

ELDRE I SYKEHJEM:
HVORDAN UTØVE SYKEPLEIE SOM IVARETAR
BEBOERENS OPPLEVELSE AV PERSONLIG
INTEGRITET I HVERDAGEN?



Mari Knutsen og Line Røsåsen

Antall ord: 10 215

Dato: 08/05-11

SAMMENDRAG AV BACHELOR OPPGAVEN

Tittel:	<u>Eldre i sykehjem:</u> <u>Hvordan utøve sykepleie som ivaretar beboerens opplevelse av personlig integritet i hverdagen?</u>	Dato : 08/05-11
Kandidatnr:	<u>841</u>	
Veileder:	<u>Bente Thyli</u>	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Nøkkelord:	<u>Eldre, sykehjem, integritet</u>	
Antall ord: 10 172	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått:
<p>Kort beskrivelse av bachelor oppgaven:</p> <p>Hovedfokuset i denne studien er ivaretagelsen av personlig integritet hos eldre beboere i sykehjem. Personlig integritet beskrives som anerkjennelse og respekt for den enkelte beboer, dens unike identitet, selvforståelse og selvbestemmelse. Faktorer som kan krenke den personlige integriteten i hverdagen i sykehjem blir også omtalt. Sykepleien beskrives med fokus på betydningen av at beboere i sykehjem opplever at deres personlige integritet blir ivaretatt. Vi støtter oss til Joyce Travelbees sykepleieteori som baserer seg på mennesket som et særegent enkeltindivid med en unik personlighet.</p>		

ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

Title:	<u>Elderly in nursing homes:</u> <u>How to practice nursing that protects the resident's experience of personal integrity in everyday life?</u>	Date : 08/05-11
Candidate number:	<u>841</u>	
Supervisor:	<u>Bente Thyli</u>	
Employer:	<u></u>	
Keywords:	<u>Elderly, Nursing homes, integrity</u>	
Number of words: 10 172	Number of appendix: 0	Availability:
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>The thesis focus is the protection of personal integrity as experienced by elderly residents in nursing homes. The concept personal integrity is described as recognition of the individuals needs for respect and self-determination. Factors that may threaten the personal integrity of everyday life in nursing homes are also discussed. Nursing actions are described focusing the importance of awareness of residents need for experiencing personal integrity as patients in nursing homes. The thesis relay on Joyce Travelbee`s nursing theory based on human beings as unique individuals.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING.....	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING.....	6
1.2	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	6
1.3	AVGRENSNING AV OPPGAVEN.....	7
2.0	METODE.....	8
2.1	PRESENTASJON AV METODE.....	8
2.2	OPPGAVENS OPPBYGGING.....	8
2.3	KILDEKRITIKK.....	9
3.0	TEORIDEL.....	10
3.1	BEGREPET INTEGRITET.....	10
3.2	SYKEHJEM SOM BO- OG OMSORGSFORM.....	11
3.3	SYKEPLEIE SOM IVARETAR BEBOERENS OPPLEVELSE AV INTEGRITET.....	12
3.3.1	<i>Ivaretakende relasjon.....</i>	12
3.3.2	<i>Stellsituasjonen.....</i>	13
3.3.3	<i>Fysisk miljø.....</i>	14
3.3.4	<i>Sosiale aktiviteter.....</i>	14
3.3.5	<i>Dokumentasjon.....</i>	15
3.3.6	<i>Empowerment og brukermedvirkning.....</i>	15
3.3.7	<i>Autonomi og paternalisme.....</i>	18
3.3.8	<i>Joyce Travelbee.....</i>	19
3.4	FORHOLD SOM KAN KRENKE BEBOERENS OPPLEVELSE AV INTEGRITET.....	21

4.0	DRØFTINGSDEL.....	24
4.1	HVORDAN TILRETTELEGGE FOR UTØVELSEN AV INTEGRITETSBEVARENDE SYKEPLEIE I SYKEHJEMMET?.....	24
4.1.1	<i>Behovet for en verdighetsgaranti for beboere i sykehjem.....</i>	24
4.1.2	<i>Målsettinger for virksomheten.....</i>	25
4.1.3	<i>Organisering som skaper ivaretagende relasjoner.....</i>	25
4.1.4	<i>Organisering som ivaretar sosiale og anerkjennende behov.....</i>	27
4.1.5	<i>Empowerment og brukermedvirkning i praksis.....</i>	29
4.2	TILTAK FOR Å IVARETA PERSONLIG INTEGRITET.....	31
4.2.1	<i>Case.....</i>	31
4.2.2	<i>Løsning av case med fokus på ivaretagelse av personlig integritet.....</i>	32
5.0	KONKLUSJON.....	35
6.0	ETTERORD.....	36
6.1	PROSESSEVALUERING.....	36
6.2	PRODUKTEVALUERING.....	37
7.0	LITTERATURLISTE.....	38

1.0 INNLEDNING

Ca. 46.000 nordmenn bor i aldersinstitusjoner - 30.000 av disse bor i sykehjem. Det er dermed avgjørende for mange menneskers livskvalitet og helse hvordan disse institusjonene utformes og organiseres, samt omsorgens kvalitet (Hovdenes 2002). Institusjonene har egne målsettinger for sin virksomhet, og Hovdenes (2002) kom frem til at ved sykehjem i Oslo og Bergen, fremtrer ”et meningsfullt liv”, ”god omsorg”, ”integritet”, ”verdighet”, og ”trivsel” som sentrale verdier.

Graden av kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er med på og avgjøre om helsetjenesten er god nok, i forhold til å sikre den enkeltes opplevelse av integritet, respekt og livskvalitet. Kvaliteten på tjenesten handler om forholdet mellom hva som ytes, og hva som kreves eller forventes av tjenesten. Pasientens behov er utgangspunktet for all tjenesteyting i helsetjenesten. *”En kvalitetsmessig god helsetjeneste er en helsetjeneste som imøtekommer pasientens og pårørendes behov for helsehjelp og samfunnets krav til kvalitet”* (Kristoffersen 2006, kap. 25, s. 151).

Det er utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som blant annet legger vekt på integritetsbegrepet i sykepleieutøvelsen. Under punkt 1. ”Sykepleieren og pasienten”, står det skrevet at *”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”* (NSF 2001). I tillegg er integritet forankret i lovverket. I pasientrettighetslovens § 1-1 under formål, står det blant annet at: *”lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd”* (Pasientrettighetsloven 1999).

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING

Vi møter de eldre i flere arenaer; i hjemmesykepleie, på sykehus, korttidsavdelinger og sykehjem. Grunnen til at vi har valgt sykehjem som arena for vår studie er fordi det er der det kan være størst utfordringer når det gjelder å ivareta beboerens opplevelse av personlig integritet på grunn av organiseringen, tidspress og lav bemanning. Mange har sykehjemmet som sin bolig, og utgangspunktet for sykepleien bør fokuseres rundt dette.

I Slettebø (2008) sin artikkel skriver hun at trivsel og integritet er to viktige begreper når det er snakk om sykehjemets beboere. Å bevare autonomi og personlig integritet til beboere er svært viktig, og det er nødvendig med mer oppmerksomhet rettet mot dette mener hun.

Ut i fra en studie Karoliussen og Smebye (1997) utførte fikk de en følelse av at det er det mest nødvendige som mat, stell og pleie det blir fokusert på i det daglige på sykehjemmet, og at alle blir behandlet etter en overordnet plan. De sier også at dette viser seg å være en utfordring da det er mer systemet enn enkeltpersoner som er årsaken til at det blir fokusert mest på arbeidsoppgaver. Kirkevold mfl. (2008) er av samme oppfatning. Hun mener det er en fare i sykehjem at bare de fysiske behovene til pasienten blir dekket, slik som mat og drikke, hjelp til personlig hygiene og påkledning og til toalettbesøk. Kirkevold mfl.(2008) og Slettebø (2008) antyder også at behovet for sosial kontakt og for anerkjennelse og et positivt selvbilde, kanskje ikke blir vektlagt i like stor grad.

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Problemstillingen lyder som følger:

Eldre i sykehjem:

”Hvordan utøve sykepleie som ivaretar beboerens opplevelse av personlig integritet i hverdagen?”

1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN

Vi har valgt å begrense studiens innhold til sykehjem som arena. Besvarelsen av problemstillingen beskrives og drøftes fra et sykepleierperspektiv; utøvelsen av sykepleie og et pasientperspektiv; pleie- og omsorgsbehov.

Det overordnede temaet i studien er sykepleie som ivaretar beboers opplevelse av personlig integritet i hverdagen. I følge Levine (1991) finnes det flere deler av integritetsbegrepet, men vi har valgt å konsentrere oss om personlig integritet. Vi har tatt utgangspunkt i mentalt klare beboere som har sykehjemmet som hjem, og som kan redegjøre for sine ønsker og behov. Beboere med en demens sykdom har en litt annen tilnærming/behov for sykepleie, noe vi velger ikke å gå spesielt inn på i denne studien.

Vi tar utgangspunkt i den typiske sykehjemsbeboeren hvor rutiner preger hverdagen. Bruken av begrepet beboer fremfor pasient er bevisst, da dette understreker vår tankegang i forhold til det å ivareta personlig integritet. Kirkevold mfl. (2008) mener dette kan ha betydning for den sykepleien vi utfører, da vi blir mer beviste på hvordan vi mennesker møter hverandre i våres hjem.

2.0. METODE.

2.1 PRESENTASJON AV METODE

Vi har valgt å benytte oss av et litteraturstudium som metode. I et litteraturstudium baserer man seg på andres litteratur. Begrunnelse for valg av metode, er slik vi ser den, mest hensiktsmessig i forhold til vårt studium/ problemstilling både tidsmessig og faglig. Vi er også godt kjent med denne metoden.

