

Verdighet

– en subjektiv opplevelse

Kandidatnummer: 1046

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 9815

13. mars 2014

## Sammendrag

- Tittel:** Verdighet – en subjektiv opplevelse
- Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienters verdighet blir ivaretatt på somatisk avdeling?
- Formål:** Med dette studiet ønsket jeg å finne ut av hvilke faktorer som spiller inn for at pasienter har en opplevelse av at deres verdighet blir ivaretatt, samt hvilken rolle sykepleier har i forhold til dette.
- Bakgrunn:** Ordet verdighet blir ofte brukt i forbindelse med sykepleie, men ofte knyttet opp mot eldre og døende. I praksis har jeg selv observert situasjoner hvor jeg opplever at pasienters verdighet har blitt dårlig ivaretatt. Derfor har jeg et ønske om å sette et fokus på at alle har rett til å bli behandlet med verdighet.
- Metode:** Litteraturstudium
- Konklusjon:** Opplevelsen av verdighet er subjektiv. Derfor er det viktig at man som sykepleier ser hver enkelt pasient som det unike individet han eller hun er. Det var noen felles områder som ble trukket frem som vesentlige i forbindelse med opplevelsen av verdighet. Disse var relasjoner, kommunikasjon, selvbestemmelse og rom/privatliv.

# Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	4
1.2 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling.....	5
1.3 Oppgavens oppbygning.....	5
2 Teoretisk grunnlag.....	7
2.1 Verdighet.....	7
2.2 Mairis' definisjon av verdighet.....	8
2.3 Haddock's definisjon av verdighet.....	9
2.4 Katie Eriksson.....	11
2.5 Integritet.....	12
2.6 The Conservation Model.....	13
2.7 Integritet og personvern.....	13
2.8 Autonomi.....	15
2.9 Pasientologi.....	16
3 Vitenskap og metode.....	17
3.1 Litteraturstudie som metode.....	17
3.2 Søkeprosessen.....	18
3.3 Kildekritikk.....	19
3.4 Etske hensyn.....	20
4 Presentasjon av funn.....	21
4.1 Patients' expectations of the maintenance of their dignity.....	21
4.2 Older people's view of dignity and how it can be promoted in a hospital environment.....	22
4.3 Patients' experience of privacy and dignity. Part 2: an empirical study.....	23
4.4 Values and moral attitudes in nursing care. Understanding the patient perspective.....	24
5 Drøfting.....	25
5.1 Verdighet i relasjoner.....	25
5.2 Verdighet i kommunikasjon.....	26
5.3 Verdighet og selvbestemmelse.....	28
5.4 Verdighet i rom og privatliv.....	29
5.5 Egenskaper hos sykepleier som virker fremmede for pasientenes verdighet.....	31
6 Konklusjon.....	33
7 Litteraturliste.....	34

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Ideen til tema for oppgaven oppsto mindre enn to måneder inn i studiet. Det var i løpet av en ukes lang introduksjonspraksis jeg opplevde behovet for å se nærmere på hvordan pasienten som person blir ivaretatt på sykehus. I denne praksisen skulle vi observere sykepleiere for å få et innblikk i hvordan vårt fremtidige yrke arter seg. Dette var mitt første møte med sykehus uten selv å være pasient, og rent faglig hadde jeg ingen forutsetning for å vurdere om de jeg fulgte var gode eller dårlige sykepleiere. Men jeg var vår på hvordan de kommuniserte og interagererte med pasientene, og dannet meg den mening at for å bli en god sykepleier er det viktig å inneha egenskapene som gjør en god på disse områdene.

Det var en konkret situasjon som utløste mitt ønske om å skrive denne oppgaven. Det kom en besøkende i korridoren som henvendte seg til sykepleieren jeg observerte. Vedkommende, som identifiserte seg som kollega av pasienten, spurte etter pasienten ved navn hvorpå sykepleier viste besøkende til pasientrommet. Det viste seg at pasienten satt i telefonen så sykepleier ba besøket vente utenfor rommet til vedkommende hørte at samtalen var over. Jeg opplevde dette som respektløst ovenfor pasienten; at pasienten fikk besøk uten at noen spurte vedkommende om det var ønsket. I ettertid, etter flere gjennomførte praksis perioder, har jeg opplevd dette som normal praksis. Etter det jeg har observert så skjer det oftere at besøkende får oppgitt romnummer til etterspurt pasient enn at noen faktisk tar seg tid til å informere pasient og spørre om de ønsker besøk. Ofte blir ikke besøkende en gang spurt hvem de er eller hvilke relasjon de har til pasienten.

