå å bruke lukkede spørsmål fordi dette begrenser oss når vi skal utforske Helgas tanker og følelser, noe som gir mindre følelse av medbestemmelse da dette svares av kun ja og nei. Vi velger heller å benytte oss av åpne spørsmål, som for eksempel ”Hva tenker du om det?” eller ”hvordan føler du deg?”. Disse typer spørsmål skaper mer rom for utforskning og medbestemmelse, som gjør at den andre kan uttrykke fra egne tanker, opplevelser og følelser. Men dette må støttes av aktiv bruk av verbal og non-verbal bekreftende ferdigheter (Eide & Eide, 2012).

For å gi følelsen av Empowerment til Helga bør vi bruke non- verbal og verbal bekreftende ferdigheter, ettersom dette er det kommunikative grunnlaget for Empowerment. Det er viktig at Helga føler seg sett og forstått, og dette kan vi gjøre gjennom bekreftende ferdigheter. Ved dette viser vi pasienten at vi lytter og lever oss inn i hvordan hun tenker og føler, som både vil bidra til å styrke Helgas selvfølelse, eksistensielle og psykologiske behov for tilknytning, og vår nærhet til hverandre. For å få til dette skal vi følge Helga verbalt og non- verbalt. Dette vil si å bekrefte at en forstår og følger med på det hun sier via ord og kroppsuttrykk, som for eksempel å nikke, gi et blick eller smile, samtidig som man bruker ord som «Ja» og «jeg forstår» (ibid). Det er viktig at sykepleieren bekrefter den andres lidelse for å vise at man ser den andre. Det at sykepleieren ser lidelsen kan føles som en trøst og en sikkerhet for pasienten, at hun blir møtt. Hvis sykepleieren ikke bekrefter lidelsen vil pasienten føle at hun

blir oversett, og lidelsen vil øke. Ved å invitere pasienten til et felleskap, vil dette gi pasienten en følelse av at sykepleieren er der for å hjelpe pasienten med sin lidelse (Eriksson, 1999).

Å lytte aktivt gjennom bekreftende ferdigheter stimulerer Helga til å fortelle videre uten at vi forstyrrer henne, da dette kan være en barriere for å uttrykke seg mer (Eide & Eide, 2012). Dette forklares av Martinsen (2003) at det å uttrykke seg er å utlevere og blottlegge seg for en annen, noe som medfører større makt til sykepleieren, ettersom pasienten er i en sårbar situasjon. Makten sykepleieren tilegner seg i kommunikasjonen vil derfor være avhengig av sykepleierens holdning, der valget om makten skal brukes for å frigjøre eller undertrykke pasientens livsressurser. Pasienten kan føle at tilliten blir misbrukt hvis de forventningene man har av sykepleieren ikke blir oppfyllet.

Fordelen med å følge henne verbalt er at vi kan gi oppmuntring og anerkjennelse. Ved å oppmuntre Helga verbalt kan vi få henne til å våge seg frem, og å utforske seg selv gjennom sin egen livsfortelling. Når dette kombineres med anerkjennelse vil pasienten få en følelse av at hun har gjort noe godt eller riktig, noe som vil løfte pasientens selvfølelse. Eksempler på oppmuntring kan være «fortell mer om det» og «ja, bare fortsett», mens anerkjennelse er «så bra» og «flott». Ved depresjon har ofte personen dårlig selvbilde, nedstemthet og fortvilelse, og ved bruk av oppmuntring og anerkjennelse vil forhåpentligvis hjelpe henne til å snakke om de vanskelige følelsene, noe som kan redusere de negative tankene. Her kommer det frem at kommunikasjon styrker Empowerment hos Helga fordi dette gir mulighet til å styre det hun ønsker å si selv. Men allikevel forutsetter dette at sykepleieren har en holdning som involverer pasienten, viser respekt, likeverd og tar hensyn til pasientens beste (Eide & Eide, 2012). Dette underbygges av forskning som viser seg at forbedring i kommunikasjonsferdigheter, der sykepleieren gir positive tilbakemeldinger, gir nødvendig informasjon til pasientene, benytter seg mer av åpne spørsmål, gjorde at pasientene fikk inntrykk at sykepleiere er mer involvert eller interessert, varmere og mindre nedlatende (McGilton et al., 2009).

