

Hva bør sykepleieren vektlegge i kommunikasjon med pasienter med depresjon innlagt i sykehjem?



Høgskolen i Gjøvik

Institutt for sykepleie, mai 2010

Antall ord: 9465



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen

Kull 07HBSPLH

Gruppe nr. 753

Dato 03.05.2010

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

”Hva bør sykepleieren vektlegge i kommunikasjon med pasienter med depresjon innlagt i sykehjem?”

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

”What should a trained nurse place emphasize on, communicating with depressed patients, innlaid on nursing homes?”

Sammendrag

Oppgaven går ut på gjennom en litteraturstudie å finne ut av hva som bør vektlegges i kommunikasjon til deprimerte, eldre pasienter i sykehjem. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbees interaksjonsteorier, møtet mellom to mennesker, er den gjennomgående sykepleieteorien i oppgaven. Og hvordan man som sykepleier gjennom kommunikasjon kan bruke seg selv for å fremme håp og mening.

Nøkkelord

Depresjon, eldre, kommunikasjon, krise, sykehjem, Travelbee

Innhold

1.0	Innledning	4
1.1	Presentasjon av problemstilling.....	4
1.2	Mål og hensikt.....	4
1.3	Avgrensning av oppgaven	5
2.0	Metode.....	6
2.1	Valg av metode	6
2.2	Kildekritikk.....	7
2.3	Sykepleieteoretisk tilnærming.....	8
3.0	Depresjon.....	9
3.1	Depresjon hos eldre	10
3.2	Tap, sorg og lidelse.....	11
4.0	Kommunikasjon	14
4.1	Verbal og non-verbal kommunikasjon.....	14
4.2	Samtale som kommunikasjonsform	16
4.3	Den problemløsende metoden.....	18
5.0	Sykehjem.....	20
5.1	Å være eldre pasient på sykehjem.....	20
5.2	Institusjonalisering	21
6.0	Sykepleier- og pasientrollen	23
6.1	Møtet mellom sykepleier og pasient	24
6.2	Empati og profesjonalitet	25
6.3	Sykepleie til deprimerte pasienter.....	27
7.0	Oppsummering	30
8.0	Etterord.....	32
9.0	Litteraturliste	33

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av problemstilling

”Hva bør sykepleieren vektlegge i kommunikasjon med pasienter med depresjon innlagt i sykehjem?”

Å velge problemstilling i sykepleie blir å velge mellom et hav av interessante tema som man har lyst til å finne ut mer av. Psykiatri har alltid hatt en spesiell interesse hos meg før studiet, og derfor også under studiet. Etter min mening peker psykiatri seg ut som det gjennomgående i alle fag i sykepleie. Det fordi vi har med mennesker å gjøre som ofte er i sin mest sårbare fase. De er syke, de er blitt ufør, de er i en omstillingsfase hvor de skal flytte hjemmefra til offentlig omsorg. Derfor var det naturlig å velge psykiatri. Videre er depresjon utbredt, både hos unge og eldre. Kommunikasjon er hovedverktøyet i møte med andre mennesker, og det viktigste instrumentet vi har. Å være seg bevisst sin kommunikasjon er for en sykepleier overordnet da ord og kroppsspråk har så mye ”makt” i forhold til hvordan det brukes. Det var naturlig for meg å velge eldre på sykehjem som målgruppe, da jeg gjennom tre års studier har jobbet som pleieassistent på et sykehjem og har fått med meg erfaring fra sykehjemsarbeid. Gjennom mine praksiser i sykepleiestudiet har jeg erfart at mange eldre med sammensatte diagnoser har en depresjon, av ny eller gammel dato, i bunn, som gjør hverdagen ekstra vanskelig. Og også hvordan psykiske lidelser blir nedprioritert i forhold til de somatiske. Hjertesvikten og nyreproblemene snakkes det ofte om, men ingen nevner tiltak for å bedre en tiltagende eller tilstedeværende depresjon. I mitt fremtidige sykepleievirke vil jeg sette fokus på depresjon blant eldre på sykehjem, like naturlig som jeg vil fokusere på de ”andre” sykdommene. Og det er ofte så lite som skal til. Kommunikasjon er nøkkelordet når man skal ”behandle” en depresjon fordi gjennom kommunikasjon er man tilstede sammen med den deprimerte. I dette møtet oppstår kommunikasjon.

1.2 Mål og hensikt

Det jeg håper med å skrive denne oppgaven, hensikten eller målet med denne oppgave, vil være gjennom litteraturen å identifisere et forbedringspotensial i hvordan sykepleieren gjennom kommunikasjon kan møte en pasient på sykehjem med depresjon. Hva i kommunikasjon bør vektlegges. Denne oppgaven skal kunne hjelpe en sykepleier til å bli bedre i stand til å kommunisere med pasienter med depresjon i sykehjem. Jeg

håper at man gjennom å lese denne oppgaven med den valgte problemstilling også kan bli bedre på å identifisere depressive tilstander hos pasienter uten en psykiatrisk diagnose for så å vektlegge de riktige tingene i kommunikasjonen med pasientene ut fra deres særegne situasjon.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Jeg tar i denne oppgaven for meg mennesker som bor på sykehjem. Det vil si at de jeg skriver om i denne oppgaven er eldre. Videre vil jeg presisere at ordet depresjon inneholder en rekke psykiatriske tilstander, men at jeg i denne oppgaven tar for med den milde og moderate formen for depresjon og dystymi som jf. Kringlen (2005) er lettere depressive tilstander med en varighet over ofte flere år. Eller der det jf. symptomskår kan foreligge depresjon. Ved alvorlige, dype depresjoner er uansett sykehusinnleggelse å anbefale, derfor tar jeg i denne oppgaven fatt i de lettere typene av depresjon som man som sykepleier på et sykehjem skal være med på å minske og lindre.

2.0 Metode

2.1 Valg av metode

Problemstillingen vil jeg søke svar på gjennom et litteraturstudie, hvor jeg fra ulike teoretiske kilder vil drøfte og utlede måter å kommunisere på til pasienter med depresjon på sykehjem. En litteraturstudie var det mest naturlige å velge på grunn av tidsperspektivet, men empiriske undersøkelser gjør etter min mening en oppgave mer oppdatert og realistisk da intervjuer og spørreundersøkelser gir en unik mulighet til å gå i dybden på et tema og til å få oppdatert informasjon. En litteraturstudie gir mye rom for det skrevne, det teoretiske, hvor man kan stå i fare for å feiltolke, mens i empiriske undersøkelser får man ofte etterprøvd det skrevne, det vil si undersøkt om teorien stemmer med det virkelige liv. Studiet sykepleie handler mye om å sammenligne teorien med det virkelige liv. Ofte samsvarer ikke dette, det er et gap som vi som sykepleiere må søke å minske slik at teori og praksis stemmer med hverandre. Mine seneste erfaringer ute i praksis vil etter min mening allikevel gjøre oppgaven realistisk og oppdatert.

”Det stilles krav til at innsamlingen av data er mest mulig pålitelig, og at der er kartlagt hvilke data vi trenger, hvor de finnes og hvem som skal gi oss dem” (Dalland 2007, s. 117).

Jeg begynte med å trekke ut nøkkelord fra problemstillingen: kommunikasjon, depresjon, sykehjem, sykepleier- og pasientrollen på et sykehjem. Jeg kartla hvilke søkeord jeg trengte. Videre søkte jeg i litteraturen, både tilgjengelig litteratur fra pensum, biblioteket på Høgskolen i Lillehammer og på Gjøvik samt fra søkemotorer på nettet: Kunnskapsegget fra sykehuset innlandet nettsider og fra bibliotekets databaser fra hig.no. Søkeord som ble benyttet i søkemotor var bl a depresjon, sorg, krise, sykehjem, institusjon, offentlig omsorg, kommunikasjon, verbal, non-verbal, pasientrolle, identitet, eldrerollen, sykepleierrollen, profesjonell nærhet-avstand.

Dalland (2007) sier videre at ”innsamling og bruken av data skal være bakgrunnsgrunnlag for å belyse problemstillingen” (s. 117).

