



Arbeidsrapport
M 0905

Else Jørgensen (red.)

DE HJELPETRENGENDE GAMLES VERDEN

- om å forstå



MØREFORSKING
Molde AS

Else Jørgensen (red.)

DE HJELPETRENGENDE GAMLES VERDEN

- om å forstå

Arbeidsrapport M 0905

ISSN 0803-9259

Møreforsking Molde AS
Desember, 2009

Tittel: De hjelpetrequende gamles verden . om å forstå
Redaktør: Else Jørgensen (red.)
Arbeidsrapport nr.: M 0905

Rapporten kan bestilles fra: Høgskolen i Molde, biblioteket, tlf.: 71 21 41 61,
Boks 2110, 6402 MOLDE. faks: 71 21 41 60,
Epost: biblioteket@himolde.no
www.mfm.no

Sider: 68
Pris: Kr 100,-

ISSN 0803-9259

Kort sammendrag:

Rapporten gir et innblikk i viktige tema som viser bredden i det kunnskapstilfanget som profesjonelle helsearbeidere må ha, for å kunne ta vare på våre gamle og syke på institusjon.

Gjennom fire redigerte studentoppgaver fra videreutdanningen i aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Molde og en hovedoppgave fra Institutt for sosialt arbeid ved Universitetet i Trondheim, analyseres noe av teorigrunnet en må ha for å kunne forholde seg til gamle hjelpetrequende mennesker. Temaene omhandler forståelse, respekt og likeverdighet i hjelperelasjoner, trøstende og styrkende relasjoner i forhold til gamle med demens. I tillegg behandler rapporten hvordan musikk kan brukes i omsorgen, og til sist om en verdig død på sykehjem. Teorigrunnet diskuteres i forhold til konsekvenser for praksis.

Rapporten innledes med en kort beskrivelse av litteraturgjennomgang og litteratursøk slik det er benyttet i forbindelse med studentoppgavene ved aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Molde.

ö At kræve at menneskene forbliver mennesker til deres dages ende, ville indebære en radikal omvæltning. Dette resultat kan umuligt opnås ved nogle begrænsede reformer, som lader systemet intaktí ö

Simon de Beauvoir

Introduksjon

Bakgrunnen for denne rapporten er et ønske om å formidle kunnskap innhentet fra fire avsluttende studentoppgaver ved videreutdanning i aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Molde. Sykepleierne Kirsti Flø, May Helen Midtbust, Violeta Ligan Sande og vernepleier Helene Hanset Willa, har i samarbeid med sine veiledere førstelektor Torill Skrondal, høgskolelektor Else Jørgensen, førstelektor Ragnhild Michaelsen og førsteamanuensis Else Lykkeslet gjennomarbeidet og sammenfattet sine oppgaver slik at de kan presenteres som enkeltstående kapitler. Metoden som er brukt i de fire studentoppgavene er litteraturstudie. Litteraturstudie som forskningsmetode er presentert i eget kapittel. I tillegg til de fire studentoppgavene, presenteres et sammendrag av en tidligere hovedoppgave ved Universitetet i Trondheim. Her vil metoden, feltstudie, også beskrives nærmere.

Vi ønsker på denne måten å dele kunnskap med kolleger på institusjonene og i åpen omsorg og der de gamle ellers befinner seg. I tillegg kan innholdet i rapporten være nyttig kunnskap i grunnutdanningene innenfor helse- og sosialfagene på høgskolenivå. Tema som er valgt viser litt av bredden i det kunnskapstilfang de som arbeider med gamle mennesker må inneha, samtidig som det viser noe av dybden innenfor de valgte områdene. Fokus rettes både mot overordnede og konkrete tema knyttet til den gamles opplevde hverdag. Vi håper at dette kan være til nytte for alle som interesserer seg for og arbeider med gamle mennesker. I tillegg håper vi at det vil gi inspirasjon til å drive med forsknings- og utviklingsarbeid i praksis og at det vil styrke samarbeidet mellom praksisfeltet og høgskolen.

Kapittel èn er om litteraturstudie generelt og delvis knyttet til oppgaven fra videreutdanningen i aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Molde. Kapittel to og tre omhandler generelle tema, som det å forstå gamle på aldersinstitusjon og om respekt og likeverdighet i hjelperelasjoner. I kapittel fire og fem er det skrevet om trøstende og styrkende relasjoner i forhold til gamle med demens og om hvordan musikk kan brukes i omsorgen for disse pasientene. I kapittel seks skrives om en verdig død i sykehjem.

Takk til Grete Notøy, Bente Dale Malones og Tone Heggdal Otterlei for å ha lest korrektur.

Med vennlig hilsen
Else Jørgensen (red.)
Molde, desember 2009

Kapittel 1

Om litteraturstudie

Av Else Jørgensen

1.0 Litteraturgjennomgang og litteratursøk

I all oppgaveskriving og forskning starter prosessen med en litteraturgjennomgang. Dalland (2000) sier at uavhengig av om vi bygger på data fra egen undersøkelse, egne erfaringer, data fra skriftlige kilder eller en kombinasjon av disse, må vi forholde oss til litteraturen innen faget. Både pensum- og temabøker er viktige kunnskapskilder sammen med artikler i tidsskrifter. Forsknings- og fagartiklene er ofte det nyeste som er skrevet innenfor fagområdet. Sykepleier og docent Christina Forsberg og spesialsykepleier innen onkologi Yvonne Wengstrøm, hevder at på grunn av tilgang til stor mengde av forskningsresultater innenfor sykepleie-forskning, er det viktig å systematisk vurdere og analysere resultater fra tidligere studier. Videre sier de at det er et stort behov for at resultater fra flere vitenskapelige studier sammenfattes på en systematisk måte (Forsberg og Wengstrøm



2008). Førsteamanuensis Ida T. Bjørk og fag- og forskningssykepleier Marit Solhaug skriver: *Uansett hva slags kunnskap en velger å bruke i et prosjekt, er det viktig å tydeliggjøre hvor kunnskapen er hentet fra* (Bjørk og Solhaug 2008 s. 44).

Fire kapitler i denne rapporten har allmenn litteraturstudie som hovedmetode for innsamling av data. Når studenten konsentrerer seg om en allmenn litteraturstudie, litteraturgjennomgang eller oversikt som i disse studier, ønsker en på denne måte finne frem til andre nyanser i en allerede eksisterende kunnskapsbase for på denne måte å frembringe ny kunnskap.

Når en starter på en oppgave eller et prosjekt, har en som oftest en viss innsikt i temaet det skrives om fra før. Det kan for eksempel være fra faglitteraturen en har fordypet seg i ved tidligere utdanninger, eller den erfaring en kan ha skaffet seg ved å arbeide med tema i praksis. Dalland (2000) skriver at i lærebøker finner en viktige teorier beskrevet og også henvisninger til sentrale personer innen faget. Litteraturhenvisninger i pensum- og temabøker kan være til stor hjelp for å finne frem til relevant litteratur. En kan også ha erfaringer fra praksis som peker på at det en ønsker å skrive om er et sentralt og relevant tema å arbeide med. I tillegg kan en ha foretatt et litteratursøk via databaser på biblioteket, og funnet oversiktsartikler som viser at andre også har arbeid med lignende problemstillinger som det en selv ønsker å arbeide med. *Oversiktsartikler er resultater fra to eller flere enkelstudier med samme type problemstilling beskrevet og oppsummert av andre* (Bjørk og Solhaug 2008 s. 44). Ved å bruke oversiktsartikler innledningsvis, styrkes kunnskapsgrunnlaget. Det at flere studier ses i sammenheng, vil bidra til at flere aspekter ved et fenomen belyses (Bjørk og Solhaug 2008).

Innledningsvis i en oppgave eller en forskningsartikkel, der litteraturstudie brukes som metode, må forfatteren beskrive hvilke kunnskaper som finnes om det aktuelle tema fra før. Det kan også være aktuelt å beskrive hvordan kunnskapen har utviklet seg over tid og hvilken tradisjon den står i. Videre kan denne kunnskapen brukes for å begrunne hvorfor en har valgt å skrive om det aktuelle temaet. En skisserer også veien som er gått for å komme frem til problemstillingen og de forskningsspørsmålene en selv vil arbeide med, redegjør for sentrale begreper, nøkkelord, teorier og relevant bakgrunn knyttet til studiens problemstilling. Denne teoribakgrunn skal gi et generelt bilde av problemområdet en ønsker å arbeide med og skal bidra til å avgrense hensikten med studien (Retningslinjer for Bacheloroppgaven i sykepleie Høgskolen i Molde 2009).

I en litteraturstudie vil en kunne fordype seg i litteratur fra både kvantitative og kvalitative studier. Det finnes ulike typer av litteraturstudier. Forsberg og Wengstrøm (2008) skiller mellom tre ulike typer. Allmen litteraturstudie (overview), systematisk litteraturstudie (systematic review) og begrepsanalyse (concept analysis).

Om allmenn litteraturstudie, som også kan benevnes litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt, kan målet være å gi en beskrivende bakgrunn for å motivere til at det foretas en empirisk studie, eller beskrive kunnskapsbasen innen et bestemt område. I en slik studie beskrives og analyseres de utvalgte studier sjeldent på en systematisk måte (Forsberg og Wengstrøm 2008). Det å lese bøker og allmenne oversiktartikler kan også være en svakhet, da det gir adgang til en begrenset mengde relevante artikler. Det kan være et selektert utvalg og eksperter innen samme område kan også komme frem til helt ulike resultater. I tillegg kvalitetsbedømmes ikke alltid slike artikler, noe som kan øke risikoen for feilaktige slutninger. Skillet mellom en allmenn litteraturstudie og en systematisk litteraturstudie anser Cullum å være i forhold til litteratursøking, kritisk vurdering og analyse av resultatet (Forsberg og Wengstrøm 2008).

Den systematiske litteraturstudie har som forutsetning at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan utgjøre et grunnlag for å bedømme et fenomen og foreta slutninger. Forsberg og Wengstrøm (2008) skriver at mange kliniske spørsmål kan besvares gjennom å foreta en systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie med at den skal ta utgangspunkt i et tydelige formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Om metaanalyse sier Forsberg og Wengstrøm at det er en form for systematisk litteraturstudie og at metaanalyse er en analyse av aggregerte data fra flere studier (Forsberg og Wengstrøm 2008). Det vil si at: *talldata fra enkelstudier slås sammen og analyseres under ett* (Bjørk, Solhaug 2008 s. 43). Hensikten er å vurdere effekter eller sammenhenger i en større målestokk. En ønsker å skaffe mest mulig sikker (allmenngyldig) kunnskap ved hjelp av statistiske beregningsmetoder (Bjørk, Solhaug 2008).

Når det gjelder begrepsanalyse kan den foretas både i form av en litteraturstudie eller ved en empirisk studie. Et begreps betydning kan forandre seg over tid og en dypere forståelse av ett begreps innhold og mening kan forandre helsepersonells holdnings- og handlingssett. (Forsberg og Wengstrøm 2008).

I en litteraturstudie skal tekster som andre har skrevet brukes inn i forståelsen av de fenomener som man ønsker å diskutere og analysere. En søker i ulike databaser med søkeord som er sentrale i forhold til tema og problemstilling. Det er en prosess som tar mye tid og kan beskrives som en öleite og finne metodeö. I tillegg til litteratur fra ulike artikler vil en også

bruke kunnskap samlet i lærebøker og temabøker. Er litteraturgjennomgangen vid kan forskeren få mulighet til å utforske ulike sider ved et fenomen. Med en slik metode er det selvfølgelig alltid fare for at de tekster en bruker blir tolket annerledes enn det forfatteren har tenkt. Samtidig som en annen tolkning kan føre nye dimensjoner og nyanser inn i teksten som forfatteren ikke har tenkt på. Kunnskapen settes inn i en annen sammenheng. Vi kan med Pavel og Davidson 1999 (Dalland 2000) si:

I litteraturen finner vi altså både kunnskap om ulike teorier og kunnskap fra undersøkelser. Teorier prøver å gi mest mulig allmenngyldige forklaringer. Det er derfor ikke sikkert at vi finner en teori som forklarer vårt konkrete problem. Da må vi frigjøre oss fra problemstillingens spesielle situasjon og i stedet identifisere hvilke menneskelige fenomener eller egenskaper det dreier seg om (Dalland s. 60).

I forbindelse med en studie eller en oppgave som tar utgangspunkt i et litteraturstudie møter en ikke informanter og får derfor ikke så lett reaksjoner på problemstillingen. Derfor må den som arbeider på en slik måte sørge for å få reaksjoner på sitt tema og sin problemstilling via kollegaer, medarbeidere, bibliotekar, veileder eller medstudenter. Sentralt i denne metodikk kan derfor være oppgaveseminar eller organisert tilbakemelding fra kollegaer, veiledere eller medstudenter.

2.0 Bibliotekaren en sentral aktør

Biblioteket er sentralt i forbindelse med en litteraturstudie. Grunnlaget for å foreta søk er at en må vite hva en leter etter, skriver Dalland (2000). Det skal søkes i flere databaser med ulike søkeord. Hvis en søker i bare en database risikerer en å gå glipp av viktig og aktuell informasjon. Bjørk og Solhaug sier:

Måten et litteratursøk gjennomføres på, vil ha betydning for hva en finner. En god søkestrategi bidrar til å finne fram til litteratur med høy grad av relevans, samtidig som det irrelevante holdes utenfor (Bjørk og Solhaug 2008 s. 55).

For å finne gode og relevante søkeord er det som oftest nødvendig å bruke både norske, skandinaviske og engelske søkeord. Søkeordene vil være sentrale ord i problemstillingen eller i forskningsspørsmålene, men en kan også bli oppmerksom på sentrale søkeord i forbindelse med lesing av artikler, såkalt manuell søking. Det er også nødvendig å kombinere de ulike søkeordene for å oppnå gode treff på artikler. For ikke å få for mange treff kan det være nødvendig å legge inn begrensninger i søkene sine. Begrensningene kan være knyttet til for eksempel språk, årstall og verdensdel. I tillegg må en hele tiden være oppmerksom på at det er problemstillingen og forskningsspørsmålene som skal være styrende for hvilke søkeord en bruker. Noen ganger opplever en at en ikke finner så mange aktuelle forskningsartikler som en kunne ønske. Det kan ha flere årsaker. Det kan rett og slett være at en ikke har nok erfaring i søk i databaser og at en burde ha innhentet mer hjelp fra bibliotekar. Årsaken kan også være at det ikke er skrevet så mye på skandinavisk eller engelsk, om det emnet en vil undersøke nærmere. Evens (Bjørk og Solhaug 2008) hevder at det ikke er like effektivt hvis en søker etter kvalitativ forskning, og at det skyldes utilstrekkelig indekseringspraksis, som vanskeliggjør emnesøkeord. Uansett årsak så peker det på det faktum at det å søke i litteratur er krevende, tar lang tid og en må derfor sette av god tid til denne prosessen.

Noen konkrete anbefalinger i forbindelse med oppgaveskriving, kan være å bestille time hos en bibliotekar. En kan sammen med henne få avklart hvilke databaser det er mest aktuelt å

søke i, forhold til tema og problemstilling. Bruk av hjelpemidler som PICO ó skjema: P- Pasient/problem, I- Intervention, C- Comparison, O- Outcome i søkearbeidet kan være aktuelt (Nordtvedt m.fl.2007, Bjørk og Solhaug 2008). Det samme kan være bruk av ulike kvalitetsbedømmingsskjema for kvalitative og kvantitative artikler (Willman m.fl 2006).

Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet, skriver Dalland (2000). Videre sier han at en som leser har krav på å vite hvilke kriterier som er brukt ved valget av litteratur Det er derfor viktig at en bevarer sin søkehistorie. Hvordan dette kan gjøres, får en hjelp til av en bibliotekar. I noen studentoppgaver er også søkehistorien et krav som vedlegg til oppgaven.

3.0 Annen litteratur

Hvilken annen type litteratur en presenterer i et litteraturstudium utenom den litteratur en har som bakgrunn for studien (for eksempel lærebøker, temabøker, og oversiktsartikler), og den litteratur en søker på som grunnlag for studien, er avhengig av ulike fagtradisjoner. I de presenterte studentoppgavene har forfatterne benyttet seg av både vitenskapelige artikler, fagartikler og temabøker i teoridelen. Dette er litt utenom det som er hovedtradisjonen innefor helse- og sosialfaglig forskning de siste årene. I så måte er dette en öhybridö, noe mellom det som var en tradisjon i helse- og sosialfag tidligere og den form for litteraturstudie man nå velger å forholde seg til, hvor en ønsker å ha et tydelig skille mellom teoridel og empiridel (Retningslinjer for fordypningsoppgaven i aldring og eldreomsorg Høgskolen i Molde 2008).

4.0 Analyse, diskusjon og konklusjon

Analysedelen i en oppgave som bygger på en litteraturstudie, skal beskrive hvordan en bearbeider datamaterialet (artiklene). Analysen skal være en databearbeiding som innebærer at det viktigste innholdet blir kondensert, redusert og fokusert. En kan sammenligne likheter og ulikheter og til slutt ende opp med datamaterialet presentert i kategorier eller temaer. Disse skal til sammen gi en helhet som er i samsvar med studiens hensikt og problemstilling(er). Resultatet skal presenteres på en slik måte at arbeidet med analysen har ført til ny kunnskap innenfor temaområdet og inneholde en kritisk vurdering og sammenligning av resultatene fra ulike studier (Retningslinjer for fordypningsoppgaven i aldring og eldreomsorg Høgskolen i Molde 2008).

I diskusjonsdelen av oppgaven skal studenten vise evne til kritisk vurdering av resultatet. Funnene diskuteres opp imot studiens problemstilling(er), teoribakgrunn og relevant forskning. Studentene skal også evne å se funnenes mulige konsekvenser for egen yrkesfunksjon på en balansert måte.

Diskusjonen avsluttes med en konklusjon som skal være en kort sammenfatning av de viktigste funnene. Konsekvensene funnene representerer for praksis, skal løftes frem. Til slutt skisseres anbefalinger for videre forskning (Retningslinjer for fordypningsoppgaven i aldring og eldreomsorg Høgskolen i Molde 2008).

Litteratur

Bjørk, Ida Torunn; Solhaug, Marit (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie* Oslo: Akribe AS.

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Forsberg, Christina; Wengstrøm Yvonne (2008). *Att gora systematiske litteraturstudier: vardring, analys och presentasjon av omvårdnadaforskning*. 2. utgave. Stockholm Natur och kultur

Nordtvedt, Monica W.; Jamtvedt, Gro; Graverholt, Birgitte; Reinar, Liv M. (2007). *Å undervise kunnskapsbassert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Willman, Anne; Stoltz, Peter; Bahtsevani, Christel (2006). *Evidensbaserad omvårdnad ó en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur: Lund.

Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag (2008). *Retningslinjer for fordypningsoppgaven i aldring og eldreomsorg*: Høgskolen i Molde.

Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag (2009). *Retningslinjer for Bacheloroppgaven i sykepleie*: Høgskolen i Molde.

Kapittel 2

Om å forstå gamle på aldersinstitusjon

Av Else Jørgensen

1.0 Innledning

Å komme på aldersinstitusjon innebærer i dag en tilpasning til institusjonens normer, verdier, regler og strukturer. Et sentralt spørsmål vil derfor være hvordan muligheten er til å forbli den en alltid har vært og fortsatt er, når en er gammel og bor på aldersinstitusjon. Er de gamles tidligere livsverden, deres erfaringsverden, en reserve for dem i den situasjonen de befinner seg i på aldersinstitusjon? Forstår andre de gamles livsverden som en reserve? En reserve som kan brukes både av de gamle selv og andre til å gi de gamle et kvalitativt bedre liv i institusjon. Eller er det slik som Pia Ramhøy (1991) skriver at myter



Foto: Arne Strømme

om de gamle er syke, de gamle er på pleiehjem og ideologier om de gamle bidrar til at de påtvinges en generalisert omsorg med utstrakt *ledighet*, ikke noe å holde på med i deres hverdag, som et resultat? I dette kapittel vil en drøfte om muligheten for å være en ikke-generalisert gammel i aldersinstitusjon er avhengig av at de gamle kan aktivisere sin livsverden, sin erfaringsverden, ved å bruke ulike temaer (prate-temaer) fra sin tidligere og nåværende livsverden. Vårt perspektiv, vår forståelse av de gamle og deres situasjon på aldersinstitusjon, vil i stor grad prege våre holdninger og handlinger overfor de gamle. Det empiriske grunnlaget for undersøkelsen er ca. 70 timers feltstudie i et aldershjem og i en aldersavdeling på et alders- og sykehjem (Jørgensen 1997).

Først etableres begrepene om *Den generaliserte gamle* og *Den ikke-generaliserte gamle* og en viser hvordan disse begrepene har aktualitet i dagens eldreomsorg. Dernest presenteres det teoretiske utgangspunktet for feltstudien. I det tredje avsnittet redegjøres det for feltstudien som middel til å samle inn data om fenomenet. Begreper knyttes i fjerde avsnitt til feltstudiens etablering av bilder av eldre som avdekker faktorer som bidrar til ikke-generalisering av gamle i aldersinstitusjon. Det pekes til sist på noen sentrale spørsmål dette reiser i eldreomsorgen.

2.0 Den generaliserte og den ikke generaliserte gamle

Hele omsorgssektoren, ikke minst eldreomsorgen, har vært en arena for reformer gjennom de siste ti år. Pedagog og samfunnsforsker Karen Jensen, mener at våre omsorgsideologier har forandret seg og at vi i dag befinner oss i en brytningstid hvor velferdsstatens krise også har nedfelt seg i omsorgssektoren (Jensen 1995). Det er dette som har skapt grobunn for til dels omfattende reformer. Hun hevder videre at vi underveis har mistet noe av omsorgen av syne og i håp om å finne noe av den tapte omsorgen, utvikles nye reformer. Implisitt i de ulike ideologier og perspektiver som er knyttet til reformene, ligger det blant annet bilder av hva det vil si å være gammel. Dette er bilder som har vært med å forme vår forforståelse og dermed vår forståelse av

de gamle. Hva som er best for dem og hvordan vi skal forholde oss til dem som gruppe og enkeltindivider.

Pia Ramhøy (1991) hevder at samfunnet har et generalisert bilde av de gamle og nevner to årsaker. Den første er det stereotype pensjonistbildet som ofte formidles. Det satses på tilbud, informasjon og aktivisering av ressurser hos gruppen pensjonister, underforstått at alle må være like interessert i disse tilbudene. Det er en oppfatning som i stigende grad danner bakgrunn for forebyggende tiltak for eldre. Aktivisering står sentralt i denne sammenheng. Den andre er det bilde av eldre som tidligere levekårsundersøkelsene kan ha skapt. I følge Ramhøy (1991) viser ulike levekårsundersøkelser at levekårene er ulikt fordelt i befolkningen, både i gruppen av eldre og i resten av befolkningen. Men samlet kommer eldre likevel til å fremstå som en enhetlig gruppe, med identiske ønsker og krav til tilværelsen. Det er ingen grunn til å tro at dette er annerledes i Norge enn i Danmark. Konklusjonene i levekårsundersøkelsen har ofte vært brukt i den politiske planleggingen av eldreomsorgen, og i den grad undersøkelsene etablerer et generalisert bilde av de gamle vil det få konsekvenser i denne planleggingen. Levekårsundersøkelsene formulerer på denne måten allmenne normer for hva gamle mennesker i dag har behov for og hva som er gode levekår og et godt liv. Ramhøy (1991) mener at levekårsundersøkelsene legger opp til et udiffereinsierte likhetsideal. En ser ikke i tilstrekkelig grad at menneskets behov er innvevd i en kultur- og samfunnsmessig kontekst, og at disse behovene bestemmes gjennom en dialektikk mellom individ og samfunn. Da blir den gamle lett Den generaliserte gamle. I den grad institusjonene også preges av slike ideal eller omsorgs-ideologier kan dette føre til generalisert omsorg. Den ikke generaliserte gamle, som fenomen, kom frem i løpet av den empiriske studien. Den ikke generaliserte gamle har klart å bevare sin individualitet på tross av det systemet han er blitt en del av. I denne forbindelse vil han senere fremtre som Læreren.

Pia Ramhøy (1991) skriver ganske betegnende at alderdommen er en samfunnsdom. Når en blir gammel, tvinges en til å innta posisjoner og roller som allerede er definert i den samfunnsmessige kontekst som en inngår i. Men i følge Simone de Beauvoir (1984), er dette for snevert og misvisende på grunn av det mangfoldet av erfaringer som ligger i fenomenet alderdommen. Det er derfor ikke mulig å gi noen definisjon av hva alderdom er. Definisjoner er avgrensende, og et fenomen som alderdommen vil med en klar og entydig definisjon lett bli noe generalisert. Alderdommen er en del av livet, en prosess. Begrepet prosess betegner noe som er i stadig endring, ikke noe som er statisk. Et av de fenomener som kan gjøre forståelsen av alderdommen vanskelig, er at de ulike dimensjonene i menneskenes liv er innbyrdes avhengig av hverandre, men ikke alle eldes samtidig. Alderdommen er det som skjer med folk som blir gamle, og det er umulig å romme denne mangfoldigheten av erfaring innenfor et enkelt begrep eller en bestemt synsvinkel. Det er ikke enighet om når man fysisk eller psykisk er gammel og dette vil i stor grad være individuelt og kulturelt betinget.

3.0 Teoretiske perspektiver

For å prøve å forstå de gamle, valgte jeg å ta utgangspunkt i de gamles livsverden. Jeg bruker ikke et bestemt livsverdensbegrep (Pahuus 1988), men når jeg skal prøve å forstå strukturen i livsverden, støtter jeg meg til Torben Jensens forståelse av Gadamer (Jensen m.fl.1990). Begrunnelsen for å la livsverdensbegrepet stå sentralt, er at sykepleie, for uten å ha røtter i den medisinske tradisjon også er knyttet til en humanistisk og samfunnsvitenskapelig tradisjon. En tradisjon som legger vekt på dialektisk tenkning, en erkjennelse av en vekselvirkning mellom individ og samfunn. Livsverdensbegrepet kan anvendes som et analyseredskap for å forstå de gamle på aldersinstitusjon, og det har også overføringsverdi til andre deler av sykepleien.

Et hvert individ og enhver gruppe har sin særegne livsverden som kan beskrives ut fra en analyse av individets og gruppens forhold til den objektive verden (rom/tid), den subjektive verden (seg selv), eller den samfunnsmessige verden (andre) (Jensen m.fl.1990). Livsverdensbegrepet kan være med å gi oss en forståelse av hverdagslivet som en helhet. Jeg vil bruke det til å forstå deler av de gamles hverdagsliv i aldersinstitusjon, som bare er en meget liten del av det som betegnes eldreomsorgen. Jeg vil forsøke å forstå dem og deres liv som en vekselvirkning mellom deres nåværende liv, tidligere liv, mellom hverdagslivet på institusjon og hverdagslivet i samfunnet. Jeg tror denne bruk av begrepet kan være egnet til å oppnå erkjennelse av gamle menneskers livssituasjon på aldersinstitusjon. Livsverdensbegrepet vil være med til å gi et mer differensiert bilde av de gamle, nettopp fordi det ikke tar utgangspunkt i noen form for generalisering, men i livsverdenen til den enkelte gamle. Det kan danne grunnlag for en forståelse av de gamle ved å gi innsikt i at i gruppen gamle, er forskjellige livsverdener representert. Men hvordan kan vi oppnå denne innsikten i ulike livsverdener? Og hvilken relevans har livsverdensbegrepet i forhold til de eldres *ledighet*, det at de ikke holder på med noe i deres hverdag på institusjon.

I Cato Wadels bok *øFeltarbeid i egen kulturö*, lar han oss bli kjent med den kronisk arbeidsledige George, en sentral person i et av hans forskningsprosjekter (Wadel 1991). Det at George er kronisk arbeidsledig er et poeng hvis en på noen måte skal kunne sammenligne Georges måte å takle arbeidsledigheten på, med de gamles måte å takle sin *ledighet* i aldersinstitusjon på. Det å være gammel kan på en måte også betegnes som en kronisk tilstand, man kommer ikke ut av den, men må lære å leve med den. Spørsmålet er om man også som gammel må leve med *ledighet* som en kronisk tilstand?

Grunnen til at jeg ser en mulighet for overføring av Wadels begrep til eldres situasjon, er at både forståelse av Georges kroniske arbeidsledighet og forståelse av de gamles *ledighet*, tar utgangspunkt i forståelse av den situasjonen de befinner seg i. Forståelse blir altså situasjonsbundet og dermed personbundet. Det at forståelse er personbundet burde skape et godt grunnlag for å hjelpe de gamle ut fra et ikke generalisert syn på gamle mennesker. Georges selvaktelse og andres aktelse for ham, er avhengig av de ulike sosiale roller han har og har hatt. Selvfølgelig er altså avhengig av en betydelig del av hans levde erfaring, hans livsverden. Det har slått meg at det kan finnes mange likhetstrekk mellom den kronisk arbeidsledige Georges situasjon og den *ledighet* jeg har sett hos gamle på aldersinstitusjon. Dermed finnes det kanskje også likhetstrekk i måten å takle dette på. George hadde et sett av prate-temaer som var viktige for ham. Ved å få lov til å prate om disse temaene fikk George bekreftet det han hadde vært og fremdeles var, selv om han var arbeidsledig. Prate-temaene var som en plattform for Georges selvaktelse og andres aktelse og ble av Wadel betegnet som en reserve eller et reservoar. Prate-temaene var en stor del av Georges livsverden. Erfaringer fra Georges tidligere liv fungerte nå som en ressurs, en reserve å ta av for hans nåværende liv, og han klarte å bruke denne ressursen for å opprettholde selvaktelse og andres aktelse.