5.3 Veiledning

Her skal vi benytte veiledning gjennom reminisens som en metode for å hjelpe Helga til å få innsikt i sin situasjon, der vi fremdeles skal legge vekt på den kommunikative delen. Gjennom veiledning blir pasienten bevisst, oppdager og styrker sin mestringskompetanse (Tveiten,

2008). Vi mener at kommunikasjonsferdighetene innenfor veiledningen med Helga kan bidra til at hun får følelse av mestring, og danner tro, håp og mening i sin lidelse.

Forutsetningen for å veilede Helga er at hun er frivillig deltagende da dette er grunnlag for bevisstgjøring og refleksjon, noe som setter i gang en forandringsprosess hos den personen som blir veiledet. Det er derfor viktig at sykepleieren utøver gode kommunikasjonsferdigheter fra begynnelsen av slik at Helga føler seg trygg til å la seg veilede. Forandring blir lettere å velge, våge og tåle hvis man opplever trygghet. Pasienten opplever også trygghet når man blir bevisst på sin egen makt til å velge, handle eller ikke å handle i en situasjon. Dette er noe som igjen leder oss til Empowerment begrepet, fordi veiledning blir et middel i Empowerment prosessen. Det er en selvfølge at som sykepleier har vi mer makt i veiledning fordi man sitter med mer kunnskap og kompetanse, men man skal alltid huske at pasienten skal behandles med respekt (ibid). I følge Martinsen (2003) er forutsetningen for god maktrelasjon er at pasienten tar del i beslutningene (brukermedvirkning), og får hjelp av den med mest makt (sykepleieren) til å frigjøre sine livsmuligheter, og ikke undertrykke de.

Et typisk kjennetegn på depresjon er at man har negativt syn på fremtiden og seg selv. En kommunikasjonsferdighet man kan bruke for å endre dette er utfordrende ferdigheter. Dette handler om å utfordre pasienten til å se seg selv i et nytt perspektiv, som igjen kan stimulere til forandring. Dette utføres ved hjelp av positiv omdefinering, der man reformulerer negative opplevelser til pasienten på en slik måte at den fremstår i et nytt og positivt lys. Et eksempel på dette kan være at Helga sier at hun blir helt sprø av å være omgitt av rot, og da kan vi svare at dette forstår vi ettersom at hun liker å ha det ryddig og fint rundt seg. Helga har stor nytte av dette fordi formålet med denne kommunikasjonsferdigheten er å få pasienten til å se seg selv og sitt problem fra en ny og positiv synsvinkel slik at det blir lettere å forholde seg til det, noe som kan bidra til ny innsikt og mer positivt selv bilde. Men man må allikevel være bevisst på at ikke alle er like positive mot denne type ferdighet, da de føler trygghet ved å fastholde med deres nåværende situasjon. Grunnen til dette er at man da føler et ansvar om å endre sin situasjon, og ikke lenger ha unnskyldning for å ikke gjøre noe med det. Igjen henvender oss til vår case der Helga skjuler sin lidelse ved å lage unnskyldninger. For at dette ikke skal oppfattes negativt for pasienten, er det viktig å ta pasienten på alvor, ikke benekte eller bagatellisere det pasienten forteller, men i stede være åpen for dette. Kombinasjon av positiv omdefinering med å gi informasjon kan skape et positivt perspektiv som styrker pasientens

evne til mestring (eide og eide, 2011). Sammen med reminisens kan vi styrke Helgas evne til mestring.

Helga kan ha stor nytte av reminisens fordi for gamle mennesker er minnene betydningsfulle, der det er viktig å se hvordan fortid og nåtid kan ha påvirket hverandre. Det vil si at det er en prosess av å gjenkalle opplevelser, følelser og minner som benyttes for å skape glede, livskvalitet eller for å tilpasse seg til nåværende situasjon (Stinson, 2009). Å stimulere minner hos den eldre kan bidra positivt i forhold til pasientens helse og livskvalitet. Gjennom reminisens (minnet) kan man gjenvinne sin egen følelse av verdighet, og dermed styrke sin identitet (eide og eide, 2011). Dette underbygges også av forskning som sier at reminisens hjelper eldre mennesker til å tenke og avklare fortidsopplevelser, der psykisk velvære hos individet forbedres. Det viser seg også at mennesker som har gjennomgått reminisens har gitt livet mening og mål, noe som har redusert depresjons symptomer. (Stinson, 2009). Deltakere i en studie viser seg også at reminisens har mer positiv effekt hos eldre kvinner enn menn (Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, Marwijk, 2009).