Uti fra tilgjengelig litteratur om nøkkelordene kommunikasjon, depresjon, sykehjem og sykepleier- og pasientrollen, søker jeg teori om begrepene på bakgrunn av

problemstillingen, slik at jeg får en dypere forståelse og får ”lest meg opp” i teorien, før jeg drøfter de ulike teoretiske synspunktene uti fra mitt ståsted. Jeg vil gi eksempler fra min praksis i sykepleietjenesten og gi mine egne synspunkter på ulike teoretiske vinklinger. Slik vil jeg arbeide meg framover i oppgaven hele tiden med problemstillingen klart for øye. Gjennom skrivingen vil jeg hele tiden legge bånd på meg selv for å holde meg innenfor avgrensingen jeg har gjort, slik at jeg tvinger meg selv til å gå i dybden på stoffet. Noe som er hensikten med en bachelor-oppgave, å gjøre det så smalt som mulig for å best kunne gi svar på problemstillingen.

2.2 Kildekritikk

Jeg var under hele oppgaven meg bevisst kildekritikk. Jeg sjekket alltid hvor artiklene i søkemotorene kom fra for etter beste evne å luke ut det tabloide og populærvitenskapelige til fordel for artikler i anerkjente fora. Jeg brukte databasene til biblioteket på høyskolen. Det samme når jeg valgte å gjengi fra bøker.

Pensumlitteraturen synes jeg føles trygt å gjengi ifra da det er pensum i en bachelorgrad. Når det gjelder sekundærlitteratur må man være ekstra forsiktig da det er enda større mulighet for feiltolkning, ikke bare fra meg men fra forfatteren som har benyttet seg av annen litteratur i sin bok/artikkel. Pensumlitteraturen inneholder for øvrig mye sekundær litteratur. Denne litteraturen er ofte av eldre dato, og det er vanskelig å søke primærboka opp på nettet eller å finne den på biblioteket. Det tar også mye tid, derfor har jeg brukt mye sekundærlitteratur fra pensum selv primærlitteraturen hadde vært å foretrekke. Ikke minst hadde boken til Joyce Travelbee på originalspråket vært fint å hatt, men den fant jeg ikke. Primærlitteratur er alltid å foretrekke i en oppgave, men jeg synes tidsperspektivet her ikke gir rom for å bruke for mye tid på å lete etter det. Jeg valgte å tro at pensumlitteraturen har tolket forfatterne på den rette måten slik at oppgaven blir mest mulig riktig. Det har videre vært vanskelig å finne forskningsmateriale som går direkte på min problemstilling om kommunikasjon, derfor er det ikke mye av det i oppgaven.

I oppgaven drøftes teorien etter hvert som den presenteres. Teori og drøfting flettes i stedet for å presenteres hver for seg. Dette gjør jeg fordi jeg skriver alene, og av den grunn får en god totaloversikt over stoffet fra første stund. Å gjøre teori og drøfting fortløpende krever en oversikt over de teoretiske kildene samt erfaringer og eksempler

fra det virkelige liv. Å gjøre det på den måten synes jeg blir naturlig når man skriver alene. Det gjør også oppgaven mer utfordrende rent teknisk. Utfordringen blir å få med alle nyansene i en drøfting, å få drøftet godt nok. Det håper jeg at jeg har fått til.

2.3 Sykepleieteoretisk tilnærming

I starten av arbeidet med oppgaven brukte jeg tid på å sette meg inn de ulike sykepleieteoretikerne fra 1950-tallet opp til i dag for å få oversikt over forskjeller og likheter. Med bakgrunn i min valgte problemstilling der kommunikasjon og depresjon utgjør to bærebjelker pekte teoretikeren Joyce Travelbee seg ut med sin menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient hvor sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i samhandlingen med pasienten.

Sykepleiens overordnede mål og hensikt er i følge Travelbees tenkning å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen 2005 d, s. 27).

Begreper som manglende mestring av livssituasjonen, hjelpsløshet, håpløshet og meningsløshet er jf. Hummelvoll (2004) sentralt i en depresjon (s.185). Derfor blir det å igjen finne mening i livet, bære sin sorg/tap, for så å mestre sin livssituasjon sentrale begreper i psykiatrisk behandling. Dette går direkte på min problemstilling om kommunikasjon mellom sykepleier og en deprimert pasient. Sykepleiefilosofien som bl a er beskrevet i Kristoffersens 4. bind om grunnleggende sykepleie er derfor relevant i forhold til problemstillingen, og vil bli lagt til grunn i oppgaven som en gjennomgående sykepleieteoretisk tenkning. Jeg vil flette inn Travelbees teorier kontinuerlig i arbeidet med oppgaven. Slik tror jeg at Travelbees teorier sees på som relevant i søken etter svar på problemstillingen. Ulempen er at teoriene til Travelbee er fra 50-60-tallet, altså er nokså gammel teori. Men mye er aktuelt i dag. Jeg kunne valgt en annen interaksjonist som lever i dag, og har sitt eget sykepleieuniversitet i USA. Dette ble jeg oppmerksom på litt for sent til å kunne ta med i stedet for Joyce Travelbee. Uansett er de begge interaksjonister, de tar opp det konkrete møtet mellom to mennesker, den innledende kommunikasjonen som blir en fin støtte på min leting i litteraturen etter svar på problemstillingen.

3.0 Depresjon

I Hummelvoll (2004) står beskrevet fra Kerr 1987/88:

Den deprimerte er en person som har mistet troen – troen på seg selv, andre mennesker, troen på livet og på en høyere makt. Den deprimerte persons ånd er undertrykket, og hans sinn er fylt av fortvilte tanker. Kroppen oppleves langsomt-fungerende, matt og kraftløs. Nettopp disse sammenvevde faktorene er nødvendig å forstå om hjelperen skal kunne omforme personens splintrede syn på livet til et alternativt syn som gir grunnlag for håp, tro og frihet fra fortvilelsens fristelse.

I det ovenstående ser vi ved depresjon settes vår psykiske funksjoner ut av spill. Man blir irrasjonell i tankegangen og virkelighetsoppfatningen blir fordreid mot det negative. Tanker om skyld og avmakt er fremtredende jf Håkonsen (2003) s. 318. ”Ved depresjon får en utviklet systematiske feil i hvordan en person fortolker og forstår seg selv og hendelser i omgivelsene (Håkonsen 2003, s. 319).

Men jfr Hummelvoll (2004) er det ikke bare de psykiske funksjoner som forandres hos den deprimerte (jf. Mendels 1973, Kerr 1987/88) men også de fysiske. Blant annet nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelser, smerter og ubehag, nedsatt potens og frigiditet. Som sykepleier jobber man på et sykehjem mye med de fysiske grunnleggende behov, men også de psykiske og åndelige behov. Dette kan bli nedprioritert i vårt arbeide med de synlige fysiske behovene. Men i arbeidet med å tilrettelegge det fysiske har vi etter min mening en unik mulighet til å lytte, iakta og jobbe med det psykiske hos en deprimert pasient. Her må vi være ekstra aktsomme når vi kommuniserer, og hvordan vi fremstår ovenfor pasientene.

Kjennetegnet på mild og moderat depresjon jf. Hummelvoll (2004) senket stemnings leie, dårlig dømmekraft, signaler fra andre mistolkes, selvaktelsen er lav, tilbaketrekking fra sosiale aktiviteter, uten evne til å føle glede, tristhet, impulskontrollen er overkontrollert eller mangelfull og evt perioder med overspising eller høyt alkoholinntak, angst, usikkerhet, anspenhet. Håkonsen (2003) beskriver en deprimert person som en som har et svært negativt syn på seg selv, på all fortolkning av erfaring og et negativt syn på fremtiden. Dette er forferdelige tanker å ha, særlig for en pasient på et sykehjem som mye er prisgitt hvordan omgivelsene til enhver tid er. Mennesker

som har beskrevet sin depresjon beskriver det også som at de heller ville ha fått det ene beinet avsagd med en sløv kniv i bytte mot den psykiske smerten. Hva skal vi så vektlegge i kommunikasjonen vår for å lindre og minske smerten. Kommunikasjon blir et hjelpemiddel for sykepleieren som for psykologen. Og som for en psykolog er det for sykepleieren viktig å kommunisere på den rette måten til en deprimert pasient. Ellers gjør vi vondt verre. Bare de som sitter på smerten vet hvor skoen trykker. Det vil si hva som gjør de bedre psykisk. Dette må man som sykepleier finne ut av. Samle data. Jeg tar for meg den problemløsende metoden lenger fram i oppgaven.

3.1 Depresjon hos eldre

Depresjon blant eldre arter seg ofte annerledes og er hyppigere enn hos yngre jf. Arne Ruset (nr.13/2005). "Depresjon hos eldre kan arte seg på atypisk vis" jf.(ibid). Ved atypisk menes "mindre inntrykk av senket stemningsleie mens andre symptomer dominerer". I undersøkelsen som er gjort heter det at "prevalensstudier viser økt forekomst av depresjon med økende alder generelt, og hos sykehjemspasienter spesielt. Flere faktorer knyttet til institusjonalisering og aldring kan forklare denne overrepresentasjonen". Jeg skal lenger ut i oppgaven ta for meg sykehjem som institusjon.