Jeg vender dermed tilbake til spørsmålet: Hvordan gjør de gamle på aldersinstitusjon bruk av tidligere livsverden som ressurs for å takle *ledigheten* og opprettholde selvaktelse og andres aktelse? Er det kanskje mer naturlig for eldre å være ledig, slik at det er en naturlig del av deres nåværende verden? Det er mulig at *öDe gamle er ledigeö* er en myte akkurat som de Pia Ramhøy (1991) presenterer oss for som *öDe gamle er sykeö* eller *öDe gamle er på pleiehjemö*. Myter dannes ut fra bilder av samfunnet og inneholder både positive og negative sider. Myter har en viss rot i virkeligheten og de gamle kan oppleves som om de lever opp til noen av de myter som finnes om dem. Myter kan være med til å gi eller forsterke et generalisert bilde av de gamle, de har likhetspunkter med ordet fordom, slik det benyttes i dagligtale. Et sentralt begrep hos Gadamer (Jensen m.fl.1990) er nettopp fordommer, men Gadamer nyanserer det i forhold til

dagligdagstale. Fordommer kan blokkere for forståelse av en sak. Her gjelder det forståelse av de gamles sak. Men i følge Gadamer (Jensen m.fl.1990) handler det ikke om å bli kvitt sine fordommer, men å bli dem bevisst slik at en kan skille ut de fruktbare fra de ufruktbare. I denne sammenheng kan en fruktbar fordom eller myte være: «De gamle er forståelige» eller «De gamle har stor erfaring».

4.0 Tilnærming til fenomenet

4.1 Metodiske refleksjoner

Det er en sammenheng mellom de spørsmålene en stiller i en studie og måten en prøver å tilegne seg kunnskap om de fenomenene spørsmålene berører. En kontekstuell forståelse av de gamles situasjon, livsverden på institusjon, forutsetter at en bruker en tilnærming som klarer å fange inn fenomenet underveis i studien. Ut fra en slik forståelse var det naturlig for meg å velge en kvalitativ tilnæringsmåte. Grunnen til at jeg valgte feltarbeid som utgangspunkt for å samle data, var at det gir forskerne direkte mulighet til å studere sosiale prosesser. Jeg var ute etter å finne ut mer om de gamle på institusjon, få tak i noe fra deres livsverden, for å forstå dem. Målet med en slik studie er ikke å få tak i det som er generaliserbart. I en kvalitativ studie er det viktig å få frem og forstå det enkelte menneske som et unikt individ, avdekke mangfoldet av livssituasjoner og tilegne seg allmenne innsikter gjennom forståelse.

Som tidligere nevnt bygger dette kapittel på en større empirisk studie foretatt på et aldershjem og en aldersavdeling ved et alders- og sykehjem (Jørgensen 1997). Bare en del av aldershjemmet og aldersavdelingen har vært arena for studien og gir dermed bare bilder ut fra et lite felt, men disse bilder mener jeg kan bidra til en prinsipiell forståelse. Innenfor institusjonene var det arenaer hvor jeg hadde sett at de gamle satt og var *ledige*. For aldershjemmet konsentrerte observasjonene seg om «Stuen i vestibyle» og for aldersavdelingen «Stuen i korridoren». Gjennom en slik avgrensning ville jeg likevel fange opp en stor del av noe av de gamles hverdag. Studien ble på denne måten avgrenset til gruppen av gamle som blir plassert, eller som selv går til de to hovedarenaer jeg har konsentrert meg om. Det utelukker gamle som er så syke eller plaget av alderdomssvekkelse at de er sengeliggende det meste av dagen, og også de som er så ressurssterke at de ikke trenger mye hjelp i hverdagen. Jeg har i tillegg avgrenset studien når det gjelder personalet. De er bare tilstedeværende når jeg ser dem fra samme posisjon som de gamle jeg observerte i min feltstudie.

Da studien startet hadde jeg ikke valgt ut spesifikk litteratur ut over det som ga bakgrunn for arbeidsspørsmålet som var: «Hvordan takler eldre på aldersinstitusjon *ledighet* ved bruk av roller, status og posisjon?» I mitt valg av perspektiv, og måten å gå frem på, ligger det at en skal gå åpent ut. Litteratur er selvsagt viktig for å gi fruktbare perspektiver, men det var på dette tidspunktet ikke riktig å konsentrere seg om enkelte teorier eller modeller. Hele min forforståelse, som jeg har fått gjennom sosialisering generelt og sykepleieutdanningen spesielt spilte inn, sammen med videre studier i sykepleie og samfunnsvitenskap.

I feltstudien var jeg en deltagende observatør. I tillegg til å samtale med de gamle, hjalp jeg dem med småting som å hente personalet når noen trengte følge på toalettet, eller jeg hjalp dem med å spise, hvis det falt naturlig. Jeg valgte å strukturere feltstudien ut fra dagsrytmen til de gamle. Jeg skrev ned observasjoner og samtaler så detaljert som mulig straks etterpå. Å tolke feltnotater blir å tolke det jeg har sett, to ganger. Først skjer det en tolkning når jeg skriver ned det jeg har sett, for deretter igjen å tolke det ved gjennomgang av feltnotatene i forbindelse med analysen. Derfor er det viktig å være så detaljert som mulig i en slik studie, for at den skal være pålitelig. Som i all annen forskning stilles det også i feltarbeid strenge krav til validitet. Forskningen skal frembringe

kunnskap som er ösannö i vitenskapelig forstand. En kan ikke kontrollere funnene av en kvalitativ studie, eller etterpröve dem med samme resultat, på samme måte som i kvantitative studier. Men den kvalitative metode er ikke mindre vitenskapelige av den grunn. Sannhet er noe som ikke er entydig gitt en gang for alle, men konstitueres i mötet mellom forskeren (leseren) og studieobjektet (teksten). Kommunikativ validitet er en form for validitet, som ikke bare stiller krav til forskeren, men også til den som skal vurdere forskernes funn.

4.2 Etiske refleksjoner

Det er alltid viktig å ta stilling til det etiske aspektet i en studie der mennesker står sentralt. Etisk komite i den helseregion institusjonene hörer til, vurderte studien som en evaluering av pågående virksomhet. De overlot avgjørelsen til institusjonene, men satte krav om at fylkeslegen måtte varsles. Et viktig prinsipp, som også er formulert i Helsinki-deklarasjonen, er prinsippet om frivillig samtykke til å delta. Den gruppen av gamle som er med i min studie er en sårbar gruppe. Som forsker har jeg plikt til å beskytte deres integritet. De gamle var ikke umyndige, men de fleste av dem var glemske. Jeg valgte å ikke få de gamles samtykke skriftlig. Om de gamle hadde skrevet under på at jeg kunne bruke mine observasjoner og våre samtaler ved mitt første besök, ville de fleste ha glemt det til neste gang jeg kom. I stedet la jeg stor vekt på skriftlig og gjentatt muntlig informasjon. Under hele studien var jeg åpen på hvorfor jeg var tilstede. Jeg forsikret meg også om at de gamle syntes at det var i orden. De fikk også informasjon om at det var mulig å trekke seg ut på et hvilket som helst tidspunkt. De opplysningene jeg fikk under feltarbeidet ble behandlet fortrolig og alle data anonymisert. Tidlig i prosessen ga jeg de gamle jeg mötte nye navn som var utrykk for det inntrykk jeg fikk av dem: *Læreren, Strikkedamen, Tømmerhoggeren, Husmoren og En dame på avlastning*. Disse vil i dette kapittel også bli brukt for å presentere bilder av de gamle.

5.0. Læreren, Strikkedamen, Tømmerhoggeren, Husmoren og En dame på avlastning - bilder av alderdommen i aldersinstitusjon

I dette avsnitt vil jeg presentere noen av de gamle i studien. Læreren vil være et eksempel på den minst generaliserte gamle, og i korte glimt vil dere også möte Strikkedamen, Tømmerhoggeren, Husmoren og En dame på avlastning som er bilder av andre gamle. Prate-temaer vil bli det sentrale begrepet i denne delen. De fem bildene jeg her presenterer er trukket frem fra det empiriske materialet fordi de sier noe typisk for de gamles situasjon samtidig som de presenterer den individuelle gamle. I forhold til å forstå de eldres samfunnsskapt virkelighet i aldersinstitusjon gir de, slik jeg ser det, gode bilder. En måte å aktivisere tidligere og nåværende livsverden på er gjennom bruken av prate-temaer. Mine bilder av de gamle formidler hvordan dette skjer i ulik grad, og hvilke faktorer som er vesentlige for at det skjer.

5.1 Prate-tema som reserve for å ha noe sammen

Jeg har delt prate-temaene de gamle tok opp inn i to hovedgrupper: *Tidligere livsverden*, for eksempel om tidligere arbeid eller hjemlassen og *her-og-nå-opplevelser*, for eksempel hva de gamle sier om hverandre eller det de gamle ser fra plassen sin. Disse to fenomenene ble sjelden knyttet sammen av de gamle. I store trekk sitter en igjen med et inntrykk av at opplevelser fra de gamles tidligere livsverden ikke knyttes til opplevelser de har i sin hverdag på institusjonen. Dette gjøres bare når de får hjelp til å aktivisere sine temaer, slik som vi snart skal se skjer med öLærerenö når jeg leser brev for ham.

De gamle klarer ikke å bruke prate-temaene på samme måte som den arbeidsledige George i Wadels studie (Wadel 1991) klarte det i forhold til sine omgivelser, selv som George også måtte ta hensyn til det Wadel kalte kulturelle koder, for hvordan en arbeidsledig öoppførerö seg.

Temaene de gamle berørte ble ikke tatt opp som noe de gamle virkelig snakket sammen om. De snakket stort sett ikke sammen. Ble det sagt noe, var det  ut i luften , eller til meg eller n r de gamle trengte hjelp til noe. Det kunne også være en kommentar i forbindelse med avislesning. Men i hvilken grad disse temaene ble nevnt, kommentert eller pratet om, varierte veldig. Det siste forekom nesten aldri. Det kan virke som om mange av de gamle ikke er interessert i   ha noe sammen, eller at de ikke klarer det, slik som n r Læreren prøvde   få kontakt med en  likesinnet , og ikke klarte det på grunn av at den andre var så tunghørt. De fysiske omgivelsene i  Stuen i vestibulen  og i  Stuen i korridoren  er ikke lagt til rette for kontakt, selv om de gamle ville hatt det. Det er for mange samlet på en plass. En dame på avlasting sa: *Jeg kan ikke bry de andre med mine ting.* De gamle er ikke i familie med hverandre, de er ikke venner eller gamle arbeidskamerater. *Vi vet om hverandre, men vi har ikke arbeidet på samme arbeidsplass,* var det en annen som sa. Og da er det kanskje en kulturell kode at en er avventende med   ta kontakt. Kan det også være slik at om de gamle hadde snakket sammen, ville de ikke fått selvbekreftende tilbakemelding fra de andre gamle fordi de andre ikke kjente dem fra f r? Ville de gamle fått tilbakemelding på det de hadde vært og fremdeles var? Ville prate-temaene ha blitt en plattform for de gamles selvaktelse og andres aktelse, slik de var det for George? Problemet er at de gamles tidligere roller og posisjoner er det hovedsakelig bare de selv som vet om og kan fortelle om. Mens George brukte prate-temaene for ikke   miste sin sosiale posisjon, snakket de gamle på aldersinstitusjonen nesten ikke med hverandre. Spørsmålet melder seg da: Kan man bruke prate-temaer som mestringsstrategi bare når man er blant noen man kjenner og fortsatt har kontakt med sine tidligere sosiale posisjoner eller livsverden?

5.2 Noen bilder

Læreren er en mann på 97 år. Han gir uttrykk for at han er interessert i det jeg holder på med og er glad for at noen interesserer seg for gamle mennesker. Læreren viser seg   v re en ressurssterk gammel og han klarer fra første dag   gripe tak i meg som en ressurs for ham. Han ber meg lese gamle og nye brev.

Læreren har strukturert sin hverdag på aldersinstitusjonen innen de rammer institusjonen gir, uten at han har mistet integritet og selvbestemmelse. En kan med Wadels (1991) ord si at han har både andres aktelse og sin selvaktelse i behold. Han benytter seg av tilbud på institusjonen, uten at han mister evnen eller muligheten til   bestemme over sin hverdag. Dette kommer blant annet tydelig til uttrykk når han og jeg skal avtale tid for brevlesing. Jeg må hele tiden justere meg etter hans rutiner og hans planlagte dag. Brevlesingen gjenspeiler en del av hans tidligere livsverden, og han klarer   bruke det vi snakker om til   knytte sin tidligere og nåværende livsverden sammen. Læreren forteller om seg selv ut fra innholdet i brevet og han spør også meg om min familie. Innholdet i brevet blir diskutert og han spør om min tolking. Vi deler v re livsverdener med hverandre for på den måten bedre   kunne forstå hverandre. Vi gir og f r, bytter erfaringer og lytter til hverandre. Selv om han må ha hjelp til   lese brevene, har han klart   bevare sin verdighet som lærer og bruker den også i sin daglige samhandling med de andre gamle når han siterer dikt og konverserer ved frokostbordet. Han prøver   ta kontakt med  likesinnede , en annen lærer, men her mislykkes han fordi den andre ikke klarer det på grunn av alderdomssvekkelse. Læreren er i stand til   utnytte sitt tidligere liv som en ressurs i sin hverdag. Han er i stand til   skape sitt eget sosiale rom ved   unngå generalisering, og han klarer dermed   bruke de muligheter som ligger i institusjonshverdagen. Han opprettholder sin sosiale status både overfor seg selv og overfor andre. Men ikke alle gamle klarer det i samme grad.

På aldersinstitusjonen har de fleste gamle mistet tidligere posisjoner og roller. De nye rollene de er tildelt ønsker de kanskje ikke   ha, noe jeg mener komme frem i Husmorens m te   takle sin tilværelse på. Husmoren kan ikke ordne i huset her, slik en annen av de gamle i min

undersøkelse. Strikkedamen kan strikke og har da et prate-tema som hun kan bruke i tilknytning til noe konkret. Husmoren er mye *ledig*. Hun har ikke prate-temaer som hun deler med andre, heller ikke med meg. Hennes her-og-nå-opplevelser knyttes ikke til hennes tidligere livsverden, slik Læreren klarte å knytte sine her-og-nå-opplevelser til sin livsverden, når jeg leste brev for ham. Et relevant spørsmål er da: Tar Husmoren avstand fra den verden hun lever i nå ved ikke å si noe, ikke øbrukeö den? Jeg merker hvor vanskelig det er å forholde seg til henne på en meningsfull måte, jeg vet så lite om henne og hun inviterer meg ikke til å dele noe med seg. Vi får ikke noe sammen. Husmoren fremstår som en av de mest generaliserte i min undersøkelse. Hvordan skal vi forstå dette?

Det viser seg at Husmoren er annerledes enn både Tømmerhoggeren og Læreren og at det er forskjeller dem imellom. Tømmerhoggeren har prate-temaer, men de må aktiviseres av andre, og i de situasjoner jeg møtte ham var det av meg. Tømmerhoggeren og jeg hadde en felles landbruksverden (jeg er oppvokst på gård) som vi kunne snakke om, noe som førte til dialog mellom önoen som har noe sammenö. Læreren tok imidlertid selv initiativ til å snakke. Selv om det var knyttet til et brev jeg leste for ham, var det han som hadde styringen. Han bestemte, som den gamle skolemesteren han var. Dialogen oss i mellom var likeverdig og vi diskuterte viktige spørsmål for ham. Dialogen mellom Tømmerhoggeren og meg var også likeverdig, men han måtte i mye større grad hjelpes til å bruke sine prate-temaer enn Læreren. Det samme gjaldt til dels også Strikkedamen, men strikkesøyen mitt som jeg hadde med meg på feltstudien var ofte et godt utgangspunkt for henne til å starte en dialog. Husmoren klarte ikke på samme måte å aktivisere sine prate-temaer, selv ikke ved hjelp av andre. Kanskje hun ikke ønsket det?

George, i Wadels studie (Wadel 1991) brukte sine prate-temaer for ikke å miste sin sosiale posisjon. Det kan tenkes at de gamle ikke tar kontakt med kjente eller fremmede gamle, fordi de er redde for at de ikke kan takle sosiale relasjoner slik de klarte det tidligere. De vil kanskje føle at om de ikke allerede har mistet sin sosiale status eller posisjon, så kan de risikere å gjøre det hvis de ödummer seg utö i slike sammenhenger. De gjør kanskje bevisst ikke bruk av prate-temaer, med isolasjon som følge, av samme grunn som George brukte prate-temaer. I de sosiale situasjoner som oppstår, bidrar likevel prate-temaer til å gjøre de personer som er til stede nærværende og gjøre andre nærværende, som når Læreren og jeg pratet om personer fra fortiden. Den typen nærvær er veldig betydningsfull i de gamles hverdag, men for å kunne utnytte dette positivt forutsettes det at de gamle har noen å snakke med. I min studie var det nesten bare meg, det så i alle fall slik ut for meg på de tidspunkter jeg var tilstede. Det å ha og kunne bruke prate-temaer burde være en viktig del av dagliglivet til gamle på aldersinstitusjon. Det er via prate-temaer at de gamle får anledning til å vise hvem de er og få formidlet hvem de har vært. På aldersinstitusjoner møter vi ofte den slag taushet slik jeg gjorde på de to institusjoner hvor studien ble utført. Men i de tilfeller samtaler kommer i gang blir imidlertid prate-temaer brukt til å bygge bro mellom ulike livsverdener og en oppdager at en kan ha noe felles.

Hvorvidt Læreren har en annen forståelse av fenomenet öå være gammelö enn de andre gamle har, er vanskelig å si. Men det er tydelig at han oppfører seg annerledes enn både Husmoren, Tømmerhoggeren og Strikkedamen. I forhold til meg er det han som tar initiativ fra første gang vi møtes. Strikkedamen og Tømmerhoggeren tar mer initiativ etter hvert som de kjenner meg igjen, men vi får aldri nok tid sammen til at de tar styringen på samme måte som Læreren gjør. Husmoren kommer aldri så langt i samhandlingen med meg. Selv om disse gamle opplever ulike grader av generalisering, viser observasjonene at aktivisering og bevaring av de gamles prate-temaer fra deres tidligere livsverden, ville kunne vise både de andre gamle og personalet hva som er bak *Den generaliserte gamle* og en ville få frem *Den ikke generaliserte gamle* i de ulike situasjoner. Det er vanskelig å forklare disse ulike grader av ikke-generalisering på annen måte

enn at det har sammenheng med de gamles mulighet til å aktivisere sine livsverdener ved hjelp av prate-temaer.

5.3 Om å ha en felles oppfatning av situasjonen slik at en kan ha noe sammen

Livsverden presenterer seg som en fellesverden, altså en verden en deler med andre. I den verden de gamle lever i på institusjon, kan det se ut til at de andre gamle oppleves som generaliserte. Mine observasjoner bekrefter at samhandlingen med andre kommer frem i små øyeblikk. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det objektiviserte, det generaliserte, blir det mest fremtredende i de gamles hverdag. I så fall vil det dominere samhandlingen som foregår både mellom de gamle og mellom de gamle og personalet, og grunnlaget for å forstå hverandre som ikke-generaliserte vil kanskje ikke være tilstede.

I noen situasjoner vil både de gamle og personalet ha helt forskjellig oppfatning av en situasjon. Gadamer (Jensen m.fl. 1990) stiller noen betingelser for at det overhode er mulig å få til en forståelse. Han tar utgangspunkt i at vi er historiske vesener. Både den som skal forstås og den som skal forstå er preget av sin historie, den tradisjon en er oppdratt i og det livet en lever og har levd. Forståelse, er derfor ikke kun forståelse av den andre, forståelse er også alltid selvforståelse. Vår forståelse bygger på det vi har med oss gjennom vår sosialisering. Både generelt og som fagpersoner preges vi av våre fordommer. For å komme inn i forståelsesprosessen må vi i følge Gadamer (Jensen m.fl.1990) gjøre to antagelser, det vil si forhåndsforventninger. En må forvente seg sammenheng og sannhet, altså beslutte seg for at det er mulig å forstå den Andre, og at det han sier er sant. Vi må altså bestemme oss for at de gamle er mulige å forstå.

I min studie ser en at de gamle har med seg fordommer eller myter om det å være gammel inn på institusjon og samhandlingen mellom de gamle bærer preg av dette. Jeg vil her gi et eksempel på hvordan Husmoren og en av de andre gamle damer oppfatter situasjonen helt forskjellig, nettopp med bakgrunn i fordommer om gamle. Husmoren sitter i rullestol på grunn av slag, hun er lammet i høyre side. Slaget har ikke gitt henne andre varige mèn, hun er klar og orientert og kan lett føre en samtale hvis hun vil. Idet en annen gammel dame, som er ny på institusjonen, går forbi klapper hun Husmoren på kinnet. Husmoren ser smilende opp på henne, da sier Den nye gamle: *Ja, bare le du, du er ikke så klar i hodet som meg, så det gjør ingenting.* Den nye gamle klarer ikke å tolke og forstå Husmoren som det hun er. På den annen side godtar Husmoren den andres definisjon av den situasjonen hun er i ved ikke å ørive seg løsø fra den, hun forsvarer seg ikke, prøver ikke å omdefinere situasjonen slik at den andre kan få en ny forståelse. Husmoren er ikke den hun var før. Hun opplever trolig seg selv som èn som ikke kan gjøre noe lengre, ikke fordi hun er en øsenil gammelö slik Den nye gamle definerer det, men fordi hun fysisk ikke er den samme som før. Det er heller ikke usannsynlig at hun er deprimert over sin situasjon og av den grunn trekker seg tilbake slik hun gjør. De to damene oppfatter ikke situasjonen likt, samtidig som både den andres og egen forståelse preger Husmorens situasjon.

Situasjonene er i mange tilfeller definert på forhånd på grunn av at samfunnets syn på det å være gammel er preget av negative fordommer om gamle, slik vi fikk illustrert det i eksempelet med Husmoren og Den nye gamle. Da er det ikke lett for en svak gammel, eller for den saks skyld for personalet, å omdefinere situasjonene. For å kunne det må en være sterk og ha et begrepsapparat for å kunne forstå. Hvis ikke vil situasjonen oftest bli definert ut fra *Den generaliserte gamle* både av personalet og av de gamle selv. De gamle vil bli fremmedgjort i eget hjem. Slik jeg opplevde situasjonen på aldersinstitusjonene er det bare de sterkeste av de gamle som klarer å ikke sette seg selv eller bli satt i en slik situasjon. Læreren er her et eksempel på det, Husmoren er et eksempel på det motsatte.

5.4 De gamle må ha hjelp

I følge Gadamer (Jensen m.fl. 1990) er livsverdenen der for alle, den kan ikke ignoreres. Sosiologene Berger og Luckmann (1979) formulerer det slik at hverdagens virkelighet ofte er tatt for en gitt virkelighet. De hevder også at den er et selvvinnlysende, et tvingende faktum og kommer en i tvil tvinges en til å oppheve tvilen i møte med hverdagens rutiner. Livsverdenen kan altså ikke ignoreres og hvis en ønsker å forbli i tvilen, må en foreta et ekstremt skifte for å omgå livsverdenen gjennom en teoretisk eller religiøs kompensasjon. Det er kanskje slik en i noen tilfeller må oppfatte noen av de gamles reaksjoner når de sitter taus i *Stuen i vestibulen* eller i *Stuen i korridoren*. Slik de gamles livsverden fortoner seg for dem nå, blir den vanskelig, kanskje uutholdelig å takle og de har på grunn av alderdomssvekkelse ikke krefter til å gjøre noe med den. De *ögår* inn i seg selv og forblir i sin egen verden, for ikke å oppleve den generaliserte *ögammilverden* på institusjon og for å bevare sin selvaktelse og andres aktelse.

Min studie (Jørgensen 1997) gir grunnlag for å hevde at gamle trekker seg tilbake og blir tause fordi de ikke finner noe kjent i sin nye hverdagsvirkelighet på aldersinstitusjonen. Det er en verden som for den enkelte gamle ikke er noen felles hverdagslivsverden, det er en ukjent verden hvor en oppfører seg som gjest. De er for gamle og for svake til å omdefinere den forståelsen av situasjonen som andre har gitt hverdagslivsverdenen på institusjon. Aldersinstitusjonen som system er også for lite fleksibelt til at de gamle skal lykkes. De gamle må ha hjelp for å skape kvalitative personlige relasjoner som kan bringe dem tilbake til en verdig tilværelse. Pleiepersonalet må få mye større anledning til å være tilstede sammen med de gamle, slik at de kan hjelpe dem til å bli kjent med hverandre og til å bevare sitt gamle nettverk. Min tilstedeværelse på de to institusjoner underbygger en slik påstand. De gamle kunne konkurrere om å samhandle med meg når jeg tok initiativ. De hadde da mulighet til en meningsfylt hverdag ved blant annet å snakke om ting de var opptatt av. Studien underbygger at *prate-tema* er et viktig redskap til å bevare og gjøre bruk av sin tidligere livsverden som en reserve, en tilnærming personalet i større grad må få anledning og kunnskap til å bruke.

De fleste av de en møter i hverdagen, hjelper til med å bekrefte en persons subjektive virkelighet. Og i de sosiale prosesser som vedlikeholder virkeligheten kan en skjelve mellom betydningsfulle og mindre betydningsfulle andre. Når de gamle ser på seg selv gjennom å se på andre som sitter i *Stuen i vestibulen* og i *Stuen i korridoren*, får de en tilbakemelding på hvordan det er å være gammel på institusjon. *Prate-temaer* kan i mange tilfelle fungere som *ökke* så betydningsfulle andre. De gamle får gjennom samtale delvis en bekreftelse på det de var og fremdeles er, men de må i utgangspunktet ha hjelp til å bruke sine *prate-temaer*. Personalet vil også i utgangspunktet være *ökke* så betydningsfulle andre. Om de noensinne kan erstatte den *öbetydningsfulle andre* er et viktig og vanskelig spørsmål. Et problem vil også være om en kan forlange eller pålegge personalet å ha en slik rolle over for den gamle. Sykepleier og forsker Kari Martinsen (Jensen m.fl.1990) sier at sykepleie er en moralsk praksis. Spørsmålet er likevel om denne moralske praksis innebærer at personalet skal overta *öden betydningsfulle andres* plass når han/hun ikke lengre er tilstede for den gamle?

Avslutningsvis kan en spørre seg: Hvilken forståelse skal personalet som har ansvar for våre gamle ha? I tilfelle personalet har den rette forståelse, hvordan er da muligheten for å få til forståelse så lenge de gamle spiller en rolle som Den generaliserte gamle og ikke spiller ut Den ikke-generaliserte gamle? Det samfunnskapte bilde av *Den generaliserte gamle* som preger både aldersinstitusjoner, personalet, de gamle og deres nettverk, er et viktig område å arbeide videre med skal en få til en utdypet forståelse av de gamles livsverden i institusjon.

I følge sosiologen Pierre Bourdieu, produseres og reproduseres sosiale former som resultat av et begrenset kunnskapsreportoar hos aktørene i systemet (Jensen 1994)). Dette er et meget sentralt punkt, hvis en vil få til endringer i aldersinstitusjoner. De ulike reformene vil ikke øsynke ned i praksis av seg selv uansett hvor gode de måtte være, og de har kanskje heller ikke mulighet til det på grunn av omsorgsarbeidets organisering. De som i siste instans skal endre praksis, har ikke kunnskaper nok og vil derfor fortsette å reprodusere meninger om gamle på institusjon. Endringer vil bare være mulig hvis betingelsene for endring er forstått i alle deler av en organisasjon, fra de som lager reformene til de gamle, de gamles nettverk, personalet på institusjonene og de som utdanner dette personale.

Nytenkning må ikke bare innebære å ta i bruk kreative nye tiltak. Like sentralt er det å bruke det som allerede er der i de gamles livsverden, og med bakgrunn i teori skape en forståelse ut fra *Den ikke-generaliserte gamle*. Da ville det være mulig for de gamle med hjelp fra sine omgivelser å skape sin egen tilværelse, også på en aldersinstitusjon.

Litteratur

Berger, Peter. L. og Luckmann, Thomas (1979). *Den samfundsskabte virkelighed*. Viborg: ALMA Lindhardt og Ringhof.

de Beauvoir, Simone (1984). *Alderdommen, bind 1 og 2*. Viborg Fremad.

Jensen, Karen (1995). *Hjemlig omsorg i offentlig regi*. En studie i kunnskapsutvikling i omsorgsarbeidet. Oslo: Universitetsforlaget.

Jensen, Torben (1990). Sygepleje som etisk know-now - hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode. I: Jensen T. m. fl. *Grundlagsproblemer i sygeplejen*. Århus: Forlaget Philosophia.

Jørgensen, Else (1997). *I de siste vintrene - en feltstudie av gamle på aldersinstitusjon*, Hovedoppgave ved hovedfag for helsefag. Institutt for sosialt arbeid. Universitetet i Trondheim.

Martinsen, Kari (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I Jensen m.fl. *Grundlagsproblemer i sygeplejen*. Århus: Forlaget Philosophia.

Pahuus, M. (1988). Livsverdenens ubestemtheds karakter i fænomenologien og i livs-filosofien. *Philosophia - Tidsskrift for filosofi*. Årgang 17, nr. 1-2. Århus.

Ramhøy, Pia (1991). *Livsform og alderdom. Hvordan ældre mestrer et midlertidigt sygdomsforløb*. Odense: Akademisk forlag.

Wadel, Cato (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek A/S.

Kapittel 3

Respekt og likeverdighet i hjelperelasjoner

Av Helene Hanset Willa

1.0 Innledning

En bestemt episode jeg opplevde under en observasjonspraksis gjorde spesielt inntrykk på meg, og danner bakgrunn for mitt valg av tema. Denne episoden går i korte trekk ut på at en beboer flere ganger ble respektløst behandlet av sine pleiere gjennom en dagvakt, i alle fall slik jeg følte det. Respektløsheten artet seg som baksnakking personalet i mellom, snakking over hodet på ham, å ikke tro på det han sa og bruk av en type humor som oftest gikk på hans bekostning.



Foto: Arne Strømme

For eksempel fikk pasienten beskjed av pleieren om å oppføre seg ordentlig under morgenstellet siden en student skulle observere. Han ble etterpå beskyldt for å ha sovet gjennom stellet, siden han var så rolig! Mannen benektet dette, men pleieren holdt på sitt og ba i tillegg om mitt samtykke. Jeg ble svært beklemmt av denne situasjonen. Min opplevelse var en mentalt klar beboer som på alle måter gav uttrykk for at han mistrikket. Senere hadde jeg en fin samtale med ham alene, der han fortalte om seg selv. Jeg opplevde en selvstendig og ærverdig mann som hadde opplevd mange tap han ikke klarte å forsone seg med. Det var lett å forstå en god del av hans aggresjon og misnøye, særlig etter mine observasjoner av personalet. Jeg tror personalet var velmenende og ikke selv anså sin væremåte som respektløs.