Vi oppfatter at Helga kan få styrket sin identitet gjennom å bruke positiv omdefinering i et reminisens perspektiv. Dette vil si at vi forteller henne om hvordan hun var før hun ble deprimert. Et eksempel på dette kan være at hun var sosial, blid og så positivt på livet før. At man bruker åpne spørsmål og spør om tidligere minner som ga henne en positiv opplevelse, kan få henne til å få en bedre innsikt i hvordan hun hadde det før i forhold til den situasjonen hun er i nå. Et eksempel på spørsmål man kan stille i forhold til Helgas situasjon er ”Hvor pleide du og mannen din å feriere før?”. Dette kan brukes som utgangspunkt til videre samtale.

Å bruke reminisens kan derfor bidra til at hun får motivasjon til endring, og at hun kanskje ser mer sammenheng i sin situasjon. Det vil si at hun kanskje innser hvorfor hun har fått depresjon. Eriksson (1999) belyser dette at når et menneske endelig finner kilden til sin lidelse, kan man finne måter og lindre den på. Dette vil resultere at man etter hvert overvinner lidelsen. En brått påtvunget forandring av menneskets livssituasjon gjør at mennesket har behov for tid for å finne en ny sammenheng i sitt liv. Helga vil forhåpentligvis innse at kilden til hennes lidelse er bortgangen av hennes mann. Helgas salutogene faktorer vil derfor være hennes gode minner og opplevelse før hun ble deprimert. Ved at vi som sykepleiere hjelper Helga til å bruke dette, vil det gjøre henne mer motstandsdyktig mot de negative tankene som

hindrer henne til å ivareta sin egenomsorg. Vi oppfatter at Helgas motstandsdyktighet vil styrke hennes tro om at hun er i stand til å håndtere sin situasjon uansett motgang som hun vil møte i livet sitt. Når Helgas salutogene faktorer er realisert gir dette følelse av mestring der fokuset videre blir å være bevisst på egne ressurser og muligheter (Tveiten, 2008).

Forskningen viser at når et menneske har mestringsevne kan dette gi følelse av kontroll hos eldre mennesker med depresjon, noe som igjen gir økt positivt syn og god psykisk helse (Knight, T., Davison, T. E., Maccabe, M., Mellor, D., 2011). Eriksson (1999) nevner imidlertid at pasienten må ha rom til å lide, men at hun skal også være medansvarlig som menneske. Opplevelse av sammenheng, mening, forståelse og håndtering av situasjonen kan styrke mestringsevnen (Tveiten, 2008), noe som igjen danner grunnlag for at Helga klarer å håndtere lidelsen og komme seg videre i livet. Når Helga opplever en følelse av at hun har mange nye muligheter, blir lidelsen til lyst og glede, og dermed får en følelse av håp i noe som tidligere var en håpløs situasjon (Eriksson, 1999). I et salutogent perspektiv oppfatter vi at Helgas evne til mestring av sin lidelse er avhengig hvor styrket ressursene hennes blir. Dette innebærer at hun fortsatt kan ha et meningsfylt liv til tross for at hun har en lidelse, da hun har lært å mestre den. Dette vil lede Helga til å ivareta sin egenomsorg til tross for sin lidelse.

6. KONKLUSJON

På bakgrunn av vår problemstilling har vi fått en dypere forståelse for hvordan kommunikasjonen påvirker vårt møte med den deprimerte. Vi har kommet frem til at det er viktig for sykepleiere å ha kunnskap om kommunikasjonsferdigheter, som kan brukes som verktøy for at pasienten føler seg møtt, forstått, trygg, respektert og ivaretatt. Vi konkluderer at mangel på kunnskap om kommunikasjon kan føre til at det blir svikt i relasjonsbyggingen, noe som er nødvendig for å få til et godt samarbeid videre med pasienten. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på måten man kommuniserer på.