Dette er en dybdeoppgave, hvor målet er å besvare problemstillingen i henhold til aktuell litteratur. Vi har brukt litteratur om integritet; personlig integritet som sådan, sykehjemmet som arena, integritetsbevarende sykepleie, samt enkelte lover og forskrifter som regulerer tjenesten. Litteraturen inneholder også faktorer som kan krenke beboerens opplevelse av personlig integritet. Sykepleien blir konkretisert for å gi en nøyaktig beskrivelse av tiltakene, og som et hjelpemiddel, bruker vi erfarte organiseringsmetoder og en case i drøftingen.

En forutsetning for å velge en litteraturstudie er at det finnes nok fagstoff knyttet til problemstillingen, og man må være kritisk til utvelgelsen. Fordelen med en slik studie er at man kan innhente fagstoff fra flere forskjellige kilder og bruke nyere forskning. En bakdel med et slikt arbeid er at man kan bli påvirket av andres oppfatninger i stor grad. Derfor reflekterer vi over fagforståelsen og fordommer knyttet til det vi leser, og tar bakgrunnen til forfatteren i betraktning når vi leser stoffet og skriver selv. Vi er derfor klar over at det man finner av fagstoff og konklusjoner er farget av hvem som har skrevet det.

2.2 OPPGAVENS OPPBYGGING

Oppbyggingen av studien er etter satte retningslinjer for Bacheloroppgaver og Harvards referansestil. Den består av innledning med begrunnelse for valg av problemstilling og avgrensning av studiens omfang. Metodedelen består av metodebeskrivelse, oppgavens oppbygging valg teori og kildekritikk. Teori består av relevant pensumlitteratur og en god del selvvalgt litteratur i form av bøker, artikler, lover og forskrifter. Begrepsavklaringen er plassert først i teoridelen med hensyn til videre forståelse av litteratur. Vi drøfter aktuell teori

opp mot problemstillingen, for dermed å komme frem til en konklusjon/løsning. Studien avsluttes med et etterord, som inneholder en prosess- og produktevaluering.

2.3 KILDEKRITIKK

Vi har valgt å bruke en del pensumlitteratur da den bidro til mye litteratur relatert til problemstillingen. Ut i fra denne har vi funnet primærkilder så godt det har latt seg gjøre ved å søke i bibliotekets database, bibsys. Primærkilder er mer troverdig da man er sikker på at det ikke er omformulert av noen andre. Vi har utvidet kunnskapsfeltet ved å bruke Marit Kirkevold sine referanser. Kirkevold har dermed blitt våres hovedreferanse, i tillegg til Travelbee. Marit Kirkevold er førende med sine sykepleieteorier i Norge. Innenfor grunnlagstenkning i sykepleie er boka *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Joyce Travelbee en klassiker, noe som er begrunnelsen for vårt valg.

Vi har også gjort uavhengige litteratursøk i bibsys, hvor vi da har funnet artikler ved å bruke søkeord som integrity, old people, nursing homes. Noe av litteraturen er av eldre karakter, men vi mener at det allikevel er relevant å benytte på bakgrunn av at beboerens integritet er like verdifull i dag. Den nyeste litteraturen vi har funnet er fra 2008. Det som nylig er oppdatert er lover og forskrifter, fra 2010.

3.0 TEORIDEL

3.1 BEGREPET INTEGRITET

I følge Andersson (1994) kommer ordet integritet fra det latinske *integritas*, som betyr helhet eller det å være hel og uskadd. For hvert individ, er hans egen følelse av identitet og egenverd det mest framtrepende beviset for helhet (Levine 1991). Hun mener også at alle sykepleiehandlinger er dedikert til ivaretagelse eller ”å holde sammen” helheten til individet. Videre fremstiller hun ukrenkbarhet som et synonym til integritet.

Randers og Mattiasson (2004) mener at det å respektere pasientens integritet som en tilstand av helhet, innebærer å se alle pasienter som individer. Dette betyr at helsepersonell må respektere pasientens personlighet og likeledes deres personlige vaner. Helsepersonellet må være villig og ha evne til å sette dem selv inn i pasientens situasjon. I studien kom de også frem til at når eldre får lov til å være dem selv, blir deres unike personlighet respektert. Sarvimaki & Stenbock-Hult (1996) mener dette forutsetter anerkjennelse av Eldres rett til egne følelser, meninger, fri vilje og egen oppfattelse av spesifikke situasjoner (Randers og Mattiasson 2004).

Etter å ha intervjuet forskjellige pasienter og helsepersonell i en studie om integritet kom Andersson (1994) frem til tre grunnleggende kjennetegn for respekt for pasientens integritet: respekt for pasienten som person, lydhørhet for menneskers ulikhet og lydhørhet for menneskers sårbarhet.

Respekt for pasienten som person, innebærer at pasienten skal møtes med et menneskesyn der pasientens opplevelse av sykdom og dens konsekvenser i livssituasjon alltid skal tas hensyn til og pasienten gjøres delaktig i planlegging av pleie og behandling.

Lydhørhet for menneskers ulikhet, innebærer at det enkelte menneskets vurderinger og ønsker så langt som mulig skal ligge til grunn for planlegging og gjennomføring av pleie.

Lydhørhet for menneskers sårbarhet, innebærer at det enkelte menneskets opplevelse av sykdom som skade på integriteten som tilstand av helhet, og sårbarhet for krenkelse av

integriteten som personlig sfære (pasientens personlige rom/territorium) alltid skal tas hensyn til.

Levine (1991) argumenterer for at sykepleie har en grunnleggende helsefremmende og forebyggende karakter, der målet er å bevare pasientens helhet eller integritet. Ivaretakelse av personens integritet er essensielt for å opprettholde helse og sørge for styrke til å konfrontere funksjonssvikt. Hun fremholder også at det å opprettholde en balanse mellom sykepleierens intervensjon og pasientens deltakelse, men samtidig kunne vurdere pasientens mulighet og evne til deltakelse, er en viktig del av sykepleien.

Ivaretakelse av pasientens helhet og integritet innebærer at sykepleien forankres i følgende fire grunnleggende prinsipper, å ivareta pasientens energibalanse, kroppslige integritet, personlige integritet og sosiale integritet. I følge Levine (1991) må alle fire prinsipper for integritetsbevarende sykepleie være oppfylt hvis pasienten skal føle sin fulle og hele integritet ivaretatt. Personlig integritet, som videre blir omtalt, skiller seg fra de andre prinsippene. *”Å ivareta menneskets personlige integritet vil si å anerkjenne og respektere den enkelte som en unik person med sin særegne identitet og selvforståelse”* (Kirkevold mfl. 2008, s. 94).

Respekt for menneskets selvbestemmelse er en forutsetning for ivaretakelse av personlig integritet (Levine 1991). Sykepleien må bygge på anerkjennelse av den enkeltes personlige vurderinger og valg med hensyn til å bevare sitt eget liv og helse, ut fra det som er mest betydningsfullt for den enkelte (Andersson 1994).

3.2 SYKEHJEM SOM BO- OG OMSORGSFORM

Sykehjemmet er en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester. De ansatte ved institusjonen har ansvar for å tilby helsetjenester til gamle med nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne og komplekse medisinske tilstander. Samtidig må de, i de avdelingene der beboeren har fast plass, skape et hjemlig miljø der de gamle trives og blir ivaretatt som personer. Dette krever høy sykepleiefaglig kompetanse mener Kirkevold mfl. (2008). Det som kjennetegner sykehjemsbeboere i følge Statistisk sentralbyrå (2007) er at de aller fleste er over 67 år, vel 75 % er over 80 år. De har også sterkt redusert funksjonsevne og er multisyke.

På sykehjem starter dagen med ivaretagelse av personlig hygiene, og den avsluttes på samme måte. Dette blir også opprettholdt i løpet av dagen, blant annet i forhold til bistand ved toalettbesøk. Under morgenstell hører også slike ting som sårstell og andre prosedyrer med til arbeidet. Måltidene er til faste klokkeslett, og opprydding etter måltider blir ofte pleiepersonellens oppgave. Enkelte dager, kan det være tilbud om andakt, bingo og andre aktiviteter, noe som kan være på faste dager hver uke. Sykepleieren leder pleietemaet, i tillegg til medikamenthåndtering, legevisitt og andre sykepleieoppgaver (Kirkevold mfl. 2008).

De organisatoriske rammene i sykehjem i dag er preget av mange pleiere i deltidsstillinger, mye utskiftning i personalet og mange sykmeldinger. Utformingen av turnusplanen og organisering av arbeidet legger ofte vekt på gruppe- eller teamorganisering (Kirkevold mfl. 2008).

Beboeren har rask tilgjengelighet til kvalifisert hjelp i institusjon, noe som gir trygghet. Observasjon og vurdering av helsetilstand og sykdomsutvikling er en viktig del av tilbudet sykehjemmet gir, i tillegg til å følge opp medisinsk behandling. I følge Hauge (2004) er en annen positiv side kontakten med de ansatte, noe mange har ønske om og glede av. Å bo på sykehjemmet gir også en mulighet til å følge med på avdelingens aktiviteter (Kirkevold mfl. 2008).

3.3 SYKEPLEIE SOM IVARETAR BEBOERENS OPPLEVELSE AV INTEGRITET

3.3.1 Ivaretakende relasjon

Kirkevold mfl. (2008) og Hovdenes (2002) mener at relasjonen mellom pasient og sykepleier må være god og basert på likestilling. Å etablere en likestilt og ivaretakende relasjon mellom partene er en forutsetning for å yte integritetsbevarende sykepleie overfor gamle pasienter. Kirkevold mfl. (2008) påpeker at særlig personer som er i en sårbar situasjon, er avhengige av at hjelperne kjenner dem som personer og kan ivareta deres interesser og behov når de ikke selv kan gjøre det fullt ut eller uten store anstrengelser. For noen er kontakt med enkelte pleiere som de kjenner som personer, og ikke bare som helsepersonell, svært viktig. Mange av beboerne har en favorittpleier som har stor betydning for at de trives i sykehjemmet. Dette

skaper trygghet og forutsigbarhet, og de slipper stadig å måtte berette om sine behov, ønsker og preferanser på nytt. Kirkevold mfl. (2008) mener derfor at det blir en viktig sykepleiefaglig ledelsesoppgave å legge til rette for kontinuitet i oppfølgingen av den gamle pasient over tid.