Dette har gitt meg lyst til å kjempe pasientenes sak. I utgangspunktet ønsket jeg å skrive noe rundt besøksrutiner, men fant ut at dette ble litt for snevert. Deretter lurte jeg på om jeg skulle skrive om pasienters rett til personvern eller privatliv, men etter å ha søkt i forskningsartikler og lest relevant litteratur kom jeg fram til at det er pasientens verdighet alt dette handler om. Det er nettopp pasientens verdighet jeg flere ganger har opplevd at ikke har blitt ivaretatt. Å ivareta pasientens verdighet er relevant for en hver sykepleier uavhengig av hvor man arbeider.

Som pasient er man ofte i en sårbar situasjon. Man er som oftest ufrivillig havnet i en situasjon der man ikke lenger har kontroll over ens omgivelser eller hendelser i løpet av

dagen. Man kan ha midlertidig nedsatte funksjonsevner som gjør en mer pleietrengende. Undersøkelser, stell og måltider skjer etter avdelingens rutiner. På toppen av det hele blir man ofte nødt til å dele rom med en fremmed. Når man som pasient har mistet en stor del av egen kontroll over omgivelsene, hendelser og kanskje også egne kroppsfunksjoner synes jeg det er ekstra viktig at man forsøker å verne om pasientens verdighet.

I løpet av studiet er det ofte blitt vektlagt hvor viktig det er at vi som sykepleiere ser hele pasienten. Jeg mener at pasientens verdighet er en viktig del av det helhetlige pasientbilde - en del som jeg gjentatte ganger har sittet igjen med opplevelsen av at ikke blir godt nok ivaretatt.

## **1.2 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling**

Jeg har kommet fram til denne problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienters verdighet blir ivaretatt på somatisk sykehus?*

For å få svar på problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i hva voksne pasientene legger i ordet verdighet og hvordan de opplever at deres verdighet blir ivaretatt. På den måten kan jeg få et bedre innblikk i hva det er vi som sykepleiere kan gjøre for at pasientenes verdighet blir ivaretatt.

Ordet verdighet blir ofte brukt i forbindelse med eldre eller død, men etter min mening har alle rett til å oppleve at en blir behandlet med verdighet. Derfor har jeg villet se nærmere på hva «vanlige» pasienter opplever i forhold til verdighet. Det vil si at jeg har avgrenset oppgaven til å handle om pasienter på medisinsk eller kirurgisk avdeling, og da ikke de mest alvorlig syke pasientene eller psykiatri pasienter. Jeg har valgt å inkludere eldre i studiet med den bakgrunn av at fram til 60 år er bruk av sykehus lavt og jevnt i de fleste aldersgrupper, mens de fra 67 år og oppover tar opp mer enn en halvpart av alle sykehussengene i Norge (Romøren 2010:30).

## **1.3 Oppgavens oppbygning**

Kapittel 1                      Dette kapittelet gir en innledning til oppgaven, med bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling.

- Kapittel 2 Her vil jeg gi et teoretisk grunnlag for drøftingen. Jeg tar for meg begrepet verdighet og to sykepleieteoretikere sin definisjon av ordet. Så presenterer jeg Katie Eriksson og hennes beskrivelse av lidelse, og hvordan det henger sammen med verdighet. Videre tar jeg for meg integritet, autonomi og pasientologi ettersom dette er områder som er tett knyttet opp mot verdighet.
- Kapittel 3 Metoden presenteres med en kort innføring i hva et litteraturstudium går ut på. Videre beskriver jeg søkeprosessen og hvordan jeg kom fram til aktuell forskning.
- Kapittel 4 Funnene i forskningsartiklene presenteres.
- Kapittel 5 Her drøfter jeg hvordan sykepleier kan bidra til at sykehuspasienter kan oppleve sin verdighet ivaretatt. Dette gjøres med utgangspunkt i tidligere presentert teori og funn fra forskning.
- Kapittel 6 Avslutningsvis sammenfatter jeg funnene som kan bidra til at sykepleier bedre kan ivareta pasienters verdighet.

## 2 Teoretisk grunnlag

### 2.1 Verdighet

Begrepet verdighet er ofte brukt, og har en sentral rolle i utøvelsen av sykepleie. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er sykepleiens grunnlag beskrevet slik: *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet* (NSF 2011). I FN's Menneskerettigheter fra 1948 er verdighet omtalt som grunnlaget for utarbeidelsen av rettighetene:

*«...anerkjennelsen av iboende verdighet og av like og uavhengelige rettigheter for alle medlemmer av menneske-slekten er grunnlaget for frihet, rettferdighet og fred i verden...»*

Videre nevnes det i artikkel 22 at alle har rett til de økonomiske, sosiale og kulturelle goder som er uunnværlige for ens verdighet (FN, 1948).