I forhold til de ulike lovene som omfatter helsepersonellens plikter, pasientens rettigheter og kommunens ansvar, mener vi at det er vanskelig å utføre god sykepleie etter disse prinsippene ettersom samhandlingsreformen (2012) ikke fungerer optimalt i praksis. For å kunne se pasienten på en helhetlig måte må samhandlingsreformen legge til rette at sykepleieren har den kompetansen som trengs for å møte den deprimerte pasient, og at pasienten får riktig sykepleie til rett tid og sted. Vår praksiserfaring tilsier at kontinuitet og forutsigbarhet er nødvendig for å oppnå de målene som man setter seg sammen med pasienten. Kontinuitet og forutsigbarhet bidrar til pasientens mestring og trygghet, noe som gir sykepleieren en fordel til å få en oversikt og se fremgang i pasientens situasjon.

Vi konkluderer at ved å utdype seg i kommunikasjonsferdigheter i forhold til aktiv lytting, bidrar til at pasienten opplever mer kontroll og styring av sitt liv fordi pasienten har medvirkning i samtalen. Forutsetningen for dette vil være at sykepleieren er bevisst på og har kunnskap om hvordan man benytter seg av non-verbal og verbal kommunikasjon, der disse brukes i de utfordrende situasjonene som foreligger i møte med den deprimerte.

Gjennom teori og forskning har vi tilegnet oss bedre innsikt om viktigheten av kommunikasjonsferdighet hos sykepleiere, og hvor stor påvirkning dette har for pasientens inntrykk av kvaliteten på tjenesten som sykepleieren yter.

For å kunne bidra til lindring av pasientens lidelse i forhold til håp, tro og mening har vi brukt Erikssons (1995) sykepleieteori. Teorien har hjulpet oss til å danne en dypere forståelse over hva lidelse innebærer, noe som har bidratt til at vi ser helheten til det lidende menneske.

Videre vil dette hjelpe sykepleiere til å være mer trygg i møte med den deprimerte, fordi man har den kunnskapen som trengs for å yte profesjonell hjelp på en helhetlig måte.

Gjennom veiledning med støtte av reminisens og kommunikasjonsferdigheter kan sykepleieren hjelpe pasienten til å øke bevisstheten, forståelse og opplevelse av sammenheng av sin lidelse, og dermed styrke pasientens håndterbarhet, altså mestring av sin livssituasjon. Dette vil bidra til at pasienten klarer å forbedre sin egenomsorg.

På bakgrunn av denne bachelor oppgaven bør det vurderes om sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien har nok kunnskap om kommunikasjon med den deprimerte, at det kanskje er behov for at kommunen skal ha mer fokus på god nok kompetanse i forhold til problemstillingen.

LITTERATURLISTE

Askheim, O. P & Starrin, B (2010). Empowerment- ulike tilnærminger. IE. Askheim, O. P & Starrin, B(red). *Empowerment* (kap 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & van Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 476-84. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-009-9246-z> (12 sider)

Dalland, Olav (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Eide, H & Eide, T (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

* Eriksson, k (1999) *Det lidende menneske*. København: Scandinavian Book (s. 13-78=65sider)

Fjørtoft, A-K (2011). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

* Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten (s`9) Lokalisert på:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar--og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>
(22 sider).

Helse og omsorgsdepartementet (2012). Samhandlingsreformen i kortversjon. Lokalisert på:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

Helse og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. § 1-1. (2012). Lokalisert på:
<http://www.lovdatabasen.no/all/tl-20110624-030-001.html>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 1. (2012). Lokalisert på: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-001.html>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2012). Lokalisert på: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-001.html>

Hummelvoll, J. K (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Håkonsen, K. M (2011). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H (2010). Aldringsteorier. IE. Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H(red). *Geriatrisk sykepleie*.(kap 5). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H (2010). Angst og depresjon. IE. Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H(red). *Geriatrisk sykepleie*.(kap 29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. IE. Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H(red). *Geriatrisk sykepleie*.(kap 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H (2010). Individuell sykepleie. IE. Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H(red). *Geriatrisk sykepleie*.(kap 9). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H (2010). Kognitiv svikt og demens. IE. Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H(red). *Geriatrisk sykepleie*.(kap 28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Knight, T., Davison, T. E., McCabe, M. P., & Mellor, D (2011). Environmental mastery and depression in older adults in residential care. *Ageing and Society*, 31(5), 870-884.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X1000142X> (16 sider)