3.3.2 Stellsituasjonen

Å utføre stellet på en måte som ivaretar integritet, kan være en utfordring i mange tilfeller. Det er viktig å ha kunnskap om hvordan fysisk aldring, funksjonssvikt og sykdom påvirker gamle pasienters kropp, men dersom vi hovedsakelig forstår stellet som en infeksjonsforebyggende aktivitet, blir kroppen lett til et objekt for sykepleierens handlinger. Dette kan være et utgangspunkt, men samtidig må en være oppmerksom på og engasjere seg i pasientens opplevelse og reaksjoner. Sykepleiere som gjør det, er i følge Kirkevold mfl. (2008) ikke bare opptatt av kroppen som et objekt, men ser den også som uttrykk for personens opplevelse og identitet. Tilnæringsmåten må også være individuell, noe som forutsetter at den som skal hjelpe, kjenner den gamle som den personen han eller hun har vært, og den personen han eller hun er nå. Det er viktig å vite fakta om tidligere preferanser når det gjelder det å være ren og velstelt, og vaner eller ritualer personen har hatt i forbindelse med personlig hygiene og påkledning. Detaljer som hva slags deodorant, tannkrem eller parfyme vedkommende foretrekker kan virke som bagateller, men dette kan allikevel hjelpe den gamle pasienten til å opprettholde en følelse av identitet, sammenheng og mening (Kirkevold mfl. 2008). Individets integritet må i følge Levine (1991) kontinuerlig forsikres.

Hvis man ikke tar hensyn til balansegangen mellom avhengighet og uavhengighet i stell, kan beboerens integritet bli krenket. Helsepersonell kan ha en tendens til å støtte, fremme og forvente uavhengig atferd av pasientene uten først å ha vurdert funksjons- og mestringsnivået deres. Foss (2002) skriver at hvis vi hjelper pasienten uten å ha undersøkt hva de klarer selv, kan resultatet bli at de ikke får utnyttet sine gjenværende ressurser, noe som i følge Riis (2000) vil frata pasienten et element av egenverd (Kirkevold mfl. 2008).

3.3.3 Fysisk miljø

”Sykepleiere som arbeider i avdelinger for langtidsopphold, har et ansvar for å realisere de hjemlige verdiene som frihet til privatliv på eget rom, sosialt fellesskap, trygghet og opprettholdelse av kjente meningsfulle aktiviteter” (Kirkevold mfl. 2008, s.230). Det blir viktig å skape en kjent og hjemlig atmosfære, og et miljø som den eldre kan kjenne seg igjen i og føle seg trygg, der hvor den gamle skal bo resten av livet. For å skape dette miljøet kan sykepleieren oppmuntre beboerne til å ta med seg egne møbler, bilder, tv, radio, bøker og andre ting som betyr noe for dem. Dette begrunner Kirkevold mfl. (2008) med at rom og gjenstander skaper gjenkjennelse, og dermed hjelper den gamle til å holde fast ved egen identitet. Hun mener det er et sykepleiefaglig ansvar å påpeke dette, og det må avsettes tid sammen med familien til å innrede rommet når den gamle flytter inn.

3.3.4 Sosiale aktiviteter

For å finne egnede sosiale aktiviteter som kan bidra til å ivareta beboerens personlige integritet kan en grundig samtale med hver enkelt beboer gi en oversikt over hva vedkommende er interessert i. Utfordringen blir da i følge Kirkevold mfl. (2008) det å skape rom for et bredt tilbud av kulturelle aktiviteter, samtidig som ingen skal føle seg presset til å delta på noe mot sine egne ønsker og verdier. *”Det må ikke tas for gitt at tradisjonelle fellesaktiviteter som bingo og andakt er noe alle ønsker å delta på”* (Kirkevold mfl. 2008, s.232).

Mennesker har mye kunnskap som er lært i gjennom livets løp, og som er med på å danne noe av vår identitet. Et eksempel på aktiviteter som bidrar til at beboeren får brukt sin kunnskap, er skrivekurs for eldre som er omtalt i Synnes mfl. (2003). Eksemplet viser i følge Kirkevold mfl. (2008) at når noen spurte om beboerens kunnskaper og erfaringer, inviterte dem på kurs og utfordret dem til å skrive dikt eller fortellinger, ble det skapt livsglede og engasjement. ”Minnekasser”, en samling av gjenstander som ble brukt i beboerens oppvekst og ungdomstid, kan fungere på samme vis. Gjenstandene kan i følge Jakobsen og Eggen (2001) og Bergland mfl. (2003) danne grunnlag for fortellinger fra deres side, og diskusjoner der de får brukt sin kunnskap (Kirkevold mfl. 2008).

3.3.5 Dokumentasjon

I utøvelsen av sykepleie bruker vi ofte beslutningsprosesser som et verktøy for å utøve individuell sykepleie. Den problemløsende metoden brukes når man står overfor en hindring eller uønsket situasjon, som man ønsker å kvitte seg med eller overvinne. Denne metoden har flere faser der man først starter med en datasamling. Deretter utføres identifisering av problemer og mål, og til slutt kommer man frem til sykepleiehandlinger som skal gjennomføres. Den siste fasen er der man vurderer om handlingene fører mot det ønskete resultatet – evaluering (Kristoffersen mfl. 2005). Den problemløsende metoden kan også brukes i integritetsbevarende sykepleie.

For å kunne sikre at pasientens personlige integritet blir ivaretatt må sykepleieren begynne med å avklare integritetstrusler når det gjelder den gamle som person. Det innebærer en kartlegging av pasienten som en unik person, den enkeltes preferanser og kompetanse. Ut i fra en grundig kartlegging er det sykepleierens oppgave å utforme en pleieplan som ivaretar det som for den enkelte er det viktigste for å oppleve seg ivaretatt og respektert som pasient og person (Kirkevold mfl. 2008).

3.3.6 Empowerment og brukermedvirkning

Ordlyden *empowerment*, ble først introdusert i USA, og man har enda ikke funnet en god norsk oversettelse. Derfor er det noe diffust, selv om begrepet er svært populært. Ordet empowerment inneholder ingredienser som ligger nært vårt hjerte; styrke, kraft og makt. Disse ordene fører tankene over på fenomener og egenskaper som selvtillit, brukermedvirkning, selvbestemmelse, deltakelse. (Askheim og Starrin 2007).

Sentrale holdninger innen empowerment er å se alle mennesker som kompetente, fokusere på likeverd og rettigheter. En annen sentral holdning er å forandre maktstruktur slik at det uttrykkes respekt for menneskers integritet. (Askheim og Starrin 2007).

En av de tradisjonelle holdningene til de profesjonelle i velferdsstaten er det å være ”ekspert”(Askheim 2003). Det vil si at den som sitter på mest kunnskap om hva som er best for pasienten er den fagutdannede, noe som gjør at brukeren havner i en avmaktsituasjon. Etter

empowerment tenkningen må fagpersonen endre sin måte å tenke på slik at de to står på lik linje. ”Brukeren vet best hvor skoen trykker” og brukerkunnskap stilles på lik linje som fagkunnskapen til sykepleieren. Fagpersonen skal være orientert om beboerens ressurser og ikke mot problemer. På denne måten kan sykepleieren være med på å gi beboeren en opplevelse av å kunne ha innflytelse i eget liv og opplevelse av personlig integritet (Askheim og Starrin 2007).

Et begrep som nærmest kan sidestilles med empowerment, er *mestring*. Beboeren kan også gjennom å mestre dagliglivets utfordringer og sin situasjon, få opplevelse av kontroll over eget liv.

Dialogen mellom beboer og sykepleier må være ”herre-dømme-fri” hvis man skal følge empowerment tenkningen. Samtalen skal basere seg på at premissene og kontrollen ligger hos brukeren, og den profesjonelle skal være en ressurs som beboeren kan velge å bruke for å nå sine egne mål. Dialogen skal bygge på gjensidighet og den profesjonelle stiller sin kompetanse kun til rådighet. Sykepleieren skal heller ikke være passiv, men han eller hun har ansvaret for å hjelpe til med å tenke ut mulige beslutninger og handlinger, og konsekvensene av disse. Man må da passe seg for ikke å innta ekspertrollen, men utvikle et forhold der man arbeider *med* beboeren. Sykepleieren gir da fra seg sine kunnskaper som beboeren kan velge å bruke, slik at han kan oppnå større kontroll over eget liv og omgivelsene (Askheim 2003).

Personer som er i en avmaktsituasjon, kan da gjennom denne kraftmobiliseringen, opparbeide seg styrke og kraft til å komme seg ut av avmakten. De kan da gjenopprette makt, kontroll og styring over eget liv. Rønning (2006) sier at makt er det som får andre til å gjøre noe de ellers ikke ville ha gjort (Askheim og Starrin 2007).

Rønning (2006) sier at brukervedvirkning kan stilles likt med empowerment. Myndiggjøring og medvirkning fra pasienter og beboere er en hovedmålsetting i velferdspolitikken i Norge. Det skal legges til rette for at beboere skal få økt makt og innflytelse over eget liv. I følge Sosial- Helsedirektoratet (2005) betyr det at det må utvikles mer likeverdige samarbeidsformer mellom brukere og tjenesteutøvere med utgangspunkt i brukernes ressurser, erfaringer og kompetanse (Askheim og Starrin 2007). I en del tilfeller kan

brukermedvirkning rett og slett bli glemt fordi det ikke er tid og rutiner for å inkludere brukere i hverdagen (Askheim og Starrin 2007).