De fleste har kanskje en egen oppfatning av hva verdighet er, men å finne en klar definisjon av ordet er utfordrende ettersom det er et abstrakt konsept (Mairis, 1994, Haddock, 1996). I Bokmålsordboken er verdighet foreslått brukt i tre ulike setninger. De to første tar for seg det å være verdig, hvorpå den første setningen er *det er under hennes verdighet å svare på slikt* og det andre eksempelet er *opptre med ro og verdighet, holde på/miste verdigheten*. Det siste eksempelet er *komme til heder og verdighet igjen* (UiO og Språkrådet, 2010). Ved dette har leseren fått eksempler på bruken av verdighet, men ingen nærmere forklaring av betydningen ordet har. I synonymordboken er verdighet oppført med ordene alvor, anstand, fatning, grandezza, høyhet, pondus, ro, salvelse, (selv)beherskelse, tyngde, autoritet, rang, status, stilling, tittel, ære, fortjeneste (Kunnskapsforlaget, 2009). Heller ikke dette gir noen klarhet i hva som egentlig ligger i ordet verdighet.

I et forsøk på å finne ut av hva som ligger i ordet verdighet har jeg valgt å se nærmere på to konseptanalyser. Den første er skrevet av Elaine D. Mairis: *Concept clarification in professional practice – dignity*. Den andre, *Towards further clarification of the concept dignity*, er skrevet av Jane Haddock. Artikkene er publisert første gang i henholdsvis 1994 og 1996, men de er fortsatt brukt som kilde i flere av de nyere forskningsartiklene som omhandler pasientverdighet og jeg har derfor valgt å ta utgangspunkt i disse to for å se nærmere på hva som ligger i ordet verdighet (Matiti og Trorey 2008, Webster og Bryan 2009).

## 2.2 Mairis' definisjon av verdighet

Ordet verdighet blir på engelsk oversatt til *dignity* som stammer fra det latinske ordet *dignus* som betyr verdig (Mairis 1994). I følge Mairis gir den engelske ordboken gir *The Oxford Reference Dictionary* en noe bedre definisjon av verdighet i sine tre foreslåtte bruk av ordet; *a composed and serious manner or style, showing suitable formality, worthiness of honor and respect* og den siste er *high rank or position* som forklarer uttrykket under ens verdighet (1994). Ordet verdighet satt i sammenheng med utøvelse av sykepleie til pasienter kan i følge Mairis bli forklart med elementer fra alle tre forklaringene: En form for formalitet eksisterer mellom sykepleier og pasient, og denne formaliteten gjør det mulig for sykepleier å komme tett innpå pasienten og pasientens kropp på en måte som ellers ville vært uanstendig. Det andre punktet om ære og respekt trekker sammenlikninger hun med individets grunnleggende rett til å bli respektert. Det siste punktet om høy rank eller posisjon mener Mairis at kan virke noe formel, men alle innehar en form for status og spesielt sykehus er et sted der hierarki kommer tydelig fram (Mairis 1994). Sykehusinnleggelse og behandling innebærer ofte elementer av depersonalisering i form av at individet blir separert fra sine kjente eiendeler. Når de kjente rollene, rutinene og miljøet er fjernet kan det være viktig å ivareta personens verdighet (ibid).

Videre tar Mairis for seg ulike vedtekter der verdighet blir nevnt i forhold til sykepleie (1994). Et sted blir respekten for privatliv, verdighet, religion og kultur nevnt, et annet sted blir verdighet nevnt som en av de grunnleggende verdiene i sykepleie (Mairis 1994). Det blir også trukket frem at sykepleiere er i kontakt med mennesker på sitt mest sårbare, mennesker som kanskje ikke er i stand til å handle selv (ibid).

For å komme nærmere en definisjon av ordet verdighet diskuterer Mairis betydningen av ordet med seks av hennes sykepleiekollegaer, og hun får også tyve sykepleiestudenter til å skrive ned sin egen definisjon av ordet verdighet (1994). Kollegaene mente alle at individuelle verdier og standarder er av stor betydning. Hos sykepleiestudentene gikk ordene respekt, selv, personlig og privatliv igjen i deres definisjoner av verdighet (ibid).