Tanken på å leve et liv hvor en er avhengig av hjelp til alt, hvor en ikke blir sett og respektert som likeverdig menneske, er både vond og skremmende. Min problemstilling er derfor:

Hvordan kan pleier i sykehjem fremme relasjoner preget av respekt og likeverdighet?

2.0 Fremstilling av aktuelle teorier og fagstoff

Jeg har valgt å dele inn denne fremstillingen av fagstoff i to underkapitler; Hjelperelasjoner i sykehjem og Respekt og likeverdighet i hjelperelasjoner. Denne inndelingen er gjort for å fremheve den todeling jeg mener problemstillingen min har.

2.1 Hjelperelasjoner i sykehjem

I det øyeblikket et tidligere selvhjulpent menneske trer inn i en sykehjemstilværelse, vil det skje en viktig forandring i dets liv. En av forandringene er overgangen fra gamle til nye roller. Dette kan i blant innebære en overgang fra å være den som handler, vurderer og tar avgjørelser, til å bli en som er gjenstand for andres handlinger, vurderinger og avgjørelser. Videre blir det som til da har vært rent privat anliggende, gjort til innsyn for det offentlige, og privatlivet blir dermed avprivatisert. Dette gjør at pasientene blir sårbare overfor sine pleiere, siden relasjonen dem i mellom er preget av ulikt maktforhold. Pleierne gir den hjelpen og innehar den fagkompetansen pasienten trenger og er helt avhengig av i det daglige, og

pasientene er prisgitt at pleierne skjøtter sin jobb på en faglig og etisk god måte. I tillegg er det misforhold mellom hva de ulike partene vet om hverandre, da pleierne har tilgang til mye sensitiv informasjon vedrørende pasienten, mens pasientene gjerne vet lite eller ingenting om sine pleiere. Dette er noe av det hjelperelasjoner handler om. Hanssen og Røkenes (2002) sier følgende:

En god fagperson møter hele mennesket. Gode fagfolk kan samhandle med andre mennesker på en måte som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt, og anerkjennelse, og som fremmer selvstendighet og medvirkning (s.20).

For meg ser det ut til at forfatterne mener en god fagperson bør inneha kunnskap, kompetanse, og praktisk erfaring, slik at den er i stand til å samhandle med sine pasienter på en måte som både ivaretar pasientens uttrykte og ikke uttrykte behov i hjelperelasjonen. Sosialpedagog Ragnhild Andresen (2000) sier at vi kan tenke på relasjoner som en berøring ó vi berører og berøres av hverandre. Dette synes jeg er en god beskrivelse av hva relasjonsbegrepet favner, som både bringer frem de fysiske og emosjonelle aspektene på en og samme tid. Jeg vil ut fra dette se all mellommenneskelig samhandling som relasjoner, og lar dette være definisjonen av relasjonsbegrepet i min problemstilling. Siden vi alle berøres av hverandre gjennom de relasjonene vi har sammen, er det særs viktig å tenke på hvordan vi som pleiere berører den andre. I hjelperelasjoner må det være et mål at pasienten sitter igjen med en best mulig følelse etter relasjoner med sine hjelpere. Pleierne må kunne berøre menneskene rundt seg på en måte som inngir trygghet, fred, og positivitet.

Som jeg var inne på innledningsvis er det stor ulikhet mellom partene i hjelperelasjonen, og det er derfor relevant for oppgaven å si noe om symmetriske og asymmetriske relasjoner. Disse begrepene sier noe om hvorvidt det er et likeverdig forhold mellom aktørene i en relasjon. I en symmetrisk relasjon er begge personene i relasjonen på samme nivå og likeverdige, mens i asymmetriske relasjoner er en av partene den andre overlegen på en eller annen måte (Andresen 2000). Forholdet mellom pasient og pleier i sykehjem er et typisk eksempel på en asymmetrisk relasjon, der pasienten er avhengig av hjelp fra pleieren, og hvor pleieren innehar overlegen faglig kompetanse og er slik sett eksperten i relasjonen. Asymmetrien i relasjonen mellom pleier og pasient blir trolig også forsterket av sykehjemmet som arena. Pasient og pleier kunne kanskje hatt en symmetrisk relasjon som privatpersoner på et annet temaområde enn sykdom og pleie, men i sykehjemmet hvor pleie står i hovedfokus, er det vanskelig å komme forbi de skjeve maktforholdene i relasjonen. Den ene behøver hjelp fra den andre, og sykehjemmet er stedet hvor denne hjelpen gis og hvor dette er hovedfokuset.

Jürgen Habermas har synspunkter knyttet til asymmetriske relasjoner (Andresen 2000), og jeg mener han er interessant å ta med i denne oppgaven, da han problematiserer en del omkring relasjoner med ujevne maktforhold. Habermas opererer med motsetningene herredømmefrie relasjoner og relasjoner preget av makt. Det å ha en gjensidig forståelse er grunnleggende i Habermas sitt livsverdenbegrep, og likeverdighet mellom menneskene i relasjoner er et krav for å kunne utføre kommunikative handlinger i relasjoner. Med dette sier altså Habermas at kommunikative handlinger bare er mulige i symmetriske/herredømmefrie relasjoner, når faktorer som tvang, trusler og makt er fraværende. Dersom Habermas har rett i at kommunikative handlinger og likeverdighet ikke kan finne sted i asymmetriske relasjoner, er utfordringen å finne ut hvordan pleier skal kunne fremme relasjoner preget av respekt og likeverdighet, til tross for dette. Personlig stiller jeg meg kritisk til hvorvidt asymmetri i en relasjon alltid vil ha så inngripende effekt i en hjelperelasjon, at såkalt likeverdig kommunikasjon mellom pleier og pasient overhodet ikke kan forekomme.

Det er svært viktig å vite noe om hvordan vi i praksis møter hverandre i hjelperelasjoner, da dette vil ha betydning for hvordan vi opplever relasjonen. I henhold til denne oppgavens problemstilling må jeg som pleier vite noe om hvordan jeg møter mine pasienter/andre mennesker, og hvordan jeg oppleves av andre. Martin Buber (Botnen Eide et al 2005) trekker frem to ulike måter å ha relasjoner på; øjeg-detö-relasjoner og øjeg-duö-relasjoner. Jeg-det-relasjonen er i følge Buber den mest vanlige relasjonen, og utgjør den daglige samhandling med tingene i våre omgivelser. Han mener i tillegg at vi ofte kan se på menneskene omkring oss på samme måte. Da ser vi dem bare som en del av miljøet, og kun på avstand ó som en ting, et objekt. Motsetningen til dette er jeg-du-relasjonen, der menneskers innerste vesen treffes i en virkelig dialog ó et møte. Møtene er kun mulig om man selv er deltakende og medværende, og det er i slike møter menneskene kan utvikle medmenneskelighet og identitet. Buber beskriver videre møtet med den andre som et vågestykke. Årsaken til dette er at man må våge å bruke seg selv, uten å vite hva som blir konsekvensen av dette i dialogen og møtet med den andre. Ingen møter er identiske, da ingen mennesker er like, vi er unike subjekter. Møtet blir til ved interaksjon mellom individer. Målet for pleiere i sykehjem må være å tilstrebe jeg-du-relasjoner, og være i stand til å få til virkelige møter med sine pasienter. Likevel er sannsynligheten større for at vi tingliggjør de daglige omgivelsene våre, inklusiv våre pasienter, da jeg-det-reasjoner er mest vanlig blant oss mennesker i følge Buber. Dette bør vi som pleiere være bevisst på og forsøke å unngå.

Dialektikken har blikket rettet mot det tosidige eller mangesidige i relasjoner, og presiserer viktigheten av at vi tenker både-og og ikke enten-eller, når det gjelder relasjoner og relasjonelle faktorer. Den dialektiske relasjonstanken ligger til grunn for psykolog Anne-Lise Løvie Schibbye (2004) sitt syn på hvordan selvet utvikles eller feilutvikles i dialog med andre. Relasjonspartene vil alltid påvirke hverandre i positiv eller negativ retning. Som mennesker observerer vi alltid den andre i et gjensidig samspill med oss selv, der den andre (og vi selv) er sirkulært påvirket av hverandres væremåter og responser. Ut fra dette kan f.eks. ikke en pleier uttale seg objektivt om en pasient, dersom pleieren og pasienten har hatt en relasjon sammen. Pleieren og pasienten vil være farget av hverandres innvirkning på hverandre, noe særlig pleieren som profesjonell fagperson og hjelper bør ha et bevisst forhold til.

2.2 Respekt og likeverdighet i hjelperelasjoner

Respekt er et litt utfordrende begrep å forholde seg til, siden begrepets innhold til en viss grad blir avgjort av individenes subjektive opplevelser. Som jeg har vært inne på tidligere, vil pleier og pasient i hjelperelasjonen kontinuerlig gjensidig påvirke hverandre og den faktiske relasjonen dem i mellom. Opplevelsen av respekt vil dermed variere med individ og relasjon.

Botnen Eide et al (2005) hevder at det å føle seg respektert ofte handler om å føle seg sett, verdsatt, og hørt med egen østemmeö. Det å ha en egen østemmeö handler om at en er en egen person, og at en har noe å si. Enhver stemme er unik og personlig, da ingen mennesker er helt like. På meg virker det som at forfatterne mener at mennesker har behov for å føle seg hørt med sin østemmeö, og med dette bli bekreftet som individ av sine omgivelser. Dette synspunktet er noe jeg vil ta med meg videre, da bekreftelse av individet og dets unikheter trolig er vesentlig, når jeg skal forsøke å få frem hva pleieres respektfremmende væremåte kan være i drøftingen. Noe jeg også synes er spennende vedrørende beskrivelsen av respekt hos Botnen Eide et al, er deres tanke om at individet blir til i den måten det blir snakket til på. Respekt handler derfor ikke bare om aksept. Gjennom å tiltale den andre med respekt inkluderes et potensial eller en mulighet, noe blir til - noe nytt skapes. Det er spennende å reflektere over hva jeg som pleier kan åpne av muligheter for pasienter i sykehjem, ved å høre deres

östemmeö, og ved å se og anerkjenne dem som mennesker. Jeg mener dette i høyeste grad handler om å fremme relasjoner preget av respekt og likeverdighet.

Det å behandle pasienter med respekt vil si å se pasienten og behandle han eller henne som et menneske, et menneske som er lik en selv, tross avvikende atferd. Dette skriver sykepleier Solfrid Vatne (2006:195), og hun får med dette satt ord på mange av de tankene jeg har gjort meg i forkant av denne oppgaven. Problemstillingen min ble til ved en undring omkring pleiernes behandling av en pasient, og her føler jeg Vatne sier til meg at det ikke var rett av pleierne å behandle pasienten slik. Dette sitatet handler om å ha respekt for menneskeverdet og se pasienten som et likeverdig menneske, uavhengig av pasientens sykdomsuttrykk og manglende evne til kommunikasjon. Likeverd er basert på at mennesket i seg selv har egenverdi i egenskap av å være menneske, slik at alle pasienter har rett til å bli behandlet som individuelle personer med ulike behov. Vatne sier videre at toleranse for andre menneskers oppfatninger og væremåter ligger innebygd i verdien egenverd. Dette innebærer ikke at all type atferd skal aksepteres, men at eventuell grensesetting o.l. må gjøres på en minst mulig krenkende måte. Det må gjøres på en måte som anerkjenner pasientens egenverdi. Vatne skildrer også problematikken som oppstår i det pasienter har avvikende atferd, manglende evner til å kommunisere o.l., hvor det for pleierne kan bli vanskelig öå se det menneskelige ved pasienteneö. Klarer man ikke å se mennesket man samhandler med, vil det trolig være vanskelig å fremme respekt og likeverdighet i relasjonen.

Et annet aspekt i dette, er vesentligheten av å ikke bare knytte respekten opp mot pasientens konkrete egenskaper eller bestemte kvaliteter. Det er fort gjort å gjøre dette, også i relasjonen mellom pleier og pasient. F.eks. er det ofte lett for pleieren å skryte av hvor flink pasienten er til å rydde på rommet sitt, altså en konkret ferdighet. Dersom pleieren i tillegg ikke er flink til å rose pasienten som individ, kan dette føre til at tapsfølelsen for pasienten, ved å miste praktiske ferdigheter ved et senere tidspunkt, blir enda verre. Ferdigheten har blitt knyttet opp til selvfølelsen, og følelsen av å ha rett til å bli respektert. Lege Eivind Meland (2005) har skrevet en artikkel hvor han spesielt tar for seg Richard Sennet (2003) sine teorier omkring samfunn, respekt og gjensidige relasjoner. Sennet hevder at gjensidighet er grunnleggende for den menneskelige respekt, og siden verden er preget av ulikhet og asymmetri i de mellommenneskelige relasjonene, må den gjensidige respekten bygges på noe annet enn prestasjon. Meland drar disse tankene videre og setter de inn i et samfunnsaktuelt søkelys, der han problematiserer at vi forveksler autonomi (selvbestemmelse) med selvstendighet (uavhengighet), og selvrespekt med prestasjon. Problemet med dette er i følge Meland, at det blir umulig å være selvbestemmende samtidig som man er gjensidig avhengig, hvilket burde være mulig. Dette gjør at det i vår kultur blir vanskelig å vise sin avhengighet. Fordi dette oppfattes som en trussel mot egen integritet. Meland sier videre at dette også utgjør et problem for pleieren, fordi den ikke ser hjelp og pleie som en assistanse til autonomi. På denne måten påstår forfatteren at omsorgstjenestene fratar folk sin selvbestemmelsesevne og heller drukner dem i hjelpeløshet skapt av oss pleiere. Dette er krasse men spennende tanker, synes jeg, som er aktuelle for denne besvarelsen. Ut fra Meland fremmer ikke pleierne relasjoner preget av respekt og likeverdighet per i dag, derfor vil jeg se på hvordan han mener vi som pleiere skal gjøre dette.

Pasientenes synspunkter er også svært viktige oppi dette, men det har dessverre vist seg vanskelig å finne artikler som går direkte på sykehjemspasienter og hvordan de önsker å bli mött med respekt fra sine pleiere. Jeg har likevel funnet relevante opplysninger omkring relasjonen mellom pleier og pasient i studien öTrivsel i sykehjemö av Ådel Bergland (2006). Hun fant at det var ulike typer relasjoner pasientene önsket å ha til sine pleiere. Enkelte

pasienter ønsket å ha personlige relasjoner til sine pleiere, og la vekt på viktigheten av å anerkjenne hverandre som mennesker, og ikke bare i rollene som pasient og pleier. Noen av pasientene la vekt på å ha et gjensidig og vennskapsliknende forhold til enkelte pleiere, mens andre pasienter synes det var viktig å ha ikke-personlige relasjoner til pleierne (Bergland og Kirkevold 2005). Dette var gjerne pasienter som hadde gode relasjoner til egen familie, og hadde venner og slektninger som var flinke til å besøke dem. Felles for alle pasientene som deltok i undersøkelsen, både de som trivdes og de som ikke trivdes i sykehjem, var at de mente relasjonene med pleierne var viktige fordi de gjorde hverdagen i sykehjemmet bedre. De som ikke trivdes mente at gode relasjoner til pleierne ikke var tilstrekkelig for å trives, men at de, som sagt, gjorde livet i sykehjemmet bedre (Bergland og Kirkevold 2006). Pasientene la vekt på at vennlige og kompetente pleiere var viktig for dem i deres hverdag i sykehjemmet. Pasientenes synspunkter om hva som er viktig for dem i en hjelperelasjon, synes i stor grad å være sammenfallende med de teoretiske perspektiver jeg tidligere har presentert. I drøftingen skal jeg se nærmere på hva pasientene mener er positivt med vennlige og kompetente pleiere, da jeg tror pasienter som trives i sykehjem også primært føler seg respekterte. Jeg vil da finne ut mer om hvordan jeg som pleier kan fremme relasjoner preget av respekt og likeverdighet.

3.0 Analyse og diskusjon av fagstoff

I denne delen av oppgaven skal jeg analysere meg frem til svar på min problemstilling. Jeg skal i diskusjonen forholde meg kritisk både til litteraturen og min egen forforståelse, slik at drøftingen blir så objektiv som mulig. Jeg må ta i betraktning og være bevisst på at oppgaven min uavhengig av disse nevnte forholdsreglene, vil farges av min forforståelse.

Jeg velger å dele opp drøftingen av resultater i to underkapitler, ut fra problemstillingens to temaområder.

3.1 Hjelperelasjoner preget av respekt og likeverdighet ó hva er det, og er det mulig?

Respekt og likeverdighet i relasjonen mellom pasient og pleier, har i denne oppgaven fokuset mot at det er pasienten som skal føle seg respektert og likeverdig av pleierne, og at pleierne som fagpersoner har ansvaret for å fremme relasjoner som gir pasienten denne følelsen. I fremstillingen av utvalgt fagstoff kom det frem mange like tanker om hva respekt og likeverdighet er, men det eksisterte ulike teoretiske meninger om hvorvidt det er mulig å oppnå dette i asymmetriske relasjoner. Det er dessuten vesentlig å være bevisst at mange faktorer vil i det daglige vanskeliggjøre det å fremme relasjoner preget av respekt og likeverdighet i praksis. Pleierne kan være slitne, de kan ha personlige problemer, de kan være lei av jobben sin, de kan ha en spesielt utfordrende pasientgruppe, osv. Jeg ser det kan være mange hinder i veien for de gode hjelperelasjonene, men mitt fokus i denne oppgaven er ikke hindrene. Fokuset er hvordan pleier i sykehjem, i følge utvalgt teori, faktisk *kan* fremme relasjoner preget av respekt og likeverdighet. Jeg vil derfor ikke vektlegge hvordan pleier i sykehjem bør forsere hinder for å kunne fremme slike relasjoner.

Teoriene sier så mangt om hva som er viktig i en god hjelperelasjon. En god pleier må kunne møte hele mennesket, og relasjonen med pasienten bør bidra til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt, og anerkjennelse, samt fremme selvstendighet og medvirkning (Hanssen og Røkenes 2002). I tillegg bør pleierne, i henhold til Buber (Botnen Eide et al 2005), bevisst forsøke å unngå tingliggjøring av pasientene. Pleierne må kontinuerlig tilstrebe virkelige møter med sine pasienter gjennom jeg-du relasjoner, og de må ha et bevisst forhold til egen innvirkning på relasjonen i henhold til dialektikken (Schibbye 2004). Pasientene på sin side

mener også at gode pleiere og hjelperelasjoner har betydning for deres trivsel i sykehjemmet (Bergland 2006). Teoretisk vet vi altså hva som er viktig og riktig, eller hva?

De fleste pleiere jeg snakket med under observasjonspraksisen, gav uttrykk for at de visste hva en god pleier burde være i stand til. Jeg observerte at mange av pleierne var meget flinke til å lese sine pasienter, og klarte på denne måten å forstå pasienten og imøtekomme dens behov, uten at pasienten måtte bruke krefter på å forklare. Det virket som at pasientene syntes dette var tilfredsstillende. Det var ofte slik at de pleierne som visste hva de skulle gjøre, var de pleierne pasientene likte best å ha relasjoner med. Kanskje handler dette nettopp om følelsen av å bli sett som menneske. At det er betydningsfullt for pasienten at pleieren husker fra gang til gang hvordan den liker best at f.eks. stellet foregår, og at pleieren tilstreber å gjennomføre det på nettopp denne måten hver gang. Pasientene vil få følelsen av å bli respektert gjennom at deres ønsker blir oppfylt, og fordi deres mening blir husket fra gang til gang.

Habermas (Andresen 2000) er imidlertid av den oppfatning at kommunikative handlinger og likeverdighet ikke kan forekomme i asymmetriske relasjoner. Jeg tilkjennegjorde min skepsis til denne holdningen allerede under fremstillingen av fagstoff, men vil likevel se nærmere på om Habermas har noen poeng som kan settes i forbindelse med kliniske hjelperelasjoner. Det at pleieren står i en posisjon der den har mer makt enn pasienten, og i hvert fall har større mulighet til å utøve makt, kan sannsynligvis prege enkelte pasienter. Dette vil kunne gi seg utslag ved at pasienten ikke våger å si sin egentlige mening i samtaler med pleierne, slik at kommunikasjonen ikke får et økteö innhold. Pasientens frykt for at pleiere skal misbruke makten sin, vil trolig ha destruktiv innvirkning på dialogen dem i mellom, uavhengig av om frykten er berettiget eller ikke. Frykten kan f.eks. handle om en redsel for å bli straffet, kanskje ved at en ikke vil motta nødvendig hjelp og pleie, eller frykt for at betydningsfulle pleiere vil avbryte en kjærkommen relasjon. En annen konsekvens av skjeve maktforhold i hjelperelasjonen, er at pasienten kan resignere ved erkjennelsen om at den er avhengig av andre, og ikke lenger kan klare seg selv.

Som vi ser er Habermas sine teorier anvendelige når utfordringene knyttet til asymmetrien i hjelperelasjonen skisseres, men jeg velger å tro at virkeligheten også kan være annerledes. De skjeve maktforholdene er ikke til å komme forbi, og heller ikke at pasientene kan la seg påvirke av denne realiteten. Til tross for dette er det slik at pleierne sin myndighet og handlinger er regulert av ulike lovverk, samt yrkesetiske retningslinjer, interne regler, m.m. Ulikt regelverk skal i tillegg virke beskyttende for pasientene, og trolig blir stadig flere av dagens sykehjemspasienter sine rettigheter bevisste. Pleierne har likevel makt, som følge av pasientenes avhengighetsforhold og pleiernes faglige og praktiske kunnskap, men makt behøver ikke alltid å være negativt. En god pleier bør være bevisst sin makt og ha kompetanse og evne til å forvalte denne på en positiv måte, slik at den kan nyttes til fordel for pasienten. F.eks. vil jeg anta det er mer betryggende enn skremmende for en pasient å få hjelp av en pleier som har spesielt god kunnskap om hans/hennes lidelse, fremfor å bli overlatt til pleiere uten kunnskap. Kunnskap er noe pasientene ønsker, forventer, og krever av sine pleiere. Jeg ønsker å komme frem til at respekt og likeverdighet kanskje handler mer om pleierens væremåte og maktforvaltning, enn om hvorvidt den ene parten i relasjonen innehar mer makt enn den andre. Det er tross alt i egenskap av å ha tilegnet seg spesiell fagkunnskap at pleierne jobber der de gjør, og fordi pasienter har behov for deres kunnskap og tjenester. Jeg tenker at det er mer avgjørende hvorvidt pasient og pleier ser hverandre som mennesker i sin relasjon til hverandre, enn om den ene har mer makt enn den andre. Min hypotese er at hvis pleiere møter mennesker (pasienter) som mennesker (pleierne), vil en mellommenneskelig relasjon lettere kunne tre frem.

Buber (Botnen Eide et al 2005) hevder at alle folk har lett for å tingliggjøre menneskene i sine omgivelser, særlig de menneskene vi omgås mest til daglig. Vi ser dem så ofte at vi slutter å se mennesket ó de blir mer som gjenstander for oss. Det er en klar fare for at pleiere og pasienter kan tingliggjøre hverandre. Som fagpersoner er det pleierne som etter min mening har et overordnet ansvar for alltid å tilstrebe det å se pasienten som et menneske, og at de møter pasienten i såkalte jeg-du relasjoner. Studien til Hovdenes (2002) om pleier-pasient-relasjonen i sykehjem sier også noe om dette, når hun gjengir en pasients utsagn:

Jeg ligger her ó hele dagen. Ingen kommer inn, bare når de skal skifteí (í) De bryr seg ikke om mennesket som ligger derí Nei ó de ser bare bleien: Er det vått eller er det ikke våttí (í) Jeg blir en ting ó Jeg blir redusert til en tingí (s.24).

Dette forteller altså en pasient, og det kommer tydelig frem at pasienten føler seg tingliggjort. Pleierne kommer ikke inn for å se til pasienten, men de kommer for å utføre en rutinemessig sjekk av bleien. Dette kan oppleves både sårende og nedverdiggende for pasienten, og bidrar til det stikk motsatte av å få pasienten til å føle seg respektert og likeverdig. Dette eksempelet illustrer viktigheten av at pleierne til enhver tid er seg bevisste hvordan egen væremåte kan oppleves, samt at det daglig fokuseres på at det er mennesker med individuelle behov og historier de skal hjelpe. En slik konstant bevisstgjøring av seg selv som yrkesutøver, vil trolig kunne føre til at en evner å ha flere jeg-du relasjoner med pasientene i det daglige arbeidet. Hvor viktig det kan være for pasientene å føle seg sett, kan illustreres gjennom dette eksempelet fra Hovdenes (2002):

Jaa ó sånn så flere stykker når de går fra vekten så hilser de i døren og sier ögod natt!ö. Da føler jeg at de bryr seg om meg ó og da føler jeg at jeg har det godt (s.23).

Dette pasientutsagnet forteller også noe om at det kan bety mye for selvfølelsen, og følelsen av likeverdighet mellom mennesker, det å kjenne at noen bryr seg om en. Følelsen av å bli sett og husket på som unikt menneske av et annet menneske, tror jeg vil kunne bidra til å bygge opp en gjensidig menneskelig respekt mellom pleier og pasient, som vil medføre at de føler seg som likeverdige mennesker. Dette vil kunne skje i jeg-du relasjoner, når pleier og pasient møtes i det Buber kaller en virkelig dialog ó et møte.

I forhold til de to eksemplene som her er nevnt, er også dialektikken sentral. Verken pleier eller pasient kan forstås uavhengig av sin sammenheng (Schibbye 2004), og eksemplene illustrer meget godt hvordan både pleier og pasient innvirker på relasjonen dem i mellom, ved sin tilstedeværelse. Pleiernes likegyldighet til pasienten og sentrerte fokus på bleien i det første eksempelet, virker sårende på pasienten, som da kan få en negativ holdning til sine pleiere. Denne eventuelle mistilliten til hjelperne, vil igjen trolig kunne innvirke på relasjoner, slik at disse blir stadig mindre gode - som en ond sirkel. Det viktige å ta med seg er den faktiske muligheten for å etablere sirkler av positiv karakter. Ved å være bevisst hvordan egen væremåte, formuleringer, toneleie, holdninger, personlighet, o.l. kan virke inn på andre mennesker vi samhandler med, vil det være mulig å korrigere sin atferd som pleier i positiv og utviklende retning. Dette kom godt til syne i det andre eksempelet, der en pasient følte seg verdsatt som menneske takket være en ganske enkel handling og dialog med noen av sine pleiere. Det at enkelte av pleierne tok seg tid til å si god natt før de dro hjem, kan kanskje ikke sees på som en dyp og betydningsfull dialog dem i mellom, eller er det nettopp dette som er det? Denne relativt enkle hilsningen av en helt dagligdags karakter, gjorde at denne pasienten følte at den hadde det godt. Kanskje gir dette eksemplet oss en pekepinn om at det gjerne er i de mer dagligdagse dialogene at gode hjelperelasjoner kan skapes? Dialogen og samspillet

mellom pleier og pasient, har stor betydning for hvorvidt det oppnås en god hjelperelasjon preget av respekt og likeverdighet, og kunnskap om når og hvordan dette kan skje er viktig å inneha. Det er i hjelperelasjoner derfor vesentlig at pleieren alltid er bevisst sin egen innvirkning i relasjonene, da både pasientenes og pleierens selv enten kan videreutvikles positivt eller feilutvikles i dialog med hverandre (Schibbye 2004). Hovdenes (2002) sine eksempler viser dette både på godt og vondt.

Min egen erfaring fra observasjonspraksisen, om pasienten jeg følte ikke ble respektfullt behandlet av sine pleiere, har jeg også lyst til å trekke inn her. Som jeg nevnte innledningsvis i denne oppgaven, tror jeg ikke pleierne i denne situasjonen selv anså sin oppførsel som gal eller uetisk. Jeg opplevde ikke at de ønsket å krenke pasienten, og tror kanskje det hele var et resultat av pleierens manglende refleksjon og kunnskap omkring pasientrollen, respekt for individet, og relasjonsteori. Schibbyes dialektiske relasjonstanke passer godt inn her, da jeg tror pleierne ved å omtale pasienten som de gjorde seg i mellom, og ved å ikke tilpasse sin væremåte til pasientens behov som individ, bidro til å feilutvikle pasientens selv i negativ retning. Vi blir sirkulært påvirket av hverandre, og gode og dårlige hjelperelasjoner vil oppstå som en følge av dette. En av de første dagene i praksis gikk jeg sammen med en annen pleier på en annen avdeling. Vi tok med en av pasientene på besøk til nettopp denne øvanskeligeø pasienten på naboavdelingen. Jeg erfarte da to pasienter med en god tone seg i mellom, og en pleier som lyttet interessert til hva pasientene snakket om, og som tok del i deres samtaleemner og spørker der det var naturlig. Jeg ble derfor ekstra overrasket da jeg innså at det var denne pasienten som var den øvanskeligeø og det hadde jeg ikke trodd, for det var ikke min opplevelse av ham. Kanskje var det svært heldig at jeg traff ham denne dagen, sammen med pleieren som tydelig hadde en god relasjon med ham, fremfor at førstemøtet var under stellsituasjonen noen uker senere? Dette førte trolig til at mitt positive førsteinntrykk overskygget de negative ryktene om pasienten, slik at jeg gikk inn i relasjonen med en positiv grunnholdning til ham som menneske, hvilket videre førte til at han var positiv til meg. Jeg kommer tilbake til denne situasjonen i neste underkapittel.