Depresjon hos eldre kan videre deles inn i etter i hvilken grad de har andre diagnostiserte sykdommer i tillegg. Depresjon hos eldre med demens, depresjon hos somatisk syke eldre osv. Symptomene varierer derfor etter hvilke tilleggsdiagnoser den eldre har. En annen prevalensstudie foretatt av B. H og J. H Rosenvinge (nr.7 2003) viser at depresjon blant eldre er en vanlig lidelse, og at det ikke er gjort nok forskning på dette temaet, noe de mener har sin årsak i at "geriatri og psykiatri har lav prestisje blant norske leger" (ibid). De viser til at forekomsten av depresjon er dobbelt så høy på sykehus og sykehjem som i den eldre befolkningen generelt. Dette viser at det også er viktig å identifisere depressive tilstander hos pasienter innlagt på sykehjem.

Depresjon hos eldre mennesker kan være vanskelig å skille fra senil demens fordi begge tilstander kan være preget av apati, konsentrasjonsvansker og dårlig hukommelse jf. Kringlen (2005), s. 344. "For øvrig kan legemlige sykdommer, endokrine forstyrrelser og bruken av en rekke medikamenter ledsages av depresjon (...)" (Kringlen 2005, s. 345).

Eldre pasienter på sykehjem har naturlig nok flere enn en diagnose som en sykepleier skal forholde seg til, slik at for å avdekke en uopdaget depresjon hos en sykehjemspasient, stilles det følgelig større krav til observasjoner hos sykepleieren på et sykehjem. Til gjengjeld har man på et sykehjem muligheten til å følge pasientene over lengre tid, gjennom mange år. Dette gir en unik mulighet til å avdekke om en pasient er deprimert og hvorfor, det vil si finne årsaken, og jobbe med den gjennom ulike kommunikasjonsstrategier avhengig av hvem pasienten er. I all datainnsamling i sykepleie er samtale med pasientene for å finne ut hvem de er primærkilden til informasjon. Samtale blir da et viktig redskap i kommunikasjonen noe jeg skal ta for meg lenger ut i oppgaven.

Siden årsaken(e) til depresjon hos eldre pasienter er så forskjellige, må vi vektlegge ulik kommunikasjon etter hvem vi snakker til. Hver enkelt pasient med depresjon på et sykehjem har sin unike bakgrunnshistorie. Som følge av lang livserfaring kan man anta at eldre menneskers depresjon er mere nyansert enn yngre mennesker. Det finnes ikke bare en årsak til depresjon men mange. En av årsakene til depresjon hos eldre kan knyttes til sorg pga tap av nær familie og venner, og tap av fysiske kroppsfunksjoner, for eksempel eliminasjon, mobilitet, å spise selv.

3.2 Tap, sorg og lidelse

Som nevnt ovenfor har eldre mennesker ofte en livshistorie med seg som kan være direkte årsak til depresjon i høy alder, for eksempel tap av nære familiemedlemmer og andre. Sorgen og lidelsen som derav følger kan være viktige faktorer for depresjon blant eldre på sykehjem da disse er nært knyttet til depresjon. Ubearbeidet sorg går gjerne over til depresjon. Tap knytter seg også til tap av funksjoner pga helsesvikt. Det å ikke lenger kunne gå turer, trene, klare seg selv kan være et stort tap for en person.

Å reagere med sinne er vanlig når en person utsettes for sorg og tap. (...)Depresjon kan oppstå når sinne vendes innover mot en selv. (...)depresjon er knyttet til sorg over det som personen har mistet (Kristoffersen 2005 c, s. 165).

Lidelse er jf. Kristoffersen (2005c) s.167 knyttet til opplevelsesdimensjonen ved sykdom. ”

Pasienters opplevelse av fornedrelse, skyld og skam i forbindelse med sykdom og behandling er en følge av et komplisert samspill mellom den enkelte pasientens sykdomshistorie og bakgrunn, den kulturelle vurderingen av tilstanden og helsepersonells kunnskap og evne til innlevelse i situasjonen. I dette ligger det at pasienters egen opplevelse av sin sykdom og opplevelse av lidelse i stor grad blir farget av verdier i kulturen og av helsepersonells reaksjoner på deres tilstand (Kristoffersen 2005 c, s. 167).

Dette viser hvor viktig det er at sykepleieren har kunnskap om sammenhengende for å kunne være med å lindre lidelsen. Fordi vi gjennom kommunikasjon sier noe med både kropp og ord. Å evne å leve seg inn i en deprimert pasients situasjon krever bevisst kommunikasjon med både kroppen og med ord. Kommunikasjon blir nøkkelen til både å forstå og å hjelpe. Tiden er her viktig. Tiden til å være i samværet, ikke utstråle hastverk. Da føler pasienten seg som uviktig, sykdommen hans blir uviktig og vi har da målbært at han det han prøver å formidle ikke er reelt eller viktig. Sorgen blir da enda vanskeligere og depresjonen kan gradvis snike seg fram.

Joyce Travelbee understreker at ” mennesket har en tilbøyelighet til og en evne til å søke etter mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte (Kristoffersen 2005d s. 26). Jeg synes Travelbee her viser sin tro på mennesket og dets iboende evner. Og disse iboende evnene må vi som sykepleiere være med på å få frem, ikke ”drepe”.

I hennes sykepleietenkning står da også begrepet håp som sentralt. I håpet ligger mulighetene om å få en bedre hverdag, og det er det sykepleieren skal hjelpe pasienten med. Hun understreker jf. Kristoffersen (2005d) at pasienten selv må finne frem til svarene som gir mening da mening er en subjektiv faktor (s. 29). Hvert enkelt individ er forskjellig. Eldre kanskje enda mer. Slik vil det som for en er meningsfullt for en annen være uviktig. Å lære å kjenne deprimerte pasienter for så å kommunisere ut det som for de kan gi mening er viktig. For når man er deprimert klarer man ofte ikke selv å huske på de positive tingene fordi man har gravd seg ned i det destruktive, de depressive følelsene som tidligere nevnt domineres av håpløshet og meningsløshet. Dette krever samvær og samtale. Og tid. Noe som avdelinger i et sykehjem ikke er kjent for å ha mye av i dagens effektivitetssamfunn med stadige nedskjæringer av arbeidsstokken.

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av de viktigste redskaper når det gjelder å etablere et menneske - til - menneske forhold mellom sykepleier og pasient (ibid).

Lars Thorsgaard (2007) nevner i sin bok om relasjonsbehandleren, det vil si sykepleieren, som må forandre seg selv først i samtalen med pasienten (s.32).

”Intensivering af ”mentalisering” og af ”empatisering” i relationsbehandleren afføder nye svar, nye spørgsmål og ny handling i relationen til pasienten – så vel nonverbalt som verbalt” (ibid).

For å kunne hjelpe pasientene i sin depresjon må vi altså selv åpne opp for at vi som mennesker stadig er i en forandringsprosess. Ubehagelige spørsmål i oss selv kan dukke opp når vi hjelper andre. Vi må forberede oss mentalt på det. Lenger ut i oppgaven tar jeg for meg relasjonen sykepleier versus pasienten.

4.0 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et stort begrep som omhandler mye. Kommunikasjon står sentralt i våre liv og arbeid. Hensiktsmessig kommunikasjon kommer derav an på i hvilke settinger vi er i, er vi i det private rom, det offentlige rom, hvem kommuniserer vi til?

I kommunikasjonen finnes det alltid en avsender som gjennom en formidlingskanal sender ut et budskap til en mottaker. Mottakeren tolker budskapet og gir så feed-back tilbake til avsenderen. Det er altså rom for feiltolkninger fra mottakeren avhengig om hvordan avsender har sendt ut budskapet og ikke minst i hvilken grad mottaker er mottakelig for budskapet.

Her er det viktig å være seg bevisst at det verbale, ordet, det vi sier, bare teller 10% i forhold til hvordan mottaker tolker det vi vil ha fram (budskapet). Derfra er det naturlig å gå videre til skillet mellom verbal og non-verbal kommunikasjon fordi avsender – budskap – mottaker –teorien blir for spinkelt hvis vi ikke forholder oss til det non-verbale som påvirker svaret til mottakeren. Mottakerne er her pasientene med depresjon som bor på sykehjem. Men ingen eldre er like. De er tom mer ulik enn yngre.