I kvalitetsforskriften til pleie- og omsorgstjenestene legges det stor vekt på medvirkning og medbestemmelse. Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren. Det legges vekt på hva brukeren ønsker og at de kan være med å bestemme hvordan tjenestene skal utføres (Sosial- og Helsedirektoratet 2004). Selvbestemmelse og brukermedvirkning vil bidra til at beboerens personlige integritet blir ivaretatt. Hvis beboerens ønsker og behov for hverdagen skal realiseres, må sykepleieren først få innsikt i beboerens rutiner, døgnrytme og gjøremål (Kirkevold mfl. 2008). Sykepleieren må utforske beboerens tilvante hverdagsliv, og blant annet spørre hva brukeren ønsker å gjøre i løpet av dagen. Pleiepersonalet må stille spørsmål om beboeren ønsker en tur ut, om hun liker å lese, i tilfelle hva, er tv en viktig underholdningsfaktor i hverdagslivet, eller radio og CD, og hvilke huslige aktiviteter beboeren er vant til – dekke bord – servere mat og liknende. Kirkevold mfl. (2008) peker på at beboeren bør avtale med avdelingsledelsen hvordan den private livsformen og døgnrytmen skal være. Avtalen kan omfatte når beboeren skal stå opp om morgenen og legge seg om kvelden, hvor og når beboeren vil spise, spesielle matvaner og liknende.

Når det legges til rette for at beboerne kan bestemme over viktige og mindre viktige detaljer i dagliglivet, kan de opprettholde kontrollen og myndigheten over sitt eget liv. I følge Slagsvold (1995) er også medbestemmelse ved de små avgjørelsene vel så viktig, som for eksempel å få skrudd av eller på varmen, få et glass vann når en ber om det, og å bli trillet dit en vil. (Kirkevold mfl. 2008). Sykepleiere må også ha evnen til å være oppmerksomme, være under kontinuerlig observasjon og/eller samtale for å vite hvordan den enkelte har det, og hva vedkommende trenger. Så må sykepleien tilpasses til det en finner ut, får så vurdere om dette er i tråd med beboerens behov og ønsker. *”Det er viktig for pasienten å føle at det å ta hensyn til hans eller hennes ønsker ikke er noe sykepleieren gjør som en særlig tjeneste, men at sykepleien utøves innenfor rammen av det som er rettferdig”* (Kirkevold mfl. 2008, s.101). Pasientene må få den hjelp de har bruk for og har rett på, uten å være avhengige av den enkelte sykepleiers forgodtbefinnende ”godhet”. Forholdet mellom sykepleier og pasient må

være en anerkjennende relasjon, og samhandlingen mellom dem må bygge på likeverdighet, samarbeid og gjensidig avhengighet (Kirkevold mfl. 2008).

Det må også legges vekt på integritet fra et ansattperspektiv. Sykepleieren må bidra til en kontinuerlig dialog i pleiegruppen om hvordan en kan på respektfullt vis sikre beboerens rettigheter og bidra til å skape en god hverdag for hver enkelt (Kirkevold mfl. 2008).

3.3.7 Autonomi og paternalisme

Ordet autonomi stammer fra et gresk ord som betyr *lov og styring* (Brinchmann 2008). Det vil si at pasienter har rett til å styre og bestemme selv over egen livssituasjon. Hvis beboere skal ha en opplevelse av å få sin personlige integritet ivaretatt, er det viktig at autonomien deres blir respektert (Levine 1991).

Hovdenes (2002) skriver at mennesket har blant annet to dype grunnleggende behov, autonomi og selvstendighet på den ene siden, og behov for tilknytning og tilhørighet på den andre siden. Menneskets helse, integritet og opplevelse av mening i livet avhenger av at disse to grunnleggende behov er oppfylt samtidig.

Tidligere var det legen som bestemte hvilken behandling pasienter skulle ha, og overstyrte pasienten hvis det måtte til. Det var legen som viste hva som var det beste for pasienten, *paternalisme*. Paternalisme betyr faderlig preget forhold, formynderi.

Paternalistiske holdninger skal etter hovedregelen unngås. I dag er man mer og mer opptatt av pasientens medbestemmelse og autonomi. Målet er hele tiden å unngå å krenke pasientens integritet. Slik det noen ganger er, vet helsepersonell bedre enn pasienten hva som er til hans beste. Derfor er det viktig at helsepersonell er enda mer oppmerksom på forholdet mellom autonomi og integritet hos beboere på et sykehjem (Brinchmann 2008).

3.3.8 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var meget opptatt av at mennesket er et unikt individ, med egne opplevelser, meninger og mål. Hun ble født i New Orleans i USA i 1926, og har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og som lærer i sykepleierutdanningen (Travelbee 1999).

Hennes sykepleieteori er velkjent og består av å hjelpe den syke og lidende til å finne mening i den situasjonen han opplever gjennom et menneske- til- menneske- forhold.

Travelbee (1999) mener at sykepleie er et verktøy for å hjelpe mennesker, og skal ikke ha handlinger som mål, men å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom, og deres behov for hjelp. Det er viktig å ha et fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier.

I et sykepleier- pasient- forhold er det i utgangspunktet sykepleieren som er den sterke, som sitter med fagkunnskapen, og pasienten den svake som søker hjelp. Dette kan derfor skape roller. Travelbee (1999) sier at sykepleieren må se mennesket bak denne rollen som det de egentlig er, enkeltmennesker. Hun er videre opptatt av at sykepleie bør være et menneske- til - menneske- forhold og ikke et sykepleier- pasient- forhold. Den mellommenneskelige delen av sykepleieprosessen er kontakten som opprettes mellom sykepleier og pasient. Denne kontakten skapes ved å vise pasienten respekt, engasjement og empati for å skape tillit (Kristoffersen 2006).

Hun mener at det er viktig å se personen i pasienten og fokusere på at vedkommende er forskjellig fra alle andre som har levd. Alle pasienter har levd et liv og har personlige erfaringer. Kirkevold mfl. (2008) og Travelbee (1999) er av samme oppfatning, og mener det er viktig å jobbe med pasienten slik at han føler seg unik. Travelbee (1999) tar særlig avstand fra generaliseringer som pasientbegrepet, og sier at det er viktigere å konsentrere seg om pasientens opplevelse av sin situasjon i mange tilfeller enn hans diagnose. Pasienter kan oppleve en diagnose forskjellig fra andre pasienter med samme diagnose.

Bakdelen med å gruppere mennesker under pasienter, er at sykepleieren lett kan dra alle under en kam, og tenke på ”alle pasienter” som like. Man kan da lett glemme at to og to pasienter ikke er like, noe som etter hvert vil prege omsorgen (Travelbee 1999).

Om sykepleieren ikke har evne til å se menneske i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overflatisk og mekanisk. Det er viktig å interessere seg i pasienten som person mener Joyce Travelbee (1999).

Bare ved å etablere et menneske- til menneske- forhold kan sykepleierens hensikt og mål oppnås hevder Travelbee (1999). Hun mener at et slikt forhold bare kan etableres mellom personer og ikke der roller eksisterer mellom partene. Både den syke og sykepleieren bygger opp dette forholdet sammen i løpet av ulike faser. Den første fasen er *det innledende møtet* mellom sykepleier og pasient, der de får et førsteinntrykk av hverandre som personer.

Utfordringene her er at pleieren må bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og han som en person. Etter hvert som relasjonen utvikler seg vil personens identitet tre frem (Kristoffersen 2006).

Empati er i følge Travelbee (1999) evnen til å trenge inn å ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. Dette er vesentlig i et menneske- til- menneske- forhold, hvor man opplever nærhet og kontakt. Det skal sies at evnen til empatisk forståelse bare kan knyttes til egne erfaringer i samme situasjon. I situasjoner hvor vi mangler tilknytning, er det vanskeligere å ta del i den andres opplevelse. En forutsetning for å ha empati er likhetstrekk mellom de to personenes erfaringer.

Sympati og medfølelse er et resultat av empatiprosessen, der en oppriktig føler med personen som har plager eller lidelser, kombinert med et ønske om å hjelpe vedkommende som har det vondt. Sykepleieren bryr seg om hvordan han/hun har det i den gitte situasjonen, og deler pasientens fortvilelse, slik at han slipper å bære byrden alene (Travelbee 1999).

Den siste fasen i menneske- til menneske- forholdet er *gjensidig forståelse* mellom pasient og sykepleier. Denne fasen er et resultat av de tidligere fasene. En forutsetning for å utvikle kontakten til dette nivået er at sykepleieren både har et ønske om å hjelpe og har de

kunnskaper som trengs for å iverksette sykepleietiltak. Kommunikasjon er et viktig redskap når det gjelder å etablere et slikt forhold til pasienten hevder Travelbee (1999). Det er gjennom kommunikasjonen mennesker formidler tanker og følelser til hverandre.

Sykepleieren må være i stand til å skille imellom egne og pasientens behov.

Kommunikasjonen er derfor viktig for at sykepleieren skal være sikker på at tiltakene samsvarer med pasientens behov (Kristoffersen 2006).

Det nå etablerte menneske- til- menneske- forholdet er en forutsetning for all sykepleie, og ved dette kan den syke hjelpes. Gjensidig kontakt og forståelse oppleves vanligvis av begge parter, men på grunn av at begge er unike individer vil opplevelsen, innlysende, være noe forskjellig. De er to adskilte personer selv om de deler visse erfaringer (Travelbee 1999).