3.2 Hvordan kan pleier i sykehjem fremme slike relasjoner og i praksis?

I forrige underkapittel har jeg skissert hva hjelperelasjoner preget av respekt og likeverdighet er og hva det ikke er, samt sett på utfordringer knyttet til hjelperelasjonen. Det er ofte lettere å finne ut hva slike begrep handler om, dersom de speiles mot det negative og det som de ikke er. Jeg fant at tingliggjøring av pasientene, manglende bevissthet omkring egen væremåte og maktmisbruk fra pleierens side, utgjorde trusler mot respekt og likeverdighet i relasjonen. Hjelperelasjoner preget av respekt og likeverdighet er derfor relasjoner der pasientene blir sett, snakket til, og behandlet som individer og medmennesker, gjennom at pleierne er bevisste egen væremåte og innvirkning på sine omgivelser. Pleierne må også ha kunnskap om hvordan deres makt kan innvirke negativt i en hjelperelasjon, og de må evne å bruke sin makt til pasientens fordel. Jeg skal her se på hvordan hjelperelasjoner preget av respekt og likeverdighet kan fremmes i praksis, samt trekke inn hva pasienter i ulike studier har sagt.

Det å føle seg respektert og likeverdig i en relasjon handler om å bli behandlet på en måte som er god nok til å fremme disse følelsene. Som nevnt har jeg ikke funnet studier som går direkte på respekt og likeverdighet i hjelperelasjonen, men jeg har funnet studier som omhandler pasienters trivsel i sykehjem, hva pasienter mener er en omsorgsfull pleier, og hva relasjonen mellom pleier og pasient kan være preget av. Jeg mener at deler av funnene i disse studiene har overføringsverdi til denne oppgaven. Studienes funn er nokså sammenfallende både seg i mellom og i forhold til utvalgt litteratur for denne oppgaven, og derfor handler alt

dette etter min mening primært om det samme ó hvordan pasientene foretrekker å bli behandlet av pleierne.

Sykepleier Kirsti Kvåle (2006) har utført en studie som avdekker hvordan kreftpasienter ved sykehus opplever den omsorgsfulle sykepleier. Pasientene sier at den gode omsorgen er rettet mot individet og dets behov, og at de omsorgsfulle sykepleierne er aktive, til å stole på, oppmerksomme på pasientenes behov for trøst, er positive, og gir dem en god følelse. Dette kan oppnås ved at pleierne har erfaring og er kunnskapsrike, tar seg tid til å snakke med pasientene, samt viser at de bryr seg om pasientene som enkeltindivider og medmennesker, og ikke bare som pasienter. Dette er sammenfallende med mine tidligere presenterte tanker om hva jeg tror kan være noe av det viktigste i gode hjelperelasjoner, og kan ses som en konkretisering av Buber sin beskrivelse av jeg-du relasjoners positive betydning for individet. Dialogene mellom pleier og pasient blir også påpekt som viktige for pasientene (Kvåle 2006). Funnene i studien viser at det viktigste synes ikke å være hva pleierne snakket om, det viktigste var at de viste at de hadde tid til å snakke med pasientene som medmennesker. Noen pleiere kom inn når de hadde tid, andre gjorde avtaler om når det passet at de kom, mens andre kunne samtale oppmerksomt samtidig som de utførte praktiske gjøremål hos pasienten. Det trer fram som en konklusjon at det ofte ikke er tidkrevende og vanskelige samtaler pasienten forventer, men bare det at pleierne stopper opp og viser interesse for dem som medmennesker og enkeltindivider. Et øyeblikks oppmerksomhet fra pleierne, gir i følge denne studien pasientene følelsen av at pleierne öbryr segö. Dette handler nok en gang om det essensielle i å bli sett og verdsatt som menneske, og bli hørt med egen östemmeö (Botnen Eide et al 2005). Pleieren må anerkjenne pasientens egenverdi (Vatne 2006), og samtidig være vennlige og kompetente i sine relasjoner til pasientene (Bergland 2006).

I forhold til mitt egenopplevde eksempel fra praksisperioden, ble svært få av disse aspektene, som er viktige for pasienter, ivaretatt. Pasientens östemmeö ble ikke hørt, hans önsker ble ikke respektert og hans samarbeid med personalet ble ikke kreditert ham. Pasienten ble på flere måter tingliggjort foran et fremmed menneske (meg) i en sårbar stellsituasjon, pleieren ledet an hele situasjonen etter eget forgodtbefinnende. Jeg stiller meg tvilende til at pasienten følte seg møtt og ivaretatt som et likeverdig medmenneske av pleieren. Det var viktig at pleierne spurte om de fikk kikke i klesskapet og spurte om det passet med en dusj akkurat nå. Dette önsket illustreres også godt i følgende pasientuttalelse:

De skal være vennlige, og behandle oss som ekte mennesker. De skal spørre først om å få gå i skuffen, om de får lov til å kateterisere, ikke invadere alle kroppsåpningene. Ja, spørre først (Hovdenes 2002 s. 24).

Begrepene tilintetgjørelse og virkeliggjørelse (Hovdenes 2002) utgjør to motpoler, som beskriver hva vi pleiere gjennom vår relasjonelle væremåte kan få pasientene til å føle. Virkeliggjørelsen er essensen ved det meningsfylte liv i sykehjemmet, hvor pasienten får livsbekreftende erfaringer og mulighet til å utfolde seg selv. Tilintetgjørelsen beskriver essensen når livet oppleves meningsløst, og handler om å ikke være av betydning i den virkeligheten en lever i - det å ikke fremstå som en person. Det er opplagt at det gjør noe med et menneske, både å bli virkeliggjort og bli tilintetgjort. Jeg vil si at virkeliggjøring er en forutsetning for å føle seg respektert i sykehjemmet, og pleieren har et stort ansvar for å besørge at dette er mulig. Virkeliggjøring finner som sagt sted når en blir sett, bekreftet og møtt som menneske, hvilket betinger at pasienten er i en relasjon til andre. Pasienter i sykehjem har mest kontakt med pleierne, og er på den måten svært avhengig av at pleieren har gode relasjonelle ferdigheter og beredskap til å møte pasienten som person. Hovdenes (2002)

sier at pasientene ønsker å føle livsmot og glede, vennlighet og kjærlighet, være i et jeg-du forhold, ha gode samtaler og oppleve delaktighet. Mellommenneskelig kontakt vil kunne fremme en følelse av likverdighet som mennesker og den egenverdi folk utgjør i seg selv (Vatne 2006). Disse faktorene må være tilstedeværende for at pasienter skal føle seg respektert og likeverdige som unike mennesker.

Det finnes hos alle mennesker områder det kan være ekstra viktig å ha en respektfull omgang med. Pasienters livsverden, det levde liv og hendelser fra dette, tidligere og nåværende roller, yrkesidentitet, ulike verdier o.l. er alle faktorer som har betydning for hvordan pasienter har det i sykehjemmet, og hva som skal til for at de føler seg respektert og likeverdig. Dersom pleierne klarer å se sammenhenger mellom pasientenes levde liv og dagens situasjon, kan dette bidra til å f.eks. forstå pasientenes atferd i større grad, samt gjøre det lettere å nærme seg og imøtekomme individet, på en slik måte at følelsen av respekt og likeverdighet fremmes. F.eks. møtte jeg en mann som hadde vært gårdbruker på en stor gård, som var selvstendig, stolt og vant til å jobbe hardt. Han syntes det var leit å sitte lam og uvirksom i sykehjemmet. Enkelte av pleierne syntes ikke å tenke på å tilpasse seg ham og hans personlighet, mens andre klarte det. De snakket med ham om gårdsdrift på en seriøs måte, noe han tydelig likte. Denne mannen opplevde jeg tingliggjorde seg selv, og han var ikke i stand til å finne mening i eget liv lenger. Jeg syns dette handler om det Meland (2005) beskriver i sin artikkel, om at vi i den vestlige kultur knytter respekt og anerkjennelse opp mot reelle ferdigheter og prestasjoner. Problemet oppstår i det mennesket mister de ferdigheter som bringer mest mening og stolthet inn i livet, hvilket mange av sykehjemspasientene har gjort. Da vil de kunne devaluere seg selv som menneske, miste selvrespekten og ikke være i stand til å betrakte seg selv som likeverdig menneske. Utfordringen for pleierne i hjelperelasjonen vil være å reetablere eller forsterke følelsen av at pasienten har stor og enestående egenverdi i egenskap av å være menneske. I en verden preget av ulikhet må den gjensidige respekten bygges på noe annet enn individenes prestasjon (Meland 2005, Sennet 2003). Sennet trekker frem dialogen som den fremste arena for rituell utveksling av respekt, og mener det er vesentlig at pleieren må etterspørre pasientenes deltakelse og bidrag. Positiv bekreftelse av individet, og å være mentalt tilstedeværende i relasjoner, dialoger og i møter med pasienten, er derfor viktig for å kunne oppnå gjensidig respekt i hjelperelasjoner. I tillegg vil jeg nevne problematikken omkring at samfunnet, kulturen, og media, uten å være seg det bevisst, bidrar til at vi alle blir påvirket i retning av å se pasientrollen i sykehjem som passiv og negativ. Jeg tror dessverre at mange av oss avskriver den eldre sykehjemspasienten som menneske ubevisst, fordi det å være menneske handler om å leve og skape, mens sykehjemmet ofte betraktes som venteplassen før en skal dø. Det er viktig å huske at alle er sansende og følende mennesker helt til livet er slutt.

4.0 Avslutning

Følelsen av å bli respektert blir fremmet i relasjoner, og innen sykehjem er pleier ó pasientrelasjoner dominerende. Dette stiller store krav til pleiernes relasjonelle ferdigheter, og gir dem det primære ansvar for at pasientene skal kunne ha et meningsfullt liv i sykehjemmet ó at pasientene skal kunne virkeliggjøres. Det er viktig at pleierne er mentalt tilstedeværende i møte med pasientene, og at dette kommer til uttrykk både gjennom væremåte, stemmeleie, berøring og det som blir sagt. Pleierne må dessuten være seg bevisst sin egen innvirkning på samspillet, sin egen forforståelse og hvilken innvirkning deres maktposisjon kan ha på hjelperelasjonene. Likeverdighet må ses ut fra den verdi alle har som menneske, og ikke ut fra prestasjon. Prestasjon og ferdighet må heller ikke være kvalifikasjonskrav for å ha krav på respekt. Gjennom dialoger mellom pleier og pasient kan følelsen av å være respektert som

likeverdig menneske fremmes, og dialogen kan bekrefte individet, den kan virke utviklende og skapende, og den kan gjøre det lettere å huske at vi alle er unike historier og mennesker. Dialogene trenger ikke å være lange, dype, og kompliserte ó selv korte samtaler eller hilsninger kan skape en følelse av å være av betydning for noen andre. Gjennom dialoger har dessuten pasienten mulighet til å bli betydningsfull for pleieren, og kan på denne måten få styrke egen selvfølelse og selvrespekt. Det er viktig å kunne bidra med noe til omgivelsene ó det fremmer følelsen av likeverdighet og rett til respekt.

Litteratur

Andresen, Ragnhild (2000). *Fellesskap og sammenhenger ó yrkeshjelpere i grupper, nettverk og organisasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bergland, Ådel og Marit Kirkevold (2005). Resident-Caregiver Relationships and Thriving among Nursing Home Residents. *Research in Nursing & Health* **28**, 365-375

Bergland, Ådel og Marit Kirkevold (2006). Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies* **43**, 681-691

Bergland, Ådel (2006). *Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv*. Oslo: AiT e-dit AS

Eide, Solveig Botnen, Hans Herlif Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland (2005). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget

Hovdenes, Gørill Haugan (2002). Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem ó tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse. *Vård i Norden* **2**, 21-26

Kvåle, Kirsti (2006). Den omsorgsfulle sykepleier ó slik pasienter ser det. *Vård i Norden* **1**, 15-19

Meland, Eivind (2005). Gjensidig respekt heller enn omsorgsfull godhet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* **24**, 125: 3442-3

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2002). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i samarbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Schibbye, Anne-Lise Løvlie (2004). *En dialektisk relasjonsforståelse. I psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget

Sennet, Richard (2003). *Respect in a World of Inequality*. New York: Norton

Vatne, Solveig (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kapittel 4

Det mellommenneskelege rommet Trøstande og styrkande relasjonar i møte med personar med alvorleg demenssjukdom

Av Kirsti Flø.

1.0 På dørstokken inn í

Det fysiske rommet er ein føresetnad for å orientere seg i verda. Det støttar og opp om det *mellommenneskelege rommet*, som er oppgåva sin tittel. Med det mellommenneskelege rommet meiner eg samspelet mellom oss som er i rommet og samspelet med rommet. Rommet som for personen med alvorleg demenssjukdom inneheld sorger og gleder, livserfaring, fortid, notid og framtid. Håpet om noko godt. Møtet mellom menneska. I dette rommet ligg alle mulegheiter, både for pasienten og oss sjukepleiarar. Eg syns filmskapar og forfattar Odveig Klyve (2006) skriv så godt om det i dette diktet:

*Du er så liten
no
der du sit i den
mjuke stolen
og tek i mot dagane dine
Dei stiller seg opp omkring deg
og seier
Sjå meg
Og du ser
og lever dagane
ein gong til
i timar minuttar og sekundar
Slik opphever du gradvis
Tida*



Frå Det andre blikket (s. 7).

1.1 Mitt ønskje om å finne eit rom i rommet

Rommet mellom menneska kan skape tilhøyre og i dette rommet kan helande krefter i omsorga støttast. Å oppleve forankring i tilveret er grunnleggande. Vi må oppleve fotfeste, kontinuitet og igjenkjenning for å kunne oppleve meining og sjeleleg helse, seier den finske sjukepleieforskaren Erna Lassenius (2005). For meg personleg, og som sjukepleiar, er det viktig at eg med min veremåte kan styrke pasienten sitt mellommenneskelege rom.

Arkitekt Juhani Pallasmaa (2007) seier at öRommets rolle som det primære instrument for å slå røtter, for å tenke, for å drømme, øker naturlegvis dramatisk når tilfellet er at et menneske tvinges til å holde seg i dette rommet í ö (s. 33), slik det blir for personar som flyttar inn i sjukeheim. Når vi snakkar om pasienten sitt rom, er det oftast snakk om det fysiske rommet, møblar, innreiing og det estetiske i rommet. Korleis rommet er fysisk utforma, fargar og private eigedelar som har ei tyding for pasienten, er viktig. På ein sjukeheim blir rommet også brukt til hjelpemidlar som pleiarane treng i sitt arbeid. Det er nødvendig at vi tenkjer igjennom korleis desse hjelpemidla kan invadere pasienten sitt livsrom.

Mi forståing av ordet rom, er at det også kan utvidast til å innehalde korleis eg som sjukepleiar verkar på rommet og pasienten. Pallasmaa (same) seier vidare at öí ..Dypest sett har dette rom ingen definitiv form i det hele tatt; det er en prosess og et gjerningsordö (s. 33). Eg tolkar dette slik at Pallesmaa meiner at det er ikkje berre er det fysiske rommet som er viktig, det er også kva innhald vi, personane, gir rommet. Eg vel å tolke dette vidare slik: I dette rommet ligg også min måte å vere på som sjukepleiar og medmenneske.

Eg har lyst til å presentere ein situasjon mellom ein sjukepleiar og ein person med alvorleg demenssjukdom. Det er ein situasjon som er god. Sjukepleiaren tek godt vare på pasienten i det mellommenneskelege rommet. Sjukepleiaren viser at ho har gode personlege eigenskapar og gode faglege kunnskapar.

Middagen er over og Tea brukar å kvile då. Tea er slik ei strålande dame. Ho har lite verbalt språk, men er glad i kontakt. Sjukepleiaren signaliserar med kroppen sin at no må Tea bli med. Dei går mot rommet til Tea. Sjukepleiaren viser Tea at namnet hennar står på døra. Dei går inn, der står senga hennar, stolen ved vindauget, bokhylla, bilder på veggane ó det er Tea sitt rom. Først må Tea på badet. Tea er inkontinent for urin og brukar bleie. öBadetö, seier sjukepleiaren. Tea strittar i mot ó vil ikkje. öSkifteö, seier sjukepleiaren og viser til Tea kvar dei reine bleiene ligg. Tea løfter blikket og smiler som om ho seier öåjaö. öBuksaö, seier sjukepleiaren og viser Tea den reine bleia. Tea sitt ansikt mørknar igjen. Sjukepleiaren set seg ned på huk framfør Tea, ser opp på henne og smiler. Samstundes seier ho med blid stemme: öBuksa, Teaö. Tea ser på sjukepleiaren, ler ein liten latter og smiler. Først då løyser sjukepleiaren buksa til Tea. Då skiftet er utført, seier sjukepleiaren: öFlott, Teaö og dreg buksa opp. Sjukepleiaren reiser seg opp og tek Tea i hendene og seier: öTakk, Teaö. Tea seier öjaaaö og smiler. No er Tea klar for middagskvilen og legg seg i senga. Då vi går ut, vinkar Tea til oss.

Litteraturstudie er min nøkkel som gir mulegheit til å velje ut det som passar til mine egne tankar om korleis eit fenomen ó her det mellommenneskelege rommet - kan vere. Det kan sjølv sagt vere ei fare i det fordi eg kan ha tolka teksta på ein måte som ikkje var meint frå forfattaren si side. Men eg kan også ha tilført meg sjølv og lesarane nye dimensjonar til fenomenet. Eg har ikkje valt litteratur som utfordrar problemstillinga mi. I staden har eg brukt litteratur som fenger meg som person og sjukepleiar og eg meiner at litteraturen støttar opp om problemstillinga eg har utforma. Eg har også brukt dikt, eigen erfaring og ein god situasjon som eg har fått lov til å observere. Dette for å vise fram nokre måtar vi kan ta i bruk, for å få fram noko om korleis det mellommenneskelege rommet kan vere når ein person lever med alvorleg demenssjukdom og tek imot omsorg. Situasjonen mellom Tea og sjukepleiaren er ikkje henta frå eigen arbeidsplass, men den kunne ha vore det. Den er daglegdags for mange av oss som er saman med personar med alvorleg demenssjukdom. Situasjonen er anonymisert slik at det ikkje skal vere muleg å kjenne att deltakarane.

1.2 Presisering og avgrensing av problemstillinga

Eg meiner at veremåten til sjukepleiaren kan vere utslagsgivande for om pasienten opplever forankring i tilveret. Den verbalt sterke pasienten kan seie noko om dette. Pasienten med dårleg eller ikkje verbalt språk i det heile, kan ikkje uttrykke dette lenger. Like fullt kan pasienten ha ei oppleving av å høyre til. Sjukepleiaren sin veremåte saman med pasienten med alvorleg demens, blir viktig i dette. Det mellommenneskelege rommet deler vi, men sjukepleiaren har det profesjonelle ansvaret i relasjonen. Eg kjem til å halde meg til sjukeheimen. Det er der erfaringa mi er ifrå når det gjeld personar med alvorleg demens og sjukepleie. Det er også i sjukeheim personar med alvorleg demens som oftast bur. Problemstillinga blir derfor:

Korleis kan sjukepleiaren med sin veremåte styrke det mellommenneskelege rommet til ein pasient med alvorleg demenssjukdom, som bur i sjukeheim, slik at pasienten opplever forankring i tilveret?

2.0 Byggesteinane

2.1 Pasienten med alvorleg demens

Psykolog Kjersti Wogn-Henriksen (2006) seier at evna til å utrykke seg klart kan vere svekka når det gjeld personar med alvorleg demens. Det gir store utfordringar til pleiarane å sanse og tolke personen sitt verbale og kroppslege språk. Kvar enkelt menneske si oppleving er unik. Opplevinga av å ha ein demenssjukdom varierar. Sosiologen Tom Kitwood (2003) er talsmann for personorientert demensomsorg og seier at det kan vere fleire innfallsvinklar til å få innsikt i den demenssjuke sin subjektive verden. Vi kan blant anna bruke vår fantasi når vi lyttar til kva folk öseierö i kvardagssituasjonar, vi kan lære av personar med demens sine handlingar, vi kan bruke vår eigen poetiske førestillingsevne som dikt og forteljingar og vi kan leve oss inn i korleis det kan vere å leve med ein demenssjukdom.

Sjukepleiar og forskar Hans Ketil Normann (1998) meiner at om vi verkeleg ønskjer å forstå tankar, kjensler og handlingar hos personar med demens, må det forståast ut i frå det livet dei har levd og det livet dei lever, med dei relasjonar dei har gått inn i og er ein del av. Professor Astrid Norberg (2001) meiner at personar med alvorleg demenssjukdom treng trøstande omsorg. Å oppleve kommunion med ein hjelpar, er å oppleve seg forstått og akseptert, at nokon tek del i lidinga i det å ha denne sjukdomen. Det vert omtalt som å oppleve trøst (Norberg 2006).

2.2 Det mellommenneskelege rommet

Det fysiske miljøet kan leggast til rette for å kompensere for fysisk og kognitiv svikt, og dermed gi trygge rammer i kvardagen for personar med demens (Holthe 2007). Livstolking, kunnskap og makt ligg i veggane og verkar på personane i romma. Arkitekturen kan vere med på å strukturere handlingane i romma, seier sjukepleier og filosof Kari Martinsen (2002). Ho seier vidare at dette må ha noko med tid å gjere. Nokre rom vert opplevd som langsomme, der lyden i rommet får tid til å bli til tonar. Andre rom er hastige der lyden ikkje får tid til å tone ut, men blir til støy som kan vere forstyrrande. Martinsen meiner at rommet si tid syns å ha tyding for opplevingar og erfaringar, men kan og vere så støyande at erfaring kan vere vanskeleg å vinne. Tid står i høve til rom og rom er då opplevd som noko meir enn arkitektonisk rom. Samfunnet sin dominerande måte å tenke på om tid, har innverknad på romma sin arkitektur og på spesialiseringa av dei. Det er både tid og makt i romma. Den menneskeskapte tid gjer noko med vår omgang i og bruk av romma. Edit Blåsternes (2000)

har tolka Kari Martinsen sine tekstar og seier at sjukepleiaren må vere til stades med sitt sanseapparat og take i mot inntrykka. Å take i mot inntrykk er å bli påverka kroppsleg.

Kitwood (2003) seier at det er fleire former for interaksjon i god omsorg for personar med demenssjukdom. Omfavne er ein av dei. Omfavne i denne samanhengen handlar om å bygge eit trygt, psykologisk rom der det er rom for å vere sårbar. Det handlar om å skape trygge omgjevnadar. Norberg (2001) skriv at personar med langtkomen demenssjukdom lider. I tillegg til lidinga som ein konsekvens av sjukdomen, kan pasientane oppleve degraderande omsorg. Det er kjernen i å ikkje kjenne seg heime. Personar med langtkomen demenssjukdom må bli tilbydd kroppsleg, psykologisk og åndeleg trøst for å kunne kjenne seg heime.

2.3 Sjukepleiaren sin veremåte

Wogn-Henriksen (2007) skriv at vi skal ha ein grunnfesta respekt for alle menneske sin rett til å vere seg sjølv. God omsorg avhenger mellom anna av ein fungerande relasjon mellom omsorgsgivar og pasient, fokus på holdningane til personalet, forståing og evne til sensitivt samspel. Omsorgsgivaren si rolle i interaksjonen er å vere nær, stabil, sikker, gi respons og halde ut eigne kjensler som måtte kome opp. For personalet er det to ting som er sentrale: Å ha god kjennskap til den enkelte si livshistorie og å ha evne til empati. Kitwood (2003) seier det same og at det kan då bli ei personorientert omsorg.

Normann (2001) finn i si forskning at pasientar med alvorleg demens og med eit manglande og mangelfullt språk har eit sjølv som under gjevne omstende kan kome til uttrykk som episoder av psykisk klarhet. Ei personsentrert orientering i møte med pasientane er avgjerande for at det skal skje. Normann har dokumentert at pleiarane i sin kommunikasjon må vere i stand til å dele kjenslene til pasienten. Personar med alvorleg demens viste meir av seg sjølv når pleiarane var interesserte og engasjerte i det personen formidla til dei. Skrandal (2006) fann i si undersøking at gamle som bur i sjukeheim opplever at dei har eit sosialt liv på andre sine premisser. Ho har intervjuar mentalt klare pasientar som viser at den sosiale ramma deira vert endra dramatisk. Vidare seier ho at pleiarar som er i stand til å vise fram sin eigen person i samhandlinga, kan gi pasienten godkjenning og tilveret meining.

3.0 Velkommen inn

Med bakgrunn i kapitlet *Byggesteinane*, der eg presenterte teori som eg byggjer på, vil eg her i diskusjonen ta føre meg; *Det langsomme rommet ó kroppsleg erfaring i tid og rom, Den sensitive evna hos sjukepleiaren og Opplevinga av å kome heim ó erfaring av trøst.*

I diskusjonen kjem eg til å kome tilbake til situasjonen med Tea og sjukepleiaren som er presentert i innleiingskapitlet *På dørstokken inní*. Eg kjem også til å bruke eigne erfaringar. Dette fordi eg meiner det er viktig å ta tankane mine ned på golvet der omsorga verkeleg skjer. Eg har valt å ikkje diskutere bruken av livshistoria til pasienten. Men for å kunne gi god omsorg til ein person med alvorleg demenssjukdom i sjukeheim, er det heilt nødvendig at sjukepleiarane har kjennskap til pasienten si livshistorie, eller delar av den. Det ligg til grunn for alt eg skriv vidare i diskusjonen.

3.1 Det langsomme rommet ó kroppsleg erfaring i tid og rom

Skal eg som sjukepleiar klare å styrke det mellommenneskelege rommet til pasienten med alvorleg demenssjukdom, som bur i sjukeheim, slik at pasienten opplever forankring i tilveret, må eg ta utgangspunkt i der pasienten er. For å ta vare på livsmulegheitene til personen, må eg kunne forstå og stadfeste pasienten og eg må kunne fylje rytmen hans. Sjukepleiar og

førstelektor Rita Jakobsen (2007) seier at öí det er i samspillet mellom pleier og personen at livsrommet leverö (s.81). I mötet mellom personar med alvorleg demenssjukdom og oss sjukepleiarar kan det ligge ei mulegheit for pasienten, som gjer at livet er godt å leve. Mötet kan gi pasienten livsmulegheit (Flö 2006). I eit möte er vi alltid også kroppsleg tilstades. Thornquist (2003) viser til filosofen og kroppsfenomenologen Maurice Merleau-Ponty og seier at kroppen er erfarande subjekt og at levd erfaring og levd liv har ei kroppsleg forankring. Gjennom kroppane våre er vi retta mot kvarandre og vår kroppslege kommunikasjon er synleg for andre. Vi ser den andre kroppen sitt uttrykk som handlande og meiningsfull. Slik som i situasjonen med Tea og sjukepleiaren i innleiinga. Eg opplevde at Tea blei mött på ein sensitive måte og det hadde ho nok opplevd gong etter gong. Denne erfaringa har sett seg i kroppen hennar og erfaringa blir henta fram igjen. Det gir trygggleik for Tea. Tea opplevde sjukepleiaren sin kropp som handlande og meiningsfull. Det same skjer med sjukepleiaren. Medvitet vårt er retta mot noko, noko som også blir uttrykt gjennom kroppen vår. I fenomenologien kallar ein det at kroppen har intensjonalitet, ei hensikt (Thornquist 2003). Når eg som sjukepleiar opptrer på ein vennleg måte, viser eg med kroppen min at eg har god tid og prøver å oppnå eit kjenslemessig fellesskap. Når vi opplever eit meiningsfullt kroppsleg samspel, vert vårt mellommenneskelege rom styrka. Norberg (2001) kallar det å oppnå kommunikasjon med den andre personen, ei kjenslemessig samstemming. Det kan gi mening for pasienten. Pasienten vil ta i bruk tidlegare kroppsleg erfaring som liknar denne situasjonen og set den inn i ein meningssamanheng. Dette kan gi personen med alvorleg demenssjukdom ei oppleving av å ha forankring i tilveret. For meg kan det opplevast som om kroppsleg samspel er for lite vektlagt i høve til denne pasientgruppa, og at vi har ein tendens til å vende oss til den kognitive funksjonen hos personen med alvorleg demenssjukdom.

Vi brukar vår kroppslege erfaring til å orientere oss i tid og rom. Det er då ikkje snakk om klokkeid, men fenomenologisk tid - der tid er forstått som erfaring og der vi erfarer tid som fortid, notid og framtid (Nortvedt og Grimen 2004). Når ein person opplever sjukdom, endrar opplevinga av rom seg. Personar med demens si erfaring endrar seg fordi mulegheita til å tolke sanseintrykk frå rommet ofte blir redusert. Mi erfaring er at lyd og lys vert opplevd på annan måte enn før og opplevinga av sjukepleiaren sin kropp og plasseringa av pasienten sin eigen kropp i rommet vert påverka av dette slik som når pasienten ikkje vil gå over dørstokken, gjennom den tronge døra, inn i eit mørkt rom eller eit rom med lyd, som ikkje gir mening. For pasienten med alvorleg demenssjukdom er det vanskeleg å tolke desse inntrykka. Det kan vere utrygt der inne. Når personen ikkje har oversikt og kontroll, blir han redd. I tillegg kan tidlegare opplevingar dukke opp i minnet og skape ytterlegare utrygggleik i situasjonen. Sjukepleiaren som har denne kunnskapen og forståinga om kropp, tid og rom som erfaring (fenomenologisk), kan med sin veremåte ta omsyn til pasienten sin måte å vere til stades i livet på. Slik kan sjukepleiaren gjere tilveret romslegare og det vert då utövd personorientert omsorg. Personorientert omsorg (Kitwood 2003) handlar blant anna om å gi pasienten tid og langsemd. Sjukepleiarar har ansvar for å følgje pasienten si rytme og å skape langsemd i rommet fordi personar med langtkomen demens treng lang tid for å klare å oppfatte kva det er som skjer rundt dei. Det inneber at sjukepleiarane blant anna må legge vekt på eit rolegare kroppsuttrykk hos seg sjölv.

Sjukepleiaren sitt kroppslege uttrykk, som til dømes konsentrert merksemd og venlegheit, er alfa omega for personen med alvorleg demenssjukdom. Eg meiner at i denne fasen av sjukdomen er det ikkje dei store aktivitetane som er viktige. Pasienten har heller behov for at pleiaren er *tilstades* med ein ikkje-verbal nærleik. I situasjonen med Tea viser sjukepleiaren at ho er *tilstades* då ho set seg ned på huk, smilar og brukar blid stemme. Sjukepleiaren viser

Tea at òeg er ikkje farleg, eg vil deg velø. Ho er fokusert på Tea sitt behov for tryggleik. Om sjukepleiaren tek seg tid og skaper eit langsomt mellommenneskeleg rom og tek omsyn til den livsverden pasienten er i akkurat no , i augneblinken, tyder det at ho prøver å ta tak i det som er meningsfullt for pasienten. I dette langsomme rommet med god tid kan pasienten oppleve at ho blir sett. Det er sjukepleiaren sin måte å møte den andre på som gjer at ein person med alvorleg demenssjukdom kan oppleve forankring i livet.