Fellesnevneren blir at de lider av depresjon. Men årsakene til depresjon kan som jeg har vært inne på tidligere være høyst ulike. Det finnes ikke to like eldre pasienter med depresjon. Noen har mange somatiske sykdommer å ta hensyn til, andre har dårlig syn eller hørsel. Kommunikasjonen endrer seg etter hvem vi snakker med. Det vil si at hva vi må vektlegge i kommunikasjonen vår med eldre pasienter med depresjon på et sykehjem avhenger av hvem pasientene er. Det må vi finne ut av med å snakke med primærkilden selv som er pasienten, så pårørende og kolleger på sykehjemmet som blir sekundære kilder til informasjon. Pasientene er de viktigste her. (se pkt. 4.3).

4.1 Verbal og non-verbal kommunikasjon

Etter min mening er det å være seg bevisst forskjellen i ovenstående overskrift sentral i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Non-verbal kommunikasjon står for hele 90% av betydningen av signalene man sender ut, mens det verbale, selve ordet, bare står for 10%. Det skulle en ikke tro.

Non-verbal kommunikasjon kan være kroppsholdningen vår, mimikken i ansiktet, gester med armene osv.

I kommunikasjon mellom mennesker er det viktig at det er mest mulig samsvar mellom det verbale og non-verbale slik at budskapet blir tydelig. I motsatt fall blir det ”støy” i budskapet, som bidrar til feiltolkning av budskapet.

I en forelesning fra den 15.januar 2008 snakker Annik Øveraasen om kommunikasjon innenfor psykologien. Hun la der vekt på viktigheten av å ha innsikt i kommunikasjon for å hjelpe mennesker i krise. Å kommunisere respekt, aksept og omsorg, være oppmerksomme, lytte aktivt, bruke åpne og lukkede spørsmål, vise empati og kontrollere vår forståelse av personens situasjon (for eksempel spørre: Har jeg forstått deg rett når jeg får et inntrykk av at du er lei deg?). Igjen skal vi huske på at mennesker er forskjellig. Noen vil ikke bli konfrontert med sine depressive følelser. De har kanskje aldri vært åpne om følelser i det hele tatt. Man skal derfor gå forsiktig fram. Her kan det være store forskjeller avhengig av kjønn. Kvinner har tradisjonelt fått lov til å ”bruke” sine følelser på en annen måte enn det menn har fått. Men for kvinner har det tradisjonelt ikke vært akseptabelt å la følelser som sinne og aggresjon få utløp. Menn har ”ikke fått lov” til å gråte eller vise de myke følelsene.

Respekt, aksept omsorg og empati er sentrale begreper i sykepleierollen som også ligger til grunn for en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Dette skal jeg ta opp nærmere i kapitlet om ”sykepleierollen”.

Ved å bruke åpne spørsmål står mottageren fritt til å svare hva han vil. Ved lukkede spørsmål forventes ja /eller nei svar. Altså er svaralternativene bestemt på forhånd. Dette er teknikker det brukes mye av i empiriske spørreundersøkelser alt etter hva slags svarkoder man ønsker fra mottaker.

Travelbee understreker i sin tenkning jf. Kristoffersen (2005d) viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk, det vil si å bruke sin personlighet ”på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen med pasienten” med et mål å lindre plagene hans (s. 32). Men en forutsetning for dette er at man er seg bevisst hvordan ens egen atferd innvirker på andre mennesker. Dette er etter mitt syn sentralt også i den nonverbale kommunikasjonen fordi kroppsholdning og mimikk er sentral i kommunikasjonen. Og

egen atferd kan slå ut på ulik vis etter hvordan vi selv er rustet til å ta imot de depressive følelsene pasienter med depresjon har. Man må etter min mening tørre å kjenne på egne ofte ubehagelige følelser som dukker opp når man lytter til en deprimert pasient.

Ubearbeidede følelser hos oss selv kan dukke opp. Mange sykepleiere kan føle seg ute av stand til å ta imot da de får mer enn nok med seg selv. Dette er viktig å tenke over for da må man overlate ansvaret for pasienten til en annen sykepleier etter min mening.

Eller man må lære å ta imot en deprimert pasients følelser. Viktig blir det å ikke kommunisere ut sin egen ”maktesløshet” i kommunikasjonen med pasienten. Det gjør bare pasienten enda dårligere. Kommer ikke den naturlige empatiske utrustningen vi som sykepleiere har i møtet med pasientene må vi lære oss dette. Så kan det naturlige komme med erfaringen man opparbeider seg. Kommunikasjonen er jo en prosess hvor en formidler sine tanker og følelser til hverandre. Dette må brukes aktivt i samværet med den deprimerte pasienten for å minske og lindre den psykiske smerten.

Almås (2001a) tar opp de nonverbale uttrykksmåter: ”Med ansiktsuttrykk, bevegelser og stemmeleie kan sykepleieren fortelle pasienten mer enn bare det ordene uttrykker” s.(17). Å formidle blir like mye hvordan man bruker hele seg, ikke bare ordene. Man må tenke over hvordan stemmen høres ut, hvordan man sitter, reiser seg, hvordan man bruker smilet, øynene. Dette blir terapeutisk bruk av seg selv til pasienten med depresjon.

4.2 Samtale som kommunikasjonsform

I en samtale er det viktig at samtale partnerne føler seg som likeverdige samtalepartnere. Uten likeverdighet kan etter min mening pasienten kunne åpne opp da likeverdighet henger sammen med anerkjennelse av den sykes problemer. Dette er vanskelig på et sykehjem hvor sykepleierne går i hvite kjortler, noe som i seg selv inngir autoritet og myndighet overfor pasienter som bærer på sin sykdom og sine tap. I en samtale må derfor sykepleieren være seg dette bevisst og understøtte likeverdigheten mellom sykepleier og pasient. Dette kan for eksempel gjøres ved å sette seg ned på samme nivå i rommet som pasienten (gjøre seg selv mindre). Eller spise/drikke sammen med pasienten. Dette inngir etter min mening større grad av likeverdighet i samværet og i samtalen. Noe så enkelt og hyggelig som å ta en kaffe sammen med pasientene med depresjon kan være mye verdt.

Gjennom samtaler kan sykepleieren formidle oppmerksomhet, støtte og nærhet. Samtaler bidrar derfor til å etablere kontakt og skape trygghet, og er et viktig grunnlag for samarbeid med pasienter og pårørende. Samtaler er også et nødvendig middel når sykepleieren trenger informasjon fra pasienter og pårørende (Almås 2001a, s. 15).

En sykepleier trenger som allerede nevnt mye informasjon i møtet med pasienten for å kartlegge behovene. Da blir samtalen målrettet. Travelbee beskriver jf. Kristoffersen (2005d) om ”en form for målrettet intellektuell tilnærming” som sykepleieren bruker for å kunne hjelpe den syke med å mestre sin situasjon, som videre kan sammenlignes med den problemløsende metode i sykepleien (s. 32). I den problemløsende metode er samtalen ” en svært viktig måte å samle data på” (Kristoffersen 2005a, s. 200).

Karoliussen (2000) beskriver samtaler og samvær som en viktig del av behandlingen av den deprimerte eldre pasienten. Det blir her viktig for sykepleieren å sette av tid til samvær samtidig som man fører en samtale med pasienten (s. 618). Hun nevner videre støttesamtaler, som et sted der pasienten får anledning til å lufte sine følelser med en aktivt lyttende person (ibid). Dette kan fint la seg gjøre på et sykehjem der man har mange plasser hvor man kan sette seg ned med en pasient, ute i finværet mens man går tur, inne på pasientens rom osv. i samtalen blir det etter min mening viktig å være tilstede i ”samme univers” som den deprimerte. Det vil si at man må sette seg inn i hvordan deprimerte eldre person har det generelt. Utgangspunktet må bli riktig for å kunne skape en relasjon. Det verste man kan gjøre er å avfeie pasienten med begynne å snakke om hvor fint vær det er ute når pasienten i sin depresjon prøver å åpne opp , snakke om sine følelser. På et sykehjem har man ofte en travel hverdag. Dag er det lett å overse en pasients signaler på at han trenger samvær. Vi har som sykepleiere også lett for ”å ville pasientenes beste” ved å oppmuntre og snakke om positive ting i de minuttene man har til rådighet overfor pasientene. Slik benekter vi pasientenes situasjon, anerkjenner den ikke, overkjører pasientene og lar de sitte igjen med enda flere kaotiske følelser enn de allerede hadde. Vi tar fra dem framtidshåpet med feil kommunikasjon. Derfor blir man som sykepleier utfordret på en helt annen måte av en deprimert pasient enn andre pasienter. Vi må da ha evnen til å slippe det vi har i hendene og bruke tid på pasienten. Her står vi overfor et etisk dilemma som vi så ofte møter i sykepleie. Her må vi velge hva vi skal prioritere. Kanskje venter en annen pasient på oss. Ved å la den andre pasienten vente fordi vi må sette oss ned med den

deprimerte påfører vi den andre pasienten også en bør den må takle. Svarene ligger til enhver tid i den aktuelle situasjon der og da. Vi må ofte som sykepleiere hente inn hjelp fra andre til dette. Det viktige blir å ikke bagatellisere en deprimert pasients behov for hjelp der og da. Man kan si i nødstilfeller der man må gjøre seg ferdig med noe annet først at ”jeg ser du trenger hjelp nå, og kommer tilbake om 5 minutter for å være hos deg. Og man må holde det man lover.