Basert på de data Mairis samlet kom hun fram til tre egenskaper knyttet til verdighet (1994). Disse er ivaretagelse av selvrespekt, ivaretagelse av selvtillit og å verdsette individuelle standarder. Videre kom hun fram til fire punkter som ligger til grunn for eksistensen av ordet verdighet:



- Verdighet er en menneskelig kvalitet. Dette punktet betviler Mairis ettersom hun mener at dyr også kan ha verdighet.

- Å kjempe for seg selv fremmer verdighet. Ved god informasjon og ivaretagelse av pasientens rett til selv å bestemme om en ønsker behandling kan uverdige prosedyrer gjennomføres med verdighet.

- Verdighet kommer til uttrykk ved opptreden, tale, utføring og bekledning. Disse er alle utvendige tegn på individuelle standarder og sykepleier bør bruke denne informasjonen til å vurdere pasienten og verdsette pasientens individuelle standarder.

- Verdighet utvikles gjennom individuelle livserfaringer. Livserfaringer og individets respons til disse varierer enormt. Holdninger, verdier og tro tilegnes gjennom livserfaringer. Hva som kommer av arv og hva som faktisk kommer av miljø diskuteres i psykologien (Mairis 1994).

Mairis' definisjon av verdighet:

*Dignity may be said to exist when an individual is capable of exerting control or choice over his or her behaviour, surroundings and the way in which he or she is treated by others. He or she should be capable of understanding information and making decisions. He or she should feel comfortable with his or her physical and psychosocial status quo. (1994)*

Avslutningsvis trekker hun frem at tap av verdighet ser ut til å oppstå når det er vitner til situasjonen. Verdighet er personlig, og blir ikke viet mye oppmerksomhet før den står i fare for å gå tapt. De sårbare er de som ikke er i stand til å kjempe for seg selv som f.eks lamme, komatøse, eldre og psykisk syke. Ved økt oppmerksomhet rundt pasientens bakgrunn, identitet og standarder kan sykepleier fremme pasientens verdighet. Det er ikke tilstrekkelig bare å ha som utgangspunkt at man *aldri behandler pasienten slik en selv ikke ville blitt behandlet* (Mairis 1994).

### **2.3 Haddock's definisjon av verdighet**

Jane Haddock er en annen sykepleier som ønsket å bidra til en tydeligere forståelse av begrepet verdighet, samtidig vil hun belyse det medmenneskelige ved både pasient og sykepleier (1996). Hun gikk fram på liknende måte som Mairis ved å se på akademisk litteratur, definisjoner fra venner og kollegaer, definisjoner i dikt, litteratur og musikk, analysering av case og ved å utforske kontekst (Haddock 1996).

Haddock kommer fram til at kriteriene som ligger til grunn for verdighet alle henger sammen og at disse er: kontekst, å inneha verdighet, å vedlikeholde og fremme verdighet (1994). Kulturen og konteksten der handlingene finner sted bør ikke være truende. Derimot bør konteksten bidra til at individualitet blir ivaretatt, menneskerettigheter kjempet for, selvtilliten økt og at lidelse og smerte uteblir. For å inneha verdighet må en verdsette seg selv, ha tro på seg selv, og oppføre seg som et likeverdig menneske samtidig som en beholder ens unike individualitet. Følelse av verdi og individualitet må kommuniseres til andre via verbale uttrykk, oppførsel, utseende, personlige eiendeler og ens miljø. For å ivareta og fremme verdighet må en være komfortabel med å gi av seg selv uten å forlange noe i retur. En må verdsette andre, levende og døde, og sette pris på områder der man har noe tilfelles og områder der man er forskjellig. De som yter omsorg burde inneha relevante ferdigheter og kunnskaper, samt være kompetente under behandlingsprosedyrer, og at dette kommer til uttrykk overfor pasientene (ibid).

Jane Haddock's definisjon av verdighet:

*Dignity is the ability to feel important and valuable in relation to others, communicate this to others, and be treated as such by others, in contexts which are perceived as threatening. Dignity is a dynamic subjective belief but also has a shared meaning among humanity. Dignity is striven for and its maintenance depends on one's ability to keep intact the boundary containing beliefs about oneself and the extent of the threat. Context and possession of dignity within oneself affects one's ability to maintain or promote dignity of another (1996).*

I sin konklusjon trekker Haddock frem verdighet som et sentralt konsept innenfor omsorgsyrkene fordi det kommuniserer det medmenneskelige (1996). For sykepleiere kan verdighet ivaretas ved å gjenkjenne menneskelige likheter, ved å føle seg og bli behandlet som mennesker selv, gjennom forskjeller og ikke-dømmende takknemlighet for andre. Haddock mente at i forhold til verdighet burde fremtidige sykepleiere jobbe med egen bevissthet, grundig og relevant vurdering av pasienter, og en dypere forståelse av kulturelle verdier og betydninger. Det sterkeste verktøyet en sykepleier har for å ivareta og fremme verdighet er seg selv. En må jobbe konstruktivt med egne følelser for å forsikre seg om at interaksjonene og intervensjonene er pasientsentrerte (ibid).