3.3 Den sensitive evna hos sjukepleiaren

I tillegg til å kunne skape eit langsomt mellommenneskeleg rom for pasienten, må sjukepleiaren ha evne til refleksjon. Filosofen Hans Skjervheim (1976) seier at idet tanken når medvitet, startar refleksjonen. Men Nortvedt og Grimen (2004) går vidare på dette og lurar då på kva det er som engasjerar tanken slik at denne er refleksiv og opptatt av å grunngi. Dei meiner at refleksjonen blir halden i live av ein sensibilitet, som refleksjonen ikkje har skapt sjølv. Dei seier at sensibilitet ikkje er teoretisk kunnskap. Sensibilitet og det å vere sensitiv kan forståast som å vere mottakeleg og å ha følsam forståing av andre menneske sin subjektive situasjon. Det er sentralt i sjukepleiaren sin veremåte. Lykkeslett (Lykkeslet og Gjengedal 2006) fann at noko av den tause kunnskapen sjukepleiarane brukar i samhandling med pasientane er å vere sensande. Dei seier vidare at når vi er sensande ser vi det menneskelege uttrykket til pasienten og tolkar det. I situasjonen med Tea har sjukepleiaren denne sensitive evna. Ho er forsiktig i sin framgangsmåte når Tea skal skifte bleie. Sjukepleiaren har pasientkjennskap og pleiaren sansar Tea sitt språk og er sensitiv nok til å vite kvar Tea sine grenser går. Sjukepleiaren styrkar det mellommenneskelege rommet til Tea med sin veremåte. Martinsen (2002) kallar ein slik sensibilitet for å sjå med hjertet sitt auge. Hjertet blir rørt av det som er sedd. Den varsemnda sjukepleiaren opptrer med, hennar veremåte, er eit svar på den sårbarheita pasienten viser med verbale og nonverbale uttrykk.

Eide med fleire (2003) viser til den danske presten og filosofen Knut E. Løgstrup og seier at sårbarheita til pasienten er ei etisk fordring om å bli tatt i mot. Fordringa ligg i møtet mellom pasienten og sjukepleiaren. Relasjonen mellom Tea og sjukepleiaren er staden der den etiske fordringa om å bli tatt i mot vert konkretisert. Det er i dette møtet sjukepleiaren sensar og det er her pleiaren har makt til å krenke den andre. Det er ein asymmetri i relasjonen og sjukepleiaren er i den maktfulle sin posisjon. Å svare på pasienten si sårbarheit er å opptre etisk (Flø 2006). Å bli møtt som person betyr at vi tek personen inn gjennom sansinga og slik blir ein gjenstand for undring. Pasienten har rett til å krevje av meg, at eg forstår ut i frå situasjonen her og no og ut i frå hans historie og livserfaring (Hauge 2002). Sjukepleiarane må vere ekstra merksame og vare overfor den tause historia til ein person med alvorleg demenssjukdom. Vi må lytte til pasienten si stemme med vår sensitive evne (Flø 2006). På denne måten kan sjukepleiaren styrke det mellommenneskelege rommet til pasienten.

Innleving

Kitwood (2003) meiner at for å kunne sette seg inn i korleis det er å leve med alvorleg demenssjukdom kan vi bruke ulike teknikkar, som mellom anna innleving. Av eiga erfaring veit eg at personar med alvorleg demenssjukdom ofte kan ha vanskeleg for å uttrykke si oppleving klart med ord. Ein sjukepleiar med godt utvikla sensitivitet kan prøve å leve seg inn i pasienten sin situasjon. Men vi må vere klar over kva vi tek med oss inn i dette, kva vi medgir (Thornquist 2003). Alle har vi vår unike historie med oss i bagasjen, vi kallar det for erfaringar. Dette tek vi med oss inn i alle relasjonar. Det eg opplever og sensar i relasjonen med pasienten, tolkar eg med bakgrunn i mi erfaring. Eg meiner at den profesjonelle oppgåva til sjukepleiaren er å vere klar over dette. Sensibilitet er av individuell karakter og det er førstepersonskunnskap. Den kan hjelpe oss til å tolke situasjonar og tilpasse handlingar

overfor pasienten. Men vi kan tolke feil, det er ei fare som vi må vere klar over (Nortvedt og Grimen 2004). Odveig Klyve har skreve diktsamlinga *ÖDet andre blikket* der ho lever seg inn i livsverda til ein person med alvorleg demenssjukdom, som ho kjenner godt. Ho set ord på det ho sensar og korleis ho trur at den gamle mora si har det (Klyve 2006):

*Og dagane dine
glid igjen forbi
i ditt åttifemårige liv
Snart er du barnet
som oppdagar døden
Snart er du den unge
som fablar ein kjærleik
kvinna som voggar ei sorg
Mens angsten klatrar
gjennom timane
held du ditt nyfødde barn
tett inn til brystet
og talar roleg til det (s. 20).*

Klyve brukar si evne til innleving, det andre blikket, ho ser innan i frå, i tråd med det Kitwood (2003) ber oss om å gjere. Sjølv om alle personar er unike, har vi noko felles. Norberg og Zingmark (2002) seier at vi kan dele opplevingar med andre og at opplevingar er både personlege og allmenne. Eg meiner derfor at vi til ei viss grad kan stole på det vi som sjukepleiarar sensar. I følge Eide med fleire (2003) meiner Løgstrup at det er ein føresetnad at vi har ei felles forståing av situasjonen, at vi forstår kvarandre som menneske når vi skal samhandle. I samhandling med andre og spesielt med personar med alvorleg demenssjukdom, må vi halde oss til den andre si oppleving av verda. Når vi kommuniserar, meddelar vi oss til kvarandre og saman skaper vi eit fellesskap av oppleving. Vi har eit intersubjektivt fellesskap (Røkenes og Hansen 2006). Det mellommenneskelege rommet kan bli styrka i eit slikt fellesskap. Tea og sjukepleiaren har eit mellommenneskeleg fellesskap. Dei har ei felles livsverd i stellesituasjonen. Kanskje har dei ei felles forståing av kva som går føre seg, men det er ikkje sikkert. Når Tea ikkje kan meddele seg om sitt indre liv, krev det at sjukepleiaren må bruke sine sensitive evner og prøve å forstå hennar tankar, kjensler, ønskjer og behov. I tillegg må sjukepleiaren ha evne til å reflektere over eigne oppfatningar om pasienten sin indre verden (Flø 2006). Vår indre verden, fortida vår og det vi opplever her og no er delar av vår livsverden. I følge Thornquist (2003) seier filosofen Edmund G.A. Husserl at ettersom all erfaring er unik, kan vi berre ha indirekte kunnskap om andre si erfaring og deira livsverden. Slik indirekte kunnskap kan sjukepleiaren få gjennom pasienten sitt kroppslege og språklege uttrykk. Tea, som lider av alvorleg demenssjukdom, delar noko av sin livsverden med sjukepleiaren. Stellesituasjonen på badet er ein del av den konkrete verda dei delar til dagleg og det er augneblinken si erfaringsverden. Tea kan i denne augneblinken gjenoppleve noko frå fortida si. Gode eller vonde kjensler frå fortida kan bli aktivert på nytt og kome til syne gjennom hennar kroppslege uttrykk her og no i hennar livsverden. Livsverden er eit uttrykk for Tea si opprinnelege oppleving, slik ho kjenner det.

Kjensler

Ein person med alvorleg demenssjukdom lever meir i kjenslemessig tid enn i klokkeid. Det tyder at fortida er like aktuell som notida. Når sjukepleiaren verifiserer (stadfestar, godkjenner) Tea sine kjensler i stellesituasjonen, tek ho kjenslene hennar på alvor. Normann med fleire (2005) fann at personar med demenssjukdom som blei stadfesta i sine kjensler og

på det dei ville samtale om, kunne oppleve fleire psykisk klare augneblink. Ein person med alvorleg demenssjukdom har vanskar med å følgje pleiarane sine handlingar og det er derfor sjukepleiarane si oppgåve å forstå, og vi må prøve å sette oss inn i personen sin oppleving av situasjonen.

Det er sjukepleiaren sitt ansvar å tone seg inn mot pasienten (Furesund med fleire 2007, Eide og Eide 2007) og å gi pasienten ei oppleving av at kjenslene hans er opplevde, tekne i mot og delte. Sjukepleiaren har då kanskje klart å sense og å sette seg inn i korleis pasienten sin livsverden er her og no. Vi kan då spegle pasienten sine kjensler og det kan opplevast av pasienten som å bli forstått. Eide og Eide (2007) seier at empati er evna til å lytte, til å sette seg inn i den andre sin situasjon og til å forstå den andre sine kjensler og reaksjonar. Sjukepleiaren gjorde det i sitt møte med Tea. Ho brukte god tid og sine sensitive evner slik at Tea fekk tid og rom til å orientere seg med sin kropp og i høve til sjukepleiaren sin kropp. Med hjelp av innleving kan vi sjukepleiarar oppfatte kva den andre føler og vi må då melde tilbake at kjensla som pasienten med alvorleg demenssjukdom har formidla, er oppfatta. Sjukepleiaren viste med kroppen sin, med bruken av hendene sine, med ansiktsuttrykket, blikket og stemma at ho ville Tea vel. Ho melde frå til Tea at ho hadde sensa og oppfatta hennar kjensler. Det ser ut til at sjukepleiaren var opptatt av å forstå korleis Tea opplevde situasjonen. Eide og Eide (2007) kallar dette for å bli stadfesta nonverbalt. Den kjenslemessige forståinga av pasienten blir kommunisert nonverbalt eller med andre ord, gjennom handling av sjukepleiaren. Dette kan gi pasienten håp og det kan derfor opplevast meningsfylt. Den kjenslemessige dimensjonen hos Tea (livsverden her og no) vart knytt i hop med pasienten si livshistorie, som representerar fortida (som *også* er ein del av pasienten sin livsverden), og håpet, som representerar framtida. Sjukepleiaren kan med sin veremåte ha hjelpt Tea med dette. Når sjukepleiaren tek personen sine kjensler på alvor, jamstiller relasjonen mellom dei og ikkje stiller krav til pasienten om å følgje pleiaren si rytme, kan det føre til at pasienten opplever psykiske klare augneblink (Asplund og Normann, 2002). Sjukepleiaren følgjer pasienten sine kjensler og handlar slik at pasienten kan oppleve forankring i tilveret.

3.3 Opplevinga av å kome heim ó erfaring av trøst

*Og no er det her
under ditt tynne hår
under din skrøpelege skalle
Det ufattelege lyset er på veg
som eit kyss av
din første og siste
elskar
Snart bryt det inn og
lyfter deg opp
og eg stavar i ansiktet ditt
restar av paradiset sitt språk.*

Klyve (2006 s. 69) skriv her om mor si, som er religiøs. Trua og å vente på døden er kanskje for henne å kome heim. Klyve kan leve seg inn i mora si livsverd fordi ho er sensitiv nok og dei har noko felles og ho kan hjelpe mora si med å oppretthalde relasjonen til Gud.

Å vere heime blir først og fremst omtalt som det å ha meningsfulle relasjonar til andre, til seg sjølv, til staden og tida (Norberg, Bergsten og Lundman 2001). Wogn-Henriksen (1997) seier

at relasjonen, kjærleiken og omsorga frå dei næraste ei viktig støtte når ein person lever med ein demenssjukdom. Sjukepleiarar har til oppgåve å hjelpe pasienten til å ta vare på og å opprette nye relasjonar. I tillegg meiner eg at vi må vise pasienten varme og nærleik. Når pasienten opplever ein slik kjærleik, kan det vere trøstande. Norberg og Zingmark (2002) meiner at det då kan oppstå kommunion. Den demensramma personen kan då kjenne seg stadfesta som eit verdifullt menneske og personen kan føle seg heimkomen. Å ha ein kommunion tyder at både formidlar og mottakar er nærverande og tilgjengelege for trøst. Dei har ei kjenslemessig samstemming, eit fellesskap og ein dialog som er trøstande. Kitwood (2003) seier at i kjærleiken er det trøst. Når vi trøstar sørgjer vi for varme og styrke, og det kan gjere den andre i stand til å halde på heilheita. I situasjonen med Tea lever sjukepleiaren seg inn i korleis Tea kan oppleve stellesituasjonen. Ho tek ansvar for relasjonen og prøver å skape ei meningsfull heilheit for Tea. Det kan vere trøstande og Tea kan oppleve å ha forankring i tilveret. Innlevinga og fagkunnskapen til sjukepleiaren får verknad i samhandlinga og er eit uttrykk for kjærleik, seier Martisen i følgje Blåsternes (2000). Å bli trøsta og opplevinga av å vere heime for ein person med alvorleg demenssjukdom, er sterkt bunde til ein meningsfull nærleik til andre menneske. Det er ein kjenslemessig dimensjon (Norberg og Zingmark 2002).

Demenssjukdomen kan ikkje behandlast bort og symptoma kan berre i liten grad lindrast. Det som då står igjen er ein trøstande relasjon, nokon som er nær og som ser at den enkelte treng ei individuell personorientert omsorg. Lykkeslet (2003) fann at sjukepleiarane vil trøste og meiner at for å kunne trøste må sjukepleiaren bli rørt kjenslemessig. Det krev at sjukepleiaren er *tilstades* med tankane sine og er opptatt av pasienten. Eg har erfart at trøstande omsorg for personar med alvorleg demenssjukdom kan formidlast gjennom kroppen min. Kontakt utan krav frå oss omsorgsgjevarar og at vi delar kjenslene til personen med alvorleg demenssjukdom, er eit verkeleg møte. Trøst kan også giast som berøring av pasienten sin kropp, det kan vere musikk, dans og vogging. Norberg og Zingmark (2002) seier at i stunder med helande relasjonar med andre personar er det muleg at personar med alvorleg demenssjukdom kan oppretthalde relasjonen til den åndelege dimensjon i tilveret og finne trøst. For Tea med alvorleg demenssjukdom var nok relasjonen med sjukepleiaren med på å oppretthalde hennar åndelege dimensjon. Sjukepleiaren *sensa* Tea sine kjensler og sjukepleiaren meddelte Tea at kjenslene hennar var oppfatta. Det viste sjukepleiaren med si blide stemme, med blikket sitt og den kroppslege veremåten sin. Når Tea erfarar eit slikt styrkande mellommenneskeleg rom, kan ho kjenne seg trøsta og heimkomen. Ho kan då oppleve å ha forankring i tilveret.

Kven sitt romí .

Sjukepleiarane og andre sin bruk av rommet kan medvirke til å minske heimekjensla for pasienten. Eg meiner at nokre gongar kan romma i sjukeheimar opplevast som å mangle estetikk. Måten vi tek i bruk pasientromma og fellesromma på seier noko om kva for holdningar vi har. Pasientane sine rom på sjukeheim kan lett bli prega av sjukepleiarane sine behov for plass til ulike reiskapar som kan sjåast nødvendige i pleia (Skronnal 2006). Rommet avspeglar sjukepleiarane sin veremåte og rommet kan då igjen prege sjukepleiaren sine handlingar. Eg meiner det kan bli ein uheldig runddans som kan vere vanskeleg å kome ut av. Når kulturen er instrumentalistisk (Skjervheim 1992) kan det vere lett for sjukepleiaren å ha hovudfokuset på oppgåvene som skal utførast og ikkje på personen sine behov. Lassenius (2005) fann i si utforsking av rommet at om vi ikkje er opptatt av det romslege sine innebygde mulegheiter kan omsorgsmiljøet bli materielt. Det sei noko om omsorga vi utøvar overfor pasienten og eg meiner at våre handlingar blir opplevd som vår veremåte. Klyve (2006) skriv, etter mi meining, om dette:

*Er eg deg er du meg
her me sit i dette antiseptiske rommet
i denne sterile dagen med vaskefat
og frukostbrett
matar eg deg eller
matar du meg
ei skei for far og ei for mor (s. 62).*

Slik eg tolkar diktet ser det ut til at Klyve prøvar å nå inn i mora sin livsverden. Ho opplever korleis rommet verkar på dagen hennar. Vi gjer dagen til pasienten steril, med vaskefat og frukostbrett. Vaskefat og frukostbrett er ikkje noko negativt i seg sjølv, men her er dei brukt som metaforar på at rommet er styrt av sjukepleiarane sine behov. Pasienten blir då objekt i staden for subjekt i følgje Eide med fleire (2003), som viser til filosofen Buber. Handlingane våre blir utan kjærleik. Vi matar og vi barnleggjer pasienten. Ei skei for farí .. Dette er vondarta sosialpsykologi i følgje Kitwood (2003).

Om romma og omsorga er personorienterte og stadfestande kan kanskje Tea kjenne seg heime og oppleve forankring i tilveret. Eit rom som er prega av at her bur det nokon, gir signal til meg som sjukepleiar om at her må eg trø forsiktig, dette er privat område, ein heim. Sjukepleiaren blir gjest og vil då kanskje opptre som det. Når rommet er prega av pasienten sine livsminner, kan personen med alvorleg demenssjukdom oppleve at dette er hennar rom. Namnet til Tea står på døra hennar, kanskje kjenner ho att namnet sitt. Når dei kjem inn i rommet får Tea tid til å orientere seg ó der er det kjende gjenstandar som Tea har minner om. Dette gir tryggleik til Tea slik at ho kanskje blir mindre redd. Ho legg ei meining i kva og kven dette rommet er til for. Det hjelper Tea til å skape seg ei meining i situasjonen slik ho opplever den. Gode tonar og stemningar, som Martinsen (2002) uttrykker det, kan vere eit bilde på korleis omgjevnadane og veremåten vår kan styrke det mellommenneskelege rommet til Tea. Sjukepleiaren blir også påverka av dette gode rommet og handlingane hennar orienterar seg etter personen som bur i rommet. Rommet blir den private arenaen som bebuaren har kontroll over og brukar i tråd med sine livsvanar. Om pasienten opplever å ikkje høyre til her, kan han bli kasta ut i romløyse og han kan få ei oppleving av å gi frå seg kontrollen over livet sitt (Lassenius 2005). Pasienten kan då få det vanskeleg med rommet og dermed relasjonen til omgjevnadane, her er det ikkje trøst, det er ikkje heime. Pasienten kan miste si forankring i tilveret.

Eg vil avslutte denne diskusjonen med Martinsen (2002) sine ord, fritt omsett til mine: Tonen som tek tid let personen med alvorleg demenssjukdom få vere i rommet. Eit stemningsfullt rom kan i seg sjølv gjere at pasienten opplever forankring i tilveret. Sjukepleiaren styrkar pasienten med sin veremåte når pasienten og sjukepleiaren delar gode, milde og roande erfaringar og det kan verte opna opp for eit rommelegare rom. Eit mellommenneskeleg rom der sorga ikkje blir vendt til fortviling, men der sorga kan bli møtt.

4.0 í på dørstokken ut

No når det mellommenneskelege rommet er utforska, er det tid for å samle trådane og inntrykka eg har fått i mitt møte med teori, empiri og Tea og sjukepleiaren.

Eg fann at opplevinga av kropp, tid og rom endrar seg når personar lider av alvorleg demenssjukdom, og det må sjukepleiarane vite noko om. Meiningsfylt kroppsleg samspel styrkar det mellommenneskelege rommet til pasienten og det kroppslege uttrykket hos

sjukepleiaren må skape eit langsamt rom. Rommet avspeglar sjukepleiaren sin veremåte og rommet kan igjen prege sjukepleiaren sine handlingar i rommet. Korleis vi brukar og utstyrar pasientane sine rom har og konsekvensar for omsorga vi gir. Sjukepleiaren må vere sensande og *tilstades* og pasienten må bydast ein ikkje-verbal nærleik frå sjukepleiaren. Sjukepleiarar som er sensande og som har godt utvikla sensitive evner kan leve seg inn i pasienten sin livsverden. Sjukepleiaren har ansvar for relasjonen og at pasienten si oppleving og kjensler her og no vert tekne i mot, opplevde og delte. Dette er ei kjenslemessig forståing av pasienten som må formidlast tilbake til han. Sjukepleiarar må hjelpe pasienten med å ta vare på og opprette nye relasjonar. Meiningsfulle relasjonar, nærleik til andre og eit kjenslemessig fellesskap, ein kommunion, er ein føresetnad for å kunne kjenne seg heime for pasienten.

Ei personorientert og trøstande omsorg for ein person med alvorleg demenssjukdom vert formidla gjennom sjukepleiaren sitt kroppslege uttrykk. Sjukepleiarar ønskjer å trøste og for å kunne trøste må sjukepleiaren vere kjenslemessig rørt. Personen med alvorleg demenssjukdom treng styrkande og trøstande relasjonar i langsomme rom frå sensitive sjukepleiarar for å kunne oppleve å kome heim og dermed oppleve forankring i tilveret.

Litteratur

Asplund, Kenneth og Normann, Ketil (2002). Episoder av psykisk klarhet hos personer med svår demenssjukdom. I: Edberg, Anna-Karin (red.): *Att möta personer med demens*. Sverige, Lund: Studentlitteratur.

Blåsternes, Edit (2000). Praksis ó livsyttring og forteljing. I: Alvsvåg, Herdis og Gjengedal, Eva (red.): *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget.

Eide, Solveig; Grelland, Hans Herlof; Kristiansen, Aslaug; Sævareid, Hans Inge; Aasland, Dag G. (2003) 2. opplag. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Eide, Hilde og Eide, Tom (2007) 2. utgave. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Flø, Kirsti (2006). *livsmulegheit ó om å forstå kroppsleg erfaring og livsverden* Semesteroppgåve. Vidareutdanninga aldring og eldreomsorg. Høgskolen i Molde.

Furesund, Anna-Sofie; Lykkeslet, Else; Skrondal, Torill og Wogn-Henriksen, Kjersti (2007). Sansestimulering ó metode og møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, vol. 5, nr. 1: 37-49.

Hauge, Kari Westad (2002). *En dør inn til sykepleien: Å studere sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Holthe, Torhild (2007). Det går an! Tilrettelegging av fysisk miljø på institusjon, dagsenter og hjemme. I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.): *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Jakobsen, Rita (2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kitwood, Tom (2003) 2.opplag. *En revurdering af demens ó personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark.
- Klyve, Odveig (2006): *Det andre blikket. Dikt*. Oslo. J.W. Cappelens Forlag AS.
- Lassenius, Erna (2005). *Rummet i vårdandets värld*. Åbo. Finland: Åbo Akademis förlag.
- Lykkeslet, Else og Gjengedal, Eva (2006). How can everyday practical knowledge be understood with inspiration from philosophy? *Nursing Philosophy*, 7: 79-89.
- Lykkeslet, Else (2003). *Bevegelig handlingskunnskap. En studie i sykepleiens praksis*. Avhandling for graden dr.polit. Særtrykk/Reprint 2003:9. Høgskolen i Molde.
- Martinsen, Kari (2002). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I: Bjørk, Ida Torunn; Helseth, Sølvi; Nortvedt, Finn: *Møte mellom pasient og sykepleier*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norberg, Astrid (2001). Consoling Care for People with Alzheimer's Disease and another Dementia in the Advanced Stage. *Alzheimer's Care Quarterly*. Spring 2001: 46-52.
- Norberg, Astrid; Bergsten, Monica og Lundman, Berit (2001). A Modell of Consolation. *Nursing Ethics* 8 (6): 544-553.
- Norberg, Astrid og Zingmark, Karin (2002). Att leva med svår demens. I: Edberg, Anna-Karin (red.): *Att möta personer med demens*. Sverige, lund: Stusentlitteratur.
- Norberg, Astrid (2006). Att finna tröst och att hjälpa någon att finna tröst. *Omsorg* 4: 29-31.
- Normann, Ketil (1998). Livssituasjonen til pasienter med aldersdemens-skil den forklares og/eller forstås? I: Fagermoen, May Solveig; Nord, Randi, Hanestad; Berit Rokne og Bjørnsborg, Eva (red.): *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Normann, Hans Ketil (2001). *Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care*. Doktoravhandling ved Universitet i Umeå.
- Normann, Hans Ketil; Henriksen, N.; Norberg, A. og Asplund, K. (2005). Lucidity in a woman with severe dementia related to conversation. A case study. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 891 ó 896.
- Nortvedt, Per og Grimen, Harald (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pallasmaa, Juhani (2007). Rommet, stedet, værelset og selvet. *Omsorg*, 24 (2): 29-34.
- Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per-Halvard (2006) 2.utgåve. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjoner i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skjervheim, Hans (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo.
- Skjervheim, Hans (1992). *Filosofi og dømmekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skronnal, Torill (2006). *Å bo i sykehjem ó verdig eller óferdigö? En kvalitativ studie av pasienters erfaringer av alder og skrøpelighet ó og avhengighet i pleieforhold*. Rapport 0613, Møreforskning Molde AS.

Thornquist, Eline (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wogn-Henriksen, Kjersti (1997). *Siden blir det vel verreí ? Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. Sem: Info-banken.

Wogn-Henriksen; Kjersti (2006). Hva var det jeg skulle ha sagt -, vedblev han med stor omstendelighet ó og tidde. Når demens gjør kommunikasjon vanskelig. I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.): *Evige utfordringar. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Wogn-Henriksen, Kjersti (2007). öDet må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk!ö Miljøbehandling i demensomsorgen. I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.): *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Kapittel 5

Musikk som medisin

Av Violeta Ligan Sande

1.0 Innledning

Som sykepleier ved et sykehjem var det naturlig å velge et tema relatert til pasienter med aldersdemens i denne oppgaven. Sykdommen forekommer hos eldre personer og kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig og tilstanden er kronisk og forverres ofte over tid (Engedal og Haugen 2006).



Mellom 60 000 og 65 000 nordmenn har diagnosen demens. En stor og økende del (70-80 %) av pasientene i sykehjem har denne diagnosen (Ranhoff, Schmidt og Ånsta 2007). I følge Engedal og Haugen (2006) kan personer med demens ha mange atferdsuttrykk som oppleves som utfordrende for omgivelsene. Hvilke konsekvenser atferden gir, avhenger i stor grad av hvordan atferden blir møtt. Ulike symptomer kan sees i forskjellige faser av sykdommen. Affektive (følelsespreget) symptomer vil for eksempel ofte dominere i tidlige stadier. Agitasjon (uro/rastløshet) og andre psykiske symptomer kan dominere ved moderat demens. Ved svært fremskreden demens er det ofte færre symptomer igjen. De fleste demente personer viser i perioder problematferd eller psykiske symptomer som er såpass uttalte at de er til besvær både for personen selv og for omgivelsene (Lorentzen 2005).

Min interesse for bruk av musikk i eldreomsorgen ble vekket i møte med en pasients pårørende som nyutdannet sykepleier. Jeg hadde ansvar for å ta imot en pasient som på grunn av forverring av sykdom trengte kriseplass på avdelingen der jeg jobbet. Ved ankomst vandret pasienten frem og tilbake. Hun ville vite hvor hennes mor befant seg. Hun pratet fort og usammenhengende noe som gjorde det vanskelig for meg å forstå hva hun ville. Hennes uro forplantet seg i avdelingen. På grunn av mangel på kompetanse og manglende tilbud til pasienter som både er urolige og demente, ble pasienten etter kort tid overflyttet til alderspsykiatrisk avdeling. Noen dager senere kom pasientens datter tilbake for å hente pasientens eiendeler. Hun fortalte at moren hadde roet seg, og var i bedre form. Hun mente at moren var kommet på rett plass nå. Hun ba meg hente morens CD. Hun fortalte at moren var glad i musikk, og at musikk virket som medisin for henne. Dette ble en tankevekker for meg. Hva mente hun egentlig da hun sa at ømusikk er som medisin for mammaö? Kan musikk brukes terapeutisk? Dette ble temaet jeg ønsket å belyse. Problemstillingen ble derfor som følger:

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av musikk bidra til å dempe uro og problem atferd hos pasienter med demens som bor på sykehjem?

1.1 Ethiske betraktninger i forhold til bruk av eksempler

Pasienter med demens er en utsatt gruppe som kan by på spesielle problemer og krever spesiell oppmerksomhet. For å levendegjøre oppgaven har jeg benyttet en del eksempler hentet fra egen praksis. Av hensyn til pasientene er eksemplene aidentifisert og anonymisert.

2.0 Teoretisk referanseramme

Musikkterapeut Ingrid Sløgedal sier at for mange er musikk en viktig del av livet. Tenk deg at du flytter på sykehjem, langt vekk fra dine kjente og kjære ting og ikke minst kassettpilleren. De gamle kassettopptakene har kanskje preget livet ditt. Når man så finner igjen denne musikken, finner man samtidig tilbake til den personen man en gang var. Slik kan musikk bli et redskap for å oppnå et ikke-musikalsk mål som for eksempel opplevelse av mestring, identitet, økt selvbilde, kommunikasjon og trygghet (Bille 2007).

2.1 Musikkens innvirkning på uro

Det å få en demenssykdom betyr å befinne seg i en kaotisk og utrygg verden, hvor situasjoner som skaper angst veksler sterkt fra øyeblikk til øyeblikk (Engedal og Haugen 2006). Alle demensrammede personer får etter hvert store problemer med å klare seg i hverdagen. Når de ikke lenger opplever sammenheng i verden rundt seg og alt blir kaos, kommer utryggheten.