Berge mfl 2003) tar opp indre samtaler som vi mennesker har med oss selv hele tiden. Også den deprimerte, eldre pasienten i sykehjem. Kanskje særlig de, da pasientene på et sykehjem av erfaring sitter mye alene og har god tid. Den indre samtalen til en deprimert pasient er ofte kritisk. Jeg leste engang en bok om ”sin indre kritiker”. Depresjonen gjør en svært selvkritisk, man ser seg selv i et overdrevent negativt lys.

Et kjennetegn ved samtaler som forandrer, er at de stimulerer til konstruktive og støttende indre samtaler. Den inspirerer til utforskning av og refleksjon rundt egne holdninger og tanker, den gir håp om at endring er mulig, og mot å gjennomføre endring (Berge m fl 2003, s. 57).

Dette må være rettesnoren for sykepleieren etter min mening da pasientene på et sykehjem sitter mye alene dermed har mange samtaler med seg selv. For å unngå negativ grubling må sykepleieren bruke seg selv i en samtale samtidig med at man f eks stryker den deprimerte pasienten over kinnene, tar tak i hendene, holder de, for å uttrykke støtte og nærhet.

4.3 Den problemløsende metoden

Dett er en metode for innhenting av data for å finne ut hvor behovene til hver enkelt pasient ligger. Videre setter man opp målene for å ta tak i problemet før man gjennomfører de ønskede tiltak. Tilslutt evaluerer man. Dette inngår i kommunikasjonen en sykepleier har med pasienten. Pasienten er jf. Kristoffersen (2005a) primærkilden, der sykepleieren får sine førstehåndsopplysninger (s. 197). Sekundære datakilder blir da pårørende, kolleger eller andre i helseteamet (ibid).

Det er pasientens individuelle opplevelse det er viktig for sykepleieren å ha kjennskap til og å forstå. Sykepleierens forståelse er grunnleggende for at hun virkelig skal kunne hjelpe pasienten. (...) For at pasienten skal oppleve at han blir forstått må en anerkjenne opplevelsen hans og formidle at en gjør det (Kristoffersen 2005a, s. 196).

Som jeg har vært inne på stiller dette store krav til oss som sykepleiere, fordi man møter en pasient med depresjon der man ikke kan sette seg inn i opplevelsen pasienten har av sin situasjon. Pasientens opplevelse er hans egen. Kroppsspråket må da ikke være slik at man har dårlig tid, eller å formidle kommunikasjon slik at pasienten opplever ikke å bli trodd. Da får man et dårlig utgangspunkt for videre arbeid.

Travelbee sier jf. Kristoffersen (2005d) om den ”målrettete intellektuelle tilnærmingen” (s. 32):

Den person som besitter og bruker en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, vet hvordan en skal tenke logisk, reflektere, resonnere og overveie. Han eller hun har evnen til å analysere og å sammenfatte og er derfor bedre i stand til å identifisere og møte andre personers og familiers behov. En slik person besitter fakta, forståelse og prinsipper til å tenke med.

Travelbee uttrykker her etter min mening en sykepleier med erfaring og engasjement. Man kan ha jobbet lenge som sykepleier og opparbeidet seg erfaring uten å klare å reflektere over de viktige tingene fordi man kanskje er sliten, utbrent og trenger en pause fra sykepleiarbeid. Engasjement kan komme med erfaring. Det å beholde engasjementet som sykepleier etter å ha opparbeidet erfaring er veldig viktig, for med engasjement kommer også den riktige kroppsholdning, mimikk og væremåte.

Karoliussen (2000) beskriver det å ta seg tid i samværet ”uten krav og forventninger” (s. 616). Det er mye lettere når du er bevisst hvorfor du er hos pasienten og har det rette engasjementet. Men engasjement kan etter min mening også ”læres”. Til den kommer naturlig.

Opplysninger om pasienter med depresjon må inneholde hvor lenge de har hatt depresjon. Den høye andelen eldre på sykehjem med depresjon kan forklares med at selve sykehjemmet som institusjon kan gi depresjon. At de kan få depresjon etter at de er blitt pasienter på sykehjem. Det skal vi se nærmere på i det følgende.

5.0 Sykehjem

Samfunnsvitenskapene definerer ordet institusjon i vid forstand som et system av regler som styrer personer i deres valg av aktiviteter i forhold til andre personer i det samme miljøet eller samfunnet (Wikipedia). Man sier gjerne at hele samfunnet er ett sett med ulike institusjoner. Sykehjem må sies å være en institusjon i samfunnet. De kommunale sykehjemmene er en del av kommunehelsetjenesten som styres av kommunehelsetjenesteloven (Molven 2002, s. 103).

5.1 Å være eldre pasient på sykehjem

Et sykehjem er på mange måter et kollektiv der beboerne har begrenset med privatliv. Der er alltid folk til stede, natt som dag, og man må hele tiden forholde seg til nye mennesker, være seg nytt personale som det er ofte er stor gjennomtrekk av, pårørende som kommer på besøk til de andre beboerne, og ikke minst til nye beboere som flytter inn. I dette perspektivet ser man at det ligger store utfordringer på både beboerne som skal leve i dette hver dag hele året og sykepleierne som innenfor disse rammene skal ta vare på beboernes integritet og verdighet i et kollektiv.

For å vise noe av utfordringene til ansatte og beboere på sykehjem viser jeg til en forskningsstudie fra i fjor. I tidsskriftet Sykepleien (2009/3) presenterer Anners Lerdal nytt fra internasjonal forskning der det konkluderes med at inadekvat pleie er vanlig på sykehjem i Norge. Eksempler artikkelen tar opp er ”å ikke banke på når man går inn på et rom, nedsettende snakk om en pasient, bleiebruk i stedet for å følge til do, unnlate å gi munnstell” (ibid). Dette beskrives videre som ulike grader av etisk overtramp.

Dette viser at man på et sykehjem står overfor mange etiske sider og dilemma nesten daglig. For eksempel spør man seg nesten fra minutt til minutt om hvor mye skal jeg involvere meg i denne pasienten? Hvor mye tid skal jeg bruke her? Man må etter min mening sette av tid og ha etiske problemstillinger på dagsorden kontinuerlig. Dette fordi man som sykepleier trenger å bli korrigert og bekreftet av andre i det man gjør. Bare slik går det automatikk i å handle etter etiske prinsipper i de daglige gjøremål.

Karoliussen (2000) setter fokus på sykepleiernes holdninger til eldre. ”Sykepleierne blir preget av samfunnets syn på de eldre og kan komme i fare for å nedvurdere dem” (s.

209). Hun nevner videre eksempler som ”å snakke ekstra høyt” fordi vi tror at alle eldre har hørselssvikt, ”glemsomhet” med begynnende aldersdemens osv (ibid).

Å være pasient på et sykehjem betyr jf. Almås (2001) at man har begrenset tilgang på informasjon og har liten myndighet i forhold til sykepleieren. Dette sammen med at eldre gjerne forsøker å være ”gode” pasienter fører gjerne til at pasienten ikke gir uttrykk for sine ønsker og behov (s. 15).

Brodtkorb (2001) nevner at et tradisjonelt kjennetegn ved pasientrollen er ”at den har befunnet seg nederst på rangstigen, med minst makt og innflytelse i forhold til de ansatte (s. 99). Dette er i ferd med å endre seg med det nye fokuset på brukermedvirkning og ”empowerment”, direkte oversatt bemyndigelse. Det vil si at de eldre selv blir tatt med i arbeidet med sin egen situasjon.