## 2.4. Katie Eriksson

Katie Eriksson er en finsk sykepleier som har skrevet en rekke sykepleiefaglige bøker, og hennes omsorgsteori har hatt stor innvirkning på sykepleieteori i Norden (Lindström, Lindholm og Zetterlund 2010:190). I Erikssons omsorgsteori er menneske, helse og omsorg sentrale begreper (Kristoffersen 2011:241).

Eriksson utgangspunkt for å beskrive menneske er ontologien (Kristoffersen 2011:241). Ontologien tar for seg grunnleggende menneskelige verdier, og det særegne og vesentlige ved det å være menneske (Hall og Graubæk 2010:65). Eriksson er opptatt av hvordan mennesket forholder seg til seg selv, til andre mennesker og til verden. Hun mener at mennesket kjennetegnes ved at det har bevissthet og selvbevissthet, og graden av dette utgjør grunnlaget for menneskets indre virkelighet og opplevelsesverden. «Et menneskes opplevelser er dets egne og kan aldri helt forstås eller tolkes av andre» (Kristoffersen, 2011:241). Når et menneske opplever bekreftelse får det mot og kraft til å gå videre, og menneskets ønske om å realisere seg selv henger sammen med Erikssons forståelse av helsebegrepet (s. 242).

Eriksson mener at omsorg er pleie, lek og læring, og at utgangspunktet for omsorg er tro, håp og kjærlighet (Kristoffersen, 2011:244). Naturlig omsorg er den type omsorg mennesket har for seg selv og sine nære, og målet er å fremme helse (Kristoffersen, 2011:242). Profesjonell omsorg har det samme målet (Kristoffersen, 2011:244). For å gå inn i et omsorgsyrke mener Eriksson det er viktig at man føler seg kallet til det. Det å gjøre noe en innerst inne tror på og ønsker å gjøre fører til at en kan arbeide med hengivenhet og glede (ibid).

Sentralt hos Eriksson står det svenske begrepet *ansande* eller *caritas* på engelsk (Kristoffersen 2010:245, Lindström et. al 2010:194). På norsk vil det bli oversatt med pleie, men ordet pleie får ikke frem betydningen av begrepet (Kristoffersen 2011:245). Eriksson beskriver betydningen av ordet *ansande* som en kjærlighetsgjerning og en måte å bekrefte den andres eksistens på (ibid). *Ansande* eller *caritative* omsorgsetikk handler om relasjonen mellom pasient og sykepleier (Lindström et. al 2010:194). Etisk omsorg er det som kommer til uttrykk gjennom vår tilnærming til og handlinger for pasienten (s.195). Dette betyr at man, uten å dømme, skal møte mennesket med respekt og at man skal bekrefte pasientens absolutte verdighet (ibid).

Verdighet er et av grunnkonseptene i *caritative* omsorgsetikk (Lindström et. al 2010:195). Eriksson deler begrepet verdighet inn to kategorier; absolutt verdighet som er tilegnet

mennesket kun ved at man eksisterer, og relativ verdighet som avhenger av kultur og ytre kontekst. Menneskets absolutte verdighet innebærer retten til å bli bekreftet som det unike mennesket man er (ibid).

Videre tar Eriksson for seg begrepet lidelse. Lidelse er i ontologien beskrevet som menneskets kamp mellom det gode og onde i utviklingen av seg selv (Lindström et. al 2010:195).

Gjennom lidelse mister man noe, men menneskets verdighet bidrar til en forsoning hvor kropp, sjel og sinn igjen kan bli komplett. Et menneske som lider ønsker å bli bekreftet i sin lidelse og få tid og rom til å lide før en oppnår forsoning. Lidelse er ikke synonymt med smerte, men er noe som oppleves individuelt. Eriksson deler lidelse inn i tre områder relatert til sykdom, pleie og livet. Lidelse oppstår i forbindelse med sykdom og behandling. Som pasient kan hele livet til mennesket oppleves som en lidelse. Pleielidelse handler om lidelse påført pasienten i form av den pleie pasienten mottar, eller i form av fravær av pleie.

Eksempler på pleielidelse er ikke å bli tatt på alvor, bli utsatt for maktutøvelse og bli påført skyld. Når pasienten opplever pleielidelse går det alltid utover pasientens verdighet (ibid).