3.4 FORHOLD SOM KAN KRENKE BEBOERENS OPPLEVELSE AV INTEGRITET

Eldre mennesker i institusjon har fått sitt liv forandret ved å flytte fra sin bolig. De har kanskje hatt hjemmesykepleie eller hjelp fra sine nærmeste i hjemmet, men da allikevel kunnet bestemme over sin hverdag i stor grad. Når flytting til institusjon blir nødvendig har vedkommende blitt ytterligere avhengig av andre for å hjelpe seg med sine daglige gjøremål, eller rett og slett fått følelsen av utrygghet i sin hjemmesituasjon. Fra å bo i kjente omgivelser skal en nå flytte inn på et rom, med begrenset mulighet til å ta med seg ting hjemmefra. Fra å være sammen med mennesker som kjenner ens livshistorie, må en nå forholde seg til mange ukjente mennesker (Kirkevold mfl. 2008). Videre påpeker hun at beboerne ikke lenger har den arenaen som de var ”herre” over, og som gjenspeilet deres identitet. I tillegg må en bli kjent med personalet, andre beboere, institusjonens rutiner når det gjelder døgnrytme, mat og måten andre gjøremål utføres i hverdagen.

Pleie og omsorg i sykehjem kan lett få et preg av rutine. Alle sykehjem har utarbeidet egne rutiner, men ofte er de overordnede rutinene de samme. Fordelen med rutiner er at de skaper faste og trygge mønstre for daglige handlinger som sikrer at beboerne får stelt seg, kommer på toalettet ved behov, får pusset tennene og ser rene og velstelte ut. Dette gjelder også rutiner for døgnrytme og faste mønstre for måltider. Rutiner kan derimot bli negative for kvaliteten

på pleien hvis de fører til at sykepleiere slutter å vurdere enkeltbehov og enkeltsituasjoner og ikke tar hensyn til den enkelte beboers behov og ønsker (Kirkevold mfl. 2008).

De negative sidene med sykehjem kan ofte være knyttet til å leve tett sammen med mennesker som en i utgangspunktet ikke har noe til felles med, til institusjonelle rutiner og til avhengighet av personalet. Det er en utfordring og opprettholde sitt privatliv og tidligere livsmønster. Rommene er ofte små, og de blir ikke alltid oppmuntret til å ta med seg egne møbler, bilder og gjenstander som de er knyttet til og som sier noe om hvem de er. I tillegg er det tradisjon for at beboerne skal oppholde seg i dagligstua det meste av dagen, noe som kan gi lite tid til å hvile blikket på viktige private gjenstander som kan knytte bånd og minner tilbake til eget livsløp. Noen gamle opplever også at de mangler aktiviteter de kan engasjere seg i (Kirkevold mfl. 2008). Fellesarrangementer som andakt, konserter, bingo og lignende kan noen ganger fremstå som en tvang for beboerne - selv om de ikke ønsker å delta, blir de plassert i rommet der arrangementet foregår (Hauge 2004). Hun fant også i sin forskning at de mentalt klare beboerne forlot dagligstua umiddelbart etter måltidene var over og ønsket lite kontakt med andre beboere. Kirkevold (2006) fant derimot i sin studie at flere utviklet nære relasjoner til andre beboere, som de kunne tenke seg å dele felles interesser og erfaringer med.

Kirkevold mfl. (2008) har pekt på flere årsaker til at gamle hjelpetruende mennesker er spesielt utsatt for trusler og krenkelser av sin integritet. For det første er de avhengig av pleiepersonalets hjelp, tid, kompetanse og personlige holdninger. Samtidig kan aldring, diagnoser og funksjonssvikt lett bli hovedfokuset slik at man glemmer personen bak med sin særegne identitet. *"En viktig årsak til krenkelse av den gamles integritet er at personalet ikke ser og anerkjenner den enkeltes personlighet, men behandler pasienten som et objekt, "en sykdom" eller et sett med oppgaver"* (Kirkevold mfl. 2008, s.96). I tillegg kan den "frie" adgangen til beboers rom, deres hjem, gi en manglende følelse av privatliv og kontroll. Beboerne i sykehjem har også ofte mangel på styrke og kraft til å motstå andres maktbruk. Integriteten kan også trues hvis den gamle ikke inviteres til å utøve sin selvbestemmelse, eller hvis hans meninger og bekymringer ikke respekteres. *"Vi er avhengig av hverandre for å bli selvstendig og autonome"* (Hovdenes 2002, s 24). Hvis personalet tror de kjenner pasientens evner, muligheter, erfaringer og behov bedre enn pasienten selv vil dette oppfattes som en

krenkelse, og det samme gjelder dersom personalet stiller for store krav eller ikke anerkjenner den gamles kompetanse. Der dette er en virkelighet, gjelder bare helsearbeiderens- og systemets ”regler” og organisering. Beboeren blir satt i bakgrunnen (Hovdenes 2002). Randers og Mattiasson mfl. (2000) og Efraimsson mfl. (2004-2006) viser til at eldre mennesker ofte ikke tar sjansen på å gjøre sine ønsker kjent eller insistere på å delta i beslutninger som gjelder dem selv av redsel for negativ respons fra personalet. Samt er de også bekymret for eventuelle konsekvenser for hjelpetilbudet. Av den grunn blir det ofte pårørende som blir deres ”advokater” og taler deres sak. (Kirkevold mfl. 2008).

4.0 DRØFTINGSDEL

4.1 HVORDAN TILRETTELEGGE FOR UTØVELSEN AV INTEGRITETSBEVARENDE SYKEPLEIE I SYKEHJEMMET?

4.1.1 Behovet for en verdighetsgaranti for beboere i sykehjem

1. januar 2011 tredde forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) i kraft. Formålet med forskriften er å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskriften legger blant annet vekt på respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel som utgangspunkt for tiltakene som skal utbedre tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Disse momentene er også en del av det å ivareta personlig integritet.

Verdighetsgarantien har gode hensikter og har som mål å bedre hverdagen for de eldre. Men vil forskriften og organiseringen som følger denne, i seg selv øke følelsen av verdighet hos eldre? Det er arbeidstakere og ledere i helsetjenestene som skal være med på å utføre tjenester og tiltak som settes i gang i henhold til denne forskriften. Det vil derfor være av betydning hvordan pleierne tilnærmer seg de eldre. Hvis følelsen av verdighet skal fullbyrdes må det da i tillegg satses på å bevisstgjøre holdninger og øke kunnskapen hos ledelse og pleiere.

Er ”verdighetsgarantien” en garanti for verdighet? I utgangspunktet vil garantien for verdighet i stor grad være avhengig av den enkelte pleiers godhet, eller iboende holdninger og kunnskaper for å gi beboeren respekt for deres selvbestemmelse, egenverd og livsførsel. Det er pleierne, som er tilstedeværende i samhandling med beboerne, som har muligheten til å påvirke hverdagen deres på en positiv eller negativ måte.

Ledelsen i avdelingen på sykehjemmet vil også være av betydning for hvordan hverdagen blir for beboerne. Lederne kan påvirke pleiernes holdninger ved å være pådrivere for Eldres verdighet, selvbestemmelsesrett, samt krav og rettigheter. Det burde være en høyt prioritert ledelsesoppgave å bidra til å påvirke holdninger hos sine ansatte, noe som kan gjøres gjennom dialog, veiledning og undervisning.

4.1.2 Målsettinger for virksomheten

Kommunehelsetjenesteloven (1982) inneholder en liste over hvilke tjenester kommunene skal inneha, men hvordan de skal planlegge, organisere og legge til rette for disse tjenestene er opp til hver enkelt kommune. Utformingen og organiseringen av institusjonene, samt omsorgens kvalitet er som Hovdenes (2002) viser til avgjørende for mange menneskers livskvalitet og helse. Sykehjemmet har ofte sine egne interne målsettinger for sin virksomhet. Disse målsetningene kan inneholde momenter omkring hva de ønsker å oppnå for beboerne sine, eller hva de skal oppleve på institusjonen. Som Hovdenes (2002) viser til har noen blant annet integritet og verdighet som en av målsetningene for beboerne på sykehjemmet. Det kan være vesentlig at lederen og sykepleieren stadig minner seg selv og de andre pleierne på hvilke målsettinger de har på sitt sykehjem, og i tillegg beskriver hvilke tiltak som må gjøres for å oppnå dette. Det kan være et hjelpemiddel å henge opp en plakate på veggen, der personalet oppholder seg, hvor målsettingene og miljøreglene står skrevet. Dette kan være med på å bevisstgjøre hver enkelt pleier.

Begrepet integritet er et komplekst begrep, og det bør da beskrives nøyaktige tiltak i målsetningene i stedet for å bruke dette ordet direkte. Tiltakene bør beskrives innenfor tre hovedområder; respekt for menneskets identitet, selvforståelse og selvbestemmelse, som er nøkkelbegrepene for ivaretagelse av personlig integritet.

I følge Levine (1991) må integriteten kontinuerlig forsikres, og det blir da også viktig å bidra til en kontinuerlig dialog hos personalet, som omhandler hvordan man skal bidra til dette. For å oppnå ivaretagelse av personlig integritet hos beboerne er man avhengig av at alle arbeider mot det samme målet, nettopp for å få til denne kontinuiteten.