Karoliussen (2000) snakker om ”jeg-det” forholdet med klar underordning og tingliggjøring av den eldre (s. 212). Sykepleieren blir den aktive og dirigerende. Sykepleiere har en tendens til å behandle de eldre som barn fordi de som barn trenger hjelp til sine grunnleggende behov. Dette er jf. Karoliussen (2000) med på å øke umyndiggjøringen av de eldre. I vår vestlige kultur har vi fjernet oss fra de eldre som det kloke og respektable individ, noe som gjør at de eldre blir sett på som ”like”. Derimot er det slik at eldre er kanskje mer ulike som individ enn andre grupper i samfunnet fordi de allerede har levd vidt forskjellige lange liv, liv med vidt forskjellige psykososiale og materielle forutsetninger.

Berge m fl (2003) sier at ”å arbeide med eldre innebærer å erkjenne at våre tiltak må tilpasses individuelle behov, samtidig som vi tar hensyn til de utfordringer selve aldringsprosessen som sådan utsetter den enkelte for”.

5.2 Institusjonalisering

Institusjonalisering betyr å få noe inn i faste, regelstyrte former eller gjøre det til en institusjon, altså etablere det som en grunnleggende og normgivende tjeneste, innretning eller faktor i samfunnet. Det kan også bety å sende noen på helseinstitusjon (Wikipedia).

Sykepleiens mål og hensikt er ifølge Travelbees sykepleiefilosofi ”å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med hennes lidelse og

sykdom” (Kristoffersen 2005d, s. 76). Og lidelse, påpeker Travelbee, er mer enn bare sykdom og tap. Det å ikke bli møtt med respekt for det individet man er og tapet av identitet og egenverd bidrar til å øke opplevelse av lidelse (ibid).

Tap av identitet og egenverd er sentrale i den amerikanske sosiologen Erving Goffmanns bidrag til diskusjonene om institusjonalisering jf. Brodtkorb (2001), s. 100). Goffmann beskriver institusjonaliseringen som ”en dyp krenkelse av individets personlighet” fordi pasientene innenfor dette systemet møter på ulike typer krenkelser, ydmykkelser og nedverdigelser.

Gjennom disse hendelsene mister den innlagte troen på seg selv. Institusjonaliseringen kan dermed i seg selv føre til depresjon, angst, sinne, overdreven lydighet eller apati (ibid).

Selv om Goffmann baserte sine studier på feltarbeid innenfor en mentalinstitusjon synes jeg dette på mange måter kan beskrive hva beboere på et sykehjem også kan møte. Det å bli nektet å gå på do, bli oversett, bli invadert i privatlivet, ja alt dette er krenkelser og ydmykkelser etter min mening.

Det ”farlige” er at man som ansatt i en institusjon, f eks et sykehjem, ikke kontinuerlig er bevisst denne problemstillingen. I en hektisk hverdag er det lett å overse ropene fra dagligstua om hjelp til å komme seg på do. Med mange gjøremål og tankevirksomhet i hodet er det lett å ”glemme” å banke på døren til en pasient. Vi er således utilsiktet med på å påføre pasienter med depresjon ytterligere krenkelser, som igjen fører til forverring av deres psykiske tilstand.

Et sykehjem som for de aller fleste blir den siste boligen før de dør, blir et sted hvor deres sykdommer forverres i stedet for at de forbedres eller holdes i sjakk. I min praksis som student har jeg sett hvor mye det fokuseres på somatiske sykdommer som hjerte-, lunge og nyreproblemer, men at det sjelden snakkes om psykisk sykdom. Når vi vet at et sykehjem også kan påføre pasientene der depresjoner, må vi på en helt annen måte legge til rette for dette som vi gjør med en person som puster dårlig.

6.0 Sykepleier- og pasientrollen

I Kristoffersen (2005a) skildres Fagermoens (1993) syn på sykepleieferdigheter.

Hun skiller mellom ferdigheter i kommunikasjon og samhandling, rasjonelle ferdigheter og manuelle ferdigheter. Vi ser nytten av ferdighetene i ulike sykepleiesituasjoner som bygger på nettopp kommunikasjon og samhandling med andre mennesker. Evnen til å forstå andre mennesker og til å gjøre seg selv forstått er viktig for at vi skal forstå andre menneskers situasjon og oppfatninger (s. 235-236).

Kommunikasjon blir kjernen i i sykepleie og det viktigste redskapet en sykepleier har i sitt virke.

Sykepleieren er på et sykehjem hele tiden i en situasjon hvor en som menneske må by på seg selv, være tilstede, åpen og tilgjengelig. Dette kan være slitsomt og krevende derfor gjelder det etter mitt syn å ha en bevisst holdning til hvordan man presenterer seg overfor pasientene. Dette for å oppnå en trygghet i sin egen situasjon, i måten å være på, å reagere på i forhold pasientene for ikke å slite seg ut. Det tjener ingen på.

I Kristoffersen (2005a) heter det blant annet at: ”En god situasjon for pasienten er å føle seg anerkjent. En anerkjennende holdning er noe sykepleieren kan bevisstgjøre seg på og arbeide med” (s. 129). Min erfaring i praksis er at dette er kjernen i møtet med pasienten. For å vise anerkjennelse innebærer bevisste kommunikasjonsferdigheter. Man lytter, viser forståelse og aksepterer pasienten og hans tilstand samtidig som man bekrefter pasienten som han er. I dette ligger jf. (ibid) både verbale og nonverbale kommunikasjon:

”Sykepleieren presenterer seg nonverbalt gjennom kroppsstillinger og kroppsbevegelser, berøring, blick og mimikk. (...) Måten å bevege seg på, sitte og stå på viser om sykepleieren har god eller dårlig tid”.

Blick kan være unnvikende eller ubehagelig vurderende, mimikk kan være avslørende: viser blikket aksept eller avsky, berøring kan være mildt eller raskt. Alt dette er nonverbal kommunikasjon. Det verbale og nonverbale danner en helhet som blir den måten sykepleieren presenterer seg og sin person på.

Jeg vil spesielt nevne berøring som et sentralt nonverbalt kommunikasjonsmiddel da det etter min mening står sentralt i sykepleien, og hvor man også skal være ekstra varsom. Det fordi en berøring kan av pasienten bli oppfattet som noe helt annet enn det sykepleierens intensjon var. Det gjelder å være spesielt varsom der kulturelle forskjeller kommer inn. Kristoffersen (2005a) viser til at berøring krever øvelse og refleksjon, altså en bevisst tenkning om hvordan man berører.

Karoliussen (2000) mener målet for sykepleie til en deprimert pasient i hovedsak er å styrke pasientens selvbilde, håp og livskvalitet. Videre sier hun at ”tiltak som kan føre til målet, ligger i hovedsak i tilnærming og oppfølging av pasienten og tilretteleggingen av det fysiske miljø (s. 616). Hun beskriver videre at det er viktig å gi seg tid og gi uttrykk for at en vil være til stede. Dette vil gi signaler som gjør at pasienten øyner håp, noe en deprimert pasient har lite av. Håpløsheten er dominerende i depresjonen (ibid).

6.1 Møtet mellom sykepleier og pasient

Hummelvoll (2004) beskriver møtet mellom to mennesker som ”en enestående hendelse i seg selv” (s. 382). Videre spør han seg om det er slik vi føler det når vi møter den enkelte pasient eller om det er slik pasienten opplever det i møtet med oss profesjonelle? Han mener alle møtene en sykepleier opplever gjør oss trette og ikke i stand til å åpne opp for pasientens smerte og uro. Dette er viktig å tenke bevisst over slik at vi noen ganger kan trekke oss tilbake og la andre overta når vi føler at vi har nok med oss selv. Videre skriver Hummelvoll (2004) s. 381:

Å utvikle felles forståelse og fellesskap skjer i et dynamisk samspill mellom mennesker. Virkemidlet i denne relasjonen er altså kommunikasjon, som både er a) en mangesidig prosess og b) et symbolsk samspill (jf. Stensaasen og Sletta 1993, Wilson og Kneisl 1996)

På et sykehjem er noen av de ytre omstendighetene fast. Et sykehjem har sine faste rutiner. Men også på et sykehjem vil kommunikasjon være en prosess hvor det er to sider i all samhandling og samforståelse. I vår kommunikasjon som sykepleier får vi kontinuerlig feed-back fra pasientene, noe som er med på å forme videre kommunikasjon. Vi må etter min mening under all kommunikasjon kunne korrigere oss selv utifra den andres reaksjon og omstendigheten rundt kommunikasjonen. Dette setter store krav til fleksibilitet hos sykepleieren. Mitt synspunkt er at det er vårt ansvar som

sykepleiere å få kommunikasjonsprosessen inn i de rammer situasjonen tilsier. Pasienten er her prisgitt oss og våre ”grep” for å få til en god kommunikasjon. ”I dette ligger det at vi har ansvar for våre holdningsmessige reaksjoner, at vi må tilpasse væremåten vår til den aktuelle situasjonen. Væremåten må ”styres”. (Kristoffersen 2005a, s. 164).