## **2.5 Integritet**

Integritet og verdighet er to ord som omhandler mye av det samme, derfor har jeg også valgt å se nærmere på ordet integritet. Integritet stammer fra det latinske ordet integritas som betyr helhet, det å være hel og uskadd (Andersson 1994 i Kirkevold 2010:92). Begrepet ble tidlig introdusert som sentralt i sykepleien, og er i dag igjen et sentralt begrep etter at det forsvant fra sykepleiefaget til fordel for andre teorier i 1970- og 1980-årene (Levine 1969,1991, Kirkevold 2001, Scafer og Pond 1991 i Kirkevold 2010:92).

Pasienter, og da særlig eldre pasienter, er spesielt utsatt for å få krenket sin integritet fordi de er avhengige av helsepersonellets hjelp, tid, kompetanse og ikke minst personlige holdninger (Kirkevold 2010:92). Pasientenes alderdomstegn, sykdom og/eller funksjonssvikt kan hindre helsepersonellet fra å se pasienten som den personen vedkommende er eller har vært. I tillegg har helsepersonellet adgang til pasientens rom eller hjem uten at pasienten selv kan kontrollere når og hvor ofte de kommer. Pasientene har heller ikke nødvendigvis den styrke og kraft som vil være nødvendig for å motstå andres maktbruk (ibid).

## 2.6 The Conservation Model

Myra Estrine Levine (1921-1996) var en amerikansk sykepleier som utviklet The Conservation Model (Schaefer 2010:226). Denne modellen tar for seg tre hovedområder; helhet, tilpasning og ivaretagelse (s. 227). Helhet henger sammen med integritet ettersom integritet betyr individets helhet, og Levine la vekt på at individet responderer som en integrert enhet på miljøforandringer. Hun mente at tilpasning er en endringsprosess der individet beholder sin integritet i samsvar med dets reelle indre og ytre miljø. Ivaretagelse blir resultatet (ibid).

Målet med The Conservation Model er at pasientens helhet og integritet blir ivare tatt gjennom fire prinsipper; ivaretagelse av energibalansen, ivaretagelse av kroppslig integritet, ivaretagelse av personlig integritet og ivaretagelse av sosial integritet (Schaefer 2010:229). Energi er grunnleggende for alt liv. Levine mente at sykepleieintervensjoner må tilpasses pasientens evner slik at det blir minst mulig krevende for pasienten og at man dermed ivaretar pasientens energi. Kroppslig integritet blir ivare tatt gjennom reparerende og helende prosesser, men også ved hjelp av tilpasning ved tap av kroppslige funksjoner. Personlig integritet blir ivare tatt ved at sykepleier viser pasienten respekt ved å kalle pasienten ved navn, respekterer pasientens ønsker, verdsetter og respekterer pasientens personlige eiendeler, skjærer pasienten fra andres innsyn under prosedyrer, støtter pasienten og gir nødvendig opplæring. Sykepleiers mål er å gi pasienten kunnskap og styrke så individet kan gjenoppta sitt liv uten å være pasient eller å være avhengig av hjelp. Livet blir meningsfylt gjennom sosial tilhørighet og den sosiale konteksten definerer helse. Sykepleier har en profesjonell rolle, og i tillegg til pasienten tar sykepleier seg av familiemedlemmer, hjelper med religiøse behov og bruker mellom-menneskelige relasjoner for å ivareta pasientens sosiale integritet (ibid).

## 2.7 Integritet og personvern

NOU, Norges offentlige utredninger, kom i 2009 med en utredning kalt *Individ og integritet, personvern i det digitale samfunnet*. I begrepet personvern inngår vern av personopplysninger, vern av personlig integritet og vern av privatlivets fred (NOU 2009:34). Visse opplysninger blir betraktet som svært private og sensitive, og dersom disse opplysningene kommer på

avveie kan de gjøre individet sårbart for diskriminering og krenkelse (ibid). Oppfatninger om personvern henger sammen med oppfatninger om frihet, rettferdighet og skille mellom det private og offentlige. Retten til privatliv og personvern begrunnes ofte med at individet selv skal ha rett til å råde over sensitive opplysninger, og selv kunne bestemme hvem de deles med (ibid). Den klassiske måten å betrakte personvern på er som vern om den enkeltes integritet og autonomi (s. 36). Integritet handler om individets rett til å uttrykke seg som en fullstendig person med egne meninger, oppfatninger og tanker, og autonomi handler om retten til å ta selvstendige valg basert på disse. Å verne om individets mulighet til å opptre som en selvstendig og hel person er å respektere dets integritet (ibid).