4.1.3 Organisering som skaper ivaretagende relasjoner

For å kunne yte god sykepleie rettet mot ivaretagelse av personlig integritet, må det legges vekt på relasjonen mellom pasient og pleier som et grunnleggende prinsipp. I følge Travelbee (1999) skal den bestå av et menneske-til-menneske-forhold, og i følge Kirkevold mfl.(2008) en ivaretagende relasjon. Kirkevold mfl. (2008) påpeker at det er viktig for enkelte beboere at

det er faste pleiere som hjelper dem. Dette skaper trygghet og forutsigbarhet og de slipper stadig å fortelle om sine preferanser og behov på nytt. Turnus, utskiftning av personalet og deltidsstillinger er alle faktorer som bidrar til lite kontinuitet i personalgruppen. Ut i fra dette ser man at integritetsbevarende sykepleie ikke bare er avhengig av den enkelte sykepleier, men også av de interne og eksterne rammene. Det må tilrettelegges også fra ledelsen i avdelingen og fra høyere hold, for at relasjoner skal dannes. Det er viktig at de som skal bistå beboeren i det daglige kjenner beboeren som person, og kontinuitet av personalet blir derfor vesentlig. For å oppnå dette kan den interne organiseringen av arbeidet løses med primærsykepleie eller en ordning med pasientansvarlige sykepleiere. På denne måten får beboerne få og forholde seg til.

En praksissituasjon som løsning:

En sykehusavdeling har pasientgrupper etter farger, rød, blå, gul og grønn gruppe. Hver gruppe har fast personell. Under gruppene deles det inn i romnummer. Den enkelte pleier har hvert sitt rom med 1-4 pasienter. Pasienten forholder seg til kun en pleier gjennom hele dagen.

Denne organiseringen som metode kan overføres til sykehjemmet, men det må ikke ses på mennesket som et rom eller en gruppe, men betegne beboeren ved navn for å understreke at hver enkelt er unik. Videre kan det være en løsning at beboerne på hver gruppe har hver sin primærkontakt. Det er ikke sikkert at beboeren får den samme pleieren hver dag, men det er en mindre gruppe av personalet de kjenner og forholder seg til. Dette kan føre til at det blir lettere for den enkelte å uttale seg om sine meninger. Personalet blir også da bedre kjent med den enkeltes preferanser og behov samtidig som relasjoner bygges og utvikles.

Dette kan dermed bli en god forutsetning for at den enkelte beboer føler seg som en unik person og får en opplevelse av at sin personlige integritet blir ivaretatt. Det at beboeren forholder seg til kun en pleier i løpet av dagen og et begrenset personell ellers, kan bidra til utviklingen av et menneske- til- menneske- forhold. Det er fordi pleieren får tid til å trene inn i, ta del i og forstå situasjonen beboeren er i.

4.1.4 Organisering som ivaretar sosiale og anerkjennende behov

For å få til kvalitativ god omsorg som sikrer beboers opplevelse av personlig integritet er det nødvendig med en grundig gjennomgang av dagens bemanningsplaner og organiseringen av de ulike institusjonene mener Hovdenes (2002). Slik Karoliussen og Smebye (1997), Kirkevold mfl. (2008) og Slettebø (2002) antyder, er det mest fokus på de fysiske behovene i sykehjemshverdagen. Dette kan skyldes organiseringen, tidspress og lav bemanning. Levine (1991) påpeker at ivaretagelse av personens integritet er essensielt for å opprettholde helse, og sørge for styrke til å motstå funksjonssvikt. Derfor burde dette fokuseres mer på i fra et forebyggende og helsefremmende perspektiv.

Det er mange oppgaver knyttet til å ivareta fysiske behov, og den lave bemanningen gjør at det er disse oppgavene som må komme først. Tiden strekker ofte ikke til når det kommer til å ivareta behovet for sosial kontakt. Den sosiale kontakten begrenser seg ofte til dialogen man har med beboeren, mens man bidrar til å dekke deres fysiske behov. Selv om det er lav bemanning og tidspress, og de fysiske behovene er hovedfokuset, kan man da allikevel utnytte denne dialogen på best mulig måte. Når sykepleieren utfører sine praktiske gjøremål har hun eller han allikevel ofte kontakt med beboerne i utførelsen av disse. Når man bistår beboeren med personlig hygiene, påkledning, toalettbesøk og mat og drikke, likeledes under medikamenthåndteringen og legevisitt er det gode muligheter til å vise sine holdninger ovenfor beboeren. Det blir da vesentlig at kommunikasjonen som utøves under disse handlingene gir beboeren stor grad av selvbestemmelse, og at dialogen preges av anerkjennelse og respekt for den unike personen. Optimalt sett, har man en økende mulighet til å gi beboeren større valgmuligheter til hvordan de vil legge opp dagen sin, hvis bemanningen økes. Dette er fordi det da kan brukes mer tid på hver enkelt beboer. Organiseringen kan derfor være problemet bak at det anerkjennende behovet ikke blir ivaretatt, men det kan også være manglende vilje eller kunnskaper hos hver enkelt pleier.

Karoliussen og Smebye (1997) antyder at det er mer systemet enn enkeltpersoner som er årsaken til at det er mest fokus rettet mot de ”mest nødvendige” arbeidsoppgavene, slik som de fysiske behovene, mat, stell og pleie. Behovet for å bli sett og anerkjent som en unik

person og behovet for sosial kontakt, blir i følge Kirkevold mfl. (2008) og Slettebø (2008) vektlagt i mindre grad i sykehjem. Disse behovene kan ivaretas bedre med en organisering der noen av personalet har ansvaret for å være sosiale med beboerne, mens de resterende pleierne utfører praktiske gjøremål. En slik organisering kan utføres ved at noen av pleierne er fastsatt til den sosiale rollen hver dag.

En praksissituasjon som løsning:

En sykehjemsavdeling har inndelt arbeidsoppgaver etter nummer. Blant annet har nummer 1 ansvaret for skyllerommet, nummer 2 og 3 for matservering, og 4 og 5 for sosialt samvær. Det henger en plakatt på vaktrommet over hva som skal gjøres ved de forskjellige numrene.

Sykehjemmene har ofte faste rutiner som en kvalitetssikring for at alle skal få den bistanden de trenger og for at behov skal oppfylles. På dette sykehjemmet har de fastsatt oppgaven om sosialt samvær, slik at dette ikke blir glemt. Da vet pleieren at i dag er denne oppgaven min, og det er mitt ansvar. Rutiner slik som dette kan allikevel føre til at man slutter å vurdere enkeltbehov og enkeltsituasjoner. Det er ikke sikkert at beboeren ønsker å være sosial, føre en samtale, eller ønsker å spille bingo. Man må se alle som individer, og selvbestemmelse, preferanser og ønsker må respekteres. Det er derimot ikke nok at det sosiale og anerkjennende behovet blir oppfylt når det står på planen, men det må også ivaretas gjennom hele dagen ellers. Integriteten må som nevnt, kontinuerlig forsikres.

Sykepleieren er ofte opptatt med praktiske gjøremål som legevisitt, medikamenthåndtering og andre sykepleieroppgaver, og skal i tillegg lede pleieteamet. Sykepleieren har da muligheten til å delegerer oppgaver til de andre pleierne slik som oppfyllelse av de sosiale og anerkjennende behov. Dette kan omhandle og føre samtaler med beboerne og/eller bidra til at aktiviteter blir satt i gang. Det må da alltid tas hensyn til beboerens ønsker og behov, slik et av målene er for å ivareta personlig integritet.

4.1.5 Empowerment og brukermedvirkning i praksis

En del av det å ivareta personlig integritet i følge Andersson (1994), Randers og Mattiasson (2004) og Levine (1991) er å respektere pasienten som person, og pasienten skal også gjøres delaktig i planlegging av pleie og behandling. Det enkelte menneskets vurdering og ønske skal ligge til grunn for planlegging og gjennomføring av pleie. Dette er også ideen bak *empowerment* begrepet. Større makt skal gis til brukeren, gjennom brukermedvirkning, selvbestemmelse og deltakelse. Mestring og kontroll over eget liv er også en del av målsettingen. Fra *paternalisme* til *autonomi*, er en god beskrivelse på utviklingen som ønskes. For å få til dette i sykehjem, må det være en balanse mellom sykepleierens intervensjon og beboerens deltakelse, slik Levine (1991) påpeker.

En praksissituasjon:

En mentalt klar, eldre dame har nettopp flyttet inn på sykehjemmet. Hun ønsker å være på rommet hele dagen, og ligger helst i sengen. Pårørende er ofte på besøk, og hun har derfor mye sosial kontakt med dem.

I denne situasjonen har beboeren klare ønsker på hva hun vil, og dette blir respektert av pleiepersonellet. Beboeren har makt og kontroll over eget liv. Allikevel vet pleiepersonalet at det ikke er bra for beboeren å ligge for mye i sengen, med tanke på sengeleiets komplikasjoner. Det kan være en felle å gi for mye makt til beboeren eller gi for lite. Hvis man gir for mye makt, altså lar beboeren gjøre det han vil uten å bry seg om konsekvensene av deres handlinger, kan man gjøre skade. På lik linje kan for lite makt til beboeren, paternalistiske holdninger, også gi skade på egenverdet. Det må derimot være en likestilling mellom partene.

I dette tilfellet er det riktig ut i fra brukermedvirkning og autonomi, å la beboeren gjøre som hun vil. Men hvis empowerment skal være nøkkelbegrepet i sykepleiehandlingen, må sykepleieren bruke sin kunnskap til å motivere og samtidig forklare om sengeleiets komplikasjoner. Sykepleieren gir kunnskapen fra seg, slik at beboeren oppnår større makt, og deretter kan ta et valg ut i fra gitt informasjon. Slik er tenkningen bak den ”herre-dømme-frie”

dialogen i empowerment tenkningen. Når det kommer til den sosiale faktoren, er det et fritt valg om hun vil være sosial sammen med pårørende eller de andre beboerne. Her vet derimot pleieren at det sosiale behovet blir oppfylt.

Som Askheim og Starrin (2007) viser til kan brukermedvirkning bli glemt fordi det ikke er tid og rutiner for å inkludere brukere i hverdagen. Beboerne er nemlig avhengig av pleierne for å bli selvstendig og autonome, og brukermedvirkning må derfor vektlegges fra et sykepleieperspektiv. Ved å få bekreftelser og anerkjennelse fra andre kan man kjenne på egne behov og uttrykke dem. Denne tilretteleggelsen kan gå ut på at pleierne lytter til beboerens uttalelser, behov og gir dem tid og muligheten til å ytre sine ønsker. Sykepleieren må være åpen for at beboerens ønsker og behov er i sentrum. Det er beboeren som skal styre sitt eget liv, ikke helsearbeideren.