Travelbee snakker om interaksjonsprosessen som har flere faser jf Kristoffersen 2005d

- det innledende møtet
- framveksten av identiteter
- empati
- sympati
- etablering av gjensidig forståelse og kontakt (s. 30).

Å utvikle kontakten fra det første møtet til den nære gjensidige forståelsen mellom sykepleier og pasient forutsetter at sykepleieren både har et ønske om å hjelpe samtidig med at hun innehar de kunnskaper og ferdigheter som skal til ”for å iverksette sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov” (Kristoffersen 2005d, s. 31).

I det neste tar jeg med empati som eget punkt fordi det er så viktig i all kontakt og kommunikasjon med andre. Profesjonalitet fordi vi som helsepersonell må være profesjonelle, ikke private, i vår empati.

6.2 Empati og profesjonalitet

Den viktigste evnen vi har til å leve oss inn i andres situasjon, er evnen til empati. Empati kommer av det greske ordet empateia og betyr ”å lide med”. I moderne språkbruk betyr empati innlevelsesevne, medfølelse, berørthet. Psykologer definerer ofte empati som en tilstand der en føler ubehag ved en annens smerte eller ubehag (Hoffmann 2000) (Kristoffersen 2005a, s. 163).

Vi kan etter min mening aldri fullt ut kan forstå den sykes situasjon. Derfor bør vi møte mennesket med den største grad av ydmykhet og respekt. Og vi bør tilstrebe å sette oss så godt som mulig inn i den lidendes situasjon. Jeg tenker ofte når jeg er i praksis: Hva om jeg satt i den stolen og var i den situasjonen. Det kunne likeså godt vært meg som slet med depresjon som gammel på et sykehjem. Kanskje jeg havner i denne situasjonen

som gammel. Tenk om jeg skulle møte profesjonelle som ikke bryr seg har evne til innlevelse. Andre ganger når man møter pasienter, blir man trist og lei seg av møtet med den lidende. Man føler selv nesten fysisk på kroppen hvordan den andre har det. det gjelder her å være obs, å ”få av seg ” tankene etter endt arbeidsdag slik at de ikke sliter en ut. Det kan gjøres med kommunikasjon med kolleger. Man må tenke profesjonalitet i sin rolle som sykepleier selv om man mange ganger lar seg sterkt berøre av det lidende menneske. Å være profesjonell innebærer også å kunne gjøre de ”riktige” tingene, for eksempel gi et vennlig blikk, mobilisere tålmodighet selv om du der og da ikke har det, altså være et medmenneske selv om du der og da ikke føler for det. Fordi man er profesjonell. Allikevel ligger det naturlige til grunn jf. Håkonsen (2003). For å bli en god sykepleier er det viktig at visse karakteregenskaper ligger til grunn: Det at man har lyst til å være vennlig, oppmerksom overfor dine medmennesker og har evne til innlevelse er viktig fordi i lengden kan man ikke i alle situasjoner forestille seg (s. 165).

Hummelvoll (2004) nevner at i det terapeutiske nærværet for at pasienten med depresjon skal gjenvinne sin verdighet og verdi som menneske, er kommunikasjon vesentlig (s. 555). ”Kommunikasjon må her forstås som mer enn ord; det vil også omfatte empatisk nærvær, å kunne stå i situasjonen hos pasienten og å ta imot og tolke personens smertefulle tanker og følelser” (ibid).

Håkonsen (2003) mener empati er ”en form for kommunikasjon mellom mennesker som både innebærer å lytte, å forstå og å formidle denne forståelsen tilbake” (s. 250).

Håkonsen mener altså at empati er en faktor i kommunikasjonen mellom mennesker. Og slik kan vi opprette en relasjon, komme i dialog og samtale og derfra identifisere problem og løsning av problemet for en pasient.

Å ha evne til empati er en del av det å være en profesjonell sykepleier. Brinchmann (2005) snakker om hva det innebærer å være empatisk i det profesjonelle møtet (s. 137).

Hun nevner Vetlesen og Nortvedt (1996) som betrakter empati ikke bare som en følelsesmessig evne, men settes inn i en moralsk sammenheng.

Gjennom evnen til empati orienterer hjelperen seg mot den andre og settes i stand til å oppfatte hvilke moralske krav som ligger i situasjonen. Den moralske forpliktelsen handler om å lindre eller minske den andres lidelse (ibid).

Med dette kan man si at det å være profesjonell sykepleier utgjør både følelser, refleksjoner og intellektuell tilnærming. Vi trenger den følelsesmessige berøringen for å kunne sette oss i stand til, ut ifra faglig tilnærming, å iverksette tiltak for å lindre en pasient depresjon. Dette er i sin tur en stor utfordring for oss som sykepleiere. Jeg tror at man er bedre i stand til å møte en annens depresjon når man selv har kjent følelsen av sorg og tap. Og har bearbeidet dette. Hvis man selv ikke har bearbeidet dette vil man trolig ikke orke å gå inn i en pasients følelsesmessige reaksjoner. Dette stiller krav til å aktivt lære seg å gå inn i situasjoner selv om du ”møter deg selv i døra”, dvs man får kontakt med egne følelser som har vært ubearbeidet i sitt arbeide som sykepleier. Mange har en eller annen gang kjent på depresjon og følelsene som er involvert. Dette kan man etter min mening bruke som et godt hjelpemiddel. Man forstår hva pasienten med depresjon går igjennom ved at man henter frem sine egne erfaringsbaserte følelser. Dette gir grunnlag for en god refleksjon som igjen er et godt utgangspunkt for å hjelpe pasienten til å bli bedre.

6.3 Sykepleie til deprimerte pasienter

Hummelvoll (2004) lister opp en rekke punkter som er viktig i møtet med den deprimerte pasient (s. 185). Mye av dette kan gjennomføres på et sykehjem med de justeringer som kreves i forhold til eldre pasienter. Blant annet har deprimerte jf. Karoliussen (2000) behov for mer tid til å reagere og gi respons. Så har eldre generelt lengre reaksjonstid enn yngre mennesker. Dette krever ytterligere tid og rom (s. 616). Kommunikasjon er et gjennomgående tema i arbeidet med å lindre en deprimert, eldre pasients depresjon. Jf. Hummelvoll (2004) er følgende punkter viktige i møtet med en deprimert pasient:

- Vurdering av pasientens situasjon
- Å etablere en samarbeidsrelasjon
- Nærvær og omsorg
- Å uttrykke følelse
- Fysisk omsorg
- Motivere til aktivitet
- Meningsløshet versus mening
- Kvinnens livssituasjon

- Menns livssituasjon
- Styrking av selvaktelse
- Sosial støtte
- Evaluering

Mange av ovenstående punkter, hvis ikke de alle, inneholder kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Punktene går etter min mening mye over i hverandre. Med det mener jeg at når man jobber med ett punkt tar man samtidig for seg mange av de andre punktene også. Og mange av punktene inngår i generell sykepleie på et sykehjem. Det spesielle er tiden det som nevnt ovenfor, i forhold til å gi nærhet og omsorg til en pasient som ikke er deprimert. Tid er viktig å vektlegge i kommunikasjonen med en eldre deprimert pasient. Og å dele tiden med pasienten. Samvær og samtale blir her hovedingrediensene. I tillegg blir det viktig å tilrettelegge det fysiske miljøet. Å kommunisere ut at du gjør det pent, ryddig og koselig rundt pasienten, for eksempel med frisk frukt og blomster på bordet, er viktig for at den deprimerte føler seg verdsatt. Karoliussen (2000) nevner at mange eldre deprimerte pasienter har fortalt at det var små detaljer som hjalp dem i å finne håp i en eller tung og svart tilværelse (s. 620). Fysisk omsorg er viktig i kommunikasjonen. Personlig hygiene vil ofte være et ork hos deprimerte mennesker. Man skal være klar over at depresjon like mye som ”en brekt lårhals” kan gjøre en ute av stand til ta vare på den personlige hygiene i en periode. Å motivere til aktivitet er viktig. Selv om mange i sin depresjon ikke vil være med på aktiviteter, er det allikevel viktig å spørre dem. Dette hever selvaktelsen og følelsen av at man ikke er glemt.