Lee Bygrave og Dag Wiese har i boken Personvern i informasjonssamfunnet fra 2004 delt integritet inn i ulike kategorier; geografisk, kroppslig, psykisk, kommunikasjons- og informasjonsintegritet (NOU 2009:36). I tillegg har NOU kommisjonen lagt til en kategori kalt kontekstuell integritet. Alle de ovenstående kategoriene er relevante innenfor helsevesenet. Geografisk integritet handler om respekt for individets rett til privatliv innenfor visse fysiske grenser hvor individet kan opptre fritt uten utidig innblanding fra andre. Disse fysiske grensene kan f.eks. være innenfor det private hjem, på et sykehusrom eller på et toalett. Kroppslig integritet handler om respekten for andres kropp i form av uønsket kroppslig oppmerksomhet og beskyttelse mot kroppslige overgrep. Psykisk integritet blir ivaretatt ved å respektere individets følelser, oppfatninger og mulighet for refleksjon. Helsepersonell tar seg av pasienters kropp og psyke. Kommunikasjonsintegritet handler om respekten for individets rett til uforstyrret kommunikasjon med andre. Dette er svært aktuelt under legevisitt, og da spesielt på flersengsrom. Informasjonsintegritet er vern av personopplysninger. Dette er aktuelt i forhold til tilgang til pasientjournal. Kontekstuell integritet handler om hva som er relevant informasjon i ulike sammenhenger, og respekten for å begrense det til det aktuelle (ibid). Selv om man er helsepersonell og har taushetsplikt har man ingen rett til å vite mer enn det som er relevant for å utøve nødvendig helsehjelp. Disse integritetskategoriene tar for seg retten til privatliv som enhver rett til lik moralsk respekt (s. 37).

Den nedsatte kommisjonen kom med den anbefaling at personvernet, hvor også retten til privatliv og personopplysningsvern inngår, grunnlovfestes i Norge (NOU 2009:71). Grunnloven §110c sier at staten er forpliktet til å respektere og sikre menneskerettighetene, dermed inngår både personvern og verdighet indirekte her (ibid).

## 2.8 Autonomi

Begrepet autonomi kommer fra det greske ordet auto som betyr selv og nomos som betyr lov, styring og regulering (Slettebø, 2013:88). Autonomi referer til individets evne og rett til å ta selvstendige valg på bakgrunn av rasjonelle overveielser og egne overbevisninger (NOU 2009:36).

Den autonome er selv kilden til rett og galt, og har myndighet til å råde over eget liv (Johannessen, Molven og Roalkvam 2007:33). I det moderne vestlige menneskesynet er det autonome mennesket ansvarlig for seg selv, sin helse og sin død (s. 34). Det autonome mennesket er fritt og uavhengig, noe som gir det moderne mennesket en styrke og respekt (ibid). Samtidig er mennesket relasjonelt, vi er avhengige av sosiale relasjoner i større eller mindre grad (s. 32). Under sykdom viser det seg at et sterkt sosialt nettverk er en tydelig og uomtvistelig ressurs (ibid).

I helsevesenet er pasientautonomi noe som nærmest tas for gitt; man skal respektere et annet menneskes autonomi, selvråderett, selvbestemmelsesrett og individualitet (Johannessen et. al 2007:33). Ordet autonomi blir i medisinsk sammenheng ofte oversatt med medbestemmelse (Slettebø 2010:173). Medbestemmelse kan enten være retten til å bestemme behandlingsform eller retten til å nekte behandling (Slettebø 2013:88). For at pasienten skal kunne utøve sin medbestemmelsesrett er det en forutsetning at adekvat informasjon blir gitt (s. 95). I yrkesetiske retningslinjer står det:

*2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2011:8).*

Måten sykepleier gir denne informasjonen på kan være med på å forme pasientens avgjørelse (Slettebø 2013:95). En sykepleier har kunnskap, egne verdier og personlige meninger som er med på å prege måten informasjon vil bli formidlet, noe som for pasienten kan oppleves som press når beslutninger skal tas (s.96). Sykepleier skal også respektere pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin bestemmelsesrett (NSF 2011:8, pkt 2.5).

## 2.9 Pasientologi

Pasientologi er kunnskap om pasienters livsverden, det handler om livet slik det leves, oppleves, forstås og gir mening (Hall og Graubæk 2010:56). Pasientens livsverden er delt inn fire eksistensialer, disse er pasientens opplevelse av kropp, tid, rom og relasjoner (ibid).