Vi kan se på atferd som en form for kommunikasjon fra pasientens side, en måte å meddele seg til omverdenen på, en kommunikasjonskanal når eksempelvis tradisjonelle kanaler som verbalt språk blir utilstrekkelig eller forsvinner. Wagner og Baardsgard (Rokstad 2005) sier i Kommunikasjon på kollisjons kurs følgende: *Meget uhensiktsmessig adfærd er rimelige konsekvenser av urimelige omgivelser* (s. 13). Cohen-Mansfield beskriver utfordrende atferd som en reaksjon på behov som ikke blir møtt (Rokstad 2005). Ifølge Wogn-Henriksen (1997) er det er all grunn til å anta at personer med aldersdemens fortsatt har en opplevelse av sin virkelighet, og at denne på en eller annen måte er forbundet med deres atferd. Atferd kan imidlertid, ifølge Witsø og Teksum (1998) ikke alene forstås i lys av menneskets fortid eller livshistorie. Den må også betraktes som et resultat av samspillet i det miljøet pasienten ferdes i og er en del av her og nå opplevelsen. For å skaffe nødvendig forståelse av den enkelte pasientens utfordrende atferd, må vi ha evne å ta inn ulike perspektiv. Dette innebærer evne til å se pasientens subjektive opplevelse og behov. Bevissthet om hvordan pasientens omgivelser representerer krav og stimulering er nødvendig (Rokstad 2005).

Når en skal forstå atferdsendringer og følelsesmessige reaksjoner hos pasienter med demens, må innfallsvinkelen være bred og åpen. Atferdsendringer må vurderes i lys av pasientens tidligere personlighet, mestringsevne, roller og livshistorie. Den atferden vi ser, kan være en videreføring av tidligere roller og yrkesrelatert aktivitet. Da er det viktig å kunne møte pasienten ut fra kunnskap om hvilke oppgaver og gjøremål som har vært viktig for vedkommende tidligere i livet. Med slik kunnskap kan vi bedre forstå det følelsesmessige engasjement som ligger bak atferden, og bedre kommunisere relevant informasjon til pasienten (Rokstad og Smebye 2008). Forskning viser at det er i samhandling mellom pleiepersonalet og pasienten at det oftest oppstår vanskelige situasjoner og utfordrende atferd. Slik atferd kan forstås som uttrykk for udekkede eller dårlig kommuniserte behov der mestringssvikt står sentralt. Mangel på impulser og engasjement kan også utløse uro og forvirring (Ranhoff, Schmidt og Ånstad 2007). I en undersøkelse fra 1990 som gjaldt verbalt

urolige demensrammede personer ved flere alderspsykiatriske institusjoner i Sverige, fant man at kontakten med personalet i alt vesentlig var knyttet til pleie, måltider, og medisintildeling. I 89 % av tiden var de demensrammede overlatt til eget initiativ, hvilket stort sett betydde passivitet og lediggang (Wogn-Henriksen 1997). Også ergoterapeuten på Alderspsykiatrisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus, Vibeke Hasselø (2003), skriver at institusjonstilværelsen lett kan bli passiv for beboerne. Ofte kan måltidet være den eneste stimulans personer med demens får i en travel institusjonshverdag. Hun skriver videre at stimulering gjennom flere av hverdagens aktiviteter kan ha en positiv effekt på atferd. Tiltak som kan virke beroligende på pasienter kan blant annet være musikk.

2.2 Musikk som kommunikasjon

Personer med demens har ofte språkproblemer knyttet til lesing, skriving, forståelse og taleproduksjon. I følge Wogn-Henriksen (1997) utgjør kommunikasjonsproblemene den største trusselen i demensutvikling. Personene blir stadig mer alene i sin egen verden fordi de både får problemer med å gjøre seg forstått og å forstå andre. Misforståelser bidrar til opplevelse av utrygghet. I arbeidet med aldersdemente er det svært viktig å bygge opp gode og trygge relasjoner mellom pasient og pleier.

Behovet for å kommunisere med andre ligger dypt i oss. Ingenting tyder på at dette behovet avtar i forbindelse med demensutviklingen, selv om språket som redskap ikke lenger er like effektivt og presist. Når personer med demens blir spurt om hva de synes er viktig, nevner de fleste samspill og kommunikasjon, det å være sammen med noen, tilhøre noen, føle seg respektert og stimulert. Vanskeliggjort kommunikasjon beskrives av mange som en av de største påkjenningene ved sykdommen (Wogn-Henriksen 1997). I følge Solheim (1996) har personer med aldersdemens lettere for å oppfatte andres kroppsspråk enn ordene som blir sagt. Å bruke god tid med pasienten og ha et tydelig kroppsspråk blir derfor viktig i kommunikasjonen. Musikk kan være en alternativ vei til kommunikasjon med demente med svekket kommunikasjonsevne. Ridder (2004) refererer til Tomaino som skriver:

At synge sammen er et af de få midler vi har til å kommunisere med personer med demens og en sang kan representere en gestalt i form af en periode af ens liv, som på denne måde kan huskes hver gang vi lytter til sangen (s.103).

I følge operasanger Lisbeth Hultmann er sang sjelens talerør. Å synge gir den enkelte mulighet til å uttrykke seg følelsesmessig og oppleve fellesskap med andre mennesker. Sangen når inn til følelsene og overskrider alle barrierer. I følge Hultmann representerer musikk et dypt eksistensielt behov hos mennesker (Ridder 2004). Gjennom sang kommer vi lettere i kontakt med personen. Dette forutsetter imidlertid at vi har bakgrunnskunnskap om vedkommende. Om personen finner glede i å lytte til en spesiell sang, vil dette også forbedre personens livskvalitet (Ridder 2004). Ridder (2004) refererer til Friis som skriver:

Musikk kan skabe glæde og kontakt. Musikk er et ösprogö, der, lige som talens og kroppens sprog, giver udtryk for følelserí Musikk giver mulighed for samvær ó med eller uden ord. Musikk .. kaní være med til at forebygge den ensomhed, som ingen mennesker ufrivillig bør udsættes for. Musikk kan være grobund for udvikling ó den udvikling, der er et fundamental behov for os alle, uanset alder eller handicap (s. 82).

Direktøren for The Institute for Music and Neurological Function, og Vice President for Music Therapy at Beth Abraham Health Services, Concetta Tomaino (2002) har gjort en klinisk

forskningsundersøkelse der deltakerne hadde Alzheimers sykdom fra alvorlig til siste fase. I forbindelse med at det ble spilt musikk med bakgrunn i deltakernes musikkpreferanse, ble de oppfordret til å fortelle om sin fortid. En av deltakerne fra Irland het Molly. Hun hadde ikke snakket på lenge. Etter at hun hadde hørt en irsk melodi for tredje gang, sa hun *That's nice*. Hun uttrykte sin glede over musikken. Videre fortsatte hun å snakke om familien sin og hennes hjemland.

Overlege og spesialist i allmennmedisin, Audun Myskja (2005) skriver at det er utført en rekke undersøkelser både hos friske personer og pasienter med ulike sykdommer og lidelser for å kartlegge fysiologiske effekter av musikk. Musikkterapi har ført til bedring av evne og vilje til kommunikasjon og sosial omgang både ved depresjon, schizofreni og demens. Allsang med kjente sanger har vist seg å gi forbedring i korttidshukommelse, sosial evne og motivasjon hos pasienter med demens. Dette tror man kan ha en sammenheng med aktivering av spesielle områder i hjernen (Myskja 2005).

I gjennomgang av fagartikler om bruk av musikk i geriatri og sykehjemsmedisin, supplert med erfaringer fra prosjektet *Musikk i siste livsfase*, skriver Myskja (2005) at musikkterapeutiske teknikker kan forbedre motorisk funksjon hos eldre med nevrologiske lidelser og funksjonshemning. I den musikkterapeutiske teknikken melodisk intonasjonsterapi (MIT), brukes sangstrofer for å stimulere tale. Denne teknikken har vist seg effektiv i rehabilitering av eldre pasienter med ekspressiv afasi. Ved melodisk intonasjonsterapi utnytter man det faktum at sang har en mindre sårbar cerebral funksjon enn talespråket (Myskja 2005). Senere års hjerneforskning har vist at musikk stimulerer hjernen på en allsidig måte. Dette gjelder i særlig grad sang. Språksenteret er sårbart, og man kan lett tape språk selv om man fortsatt forstår mye av det andre sier. Man kan da trene seg opp til å synge beskjeder man ikke klarer å si med vanlige setninger. På denne måten kan man hente inn igjen språket mye raskere (Myskja 2006).

Hanne Mette O. Ridder (2004) har laget en kvalitativ litteraturoversikt om demensrammede. Hun konkluderer med at musikkterapi har positiv innvirkning på kommunikative, fysiologiske, kognitive og sosiale aspekter hos personer med demens. Undersøkelser som har som utgangspunkt at de demensrammede får tilbud om musikk to ganger per uke, viser gode resultater. Funnene viser at en halv times lytting til favorittmusikk to ganger per uke ga stor effekt når det gjaldt reduksjon av agitasjon (Ridder 2004).

2.3 Musikk styrker identitet

Aldersdemens fører til tap av identitet og påvirker ofte selvbildet negativt. Innenfor utviklingspsykologisk og psykodynamisk teori er begrepene selvbilde, selvopplevelse og identitet sentrale. I arbeid med personer med aldersdemens er det viktig å legge til rette for at den enkelte skal kunne ivareta og opprettholde sin identitet og et så godt selvbilde som mulig (Witsø og Teksum 1998).

Professor i musikk, Even Ruud (2007), skriver at musikk er et lydspor i hverdagen som knytter oss til tid og sted, andre mennesker og opplevelse av å være en del av en større sammenheng. Identitet kan forstås som en prosess snarere enn et produkt og handler om opplevelse av å ha en stabil kjerne, at jeg er den samme gjennom livets ulike bølger. Identitet handler også om hvordan jeg plasserer meg i verden, om mine sosiale roller og posisjoner, om tilhørighet og avgrensning. Identitet er en livslang utviklingsprosess, hvor jeg i samspill med mine omgivelser skaper og revurderer min identitet (Rolvsvjord 1998).

Kulturforskeren Johan Fornos deler identitet inn i tre nivåer. Det første nivået er individuell eller subjektiv identitet som innbefatter opplevelse av indre kontinuitet og sammenheng. Det andre nivået er kollektiv eller sosial identitet og dreier seg om tilhørighet til sosiale grupper, posisjoner og mellommenneskelige relasjoner i samfunnet. Et tredje nivå er kulturell identitet. Dette nivå er det narrative nivået som dreier seg om at identiteter konstitueres gjennom meningsfulle symboler og tekster. Slike symboler og tekster er eksempelvis historiene og musikken som minnene formidles gjennom. Den subjektive og den kollektive identiteten uttrykkes med andre ord gjennom den kulturelle identiteten (Rolvsjord 1998).

Randi Rolvsjord (1998) i Nordisk Tidsskrift for Musikterapi skriver:

The old person can maintain her/his identity when she/he remembers events, persons or feelings from the past. Memories is stimulated by music and music evokes memories. Furthermore, these memories relate to the identity on an inner, a social and on a cultural level (s. 4).

Mennesker med demens opplever gjennom mental svikt trusler i forhold til kompetanse og egenverdi som menneske. Det å oppleve svikt i samvær med andre, føle forlegenhet og bli skamfull over egen svikt, kan være veldig uttalt. Det blir sammenlignet med å bli kledd av mentalt. Å mislykkes i oppgaver en normalt ville klare, føles svært vondt (Engedal og Haugen 2006).

Hukommelse er noe av det viktigste en må inneha for å kunne ivareta egen identitet. Mennesker med demens har en svikt i hukommelsen og glemmer da sin identitet og selvoppfatning (Rokstad 2005). Kjersti Wogn-Henriksen (1997) sier at all slags tankevirkosomhet, dagdrømmer, fantasi og utfoldelse kan være med på å styrke og levendegjøre den enkeltes pasientens opplevelse av å være et individ. Videre sies det at en ikke kun skal stimulere og bruke miljøterapi på rent kognitive og praktiske øvelser, men at en kan bruke musikk og bilder for å se inn til et menneskes indre og dermed se en del av den enkeltes identiteten (Wogn-Henriksen 1997).

Ruud (2007) hevder at alle våre opplevelse, våre historier og minner knyttet til musikk er en del av selve musikkopplevelse. Når vi gripes av musikk, slik at vi kjenner det i kroppen, og følelsene forteller oss at dette er virkelig eller ekte, svinger kanskje alle disse små fortellingene med eller smelter sammen i en større fortelling om oss selv. En fortelling som vi tror på, ikke som konstruksjon, men som en levd og kroppsliggjort erfaring. Ruud (2007) knytter musikk til livskvalitet. Han understreker at musikk kan være sentralt i menneskers identitetsdannelse og dermed en ressurs for å oppnå livskvalitet.

Forskning fra Flesjø og Flesjø (2005) viser at nære relasjoner mellom den demente og helsepersonell bidrar til opprettholdelsen av identiteten, og pasienten kan oppleve perioder med kognitiv klarhet på denne måten. Ruud har gjort en studie med utgangspunkt i at identitet er noe vi selv konstruerer gjennom å utforme en fortelling om oss selv. Råmaterialet for denne fortellingen er minner. Sentralt for den musikalske identiteten står minner knyttet til musikkopplevelser. Informantene i studien forteller om hvordan musikk har virket inn på deres selvfølelse, følelsemessig uttrykk og opplevelse. Musikken har vært med på å gi tilhørighet til kjønn, sosial klasse, etnisk gruppe, til en bestemt geografi. Forskningen viser at mange gjennom musikken har fått opplevelse av å tilhøre en østørreö eller overskridende virkelighet (Ruud 1997).

2.4 Musikk lindrer smerter

Smerter defineres av The International Association for the Study of Pain (IASP) som: *An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage* (Merskey, i Aambø 2007 s. 10).

Hos eldre er smerter sannsynligvis underdiagnostisert. I følge Myskja (2005) har musikkterapi med vekt på sang vist lovende resultater mot smerter. Regelmessig bruk av musikk kan bryte den vonde sirkelen som mange pasienter som opplever mye smerter, kommer inn i. Et viktig utgangspunkt for terapeutisk bruk av musikk innen helsevesenet ligger i musikkens evne til å virke avspennende, lindre smerter og redusere stress og angst. Frykt for smerte øker spenningen i kroppen, noe som igjen øker smertene. I følge Ruud (1997) endrer musikk vår tidsopplevelse. Alle som har følt konstante smerter vet hvor lang tiden kan virke. Han poengterer at musikken både kan få oss til å glemme smerten for en stund og at tiden kan gå fortere til andre lindringsformer trer støttende til (Ruud 1997). Myskja (2005) viser til en rekke eksempler for hvordan musikk virker inn på kroppen rent fysiologisk. Variabler som blodtrykk, hjertefrekvens, åndedrett, hjernebølgeomønstre målt ved EEG, kroppstemperatur og produksjon av endorfiner påvirkes av musikk. Blant annet beskriver han hvordan musikk kan brukes til smertereduksjon ved frigjøring av endorfiner. Endorfiner er kjent som kroppens naturlige morfin, gir eufori og har en smertestillende effekt. Følelsen man opplever ved å lytte til musikk, er knyttet til stimuleringen av endorfinnivået i kroppen. (Myskja 2005). Musikk kan i prinsippet lindre alle smertetilstander. Flere forskere hevder at det limbiske systemet oppfatter musikalske impulser av likeverdig intensitet som smerteimpulser. Ved å høre musikk, kan det limbiske systemet velge å ignorere smerten til fordel for musikken (Myskja 2005). Tomaino (2002) skriver følgende:

By stimulating a similar but neurologically different physical activity, music, with a strong rhythmic base, can allow for spontaneous movement, thus keeping limbs and joints free from possible atrophy and contractures (Tomaino 2002 s.1).

Musikk i smertebehandling eller lindring har ikke fått noen vesentlig plass innen medisinsk tenkning her til lands. Undersøkelser fra Tyskland viser imidlertid at det er store gevinster å hente ved systematisk bruk av musikk (Ruud 2007).

3.0 Resultatdiskusjon

Bruk av musikk som terapi ved uro og problematferd forutsetter godt kjennskap til pasienten. Dette innebærer at pasientens individuelle musikkpreferanser må kartlegges. Hvis en ikke vet hvilken musikk pasienten foretrekker, kan en komme til å velge noe som pasienten opplever som støy, og som bidrar til økt irritasjon og uro (Rokstad og Smebye 2008). Ifølge Cullberg (1999) er det også lettere for personalet å møte de gamle som individer, hvis de kjenner til pasientens personlige historie og sosiale ressurser. Utvalget av musikk og sanger skal fungere som ledetråder til minner og opplevelser som knytter seg til aktuelle tema (Solheim 1990). Musikk stimulerer ikke bare hukommelse, følelser og hørsel, men gir også livsglede og livslyst. Å synge med i en sang en kjenner, gir samhørighet og økt selvtillit. (Solheim 1990).

3.1 Musikk styrker pasientens identitet

Som mennesker flest har personer med demenssykdom erfaringer fra flere livsroller. Disse livsrollene er en del av deres identitet. Tap av disse kan føre til krisetilstander som kan komme til uttrykk i form av uro (Søndergaard 2004). Svekket identitet kan også medføre tap av sosial tilpasningsevne og at andre oppfatter vedkommende som vanskelig. Kitwood skriver at å ha en identitet er å vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig. Det betyr å ha en fornemmelse av kontinuitet med fortiden, og dermed en narrativ, en fortelling, å presentere for andre. Han påpeker at en primær oppgave for demensomsorgen, er å opprettholde den enkeltes personlige identitet på tross av mental reduksjon (Kitwood 1999). Ruud (2007) beskriver også hvordan musikk kan gi tilgang til viktige minner fra livet. Han kaller musikken identitetens lydspor, og hevder at våre minner knyttet til musikk kan gi et bilde av hvem vi er. Han beskriver identitet som fortellinger om oss selv. Slike fortellinger er basert på minner, eller på ens fortolkninger av hva en har opplevd. En fortelling fra praksis illustrerer dette:

Fortellingen om kordirigenten

Kari har tidligere vært musikk lærer og kordirigent. Alle i hennes familie er glad i sang og musikk. I dag har Kari fått en demenssykdom og mangler blant annet språk. I forbindelse med en sangtime på avdelingen virket Kari stresset, urolig og nesten sint. Hun gikk frem og tilbake i korridoren med rullatoren. Det var tydelig at hun ikke ønsket å være sammen med gruppen. En av pleierne begynte å synge en sang som hun visste Kari likte. Gruppen sang med. Under sangen stoppet Kari opp, og gikk rolig bort til gruppen. Etter en stund begynte også hun å synge. Hun sang med klar og tydelig stemme samtidig som hun beveget armene foran gruppen. Etter sangen klappet alle. Hun forstod at de klappet for henne og sa ötakkö før hun gikk videre.

Eldre personer husker bedre ordene til en sang, hvis de samtidig hører melodien (Ridder 2004). Kari's identitet ble styrket i fortellingen ovenfor. Musikk som terapi bidrar til å rekonstruere identiteten eller selvbildet til personer med aldersdemens. Musikken brakte Kari tilbake til hennes tid som musikk lærer og kordirigent. Gjenkjennelsen av tidligere liv bidro til at hun sluttet å vandre. Hennes atferd endret seg fra å være sint og urolig til å bli vennlig og avslappet. For Kari hadde sang og musikk vært en stor og viktig del av hennes liv. Derfor vil sang og musikk for henne representere noe som oppleves trygt og godt og kan bidra til økt livskvalitet.

Myskja (2005) skriver at kjente sanger kan vekke positive minner og aktivere koder for ferdighet og mestring. Musikken formidler assosiasjoner og vekker positive minner. Tomaino (2002) sier følgende om musikk som verktøy i arbeidet med eldre med demens: *Familiar songs become a tool for connecting to seemingly lost parts of the personality by providing a necessary link to the öselfö* (s.1). I følge Rokstad og Smebye (2008) får pasienten styrket sin identitet og sin opplevelse av egenverdi gjennom å knytte musikk til minner. Enkelte hendelser fra fjern fortid kan imidlertid være godt bevart ved alvorlig demens. Dette kan være hendelser av selvbiografisk art, som er opplevd med sterke emosjoner på godt og vondt. Evnen til gjenkjenning er også alltid bedre enn evne til gjenkalling (Engedal og Haugen 2006). Kitwood (1999) hevder at gjennom hjelpemidler som musikk og bilder kan en ta et besök i fortiden, for å få en bedre forståelse.

Førsteamanuensis ved Universitet i Tromsø, Hans Ketil Nordmann refererte i sin forelesning ved Høgskolen i Molde (04.03.2008) til sin forskning om *klare öyeblikk* hos pasienter med demens. Kari i fortellingen ovenfor, hadde et klart öyeblikk da hun takket alle etter at hun hadde ledet gruppen gjennom sangen. Normann tok fram betydningen av å danne gode

relasjoner og at det var nødvendig å lytte aktivt til metaforer og kroppsspråket den demente bruker. Kroppsspråket til Kari viste stolthet. I dette øyeblikket fremstod Kari som kordirigent, ikke som en eldre person med demens. Mulighet for opplevelse av *klare øyeblikk* henger sammen med pasientens relasjon til helsepersonalet, hvordan musikken tilrettelegges, formidles og valg av musikk. Ved valg av musikk må vi ha den enkelte pasientens livshistorie i tankene.

3.2 Musikk demper uro og problematferd

Som nevnt i teorikapittelet kan det lett oppstå uro og problematferd i forbindelse med pleiesituasjoner. Vanskelig atferd generelt, og aggressiv atferd spesielt, kan være daglige utfordringer i arbeidet med demensrammede. Ved å se på atferden som en utfordring kan fokus settes på samhandlingen og andre miljøfaktorer, og ikke bare på forhold knyttet til den demensrammede (Lorentzen 2005). Myskja og Lindbæk gjennomførte i 2001 prosjektet: *Individualisert musikk i eldreomsorgen* og fikk bekreftet at musikk kan påvirke både velvære og problematisk atferd i positiv retning. Forutsetningen for dette er imidlertid at musikk individualiseres og tilpasses den enkelte beboers behov, kulturbakgrunn og forutsetninger (Skagen og Helland 2006). Fra egen praksis har jeg et eksempel på hvordan bruk av musikken bidro til å dempe uro og problematferd i forbindelse med morgenstell.

Fortellingen om morgenstellet

I forbindelse med morgenstellet banket pleieren forsiktig på døren og kikket inn til Gunn. Pleieren med sitt vennlige vesen og myke stemme ønsket Gunn en god morgen. Gunn ropte tilbake og sa at hun ville hjem. Moren ventet på henne og de hadde mye å gjøre i dag. Hun slo i bordet flere ganger. Hun ønsket ikke å stille seg, dette kom til uttrykk både gjennom kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Hun virket engstelig, irritert og sint. Pleieren bekreftet hennes følelser ved å si öJeg forstår at du har mye å gjøre i dagö.

For å roe situasjonen setter pleieren på Gunns yndlingsmusikk. Hun setter seg forsiktig ned på sengekanten, tar Gunns hånd, smiler, og forsøker å få i gang en samtale rundt musikken. Pleieren er rolig og vennlig i sin opptreden. Gjennom kroppsspråket formidler hun trygghet og omsorg. Etter en stund, blir Gunn roligere og mer samlet. De samtaler videre om Gunns fortid og hennes forhold til sin mor. Morgenstellet forløp videre uten problemer.

Pleieren klarte i denne situasjonen å avlede angsten og sinnet hos pasienten til noe positivt og trygt ved hjelp av musikk. Musikken gav assosiasjoner til pasientens trygge barndomstid hjemme hos mor. Ruud (2007) hevder at musikk danner erindringspunkter for de første nære relasjoner som blir rammer for tilknytning og bekreftelse. Han antar at bekreftelse til andre danner grunnlaget for tidlig selverfaring og selvdannelse. Han påpeker at gjennom musikk internaliseres bildet av öden andreö. Slike representasjoner lever videre med oss, ofte som trygge forankringspunkter eller selvobjekt. Musikkens beroligende virkning er en av de mest brukte musikalske effektene (Myskja 2007).

Gerdner (1999) anbefaler at musikk brukes for å forebygge uro og problematferd 30 minutter før forventet uro. Det er ønskelig at pasienten får høre musikk de kjenner fra før. Denne erfaringen støttes av Clark, Lipe and Bilbrey (1998). Deres forskning viser at eldre med demensproblemer viser mindre grad av aggressiv atferd i forbindelse med badesituasjoner når de har fått høre kjent musikk i forveien. I fortellingen fra praksis satte pleieren på yndlingsmusikken i forkant av morgenstellet. Pleieren kjente til hva som var Gunns yndlingsmusikk, og visste at nettopp denne musikken fremkalte gode og trygge følelser hos henne. Rokstad (2005) understreker at det er lettere å forebygge utfordrende atferd enn å møte

den når den først er et faktum. Å iverksette forebyggende tiltak oppleves også mer positivt for personalet, enn alltid å være på etterskudd og til stadighet måtte gå inn i problematiske situasjoner.

I likhet med mange pasienter med demens ble Gunn i fortellingen urolig i forbindelse med morgenstellet. Hun ville hjem til mor. Ifølge en svensk studie som kartla og beskrev dette fenomenet, ble pasientens uttrykk for öhjemlängselö forstått som uttrykk for en lengsel etter trygghet i tilværelsen, mer enn et konkret ønske å komme til det huset der de engang bodde (Zingmark, Norberg og Sandman 1993, i Rokstad og Smebye 2008). Rokstad og Smebye (2008) skriver at opplevelsen av ikke å finne sammenheng i tilværelsen er nærliggende når orienteringsevne og hukommelse svikter. De skriver videre at en må gå inn for å skape et miljø som kan representere den tryggheten og tilhørigheten pasienten søker etter. Pleieren i fortellingen visste at musikken kunne bidra til at pasienten følte seg trygg. Musikken vekket gode minner om moren og arbeidet hjemme på gården. Rokstad og Smebye (2008) peker på at bruk av musikk i demensomsorgen må sees i sammenheng med faktorer som kultur, relasjoner, den aktuelle situasjonen og vedkommende person.

3.3 Musikk ó en døråpner for kontakt og mening

Musikkens styrke ligger i at den når inn til områder i kropp og følelser som ikke så lett lar seg fange opp av språket (Ruud 2007). Musikk blir en døråpner til kontakt med pasienten. Pleieren bør kjenne pasientens livshistorie slik at hun kan snakke med pasienten om tidligere hendelser. Å vise respekt og aktiv lytting kan bidra til å utdype og bekrefte tidligere hendelser og finne sammenheng i det pasienten ønsker å formidle. Rolvsjord (1998) understreker at den musikalsk samhandlingen engasjerer den gamle til å handle, føle, minnes, sanse og kommunisere slik kan de minnes de mest grunnleggende aspekter ved deres liv.

Musikk blir brukt som støtte og terapi overfor ulike pasient grupper som alternative kommunikasjonsformer, for å supplere talespråket. Musikken gir mulighet for både velvære, ny erkjennelse og innsikt (Hynne og Johannessen 2005). I følge Solheim (1990) er musikk, sang og dans viktig for de fleste mennesker. For menneske med demens har slike aktiviteter en særlig terapeutisk betydning grunnlag for videre samtale. I fortellingen om Gunn bidro musikken til gjenopplevelse av gode minner. Dette gav pleieren mulighet til å samtale med pasienten om hennes fortid. Rokstad og Smebye (2008) sier at når flere deler minner i en vennlig og avslappet situasjon, enten i individuell samtale eller i gruppe, kan personer med demens gjenfinne en følelse av identitet, av glede og tilhørighet. Dette har særlig betydning når demenssykdommen svekker personens evne til å presentere og formidle seg, og den enkeltes unike liv og individualitet kan stå i fare for å blekne i sykehjemmets travle rutiner.

Det kan oppstå problematferd og uro i sykehjemmet når 70-80 % av pasientene har en demenslidelse. Det sosiale livet i sykehjemmet preges ofte av monotoni, passivitet og venting. Mangel på impulser og engasjement kan utløse uro og forvirring. Engedal og Haugen (2006) sier at pasienter med demens av moderat og alvorlig grad, som bor i institusjon, har nytte av tilpasset aktivisering og miljøterapi. På min arbeidsplass benyttes sanggrupper som en del av det miljøterapeutiske tilbudet.

I fortellingen om kordirigenten, svarte Kari takk da gruppen applauderte. Tidligere hadde hun hatt problemer med å finne ordene. Hun hadde ikke snakket på lenge. Musikk og sang vekte minner fra fortiden, samtidig som de glemte ordene dukket opp igjen (Solheim 1990). Ridder forklarer dette med at musikken kan öbypasseö ødelagte områder i hjernen og skape nye forbindelser til områder som ikke er skadet (Ridder 2004). Andre beskriver tilsvarende

erfaringer med demensrammede som ikke har snakket på lang tid. Musikk aktiverer mange deler av hukommelsen. Da Kari tok dirigentrollen og öledetö gruppen i allsangen, kan dette ses på som en måte å markere seg på. Mange pasienter med demens kan oppleve en forløsning når de hører musikk. Det kan representere en rehabilitering av menneskeverdet.

3.4 Musikk lindrer smerter

I teoridelen er musikken smertelindrende effekt beskrevet. Jeg har selv erfart hvordan bruk av musikk har bidratt til å redusere smerter og uro hos demensrammede:

Fortellingen om Lars

Lars satt for de meste i stolen sin og dørste. Han ropte at han hadde smerter i beina og hoften. Han virket engstelig og samtidig irritert. Samtidig setter pleieren på kassetten og begynner å danse. Lars reiser seg opp, går bort til henne, smiler og begynner å bevege seg i takt med musikken samtidig som han nynner til melodien. Kroppsholdingen hans viser en stolt mann som mestrer dansens kunst. Etter dansen ble Lars opplevd som rolig og samlet, og hans smerter ble ikke nevnt videre.

Lars sin uro og uttrykk for smerter kan være reelt opplevde smerter, men det kan også være en måte å få oppmerksomhet på. Det kan tenkes at han kjedet seg. Passivitet og isolasjon kan faktisk være en smertepasientens største fiende (Aambø 2007). I følge Rokstad og Smebye (2008) har personer med demens fortsatt behov for å være i aktivitet, bruke sine ressurser og være i samspill med andre. Lars viste at han fortsatt kunne nynne og danse og at han fortsatt har glede av dette. En svensk undersøkelse viser at musikk som fører til pardans, på en avdeling for senil demente, fører til at pasientene gjenoppfrisker gamle sosiale mønstre og ferdigheter. Den demente våkner mer til liv og det er tydelige tegn på bedret kommunikasjon. Ruud (2007) fremhever også at når musikk og forventninger stemmer overens kan vi oppleve at smerte og angst kommer i bakgrunnen.