Knutstad, U (2010). Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. IE. Knutstad, U(red).
Sykepleieboken 2 (Kap 14). Oslo: Akribe

Kommunehelsetjenesteloven, LOV-1982-11-19-66. § 1-1. (1012). Lokalisert på:
<http://www.lovdatab.no/oll/tl-19821119-066-001.html>

Kommunehelsetjenesteloven, LOV-1982-11-19-66. § 1-2. (2012). Lokalisert på:
<http://www.lovdatab.no/oll/tl-19821119-066-001.html>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F & Skaug, E-A (2008). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. IE. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F & Skaug, E-A(red). *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (Kap 5). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

* Kunnskapsbasert praksis (2012). Kunnskapsbasert praksis. Lokalisert på:
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
(1 side)

* Kunnskapsbasert praksis (2012). Spørsmålsformulering. Lokalisert på:
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/>
(1 side)

* Martinsen, K (2003). *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget. (s. 52- 77, 86-119 = 58 sider).

* McGilton, K.S., Boscart, V., Fox, M., Sidani, S., Rochon, E. Og Sorin-Peters, R. (2009), A Systematic Review of the Effectiveness of Communication Interventions for Health Care Providers Caring for Patients in Residential Care Settings. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6:149-159. Doi:10.1111/j.1741-6787.2009.00155.x (24 sider)

Mekki, T.E (2010). Livssyn, Verdier og behov for åndelig omsorg. IE. Mekki, T.E(red).
Sykepleieboken 1. (Kap 24). Oslo: Akribe

Mekki, T. E (2010). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. IE. Mekki, T.E (red). *Sykepleieboken 1*. (Kap 2). Oslo: Akribe

Mæland, J. G (2009). *Forebyggende helsearbeid I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Lokalisert på:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §1-1.(2012). Lokalisert på:
<http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#map001>

* Statistisk Sentralbyrå. (2013). Helseforhold, levekårsundersøkelse. Lokalisert på:
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>
(1 side).

* Stinson, Cynthia Kellam, PhD., A.P.R.N.-B.C. (2009). Structured group reminiscence: An intervention for older adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 521-8. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/223319531?accountid=42560> (9 sider)

* Tveiten, S (2008). *veiledning- mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke (s. 17-147, 173-174, 227- 254 =158).

* Tveiten, S (2003). *Veiledning, mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke (s. 23-57= 34 side).

Sykepleier kommunikasjon, et verktøy mot forandring

Nursing communication, a tool towards change

Denne bacheloroppgaven er basert på litteraturstudie, der vi har benyttet oss av pensum fra hele sykepleiestudieforløpet, faglitteratur, forskningsartikler og praksis erfaring.

Denne oppgaven omhandler hvordan sykepleieren kan bidra til god egenomsorg hos eldre deprimerte ved hjelp av kommunikasjon. Vi vil rette fokuset vårt på hvilke kunnskaper om kommunikasjonsferdigheter sykepleierne bør ha for å møte den deprimerte, som vi mener er helt avgjørende for å kunne bidra en helhetlig sykepleie. Samtidig vil vi legge vekt på hvordan disse kommunikasjonsferdighetene påvirker pasienten i forhold til den situasjonen som pasienten er i, og om disse vil bidra at pasienten danner følelse av mestring.

Håp, tro og mening er noe som mangler hos deprimerte, men gjennom kommunikasjonsferdigheter kan sykepleieren hjelpe pasienten til å gjenvinne dette, og dermed forbedre egenomsorg.

VEDLEGG PICO-skjema

Databasene vi har brukt er Joanna Briggs og PubMed i kunnskapsegget. Vi har benyttet oss av OR og AND for å finne frem til de aktuelle forskningsartiklene.

P- Hvem	I- intervensjon	C- alternativ tiltak	O- resultat
Patients	Communication		Empowerment
Depressed patient	Communication skills		Mastery (mestring)
Elderly women	Reminiscence		Self-care
Patient and nurse interaction	Mastery (mestring)		Quality of life
Home nursing			Change
			Reducing depression