Sykepleieprosessen kan være et viktig verktøy for å bidra til at beboerens personlige integritet blir ivaretatt, og en rutine på å bruke denne bør innføres. Inkludering av beboeren i utarbeidelsen av en slik pleieplan, er viktig etter prinsippet ”brukeren vet best hvor skoen trykker”. Tiltakene i pleieplanen må samsvare med beboerens behov, og det må legges vekt på beboerens ressurser, erfaringer og kompetanse. Hvis man respekterer hans selvforståelse og gir han selvbestemmelse, vil dette kunne bidra til å komme frem til hva som for den enkelte er det viktigste for å oppleve seg ivaretatt og respektert som beboer og person. Pleieplanen blir derfor individuell, og gjør hver beboer unik. En slik plan må derimot evalueres til stadighet. Preferanser og kompetanse som dokumenteres i planen kan endres over tid. Hva beboeren har av ressurser og klarer og utføre i stellsituasjon kan forandres, og man må fortsatt spørre beboeren hva han ønsker hjelp til. Dersom helsen til beboeren skulle endres og han blir ute av stand til å ytre sine ønsker og personlige behov, vil pleieplanen bli et viktig verktøy for å ivareta beboerens integritet.

Hvis beboeren ikke lett kan gjøre rede for seg, kan pårørende være en ressurs for kartlegging av integritetsbevarende tiltak. Dokumentasjonen kan også være et utgangspunkt for personell som ikke kjenner beboeren, før man blir bedre kjent med han. Det blir da viktig å være

oppmerksom på at planen kun er et utgangspunkt, for så eventuelt bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av beboeren når de møtes.

4.2 TILTAK FOR Å IVARETA PERSONLIG INTEGRITET

4.2.1 Case

Fru Nilsen er 85 år gammel. Hun har akkurat fått langtidsplass på et sykehjem etter at hun har vært inne til flere kortidsopphold på grunn av et lårhalsbrudd som skjedde for 8 måneder siden. På grunn av et økende hjelpebehov og sykdom har hun fått fast opphold. Hun har redusert gangfunksjon, og hjertesvikt, noe som gjør henne svært tungpustet ved anstrengelser. Hun sitter derfor i rullestol for det meste, men klarer å gå med rullator ved korte avstander. Fru Nilsen trenger derfor hjelp til å komme seg opp av sengen om morgenen og hjelp med personlig hygiene, særlig nedentil. Hun synes alt er nytt med alle rutinene, og hun har fortalt at hun er sjenert. Av den grunn ønsker hun å spise de fleste måltidene på rommet sitt, der hun også oppholder seg det meste av dagen. Rommet har blitt innredet med private møbler og pyntegenstander i regi av pårørende. Fru Nilsen har i tillegg fått hengt opp navneskilt på døra, som sykepleieren hang opp for henne.

Pleieren kommer inn på Fru Nilsens rom og går bort til henne å sier: "Nå er det morgen, og på tide å stå opp slik at du rekker frokosten". Fru Nilsen får hjelp med hele morgenstellet, og hun får på seg de samme klærne som hun hadde i går, bortsett fra at ullundertøyet blir utelatt. "Du trenger da ikke ullundertøy midt på sommeren" sier pleieren. Fru Nilsen blir stille en stund. "Jeg vil gjerne spise frokost på rommet", sier hun. Pleieren svarer: "Du har godt av å komme deg litt ut av rommet". Så blir hun geleidet over i rullestolen og kjørt bort den korte avstanden til spisesalen. Pleieren går, og kommer straks tilbake med to brødsriver med syltetøy, lettmeik og kaffe. Etter frokosten blir hun trillet ut i dagligstuen, hvor de fleste andre beboere sitter. Tv'n står på, og viser NRK. Mange av de som sitter der er trette etter frokosten, og dubber av. Personalet sitter på vaktrommet og tar en kaffekopp, før de setter i gang med forefallent arbeid. Midt på dagen blir det servert drikke/kaffe og småkaker før pleiepersonalet startet med middagsforberedelser og bistår beboerne med hjelp i forbindelse med toalettbesøk.

4.2.2 Løsning av case med fokus på ivaretagelse av personlig integritet

Som Kirkevold mfl. (2008) påpeker skaper gjenstander gjenkjennelse, og dermed hjelper den gamle til å bevare sin identitet. En hjemlig og kjent atmosfære bidrar også til at den gamle føler seg trygg. Det er derfor et integritetsbevarende tiltak at Fru Nilsen har fått med seg private møbler og pyntegjenstander til sykehjemmet. Navneskiltet på døra kan minne sykepleieren og de andre pleierne på at det er en unik person som bor der. I tillegg er det også en påminnelse til å banke på døra før man går inn, da det faktisk er deres hjem.

Tiltak som kan iverksettes i forhold til omtalte situasjon for å ivareta beboerens opplevelse av personlig integritet er for det første og spørre om hun ønsker å stå opp. Hvis hun ikke er våken skal man da gå inn å vekke beboeren? Et viktig integritetsbevarende sykepleietiltak er nettopp det å gi beboeren valg i hverdagen. Det er ikke sikkert hun ønsker å stå opp eller bli vekket på dette tidspunktet. Hvis det finnes preferanser på dette området bør dette være dokumentert og kjent blant pleierne.

I en stellsituasjon er det blant annet et viktig tiltak at beboeren får myndighet når det gjelder valg av klær. Fru Nilsen fikk på seg samme klær som hun hadde på seg dagen før uten at pleieren spør om det er dette hun ønsker. ”Hva ønsker du å ha på deg i dag?” eller ”hvilken genser vil du ha på deg i dag?” er spørsmål som bør stilles. Hvis beboeren trenger å se flere alternativer før han bestemmer seg, må sykepleieren vise tålmodighet og empati. Pleieren sier til fru Nilsen at hun ikke trenger ullundertøy om sommeren. Det kan hende at det er en personlig vane for beboeren og bruke ullundertøy, også om sommeren, av personlige grunner. Det er vesentlig for ivaretagelse av personlig integritet at deres personlighet og personlige vaner blir respektert. Pleierens meninger skal ikke gå foran beboerens, og det må vises respekt for menneskers ulikhet. Selv om pleieren kanskje ikke mener å gjøre skade med sine handlinger, kan det være tilfelle at fru Nilsen ser på dette som en stor krenkelse av hennes egenverd. Som Andersson (1994) påpeker, skal man alltid være lydhør for menneskers sårbarhet. Det kan virke som pleieren ser beboeren mer som et ”objekt”, enn som en person, noe som er en integritetskrenkelse. Kirkevold mfl. (2008) viser til at bagateller som hvilken deodorant og hva slags parfyme beboeren ønsker å benytte kan ha betydning for

opprettholdelse av identitet. Derfor må pleieren spørre beboeren om slike preferanser slik at beboerens ønsker kommer til syne, og hun kan velge hva hun vil benytte den dagen. Pleieren hjalp fru Nilsen med hele morgenstellet uten å identifisere hjelpebehovene først. Det kan være integritetskrenkende å få hjelp til noe man egentlig ikke trenger hjelp til. Oppfatningen er at uttrykk som: ”Jeg hjelper deg med dette”- er mye brukt. Dette kan frarøve beboerens følelse av selvstendighet og det å oppleve mestring. Derfor er det viktig med en balansegang på dette området, slik at man heller ikke forventer for mye av beboeren. Det er vesentlig å utøve sykepleie slik at hun får benyttet sine ressurser så godt som mulig, slik Joyce Travelbee (1999) er opptatt av. ”Hva ønsker du hjelp til?” – sett i sammenheng med ”Du trenger vel ikke hjelp til stell oventil?” kan bli sett på som ”svak paternalisme”. Det vil si at man stiller ledende spørsmål, hvor svaret kan være gitt på forhånd. Kommunikasjonsmetoden er avgjørende. Å stille åpne spørsmål, hvor svaret ikke er gitt, betegner en herredømmefri dialog slik grunnlagstenkingen er innunder begrepet empowerment. Kommunikasjonen er et viktig redskap for å sikre at beboerens ønsker, samsvarer med sykepleierens tiltak. Hvordan man bygger relasjoner er derfor av betydning.

Veien er kort frem til spisesalen, noe som kan være en fordel for å ivareta funksjonsnivået til Fru Nilsen. Hun klarer å gå med rullator ved korte avstander, og pleieren må spørre om hun ønsker å sitte i rullestol eller gå inn med rullator. Hun har selv uttrykt at hun helst ønsker å sitte på rommet under måltidene. Dette er viktig å etterkomme. Pleieren triller beboeren ut i spisesalen fordi hun mener dette er det beste for henne. Dette blir en integritetskrenkelse, da pleieren tror hun kjenner fru Nilsens behov bedre enn henne selv. Kirkevold (2006) fant i sin studie at noen beboere på sykehjem utviklet nære relasjoner til andre beboere, mens Hauge (2004) fant at beboere ønsket lite kontakt med andre. Det er derfor viktig å avklare dette, ved å spørre beboeren om hun vil være med inn til spisesalen og deretter inn i dagligstuen eller om hun vil være på rommet. Å respektere Fru Nilsens avgjørelser og legge til rette for dette er nødvendig for å utøve integritetsbevarende sykepleie.