Ifølge Myskja (2005) er smerter sannsynligvis underdiagnostisert hos eldre. Musikkterapi med vekt på individuelle musikkpreferanser har vist lovende resultater mot slike plager. Regelmessig bruk av musikk kan gi positiv distraksjon som kan bryte den onde sirkelen mange smertepasienter kommer inn i. Å vurdere smerter hos personer med demens når det verbale språket er redusert, byr på særlige utfordringer. På grunn av sin kognitive svikt er en pasient med alvorlig demens ikke alltid i stand til å gjenkjenne kroppslige smerter og beskrive dem på en forståelig måte for andre (Rokstad og Smebye 2008). Dette har jeg selv erfart. Pasienter kan gi uttrykk for at de har det vondt ved at de plutselig reiser seg fra stolen, klager, roper på mor eller viser uro på andre måter. Eriksen (2007) viser til Kari Bjerke Batt-Rawden sin doktorgradsavhandling der hun skriver at personlig valg av musikk og musikkform kan gjøre syke friske. Hun skriver blant annet at musikken har kraft til å bidra til at friske holder seg friske.

Møtet mellom pasient og sykepleier er av sentral betydning for behandlingsresultatet. I en studie fra Finland trakk pasientene frem at de ønsket at sykepleieren også skulle anvende andre smertelindringsmetoder enn medikamentell behandling. Eksempler på slik ikke-medikamentell smertelindring kan være musikkterapi, berøring, avspenning og avledning, akupunktur eller transkutan nervestimulering (Aambø 2007). De ønsket at sykepleierne skulle være hos dem når de hadde smerter. Flere trakk frem at slik nærhet kunne redusere behovet for smertestillende medisiner (Aambø 2007). Pleieren i fortellingen greide å avlede pasientens smerter og uro ved å fokusere på hans nåværende ressurser. Hun klarte å få frem pasientens dans og sang ferdigheter. Dette er i tråd med det Rokstad og Smebye (2008) sier at målsettingen for forebyggende tiltak blant annet er å vedlikeholde pasientens ressurser.

4.0 Avslutning

Arbeidet med oppgaven har gitt meg anledning til å gå grundig inn i hvordan musikk kan bidra til å dempe uro og problematisk atferd hos personer med demens som bor på sykehjem. Musikk kan brukes til mer enn bare underholdning, aktivitet eller generell stimulering. Musikken kan fungere som døråpner til kommunikasjon, utvikling av relasjoner, styrking av identitet og lindring av smerter.

En forutsetning for å lykkes med å bruke musikk som terapi, er pleierens kjennskap til pasientens livshistorie. Kunnskap om musikk må settes i sammenheng med faktorer som kultur, relasjoner, den aktuelle situasjonen og personens bakgrunn. Musikk bidrar til glede og kontakt. Musikken kan anses som ett eget språk. Gjennom musikk kan en oppleve fellesskap med andre.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått svar på hvordan musikk kan brukes som medisin for eldre med demenslidelser. Imidlertid mener jeg at det er behov for mer forskning på dette feltet. Spesielt interessant kunne det være å få mer kunnskap om hvordan musikk bearbeides i hjernen, og få belyst flere erfaringer fra systematisk bruk av musikk som terapi ved demenstilstander. Bruk av musikk krever ingen spesiell musikkkompetanse hos personale. Det er et billig tiltak og bør derfor få en naturlig plass i demensomsorgen på sykehjemmet.

Litteratur

Bille, Cecilie (2007). *Toner i glemselens skoger*. Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Aremyr, Gunn (1993). *Leve livet glemsk, aktivisering av aldersdement*. Kommuneforlaget.

Cullberg, Johan (1999). *Dynamisk Psykiatri*. Tano Aschehoug.

Engedal, Knut; Haugen, Per Kristian (2006). *Aldersdemens fakta og utfordringer*. Tønsberg: INFO Banken.

Eriksen, Jan (2007). Musikk kan helbrede sykdom. Tilgjengelig på <http://www.hiak.no>

Flesjø, Hilde Anita; Flesjø, Reidun (2005): Den gyldne regel. Oslo: *Sykepleien* vol. 93 (17) 70-71.

Hasselø, Vibeke (2003). Sansestimulering af personer med Demens. *Artikel bragt i Demens*, Vol 7/nr. 1. s 1-5.

Hummelvoll, Jan Kåre (1992). *Helt ikke stykkevis og delt*. Ad Notam Gyldendal.

Hynne, Astrid Bjørnerheim; Johannessen, Eli (2005). Hvorfor og hvordan bruke musikk, berøring og bilde i utvikling av studenters kommunikasjon? *Vård i Norden* 4. Publ. No. 78 Vol. 25. No. 4 s. 47-50.

Kitwood, Tom (1999). *En revurdering av demens. Personen kommer i første rekke*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag.

Lorentzen, Bernhard (2005). Atferdsmessige og Psykiske Symptomer ved demens. *GERIA-TEMA* nr. 4.

- Myskja, Audun, Lindbæk, Morten (2000). Hvordan virker musikk på menneskekroppen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 120:1182-5 utg. 1-8. Tilgjengelig på www.tidsskriftet.no
- Myskja, Audun (2005). *Musikk i eldreomsorgen*. 1-3. Tilgjengelig på www-dia-online.no/artikkel
- Myskja, Audun (2005). Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift Nor Lægeforen*; 125:1497-9 1-7 (7 s). Tilgjengelig på: www.tidsskriftet.no
- Myskja, Audun (2006). Musikk: Et verktøy for helsearbeidere. 1-4. Tilgjengelig på www.fagforbundet.no
- Myskja, Audun (2007). Terapi i tonene. *Den musiske medisin*. Pyskisk Helse.
- Ranhoff, Anette Hylene, Schmidt, Gisle og Ånstad Unni (red) (2007). *Sykehjems medisin*. Håndbok i praktisk sykehjemsarbeid. Universitetsforlaget AS
- Ridder, Hanne Mette Ochsner (2004). *Musikk og Demens*. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte. KLIM Forlag. Århus, Danmark
- Rokstad, Anne Marie Mork (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. Når atferd blir vanskelig. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og Helse
- Rokstad, Anne Marie; Smebye, Kari Lislerud (red.) (2008). *Personer med Demens, Møte og samhandling*. Akribe AS
- Rolvjord, Randi (1998). Når musikken minner om livet. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 7 1-4.
- Ruud, Even (2007). *Musikterapi ó et fag i utvikling*. 1-20. Tilgjengelig på: <http://folk.uio.no/evenru/musterutvikling.html>
- Ruud, Even (2007): Musikk og identitet- *tidsskriftet GRUS* 1-28. Tilgjengelig på <http://www.hf.uio.no/imv/om-instituetet/ansatte/vit/even.artikler/GRUS-identitet.pdf>.
- Samuelsen, Gerd Anne (2005). *Kunsten i samspill*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Skagen, Kathe Elise og Laila Helland (2006). Musikk som aktivitet. Kan deltagelse i musikknettverk stimulere til økt miljøterapeutisk bruk av musikk overfor personer med demens? *Ergoterapeuten* 6/06 18-21.
- Solheim, Kirsti (1990). *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Tano AS.
- Solheim, Kirsti (1996). *Demensguide, holdninger og handlinger i demensomsorgen* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tomaino, Concetta M. (2002). The Role of Music in the Rehabilitation of Persons with Neurologic Diseases. *Music Therapy Today*. 1-8. Tilgjengelig på <http://musictherapyworld.net>

Witsø, Aud Elisabeth; Anne Brit Teksum (1998). *Miljørettet miljøarbeid med aldersdemente*. Tano Aschehoug

Wogn- Henriksen, Kjersti (1997). *Siden blir det vel verre í ?ö Nærbilder av mennesker med aldersdemens: en undersøkelse av aldersdemente menneskers opplevelse av seg selv og sin situasjon*, Vestfold: BK Grafiske AS

Aambø, Arild (red.) (2007). *Smerter: smerteopplevelse og atferd*. Oslo. Cappelen akademisk.

Kapittel 6

En verdig død i sykehjem

Av May Helen Midtbust

1.0 Innledning

I 2005 døde 41 152 personer i Norge, derav ca 40 % i sykehus og ca 40 % i sykehjem (Statistisk sentralbyrå 31.01.08). Dette er tall som er med på å begrunne viktigheten av kunnskap om terminalomsorg når en arbeider i helsevesenet. Omsorg for den gamle og hans pårørende i livets slutfase er en sentral klinisk hjelperelasjon mellom den gamle og sykepleieren.



Foto: Arne Strømme

St.meld. nr 25 (2005-2006) tar sikte på å beskrive fremtidens omsorgsutfordringer. Her blir omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus beskrevet som et område regjeringen ønsker å styrke, både i forhold til kompetanse og kapasitet. Dette viser at

terminalomsorg i sykehjem er et viktig fokusområde for de som er premissleivrandører av helsetjenester i Norge. En undersøkelse ved Bergen Røde Kors Sykehjem viste at pasientene i gjennomsnitt hadde 6,7 % aktive diagnoser (Husebø og Husebø 2004). Ved søk i Statistisk sentralbyrå etter oppgitte dødsårsaker hos pasienter i sykehjem, kom det frem at ondartede svulster, iskemisk hjertesykdom, karsykdommer i hjernen, pneumoni, KOLS og gruppen andre sykdommer var de hyppigst oppgitte dødsårsakene (SSB 31.01.08).

Statistikken viser at ulike sykdommer oppgis som dødsårsak. Jeg har i dette kapittelet valgt å se mer generelt på terminalomsorg til pasienter på sykehjem og ikke vektlegge en enkelt gruppe med en spesiell diagnose. Det kan være pasienter som gradvis blir dårligere av sykdom og generell aldring eller pasienter som raskt blir dårlig etter eksempelvis hjertesykdom, karsykdommer eller infeksjoner. Ut fra temaet terminalomsorg har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren legge til rette for en aktiv og helhetlig terminalomsorg slik at eldre pasienter kan få en verdig død i sykehjem?

Hva ligger så i begrepet en aktiv og helhetlig terminalomsorg? I både norsk og engelsk litteratur blir begrepet palliative care brukt om behandling og pleie ved livets slutt. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliative care som: *En aktiv, helhetlig, behandling, pleie og omsorg for pasienter med sykdommer som ikke responderer på kurativ behandling* (Husebø og Husebø 1998). Palliative care handler altså om å dekke en stor bredde av behov hos pasienter i livets slutfase. Legen og sykepleieren Cicely Saunders er kjent som grunnleggeren av hospicebevegelsen. Hun har uttrykt at for få pasienter får nytte av kunnskapen og erfaringene en har gjort seg innenfor palliative care og hospicebevegelsen

(Husebø, Mount og Husebø 1998). Jeg vil se på teori og empiri, som kan være med på å beskrive hvordan sykepleieren kan legge til rette for en terminalomsorg i sykehjem med elementer fra palliative care og hospicebevegelsen. Viktige fokusområder vil bli etikk, kommunikasjon og symptomlindring, og hvordan dette kan bidra til opplevelsen av en verdig død for eldre pasienter. Reidun Førde (2003), dr.med i medisinsk etikk, sier i en artikkel om alderdom, verdighet og etikk at verdighet er nært knyttet opp mot begrepet menneskeverd. Hun sier videre at de fleste erklæringer og etiske retningslinjer i helsevesenet fremhever individets verdighet. Også i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer kan vi lese at respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, er sykepleiens grunnlag. Marie Aakre (2001), sykepleier med lang erfaring innenfor terminalomsorg, sier at menneskeverdet lett kan trues og krenkes i livets slutfase. Dette henger sammen med at i livssituasjoner der vi blir hjelpetrengende, også blir sårbare.

Jeg vil legge vekt på sykepleierens rolle i møte med gamle og døende pasienter, og har gjennom avsnittene med meg Kari Martinsen omsorgsteori. Martinsen (1989) tar utgangspunkt i at sykepleiefaget er bygd opp omkring begrepet omsorg. Hun fremhever tre aspekter ved omsorg: Omsorg er et *relasjonelt* begrep, et *moralsk* begrep og det omfatter *utførelse av konkrete situasjonsbetingede handlinger* basert på en for forståelse av hva som er til den andres beste. Begrepet for forståelse er hentet fra hermeneutisk filosofi og legger vekt på at menneskelig forståelse er budet i de erfaringer og den kunnskap som mennesket har i og med sin historiske og kulturelle kontekstuelle plassering (Kirkevold 2006).

2.0 Fremstilling av aktuell teori og fagstoff

I denne delen skal jeg fremstille teori og empiri som kan være med på å belyse tema terminalomsorg og sykepleierens rolle i terminalomsorgen til eldre pasienter på sykehjem. I problemstillingen brukte jeg begrepet helhetlig terminalomsorg. Helhetlig behandling, pleie og omsorg er også med i Verdens helseorganisasjons (WHO's) definisjon av palliative care. WHO sier at hovedoppgaven er å lindre smerte og andre symptomer og å gi støtte til psykologiske, sosiale og eksistensielle problemer (Husebø, Mount og Husebø 1998). For å kunne tilby en helhetlig sykepleie må sykepleieren ha kunnskap om den eldre, terminale pasientens ulike behov. Presentasjonen av fagstoff deles i fire deltema. Den biologiske, psykologiske og sosiale aldringen, kommunikasjon og etikk, symptomlindring og begrepet en verdig død.

2.1 Livets siste fase ó alderdommen og kroppsfenomenologi

Alderdom og død er to ord som ofte nevnes sammen. I Norge skjer ca 85 % av alle dødsfall i aldersgruppen over 65 år. Aldring kan ses på ut fra ulike perspektiv. Daatland og Solem (2005) skriver om biologisk, psykologisk og sosial aldring. I grove trekk kan biologisk aldring defineres som endring i evne til å overleve, psykologisk aldring som endring i evne til tilpasning og mestring og sosial aldring som endring i de sosiale roller og forventninger som følger med alderen. I det følgende vil jeg kort presentere deler av Merleau-Pontys kroppsfenomenologi. For å belyse den psykologiske og sosiale aldringen vil jeg trekke inn momenter fra teoriene til Kübler-Ross, Tornstam og Jung.

Innenfor fenomenologien, er Merleau-Ponty (1907-1961) kjent for å knytte den menneskelige subjektivitet til kroppen. Han sier at mennesket ikke kan forstås som et tenkende og intensjonalt vesen løsrevet fra kroppen, men at det er som kroppslige subjekt mennesket eksisterer og deltar i verden; kroppen er sentrum for erfaringer og erkjennelse. *Den levde kroppen* er et kjernebegrep i kroppsfenomenologien, og karakteriseres ved ureflektert

deltagelse (Thornquist, 2006). Merleau-Ponty kroppsfenomenologi har fått spesielt stor betydning innefor helsefagene. Dette er knytte til erfaringer som frisk eller syk. Når kroppen fungerer slik som den skal, så er den vanligvis ikke gjenstand for vår oppmerksomhet. Fenomenologene vil si at i vår umiddelbare væren-i-verden er kroppen utematisert. Den velfungerende kroppen er altså fraværende fenomenologisk. Det er først når kroppen svikter, og når vi blir syke og får ulike plager, at oppmerksomheten rettes mot kroppen. Når vi ikke er i stand til å utføre det vi vanligvis gjør og det vi ønsker å gjøre, *oppstår en splittelse mellom kroppen og det intensjonale subjekt som under normale omstendigheter er en ureflektert og integrert enhet* (Thornquist 2006).

Dødligheten øker med alderen, og tross dette skjer det likevel lite forskning på de eldres forhold til døden. Mye av forskningen på døden er opptatt av öfor tidlig dødö, og da helst kreftpasienter (Daatland og Solem 2005). Kübler-Ross utviklet en mye omtalt teori om tilpasning til sin egen död. Dette er en stadiemodell som baserer seg på at kunnskapen om at en har en dødelig sykdom kommer som et sjokk en først vil benekte og deretter møte med sinne, forhandling om ekstra tid, depresjon og til slutt akseptering (Daatland og Solem 2005).

Den svenske professoren i sosiolog Lars Tornstam har beskrevet hvordan livsperspektivet endrer seg med stigende alder. Han kaller denne utviklingen gero-transcendens. Med dette sikter han til en endring i aldrende menneskers metaperspektiv, fra et materialistisk og rasjonelt til et mer kosmisk og transcendent perspektiv. I følge Tornstam skjer aldersforandringene langs tre dimensjoner: 1. En kosmisk dimensjon med en økt følelse av samhörighet med universets ånd, økt følelse av samhörighet med tidligere og kommende generasjoner, en endret oppfattning av liv og död og mindre frykt for døden. 2. En selvdimensjon med mindre selvopptatthet og større opplevelse av sammenheng, mening og helhet i livet. 3. Tredje dimensjonen handler om kvalitative endringer i sosiale relasjoner. I denne dimensjonen beskrives mindre interesse for overfladiske sosiale relasjoner og heller større behov for å være alene, mindre behov for aktivitet og mindre interesse for materielle ting. Disse endringene antas å følges av trivsel og høy livskvalitet i eldre år (Tornstam 2005, Daatland og Solem 2005 og Husebø og Husebø 1998).

Også psykologen C. G. Jung beskriver hvordan de eldre endrer sine livsperspektiver. Han beskriver en utvikling av selvets enhet og helhet og at dette skjer gjennom en prosess han kaller *individering* ö det å bli mer og mer seg selv og mer og mer en helhet. I livets første halvdel er den viktigste oppgaven å bli kjent med samfunnet og verden. Senere i livet er oppgaven å bli kjent med seg selv og det kollektive ubevisste (Daatland og Solem 2005, Husebø og Husebø 1998). Gills Garrett (1991) skriver også at døden er mer nærværende i eldre år, både gjennom tap av ektefelle og venner, men også på grunn av at kroppslige plager og gradvis tap av helse.

R. Shubha (2007), dr. student i psykologi, har gjennomfört en litteraturreview rundt forskningen om psykososiale forhold i livets slutfase. Hun konkluderer med at vi i helsevesenet har en økende oppmerksomhet om de eldres forhold til døden. Ofte er det sykepleieren som direkte konfronteres med pasientens behov for å snakke om sin forestående död i ulike samhandlingssituasjoner. Undersökelser viser at sykepleierne ofte unngår pasientens signal om å snakke om forhold rundt døden. Shubha sier at utfordringen for helsepersonell blir å ha en holistisk tilnærming til terminalpleie, med vekt på både fysiske, psykiske og åndelige behov med kulturelle ulikheter i minne.

2.2 Kommunikasjon og etikk

I følge Martinsen (1989) uttrykkes omsorg ved en bestemt øgrunnholdning som kjennetegnes av at omsorgsyteren anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. Forståelse for den andres situasjon er avgjørende og en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Martinsen bruker begrepet øgeneralisert gjensidighet som hun hevder er basis for sykepleie som omsorgsyrke. I dette begrepet legger hun en forståelse av at alle mennesker kan komme opp i situasjoner der de er avhengig av hjelp fra andre. Marit Kirkevold (2006) skriver at Martinsens arbeider gjerne ikke blir betraktet som en tradisjonell sykepleieteori, men heller en filosofisk eller fenomenologisk teori. I boken *Fra Marx til Løgstrup* trekker hun inn filosofen og teologen Løgstrup fenomenologiske arbeider som et nytt grunnlag for sin tenkning om sykepleien som et omsorgsfag. Her viser hun til omsorgens relasjonelle og moralske side gjennom Løgstrups nærhetsetikk:

Vi er forbundet med hverandre med en fordring om å dra omsorg for det av den andres liv som forbundetheten prisgir oss. Det er ut fra de relasjoner vi inngår i til hverandre i konkrete situasjoner, at den etiske fordring får sitt innhold (Martinsen 2003 s. 69).

Løgstrup vektlegger, på samme måte som Martinsen, relasjoner og møte med den andre som et sentralt tema i etikken. Han beskriver møte mellom mennesker som en etisk fordring. Han sier at å være til er å være sammen med andre. Å være menneske dreier seg om å inngå i relasjoner. Den etiske fordring er andre-orientert og ikke jeg-orientert. I det legger han at den ikke kan brukes som et krav til hvordan en skal eller bør møte andre mennesker. Den etiske fordring er også taus siden den ikke kan identifiseres med regler eller prinsipper. Det lengste Løgstrup går i å innholdsbestemme fordringen, er at den går ut på å ta vare på den andres liv og at denne fordringen ikke er mulig å komme unna når vi møter et annet menneske (Eide et al 2005).

I artikkelen *Snakk sant om døden* skriver Aakre (2001) at alle trenger vi noen som går sammen med oss gjennom den siste fasen av livet. Aakre etterlyser mer åpenhet rundt døden. Hun sier at mange i helsevesenet har vanskelig for å være ærlige med hverandre om døden. Vi mangler kompetanse og mot til å bytte ut tanken på å bli bedre eller å bli frisk med tanken på litt tid igjen. I møte med livets mysterier mangler vi språk og vi vet ikke hvordan vi kan bytte ut tausheten med åpenhet og ekte fellesskap. Professor Peter F. Hjort (2004) skriver at tidlige samtaler om døden og dødspleien er viktig og nesten alltid gode. Da har man et bedre grunnlag for enighet når tiden er inne. Han skriver videre at utfordringen er ofte å avgjøre når tiden er inne. Dødspleien forutsetter enighet og samarbeid mellom fire parter ó pasient, pårørende, sykepleier og lege.

Elisabeth Gjerberg og Arild Bjørndal (2007), forskere ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, har intervjuet sykepleiere, hjelpepleiere, leger og en prest om deres erfaringer med sykehjemspasienters livsavslutning. Fire tema gikk igjen når informantene skulle svare på hva som var viktig for at pasientene skulle få en god død på sykehjemmet: God smerte- og annen symptomlindring, trygghet, livsforlengende behandling og forholdet til de pårørende. Uttrykket trygghet ble av informantene brukt i flere sammenhenger, men det var først og fremst knyttet til å skape trygghet for at pasienten ikke skulle være alene den siste tiden. Det kom frem at det er en nødvendig forutsetning å sette av tid til samtaler med pasient og pårørende, og aller helst med lege tilstede. Samtlige informanter påpekte viktigheten av at de pårørende ble ivaretatt på en best mulig måte.

Husebø og Husebø fremhever i flere artikler viktigheten av en åpen, realistisk og forberedende kommunikasjon overfor pasienter og pårørende når livet nærmer seg slutten. De gjennomførte i perioden 1.11.2000 til 1.1.2002 en prospektiv undersøkelse av 196 pasienter ved palliativavdelingen ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Så mange som 71 % av pasientene og 76% av de pårørende ønsket en forbedret, åpen kommunikasjon med pleiepersonalet, leger og pårørende om sykdomsforløpet og fremtiden. Om lag 64 % av pasientene ønsket å snakke med en prest. De ønsket å bli møtt med sjelesorg, velsignelse eller mulighet til å snakke om ulike utfordringer som tvil, tro eller begravelse. Det viste seg etter hvert at så mange som 91 % hadde en eller flere samtaler med presten (Husebø og Husebø 2003).

2.3 Symptomlindring

I tillegg til kommunikasjon og opplevelsen av trygghet, er symptomlindring viktig i terminalomsorgen. Husebø og Husebø (1998) skriver at de gamles livsavslutning kan forløpe stille og fredelig, men at dette forutsetter adekvat behandling og omsorg den siste tiden. Deres erfaring er at smerter og andre plagsomme symptomer er betydelig underdiagnostisert og underbehandlet. På sykehjemmene er en stor andel av pasientene demente. I tillegg er det mange pasienter som har sykdommer eller problemer som fører til at de ikke selv kan forklare hva som plager dem. Dette betyr at helsepersonell står overfor store utfordringer når en kan forvente at så mange som 70 til 80 % av pasienten har smerter eller andre plager den siste tiden. Ved mistanke om slike plager bør analgetika eller sedative utprøves. Mange av symptomene kan effektivt behandles med ulike medikamenter. Her ligger det en stor utfordring for den behandlende legen gjennom å ha kunnskap og erfaring i å behandle/lindre plagsomme symptomer (Husebø og Husebø 1998).

I Norge har vi ca 39 000 sykehjems plasser og ett legeårsverk per 180 pasienter (Husebø og Husebø 2004). Dette støtter enigheten om at legedekningen er for lav i norske sykehjem. Pr. juni 2006 var også en tredel av de som jobbet i pleien uten fagutdanning (Gjerberg og Bjørndal 2007). Hjort (2004) skriver at palliativ omsorg og behandling er et lagarbeid der sykepleierne har en nøkkelrolle. Nesten ingen sykehjem har lege tilgjengelig døgnet rundt, og derfor må sykepleierne ha god kompetanse og vide fullmakter til å gi nødvendig lindrende behandling. Aakre (2001) skriver i artikkelen *Palliative care ó også for de eldre*, at gamle mennesker som snart skal dø har behov for alle de tjenester dette konseptet representerer. Konseptet er særlig rettet mot mennesker som har et stort pleie- og omsorgsbehov, der avmakt og avhengighet dominerer. Ordet palliasjon betyr kappe. Aakre skriver at i møte med lidelsen er det alltid noe som kan lindres, noe vi kan legge rundt og skjerme for med vår måte å vise omsorg på. Ekte nærvær, der vår kjærlighetsevne er det sentrale, kan gi stor lindring og trøst. Utfordringen for personalet som arbeider med terminale eldre, blir å tilby det ypperste av moderne medisin kombinert med det ypperste av gammel barmhjertighetstradisjon.

Husebø og Husebø (2005) har skrevet en artikkel med tittelen: *Sykehjemmene som arena for terminal omsorg ó hvordan gjør vi det i praksis?* Om smerte skriver de at så lenge pasienten har god smertelindring med peroral administrasjon av analgetika, fortsettes denne behandlingen. Ved lite effekt av peroral analgetika, sykdomsprogresjon eller bevissthetstap, anbefales overgang til subkutan tilførsel av morfin hver 4. time. Det er også viktig å vite at smerte og angst kan henge nøye sammen. Husebø og Husebø (1998) sier at det er ikke god smertelindring å erstatte mangel på oppmerksomhet med morfin.

Dyspnè er en subjektiv opplevelse av åndenød. Ca 80 % opplever det siste levedøgn akutt dyspnè og følelsen av å bli kvalt. Dette skyldes terminal hjertesvikt. Den eneste virksomme behandlingen er tilførsel av morfin (Husebø og Husebø 2005). Dødsralling er en støyende

respirasjon, som oppstår hos bevisstløse eller bevissthetsreduerte pasienter i deres siste dager eller timer, når de ikke lenger er i stand til å hoste opp eller svelge slim fra de store luftveiene. Ofte har pasientene nedsatt bevissthet, og av den grunn er det usikkert om de er plaget av dette. For pårørende som sitter hos pasienten kan imidlertid dødsrallingen oppleves som skremmende. Dødsralling blir behandlet med antikolinerge midler, væskerestriksjon og informasjon. Informasjon til pårørende om årsaken til dødsrallingen og at den gamle, døende sannsynligvis ikke er plaget vil kunne være en god trøst (Husebø og Husebø 2005). Munnstell er viktig til terminale pasienter. Uttørking av munnens slimhinner, sår og soppinfeksjoner bidrar til ubehag, smerter og manglende matlyst. For sykepleieren vil det være en viktig oppgave å inspisere munnhulen daglig og ved infeksjon må antimykotisk behandling settes i gang (Husebø og Husebø 2005).

Kvalme og brekninger kan være et alvorlig problem, men det er mest utbredt blant kreftpasienter. Det kan da gis profylaktisk behandling med subcutan haloperidol (Husebø og Husebø 2005).

Så mange som 40 til 60 % av eldre, terminale pasienter utvikler delirium. Dette kan oppstå av årsaker som nyre- eller leversvikt, overdosering av medikamenter, hjernemetastaser, dehydrering, toksiske metabolitter fra kreftceller og psykologiske forhold. Benzodiazepiner eller haloperidol kan gi symptomkontroll, men en rolig og trygg atmosfære eller for eksempel pasientens favorittmusikk, kan også ha en positiv effekt. Ved angst, panikk eller uro kan subcutan injeksjon med benzodiazepiner prøves (Husebø og Husebø 2005).

Husebø og Husebø (2003) gjennomførte, som beskrevet før, en undersøkelse ved Bergen Røde Kors sykehjem. Her fikk hele 97 % opioider subcutant de siste 24 timer. Det var ikke bare smerter som var avgjørende for bruk av opioider. Hovedindikasjonen var hjertesvikt med påfølgende dyspnè. Omtrent 64 % av pasientene ble behandlet med scopolamin subcutant for å lindre dødsralling. Mot panikk, uro, angst eller kramper fikk 34 % av pasientene midazolam. Kvalme og hallusinasjoner ble behandlet med haloperidol hos 25 % av pasientene. For å styre en kontinuerlig dosering og kombinasjon av flere medikamenter, ble det hos 31 % av pasientene brukt subcutant pumpe-system. De siste dagene av pasienten liv ble det lagt vekt på å seponere alle medikamenter og annen behandling, som ikke bidro til å bedre pasientens livskvalitet, eller som forlenget en lidelsesfull dødsprosess. Alle fikk munnstell 1 til 4 ganger hver time. Hos 89 til 95 % var det mulig å oppnå effektiv symptomlindring.

I undersøkelsen til Gjerberg og Bjørdal (2007) fremhevet samtlige informanter, 14 helsearbeidere, god smertelindring som spesielt viktig for at dødsfasen skal bli så god som mulig. Ikke bare smertelindring, men generelt det å lindre plagsomme symptomer ble ansett som viktig. God væskebehandling, godt munnstell, passe på å snu pasienten ofte og sette inn tiltak for på best mulig måte å redusere symptomer, som pustebesvær og dødsralling. I undersøkelsen ble det fremhevet ulike forutseneringer som må ligge til grunn for at en skal lykkes med symptombehandlingen. For det første må personalet ha evne til systematisk observasjon der endringer i symptom-bilde registreres og dokumenteres. For det andre stiller det krav til kompetanse både hos den enkelte pleier og på systemnivå. Siden en ofte har situasjoner der lege ikke er tilgjengelig, ble det trukket fram viktigheten av gode rutiner for opptrapping av smerte- og annen symptomlindring dersom pasientens tilstand ble forverret.