Tilstedeværelse, samvær og samtale om at livet er verdt å leve selv om pasienten ikke synes det samme er viktig. Alt som kan øyne håp hos pasienten er viktig. Karoliussen (2000) nevner minnearbeid som en ”nyttig innfallsvinkel i behandlingen” (s. 619). ”En må gi pasienten tid til å gjenfortelle og meddele seg” (ibid). Minnearbeid i grupper nevnes også. Gjennom andres minner vekkes gjerne egne. Pasienten blir minnet på at han har en fortid hvor engasjement, mestring og gleden var til stede. Dette er viktig å minne pasienten på dette. I tillegg bør man oppmuntre pasientene til å bruke og tenke positive formuleringer som Karoliussen (2000) kaller det (s. 618). ”En forsøker å hjelpe pasienten til å reformulere sin oppfatning av situasjonen, en bidrar til nyanseringer (...)

(ibid). I en deprimert pasient hverdag er livet blitt svart /hvitt. Virkelighetsforståelsen er forvrengt og man trenger å korrigeres på dette.

Jeg vil avslutte med Lars Thorsgaard (2007) som skriver at ”relationsbehandling kan skabe og skaber vendepunkter”(s. 32). Han beskriver at i vendepunktet ”aktualiseres håpet, en overgang til noe nytt”. Pasienten øyner håp om noe bedre, en bedre hverdag. Det må bli målet for sykepleieren i vektleggelsen av ulik kommunikasjon med den deprimerte pasienten i et sykehjem. For vendepunktet kommer først gjennom kommunikasjon med pasienten. ”I vendepunktet skabes nytt håp og tillid og tro” (ibid).

7.0 Oppsummering

Samvær og samtale som kommunikasjonsform er en viktig del av behandlingen av den deprimerte pasienten. På et sykehjem vet vi at tidsaspektet er en flaskehals og at det ofte blir dårlig tid til nettopp dette. Tiden er viktig. Da vi også vet at mange eldre pasienter på sykehjem har depresjon, 50 % mer enn den eldre befolkning ellers, blir det viktig å identifisere uoppdaget depresjon og å legge til rette for å lindre den. Jeg har forsøkt å holde problemstillingen for øye i besvarelsen selve oppgaven representerer. Jeg håper og tror oppgaven gir svar på problemstillingen jeg har reist. Blant annet har jeg sett hvor mye kunnskap om depresjonens natur om skal til for å kunne handle på rett måte i praksis overfor deprimerte pasienter. Uten det teoretiske grunnlaget blir man helt avhengig av sine umiddelbare reaksjoner på en deprimert pasients situasjon, noe som for sykepleiere kan være vidt forskjellig avhengig vår erfaringsbakgrunn. Teoretisk kunnskap sikrer en mer forutsigbarhet og trygghet i arbeidet med å kommunisere med deprimerte pasienter. Videre blir vektleggingen av ulike kommunikasjonsstrategier avhengig av pasienten selv og hvem han er. Men det som blir fellesnevneren og det viktigste i kommunikasjonen til eldre, deprimerte pasienter i sykehjem er å sette av nok tid til samvær og samtale. Gjennom det kan en sykepleier fremme håp, mening i hverdagen og mestring til en deprimert pasient. Gjennom oppgaven har jeg innsett viktigheten av å skape en god relasjon med pasienten. Her ligger nøkkelen når man skal avveie hva i kommunikasjonen som til enhver tid skal være med å lindre en pasients psykiske smerte. I markedsorientert arbeid sier man at man må kjenne sin målgruppe for å kunne gi best mulig service. Litt kynisk overfører jeg dette til arbeidet med pasienter med depresjon på sykehjem. En sykepleier må lære pasienten å kjenne, samle informasjon, for å kunne vektlegge riktig kommunikasjon. Jeg ser altså ikke på helse som en vare og pasienter med depresjon som en kundegruppe. Så langt derifra. Det menneskelige aspektet blir for viktig til det. Det menneskelige aspektet, møtet mellom to mennesker, relasjonen mellom sykepleier versus pasient er en del av oppgaven fordi vi kan ikke kommunisere uten en god relasjon til pasienten.. I oppgaven har jeg vist hvor viktig tidsaspektet er når man skal lindre depresjon blant de som bor på sykehjem. Og det krever nok mennesker i arbeid, slik at tid kan settes av. Tiden og det uforpliktende samvær er det viktigste vi kan gi en deprimert pasient på sykehjem. I

arbeidet dukket det stadig opp nye problemstillinger. Blant annet hvordan aktiviteter og samvær mellom sykepleierne og pasientene skal kunne gjennomføres ofte nok i et sykehjem. Hvordan skal vi som sykepleiere ta tiden tilbake, og virkeliggjøre våre idealer vi gjennom teoretisk sykepleie har tilegnet oss. Vi har muligheten og vi har ansvaret for å disponere tiden riktig. Kanskje må sykehjemmets rutiner organiseres på nytt. Dette hadde det vært interessant å skrive om i en annen oppgave.

8.0 Etterord

I ettertid ser jeg en at jeg kunne blitt enda smalere i beskrivelsen av hva en sykepleier bør legge vekt på i kommunikasjon med pasienter med depresjon. Og jeg kunne kommet med flere konkrete eksempler. Jeg synes imidlertid også at all teorien jeg har tatt med var nødvendig for å kunne gi en adekvat besvarelse. Arbeidet med oppgaven har vært således vært lærerik. Å arbeide med valgte problemstilling har vært en glede da dette interesserer meg stort. Oppgaven har jeg bygget opp helt naturlig fra begynnelsen da jeg startet å skrive. Overskriftene kom nesten av seg selv, og innholdsfortegnelsen kom da naturlig etter som nye aspekter ved problemstillingen dukket opp. Veien ble til mens man gikk. Derfor har det vært fint å skrive helt alene for å få denne gode flyten i arbeidet. Det negative med å skrive alene er selvfølgelig at flere hoder tenker bedre enn ett. Men med flere som skriver kan flyten i oppgaven bli dårlig noe jeg synes jeg har fått til. Å få lov å legge opp arbeid og innsats etter hvordan det passer meg best har vært et privilegium. Jeg føler at jeg gjennom valgte problemstilling har kunnet arbeide med stoff jeg er interessert i i sykepleie. Det er eldre og psykiatri. Sykehjem har også store forbedringspotensial som man som sykepleier har god mulighet til å påvirke i en jobbsituasjon i motsetning til på et sykehus. Å kunne noe om min problemstilling blir særs viktig med framtidens eldrebølge der kravene til god psykisk pleie bare blir større og større.

9.0 Litteraturliste

- Almås, Hallbjørg (2001). *Klinisk sykepleie*, bind 1 og 2, 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- *Berge, Torkil, Eva Dalsgaard Axelsen, Geir Høstmark Nielsen, Inger Hilde Nordhus, Reidar Ommundsen (red) (2003). *Samtaler som forandrer. Psykologisk teori i praksis*, 1.utgave. Oslo: Fagbokforlaget
- Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll, Marianne Rugkåsa (2001). *Mellom mennesker og samfunn*, 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- Brinchmann, Berit Støre (red.) (2005). *Etikk i sykepleien*, 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- Hummelvoll, Jan Kåre (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, 6.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- Håkonsen, Kjell Magne (2003). *Innføring i psykologi*, 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- Karoliussen, Mette, Kari Lislerud Smebye (2000). *Eldre, aldring og sykepleie*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- Kringlen, Einar (2005). *Psykiatri*, 8.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug (2005). *Grunnleggende sykepleie*, bind 1-4, 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- *Lerdal, Anners (2009). *Sviktende sykepleie til pasienter på sykehjem*.
URL:http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/oppsummertforskning/vis?p_document_id=286762 (2009, 4(3) 232-232)
- Molven, Olaf (2002). *Helse og jus*. 5. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk forlag as
- *Rosenvinge, B. H, J. H Rosenvinge. *Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalenstudier fra 1990-2001*,
URL:http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=785939(nr.7/2003)
- *Ruset, Arne (2005). *Depresjon i sjukeheimar – diagnostikk og behandling*,
URL:http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1223843 (nr.13/2005)

- *Thorsgaard, Lars (2007). *Individuell mestring og mestring i relation*, bind IV, 2.utgave. Hertervig forlag
- *Wikipedia (2010), URL: <http://no.wikipedia.org/wiki/Institusjon> (21.mars 2010)