Når det serveres mat bør man spørre og etterkomme beboerens ønsker når det gjelder mat og drikke. ”Hva vil du ha til frokost?”- er en spørsmålsform som bør benyttes. Alle beboere ønsker ikke syltetøy på brødskiva hver dag, selv om de har sagt det en gang. Dokumentasjon

av hva beboeren ønsker eller ikke ønsker å spise og drikke, kan bli negativt hvis det hindrer pleiepersonellet i å stille spørsmål om preferanser ved hvert måltid. Slike opplysninger kan samtidig, som Kirkevold mfl. (2008) påpeker være viktig hvis beboeren skulle bli ute av stand til å ytre sine ønsker.

Fru Nilsen ble servert kaffe og melk som drikke til frokosten. Det er mange som drikker dette, men ikke alle. Det er også mange variasjoner av melk og kaffe. En må se beboeren som unik, og fokusere også på de små tingene som en del av deres identitet.

Etter frokosten kjørte pleieren Fru Nilsen inn i dagligstuen, der NRK vises. Hun ble ikke spurt om hun i det hele tatt ønsket dette, eller om hun ville bytte kanal. Poenget er som gjentatt flere ganger, at man må se saken fra beboerens perspektiv og finne fram til hva beboerens ønsker faktisk er, fra de små avgjørelsene til de store. Slik kan den personlige integriteten bli ivarettet gjennom alle daglige gjøremål. Mattiasson mfl. (2000) og Efraimsson mfl. (2004-2006) fant at det var eldre mennesker som ikke turte å gjøre sine ønsker kjent, på grunn av faren for negativ respons fra personalet. Dette må man være bevisst på ved at sykepleieren tar initiativ til å stille spørsmål om preferanser og behov, og lar brukeren få tid og rom til å uttrykke dette.

Når Fru Nilsen sitter på dagligstuen hvor de fleste andre beboere har dubbet av, sitter personalet på vaktrommet og drikker kaffe. Hun fikk ikke ytret sine eventuelle ønsker om å gjøre noe annet da hun ble plassert der, og personalet er heller ikke tilgjengelig hvis hun hadde ønsket å utføre noe annet. Kirkevold mfl. (2008) og Slettbø (2008) viser til at behovet for anerkjennelse og sosial kontakt ikke blir vektlagt i stor nok grad i sykehjem. Derfor er det viktig at den ledige tiden blir brukt sammen med beboerne. Dette vil også bidra til å utjevne sykepleier-pasient-forholdet, til et menneske-til-menneske-forhold, slik at de blir likeverdige parter, uten fastsatte roller. Dette forholdet kan i følge Travelbee (1999) skapes ved at sykepleieren viser beboeren respekt, engasjement og empati for å skape tillit. Ved å sette i gang en samtale med beboeren der en lytter til deres erfaringer og livshistorie, kan behovet for anerkjennelse og sosial kontakt oppfylles.

5.0 KONKLUSJON

Den optimale hverdagen i sykehjem bør ta sikte på å se alle pasienter som ulike personer og ta hensyn til den enkeltes preferanser, både med hensyn til personlig integritet og verdighet. Beboeren er avhengig av at sykepleieren har en iboende holdning om betydningen av ivaretagelse av personlig integritet. Sykepleieren må respektere og anerkjenne beboerens identitet, selvforståelse og selvbestemmelse, som de tre delene av definisjonen på personlig integritet. Utføringen av dette i praksis blir å respektere beboerens personlige vaner, ønsker og behov. Sykepleieren må også respektere beboerens personlighet, og menneskers ulikhet. Beboerens behov må gå foran pleierens, og det skal foreligge en maktbalanse mellom partene. For at relasjoner skal dannes, noe som er essensielt for å utøve integritetsbevarende sykepleie, er kontinuitet av pleiepersonalet viktig. Relasjonen mellom pleieren og beboeren må være basert på likeverd, hvis man skal se på beboerne som enkeltmennesker. I hverdagen på sykehjemmet må beboerens ønsker og behov være utgangspunktet for alle handlinger, da brukermedvirkning er et av hovedpoengene i sykepleien som skal utøves. Organisering og rutiner kan være en medvirkende faktor til ivaretagelse eller krenkelse av personlig integritet.

Som en videreutvikling av denne studien hadde det vært spennende og forsket mer på dette temaet gjennom en empirisk studie, hvor vi intervjuer beboerne i sykehjem. Hovedfokuset ville vært og finne ut av om de føler seg krenket eller til sidesatt i sin hverdag, og om de får respekt for sin identitet, selvforståelse og selvbestemmelse. Det vi da hadde håpet og finne ut av var om litteraturen vi har funnet stemmer overens med hverdagen og om momentene for sykepleien vi skal utøve samsvarer med det beboeren trenger, i forhold til å ivareta personlig integritet.

6.0 ETTERORD

6.1 PROSESSEVALUERING

Oppgaveskrivingen har vært en lang og krevende prosess. Den startet med tankespinn og endte opp med det endelige produktet. Grunnet vår iver og oppmerksomhet rundt eldre og deres verdighet, var ikke valget av tema for studien vanskelig. Vi brukte lang tid på å konkretisere problemstillingen for å finne hvilken vinkling vi skulle ha. Dette gjorde at vi fikk en uavbrutt skriveprosess. Integritetsbegrepet er relativt stort, men da vi kom frem til at personlig integritet skulle bli hovedfokuset ble det lettere å holde en rød tråd gjennom studien. Dette ble et gjennombrudd som gjorde det lettere å sette sammen teorien. Underveis i prosessen har vi sett nytten av det å være to stykker som skriver sammen. Noen å dele tanker og ideer med er nyttig når man kommer til drøftingsdelen. Å skrive en bacheloroppgave er en tidkrevende prosess, og det krever en god strukturering av arbeidet for å få dette til. Vi har fått til dette fordi vi er begge har hatt fokuset mot målet hele veien. Vi er også godt kjent med hverandre og tør å si i fra om ting vi er uenig i. Vi har samarbeidet godt, og det mener vi er en forutsetning for å utføre en slik studie. Det at vi valgte å skille teori og drøftingsdel hver for seg, har vært en utfordring, fordi det er første gang vi bygger opp en oppgave på en slik måte.

Begrensningene i denne oppgaven har gjort at vi har måttet sortere ut unyttig stoff og refleksjoner. Prioritering av litteratur har bydd på utfordringer. Vi tør å påstå at temaet i denne oppgaven er viktig, og vi sitter igjen med mye god kunnskap i forhold til tiltak og tilretteleggelse av sykepleie som ivaretar beboerens opplevelse av personlig integritet. Denne kunnskapen kommer til nytte når vi nå skal ut i arbeidslivet for alvor. Det har vært en lærerik prosess hvor man må lære seg å ta ansvar for alt selv, noe som er en god start for kommende tid.

6.2 PRODUKTEVALUERING

Det endelige produktet er et resultat av et godt samarbeid. Dette produktet kan brukes som en oppskrift for ivaretagelse av personlig integritet i forhold til konkrete tiltak som beskrives.

Produktet inneholder viktig teori, som begrunner hvorfor denne ivaretagelsen er viktig.

I drøftingsdelen er mye av innholdet praksisrelatert og erfaringsbasert noe som har ført til at vi har kommet frem til en endelig konklusjon. Det endelige produktet har gitt oss svar på vår problemstilling, men det er likevel bare forslag og mulige fremgangsmåter. Vi synes hovedpoengene er godt fremstilt i oppgaven. Det ferdige produktet har gjort at vi nå har blitt enda mer oppmerksomme på hvordan vi møter de vi skal hjelpe. Vi må møte og verdsette dem som unike mennesker, ikke som beboere, pasienter eller brukere.

7.0 LITTERATURLISTE

*Andersson, Margareta (1994). *Integritet som berepp och princip: en studie av ett vårdetisk ideal i utveckling*. Vasa, Finland: Institutjonen for vårdvetenskap.

Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin (2007) *EMPOWERMENT- I teori og praksis*. 1 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Askheim, Ole Petter (2003) Empowerment – profesjonelle utfordringer. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. s. 102-122. Oslo: Gyldendal Akademisk

Brinchmann, Berit Støre (2008) *Etikk i sykepleien*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2011) *Veileder til forskrift: Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. [online] URL: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/kvalitet_i_pleie_og_omsorgstjenesten_2723 (12.04.2011).

*Helse- og Omsorgsdepartementet (2010) *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)* [online] URL: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html> (06.05.2011).

*Hovdenes, Gørill Haugen (2002) Pleier- pasient- relasjonen i sykehjem- tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse. *Vård I Norden*. Vol. 22. No.3 Side 21- 26.

*Karoliussen, Mette og Kari Lislud Smebye (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Kirkevold, Marit, Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff (2008). *GERIATRISK SYKEPLIE. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS 2008

Kommunehelsetjenesteloven (1982) *Lov om helsetjenesten i kommunen* [online] URL: <http://lovdata.no/all/hl-19821119-066.html> (12.04.2011).

Kristoffersen, Nina Jahren mfl. 2005. *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren mfl. 2005. *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Levine, Myra E. (1991) The conservation principles: a model for health. I: Schaefer, Karen M. og Jane B. Pond (red.): *Levin's conservation model: a framework for nursing practice*. Philadelphia: FA Davis.

*Levine, Myra E. (1991) Introduction to Patient- Centered Nursing Care. I: Schaefer, Karen M. og Jane B. Pond (red.): *Levin's conservation model: a framework for nursing practice*. Philadelphia: FA Davis.

*Mattiasson, Anne- Chathrine og Ingrid Randers (2004) *Autonomy and Integrity: upholding older adults patients' dignity*. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.45. No.1. Side 63- 71.

Norsk sykepleierforbund (2001) *Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer*. [online] URL: <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/295315/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*. [online] Lovdata.URL:
<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> (12.04.2011).

*Slettebø, Åshild (2008) *Safe, but lonely: Living in a nursing home*. *Vård I Norden*. Vol. 28.
No.1 Side 22- 25.

Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
AS 1999