2.4 En verdig død i sykehjem

Den lindrende behandlingen redder ikke liv, men den bekrefter livet og menneskeverdet. (Aakre 2001) trekker frem noen verdiområder som ofte er satt på prøve i slutfasen av livet:

- * Respekten for menneskeverdets ukrenkelighet
- * Respekt for livets ukrenkelighet
- * Det helhetlige menneskesyn, der pasienten blir møtt som et samlet hele
- * Et familierettet tilbud
- * Åpen, ærlig informasjon og ivaretagelse av medbestemmelse
- * Styrket oppmerksomhet og status til lindrende behandling
- * Barmhjertighet og trøst i møte med døden
- * Respekt for den sykes tid

Aakre skriver at de nevnte verdiområdene er svært viktige for å kunne kvalitetsutvikle tjenestene til alvorlig syke mennesker. Det er den enkelte hjelper som skal leve dette ut i praksis. De må gjøre valg og prioriteringer i en travel hverdag, og utvikling av verdibevissthet, selvinnsikt og moralsk kompetanse hos hver enkelt helsearbeider er derfor viktig.

Der mennesker har lite makt og sterk avhengighet, er det stor fare for krenkelser og overgrep. Menneskeverdet er truet og står i fare for å bli krenket i livets slutfase. Den gamle pasienten, kan i den terminale fase være i en livssituasjon der han må snues, bruke bleie, miste språk, miste kroppsdeler og en kan miste roller som gjør at hans verdighet blir satt på prøve. Alle har vi en verdighet i kraft av å være menneske. Det avgjørende er om den enkelte blir møtt slik at verdigheten blir opprettholdt. Aakre sier at verdighet handler om å bli respektert for sin individualitet, få være den man er, bevare sin identitet og selvspekt (Aakre 2001).

Verdigheten kan krenkes, og jo større den enkeltes svekkelse og behov for hjelp er, jo større er risikoen og sannsynligheten for det. Når alvorlig syke og døende gamle blir innlagt i sykehjem, er det ofte på grunn av at de trenger hjelp og omsorg døgnet rundt. Husebø sier at utfordringen da er å tilby alle som behøver det kompetent palliativ care. Saunders har uttalt at for få pasienter får dra nytte av det hospice og palliativ medisin har å tilby. Alle pasienter har behov for adekvat og individuell behandling under et sykdomsforløp. Alle kan vi ikke bli helbredet, men alle vil en gang dø. Nettopp hvordan dette skjer, er ikke bare viktig for pasientens verdighet, men også for familien (Saunders i Husebø, Mount og Husebø 1998).

Hjort (2004) fremhever viktigheten av at de pårørende trekkes aktivt inn i det han kaller dødspleien. De pårørende må, om de ønsker det, få mulighet til å være sammen med den døende så mye som de vil. Hjort skriver at dødspleien nesten er enda viktigere for de pårørende enn for den døende, siden de skal leve med minnene. Presten hører også med i teamet, for den sjelelige omsorgen kan være viktig både for pasient og pårørende. Ruth Palan Lopez (2007), PhD og sykepleier, har intervjuet ni sykepleiere ved tre ulike sykehjem i Massachusetts. Tema var terminalomsorg og de pårørendes rolle. Sykepleierne fremhevet her viktigheten av familiens tilstedeværelse når pasientene var i livets slutfase. På den andre side viste det seg at i de familiene som hadde konflikter, særlig uenigheter om kurativ behandling kontra palliasjon, så var dette med på å øke pasientens lidelser. Sykepleier og høgskolelektor Astrid Bjørnerheim Hynne (2001) har gjennomført et kvalitativt forskningsintervju med 15 pårørende til personer med terminal sykdom. I denne undersøkelsen kom det frem at helsepersonell sin evne til å imøtekomme pårørende gjennom dialog, var en viktig forutsenning for pårørende sin opplevelse av støtte. Informantene fremhevet betydningen av at helsepersonell hadde informasjon om de pårørendes situasjon og ståsted, og først når disse forholdene ble ivare tatt kunne hospiceideologien bli en realitet.

3.0 Diskusjon av fagstoff

I dette kapittelet vil jeg begynne med å diskutere hvordan sykepleieren kan møte den hjelpetrequende, terminale pasienten og hans pårørende. Deretter vil jeg drøfte pasient og pårørende sitt behov for en åpen og ærlig kommunikasjon. Videre tar jeg for meg sykepleierens rolle i henhold til symptomlindring hos eldre terminale pasienter. Til slutt diskuteres det om sykepleieren gjennom omsorg, kommunikasjon og god symptomlindring kan bidra til at pasienten opplever en verdig død i sykehjem.

3.1 Sykepleieren i møte med den terminale pasienten

Martinsen (1989) tar utgangspunkt i at sykepleiefaget er bygd opp omkring omsorg. Som basis for sykepleie som omsorgsyrke, bruker hun begrepet *generalisert gjensidighet*. For sykepleieren i møte med den eldre og terminale pasienten, handler det om å opptre med en forståelse for at alle mennesker kan komme i situasjoner der de er avhengig av hjelp fra andre. Omsorg er for Martinsen et relasjonelt begrep som handler om et nært og åpent forhold mellom to mennesker. Hun trekker inn omsorgens moralske side ved å knytte det til prinsippet om ansvaret for svake. Eldre pasienter som befinner seg i den terminale fase vil være hjelpetrequende og det Martinsen beskriver som den svake part i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Som både Aakre (2001) og Husebø (2001) påpeker, er det å være hjelpetrequende forbundet med det å være i en sårbar situasjon. Verdigheten kan lett bli satt på prøve når den gamle og terminale pasienten blir avhengig av hjelp. Husebø og Husebø (1998) skriver at når en er gammel og syk så har en gjerne ikke krefter eller status til å protestere. Ved innleggelse i sykehjem, kan helsepersonell ha nesten ubegrenset makt. Dette kan handle om når pasientene skal stå opp, når de skal legge seg, når de skal på toalettet og hvilke symptomer og plager som er viktig. Det kan i livets slutfase bli gjennomført undersøkelser og behandlinger de gamle ikke behøver, samtidig som helsepersonell overser hvilke medisinske og menneskelige behov den alvorlig syke og døende gamle har. Her har helsevesenet også makt til å skulle bestemme hvordan de gamle kan få lov til å dø.

For å kunne få en forståelse av den alvorlig syke og døende gamle sine individuelle behov, må sykepleieren, i følge Martinsen, anerkjenne den andre ut fra hans situasjon. Den gamle og terminale pasienten vil med utgangspunkt i kroppsfenomenologien ha en annen kroppoppfatning som gammel og syk enn som yngre og friskere. Merleau-Ponty beskriver det som: *I vår umiddelbare væren-i-verden er kroppen utematisert*. I det legger han at den velfungerende kroppen er fraværende fenomenologisk. Det er først når kroppen svikter, som hos den gamle, terminal pasienten, at oppmerksomheten rettes mot kroppen. Den terminale pasienten kan ha ulike plager som eksempelvis smerter, dyspnè og kvalme. Når disse symptomene oppleves plagsomme, vil de i følge Merleau-Ponty, føre til at det oppstår en splittelse mellom kroppen og det intensjonale subjekt som under normale omstendigheter er en ureflektert og integrert enhet. Thornquist (2006) sier at hovedbudskapet fra fenomenologiske orienterte forfattere i forhold til helsearbeidere, blir å prøve å sette seg inn i pasientens situasjon og livsverden. Utdfordringen blir å prøve å forstå hva det innebærer å være gammel, syk og døende.

Den levde kroppen er et kjernebegrep innenfor kroppsfenomenologien. Thornquist (2006) hevder at det er først med levde erfaring og den levde kropp som premiss at en kan bli oppmerksom på den disorganisering, forrykking og betraktertendens den syke kan oppleve når kroppen tematiseres. Med dette utgangspunktet blir det i møte med den gamle terminale pasienten viktig å ikke bygge opp under betrakterforholdet til kroppen, men heller prøve å stimulere kroppens subjektstatus gjennom deltakelse, tilstedeværelse, fortrolighet og forankring. Hvordan sykepleieren forholder seg til pasienten, er av avgjørende betydning for

hvordan han forholder seg til seg selv ó sin kropp, andre mennesker og omgivelsene. I møte med den gamle og terminale pasienten kan dette blant annet handle om hvordan en kommer inn i rommet, i full fart og med høyt tempo. Det er ikke vanskelig å forestille seg at dette kan forsterke pasientens følelse av kraftløshet og den store forskjellen det er på å være syk og sengeliggende kontra sykepleierens raske skritt og vitalitet. Kroppslige forhold, som tilpasning av tempo, er et eksempel på hvordan sykepleieren kan vise empati med den terminale pasienten. Samhandling, kroppslig og verbalt, er en måte å formidle respekt på og vise anerkjennelse og forståelse for den andres situasjon. I forbindelse med stell kan sykepleieren vise empati gjennom sin væremåte. Ved å ta seg god tid og ta utgangspunkt i pasientens individuelle behov og symptom, kan sykepleieren gi omsorg og pleie med utgangspunkt i pasientens situasjon.

Om den gamle og terminale pasienten har en aldersinnsikt og aksept for at livet er i en slutfase, er ulikt fra pasient til pasient. Kübler-Ross sin stadiemodell tar utgangspunkt i at pasienten må gå gjennom ulike faser, før han tilslutt kommer til en akseptering av at han skal dø. Daatland og Solem (2005) stiller spørsmål om denne teorien har generell gyldighet. Modellen ble utviklet på grunnlag av samtaler med yngre kreftpasienter, og kanskje bør helsepersonell være forsiktig med å sidestille yngre og eldres reaksjoner på det å få en dødelig sykdom eller å skulle dø. Tornstam (2005) sin teori om utvikling av gero-transcendens handler om hvordan livsperspektivet endrer seg med stigende alder. Han hevder at eldre utvikler en endret oppfatning av liv og død og har en mindre frykt for døden enn yngre. Også Jung (i Daatland og Solem 2005) beskriver en endring av livsperspektiv med stigende alder. I livets siste halvdel er en opptatt av å bli mer og mer seg selv, og verdiene endrer seg i mer kulturell og åndelig retning. Garret (1991) bekrefter både Tornstam og Jung sine teorier om at døden er mer nærværende i eldre år. Dette skjer gjennom det som Merleau-Ponty ville ha beskrevet som en økende tematisering av kroppen gjennom gradvis tap av helse og en økende grad av kroppslige plager, men også gjennom tap av ektefelle og venner. Garret (1991) sier at utfordringen for sykepleierne, i møte med eldre og døende pasienter, blir å hjelpe pasientene til å bevare selvaktelsen. For å få til det må sykepleieren ha et holistisk menneskesyn som tar utgangspunkt i pasientens individuelle behov. Shubha (2007) støtter nødvendigheten av at helsepersonell må ha en helhetlig tilnærming til pasienter i terminalpleien.

3.2 Snakk sant om døden

Løgstrups etiske fordring er andre-orientert og handler om å ta vare på den andres liv. Det sammenfaller med Martinsen beskrivelse av omsorg som et moralsk begrep, knyttet til prinsippet om ansvaret for svake. For sykepleieren, i møte med den terminale pasienten og hans familie, handler det om å ha en forståelse for pasienten sin situasjon og også deres individuelle behov for blant annet å snakke om døden. Sentrale fagpersoner som Aakre, Hjort og Husebø og Husebø etterlyser en større åpenhet rundt samtaler om døden. Husebø og Husebø (2001) sier at vi i helsevesenet i større grad må lytte til den gamle. Gamle mennesker er ofte forberedt på sin forestående død. De har en aldersinnsikt med mindre frykt for døden enn tidligere i livet, og når familien eller sykepleieren tar seg tid til å lytte til deres tanker, forteller de ofte om det som er viktig for dem før livet er slutt.

Aakre (2001) sier at de fleste av pasienten på et eller annet tidspunkt har behov for å snakke om døden. I forbindelse med en kort praksisperiode møtte jeg en eldre dame som gjennom mange år hadde vært alvorlig syk av KOLS. Legen ved sykehjemmet var forundret over hvor lenge denne pasienten hadde levd på overtid. Fysiske symptomer indikerte at livet nærmet seg slutten. Pasienten var klar over det og hadde forholdt seg til sin alvorlige sykdom gjennom

lang tid. Natten før jeg møtte henne hadde hun vært dårlig og hatt store respirasjonsproblemer. Dagen etter var hun litt oppe, men også mye sengeliggende. Jeg satt mye inne hos henne dagen. Av og til var hun uklar, men andre tider fullstendig orientert om sin situasjon. Med et sier hun: *Jeg trodde jeg skulle dø i natt, men så tenkte jeg at jeg håper at det ikke blir i natt.* For meg var dette en invitasjon til en samtale rundt livets avslutning. Jeg kjente ikke denne pasienten annet gjennom de få dagene jeg var der i praksis. Hun hadde i den siste tiden nevnt døden og vist at hun forstod at døden nå var relativt nært forestående også til andre på avdelingen. Når jeg som sykepleier får en slik invitasjon til en samtale, ser jeg det som en svært viktig oppgave å gå inn i situasjonen og møte pasientens behov for å snakke om døden. Pasienten jeg møtte fortalte at hun ikke fryktet døden, men at hun gjerne ville leve litt til. Hun var klar over at tiden nærmet seg og samværet med familien var for henne viktig. Aakre (2001) skriver nettopp om betydningen av samvær med familien den siste tiden. Hun sier at alle trenger vi noen å gå sammen med den siste fasen av livet. Det er en viktig oppgave å legge til rette for at pårørende skal få være tilstede så mye som de ønsker. Aakre sier at de som arbeider i helsevesenet har det privilegium å følge mennesker til døden.

Samtalen gikk ikke så mye videre siden hun vekslet mellom å være klar og uklar og lett falt i søvn. I ettertid har jeg tenkt på denne situasjonen og hva jeg som sykepleier kunne gjort om vi fikk gå videre med samtalen. På den ene siden viser hun forståelse for at livet snart er slutt, men sier likevel at hun ikke ville dø i natt. Dette kan handle om at hun ville ha sine nærmeste rundt seg når hun skulle dø. Det kan også være ting eller forhold hun ønsker å ordne opp i før hun dør. For sykepleieren kan det være viktig å prøve å få fatt i om pasienten har eksistensielle behov en ønsker å få snakke med prest om. En slik samtale er også en god mulighet for sykepleieren til å forsikre pasienten om at når tiden kommer så kan en tilby god symptomlindring og ikke minst legge til rette for at pårørende skal få være til stede så mye som de ønsker.

Husebø og Husebø (2003) viste gjennom sitt forskningsprosjekt ved Bergen Røde Kors Sykehjem at 71% av pasientene og 76% av pårørende ønsket en forbedret, åpen kommunikasjon med pleiepersonalet, leger og pårørende om sykdomsforløpet og fremtiden. Sjelesorg, velsignelse eller mulighet til å snakke om tvil, tro og begravelse, var også viktig. 91% av pasientene hadde en eller flere samtaler med presten. Også forskningen til Gjerberg og Bjørndal (2007) viste at samtaler med pasient og pårørende var viktig for opplevelsen av trygghet og ikke minst i forhold til hvilke behandling den terminale sykehjemspasienten skulle få. Opplevelsen av trygghet handlet også om trygget for ikke å skulle være alene den siste tiden. Dette sammenfaller med det Aakre (2001) skriver om at alle trenger vi noen å gå sammen med den siste tiden.

Husebø og Husebø (2001) skriver at viktige beslutninger må treffes før det er for sent. Avgjørelser om behandlingsprioriteringer kan avklares med pasienten og pårørende mens pasienten enda kan ta stilling til det. Slik kan unødvendig behandling og innleggelser unngås. En samtale mellom pasient, pårørende, sykepleier og lege vil kunne legge et godt grunnlag for å imøtekomme pasient og pårørendes individuelle ønsker. I min praksis har jeg også et eksempel på hvor viktig en slikt avklaring er på forhånd. Jeg møtte en eldre mann med en uhelbredelig kreftdiagnose, som han hadde levd med en god stund. Han ble innlagt på sykehjemmet på grunn av økende hjelpebehov, men var i relativ god form. Pasienten hadde gjort det klart for sine barn at han ikke ønsket innleggelse i sykehus når han ble dårligere. Etter en kveld med besøk av familien og hyggelig samvær, får pasienten uventet hjerneslag og blir akutt dårlig. I løpet av natten blir han dårligere og familien er der sammen med han. De er

klar på at farens ønske ikke er innleggelse i sykehus og at han ikke skal flyttes. Her blir pasientens autonomi ivaretatt og pårørende var også enig om at farens ønsker måtte ivaretas.

Forskningsprosjektet til Lopez (2007) viser viktigheten av familien tilstedeværelse når livet går mot slutten. Forutsetningen var at det var enighet innad i familien om blant annet behandlingen, slik som i eksempelet ovenfor. Også undersøkelsen til Hynne (2001) fremhever betydningen av at helsepersonell har informasjon om de pårørendes situasjon og ståsted, om de skulle føle støtte fra helsepersonell. Det at legen og sykepleierne ved sykehjemmet respekterte pasientens og familiens ønske, vil i følge Hynne være med på å gi pårørende opplevelse av støtte og deltagelse i terminalomsorgen.

3.3 Symptomlindring ó sykepleierens rolle

Husebø og Husebø (1998) hevder at den gamles livsavslutning kan forløpe stille og fredelig, men at dette forutsetter adekvat behandling og omsorg den siste tiden. Hjort (2004) skriver at palliativ omsorg og behandling er et lagarbeid der sykepleierne har en nøkkelrolle. Husebø og Husebø (2001) trekker også frem sykepleierens rolle i symptomlindring av terminale pasienter ved sykehjem. Sykepleieren tilbringer mye tid sammen med pasient og pårørende og det er sykepleierne som gjør observasjoner av pasientenes plager. Sykepleierne må kjenne til alle symptomene som kan oppstå og vite hvilke tiltak og medikamenter som kan hjelpe. Hun må også ha kunnskap om dosering, administrasjonsmåter, effekt og bivirkninger. Denne kompetansen er en forutsetning for at pasientene slipper å lide unødige i deres siste levetid. Som beskrevet tidligere så er legedekningen ved norske sykehjem lav, dette understreker også den nøkkelrolle sykepleierne har i terminalomsorgen.

Aakre (2001) argumenterer for å trekke elementene fra palliative care i større grad inn i sykehjemmene. Utfordringen for personalet blir å tilby det ypperste av moderne medisin kombinert med det ypperste av gammel barmhjertighetstradisjon. Ordet palliasjon betyr kappe og Aakre sier at i møte med lidelsen er det alltid noe som kan lindres. Denne kappen som vi skal legge rundt pasienten gjennom vår måte å vise omsorg på, kan relateres til Martinsen sine tre aspekt ved omsorg. Når Aakre beskriver kappen går hun inn på ekte nærvær, der vår kjærlighetsevne er det sentrale og kan være med på å lindre og trøste. Dette kan relateres til Martinsens omsorgsteori hvor relasjonen mellom pasient og sykepleier er sentral. Omsorg som moralsk begrep, knyttet til ansvaret for de svake er en barmhjertig handling. Utførelsen av sykepleien, som Aakre sier, kan være det å tilby det beste av moderne medisin og symptomlindring.

Forskningsprosjektene til både Husebø og Husebø (2003) og Gjerberg og Bjørdal (2007) trekker frem nødvendigheten av god smerte og symptomlindring for at dødsfasen skal bli så god som mulig. Hos 89 til 95 % av pasientene i undersøkelsen til Husebø og Husebø var det mulig å oppnå effektiv symptomlindring. Utfordringen blir å ha kompetente sykepleiere som kan gjøre observasjoner, kjenne til symptomer som kan oppstå og vite hvilke tiltak og medikamenter som kan hjelpe.

3.4 En verdig død i sykehjem

Den lindrende behandlingen redder ikke liv, men bekrefter livet og menneskeverdet (Aakre 2001). Tidligere viste jeg til flere verdidiområder som står i fare for å bli satt på prøve i livets slutfase. For pasienten kan det handle om hvordan han blir møtt av sykepleiere, slik at han får være den han er og bli behandlet med respekt i livets slutfase. Aakre (2001) hevder at det er den enkelte sykepleier, gjennom utvikling av verdibevissthet, selvinnsikt og moralsk kompetanse, som til syvende og sist må gjøre valg og prioriteringer for å bidra til ivaretagelse

av pasientens verdighet. For den enkelte sykepleier kan dette handle om refleksjoner over hva som styrer en i utøvelse av sykepleie, og hva som bidrar til våre valg og prioriteringer i møte med pasienten og hans familie.

Dette kan være ulikt fra sykepleier til sykepleier, men jeg har tidligere i oppgaven støttet meg til Martinsens omsorgsteori og Løgstrups nærhetsetikk. Martinsen beskriver omsorg som blant annet: *Utførelse av konkrete situasjonsbetingede handlinger basert på en forforståelse av hva som er til den andres beste.* (Martinsen 1989 s. 69). For meg betyr dette at vi som sykepleiere tar utgangspunkt i hver enkelt pasientsituasjon og tilbyr en helhetlig og individuell sykepleie basert på kunnskap og erfaring. Aakre (2001) argumenterer også for viktigheten av veiledet praksis og slik kvalitetsutvikle den tause kunnskapen i omsorgsarbeidet. Veiledet praksis kan være en fin måte å bygge på hverandres erfaringer og kunnskap og slik forbedre praksis. Å sette av tid til refleksjoner over situasjoner en har vært i kan også være med på å klargjøre holdninger og verdier hos den enkelte hjelper.

Husebø (2001) skriver at alle mennesker har verdighet, men at utfordringen er at verdigheten kan krenkes i livets slutfase når hjelpebehovet blir stort. Utfordringen blir da å tilby alle som behøver det kompetent palliativ care. Saunders (i Husebø, Mount og Husebø 1998) trekker frem at hvordan en dør ikke bare er viktig for pasientens verdighet, men også for familien. Både Hjort (2004) og Lopez (2007) fremhever viktigheten av familiens tilstedeværelse i terminalfasen. Hynne (2001) viser i sin undersøkelse nødvendigheten av at helsepersonell er imøtekommende overfor pårørende for å kunne realisere hospiceideologien. Jeg vil støtte meg til både Husebø (2001) og Aakre (2001) når jeg spesielt trekker frem viktigheten av hvordan den enkelte pasient og pårørende blir møtt av sykepleieren. Jeg mener det handler om å prøve å tilrettelegge for individualitet og hjelp til å få være den man er også i livets slutfase. Sykepleieren må legge til rette for en helhetlig sykepleie, basert på fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov.

4.0 Avslutning

Jeg har fremstilt teori og empiri som belyser hvordan sykepleieren kan legge til rette for en terminalomsorg med elementer fra palliative care, slik at pasientene skal få en verdig død i sykehjem.

Sentralt for sykepleierne blir å forholde seg til pasientene på en måte som ivaretar deres verdighet i livets slutfase. Jeg har argumentert for at forståelse for den andres situasjon og individuelle behov er viktig i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Både teori og empiri fremhever nødvendigheten av en åpen kommunikasjon og effektiv symptomlindring om pasienten skal få en god død i sykehjem. Utfordringen for personalet i sykehjemmene blir å tilby de gamle, som behøver, det kompetent palliative care. Dette innebærer en aktiv og helhetlig behandling og omsorg preget av forståelse for den døende og hans families individuelle behov. Disse handlinger må utføres slik at verdigheten ikke krenkes i livets slutfase når hjelpebehovet blir stort. Selv om det har skjedd en kompetanseheving blant personalet i forhold til lindrende pleie de siste år, ser jeg likevel store utfordringer i tiden fremover både i forhold til bemanning og kompetanse i sykehjemmene. For å nå målsettingen om kompetent palliative care til alle som behøver det, stilles det krav til kompetanse både hos hver enkelt sykepleier og på systemnivå. Skal intensjonene i St.meld. nr. 25 oppfylles må både kompetansen og kapasiteten i sykehjemmene styrkes.

Litteratur

Daatland, Svein Olav; Solem, Per Erik (2005). *Aldring og samfunn: En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Departementet (St. meld. Nr. 25, 2005 ó 2006).

Eide, Solveig Botnen; Grelland, Hans Herlof; Kristiansen, Aslaug; Sævareid, Hans Inge; Aasland, Dag G (2005). *Fordi vi er mennesker: En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Førde, Reidun (2003). Alderdom, verdighet og etikk. *Omsorg*, 3/2003: 3 ó 6.

Garret, Gill (1991). A natural way to go? Death and bereavement in old age. *Professional nurse*, September 1991: 744 ó 749.

Gjerberg, Elisabeth; Bjørndal, Arild (2007). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien forskning*, 03/07: 175 ó 180.

Hjort, Peter F (2004). Døden i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr 22, 2004: 2876.

Husebø, Bettina Sandgathe; Husebø, Stein (2005). Sykehjemmene som arena for terminal omsorg ó hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 10, 2005: 1352 ó 1354.

Husebø, Bettina Sandgathe; Husebø, Stein (2004). Etske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr 22, 2004: 2926 ó 2927.

Husebø, Bettina Sandgathe; Husebø, Stein (2003). Palliativavdelingen ó Bergen Røde Kors Sykehjem: Erfaringer fra den første palliative avdelingen på sykehjem i Norge. *Omsorg*, nr 3/2003: 23 ó 29.

Husebø, Bettina Sandgathe; Husebø Stein (2001). *De siste dager og timer: behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.

Husebø, Stein (2001). Hvem har verdighet? Palliativ Care eller aktiv dødshjelp? *Omsorg*, nr 2-2002: 68 ó 70.

Husebø, Bettina Sandgathe; Husebø Stein (1998). De gamles siste timer og dager I og II. *Omsorg*, nr 2/3-1998: 56 ó 68.

Husebø, Stein; Mount, Belfour; Husebø, Bettina Sandgathe (1998). Aktiv livshjelp ó Hospice og palliativ medisin for eldre. *Omsorg* nr 2/3-1998: 27 ó 33.

Hynne, Astrid Bjørnerheim (2001). Pårørande som deltakar eller tilskodar i terminalomsorga? Ein analyse av variasjonar i den støtte pårørande opplever i terminalfasen fra helsepersonell. *Vård i Norden* 1/2001: 4 ó 8.

Høgskolen i Molde; Avdeling for helse- og sosialfag (2006). *Studieplan: Mastergradsstudium i helse- og sosialfag ó Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper*. Molde: Høgskolen i Molde.

Kirkevold, Marit (2001). Relasjon mellom pasient og personale ó en forutsetning for verdig omsorg i sykehjem. *Omsorg, 4-2001: 36 ó 39*.

Kirkevold, Marit (2006). *Sykepleieteorier ó analyse og evaluering*. 2. utgave 1998. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, Kari (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk ó filosofiske essays*. Oslo: Tano A.S.

Martinsen, Kari (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. 2. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Lopez, Ruth Palan (2007). Suffering and Dying Nursing Home Residents: Nursesø Perceptions of the Role of Family Members. *Journal of Hospice & Palliat Nursing, Volume 9(3). May/June 2007: 141 ó 149*. Tilgjengelig fra Ovid Full Text (nedlastet 28.01.2008)

Shubha, R (2007). Psychosocial issues in end-of life care. *Journal of Psychosocial Nursing, vol. 45, No.8: 24 ó 29*. Tilgjengelig fra PubMed (nedlastet 07.04.2008)

Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no (31.01.2008).

Thornquist, Eline (2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tornstam, Lars (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. Uppsala: Norstedts Akademiska Förlag.

Aakre, Marie (2001). Snakk sant om døden! *Omsorg, nr 2-2001: 12 ó 19*.

Aakre, Marie (2001). Palliative care ó også for de eldre. *Omsorg, nr 4-2001: 74 ó 77*.

Om forfatterne

Kirsti Flø f. 19.08.58, har jobbet som sykepleier i kommunehelsetjenesten i 10 år med hovedvekt på omsorg for personer med demenssykdom i skjermede avdelinger på sykehjem. Hun har videreutdannet innen aldring og eldreomsorg, helsepedagogikk, pasientinformasjon og helseinformatikk. Hun er under utdanning til terapeut innen veiledningsmetoden Marte Meo.

Veileder førstelektor og spesialsykepleier Torill Skrondal ved høgskolen i Molde.

Else Jørgensen f. 23.10.52, har flere års erfaring fra praksis som sykepleier og intensivsykepleier. Hun er cand. polit i helsefag fra universitetet i Trondheim 1997. Hun har arbeidet med grunnutdanning i sykepleie i over 20 år deriblant som dekan i 4 år, og er også underviser og veileder på videreutdanning i aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Molde. I tillegg har hun arbeidet med etterutdanningskurs, blant annet knyttet til Inn på turnet/ Grønn omsorg.

May Helen Midtbust f. 05.01.72, har flere års erfaring fra praksis som sykepleier i spesialisthelsetjenesten. Hun har videreutdanning innen administrasjon og ledelse, pedagogikk, aldring og eldreomsorg og holder nå på med en mastergrad i kliniske hjelperelasjoner ved Høgskolen i Molde. Hun har de siste 3 årene arbeidet som høgskolelærer ved grunnutdanningen i sykepleie ved Høgskolen i Ålesund.

Veileder høgskolelektor og spesialsykepleier Else Jørgensen ved høgskolen i Molde.

Violeta Ligan Sande f. 10.01.60, har jobbet som sykepleier innenfor eldreomsorgen i 7 år. Hun har videreutdanning innen aldring og eldreomsorg.

Veileder førstelektor og spesialsykepleier Ragnhild Michaelsen har fått tillatelse av Violeta Sande fått tillatelse til å komprimert oppgaven som er utgangspunkt for bidraget i denne sammenheng.

Helene Hanset Willa f. 02.11.79, er vernepleier med flere videreutdanninger: Grunnfag i Pedagogikk. Veilederutdanning for praksisveiledere. Innføring i Helseløstikk. Innkjøp i helsesektoren. Videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Ledelse i helse- og sosialtjenesten. og vil fullføre masterstudiet Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper våren 2010. Hun har siden 2003 jobbet i full stilling, som faglig ansvarlig miljøterapeut ved bolig for mennesker med utviklingshemming i Rauma Kommune.

Veileder: Førsteamanuensis og spesialsykepleier Else Lykkeslet ved Høgskolen i Molde.