Opplevelsen av kropp tar for seg det dobbelte ved at menneske både har en kropp og er en kropp (Hall og Graubæk 2010:56). I møtet mellom mennesker kan kroppen glemmes dersom forholdene er avslappende og naturlig, men kroppen kan også oppleves som observert og som et objekt (s. 57). Som sykepleier kan en vise pasienten verdighet gjennom pleien ved måten vi ser på og tar på pasientens kropp (Alsvåg 2010:67).

Opplevelsen av tid er subjektiv (Hall og Graubæk 2010:57). Avhengig av alder og aktivitet kan tid oppleves som kort eller, herlig eller kjedelig, redselsfull eller harmonisk. Når det skjer en forandring i livet, som for eksempel ved en sykehusinnleggelse, skjer det en endring i tidsoppfattelsen (ibid). Pasienter og helsearbeidere vil oppleve tiden ulikt (Alsvåg, 2010:68). Tid har også en verdi, for den syke kan det være i form av at det kan være liten tid igjen av livet og for helsevesenet har tid verdi i form av at behandlingstiden koster penger. Helsepersonell har makt til å styre pasientens tid i form av ventetiden (ibid).

Opplevelsen av rom er den subjektive opplevelsen av hvordan en befinner seg i et fysisk rom eller et sted (Hall og Graubæk 2010:57). Om et menneske opplever et rom som kaldt eller varmt, kjent eller ukjent, vennlig eller uvennlig henger sammen med menneskets livshistorie (ibid). Kari Martinsen mener at avdelinger og rom i helsevesenet bør være verdige og bidra til at pasientene føler seg trygge, det bør være et sted der de kan finne hvile, og som kan gi et grunnlag for omsorg, helse og helbredelse (Alsvåg 2010:78).

Opplevelsen av relasjoner handler om hvordan mennesket kroppslig erfarer relasjoner til andre mennesker i tid og rom (Hall og Graubæk 2010:57). En relasjon kan oppleves positivt ved at den er beskyttende, omsorgsfull, tillitsvekkende og trygghetskapende, eller den kan oppleves negativt i form av at det er krevende, forsømmende eller fordømmende (ibid). Enhver relasjon er unik (s. 58). Positive relasjoner kan blant annet bidra til håp, utvikling og helse, mens negative relasjoner kan føre til det motsatte (ibid). Menneskelige møter er sårbare og komplekse, i hvert møte med pasienter bør sykepleier se det unike menneske og ikke bare en diagnose, kroppsdel eller et problem (Alsvåg 2010:67).



### **3 Vitenskap og metode**

Begrepet vitenskap er omfattende, men kan beskrives i tre hovedpunkter: Vitenskapelig kunnskap er systematisk og metodisk frembrakt, det er begrunnet kunnskap og vitenskap er en sosialt organisert virksomhet (Thomassen 2006:42). Når det gjelder målet for vitenskap innenfor helsefag trekker Dalland frem Fjelland og Gjengedal som mener at vitenskapen har et tosidig mål ved at den har som oppgave å skape god praksis samtidig som den skal avklare hva som er god praksis (2007).

*Å være vitenskapelig er å være metodisk* (Tranøy gjengitt i Dalland 2007:82). Når en skal undersøke noe er metoden redskapet man bruker (Dalland 2007:83). Metoden sier noe om hvordan man går fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og valg av metode handler om ens oppfattelse av hvordan man best mulig kan få frem denne kunnskapen. Det å være metodisk stiller krav om at man er ærlig, og at man tenker og systematiserer tankene (s. 49).

For helsearbeidere er det ofte ønskelig å forsøke å tolke og forstå mennesket, dette kalles hermeneutisk vitenskap (Dalland 2007:55). I min oppgave er jeg ute etter å få en forståelse av hva som skal til for at pasientene selv opplever at deres verdighet blir ivaretatt, for så å kunne bruke den kunnskapen slik at man som sykepleier kan bidra til å ivareta pasientenes verdighet. For å få tak i den hermeneutiske vitenskapen kan man bruke kvalitative forskningsintervju som metode ettersom hensikten med disse er å få tak intervjuobjektets egen beskrivelse av sin livssituasjon (Dalland 2007:132). Dette er brukt som metode i de forskningsartiklene jeg har benyttet.

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Et litteraturstudie går ut på å systematisere den kunnskapen som allerede finnes om et emne (Støren 2013:17). Det vil si at man søker opp kunnskap, vurderer den og deretter sammenfatter den (ibid). Det kan også kalles en systematisk litteraturstudie for å understreke at utvalget av litteratur som gir grunnlaget for studiet er funnet, vurdert og valgt ut på en systematisk måte (Frederiksen og Beedholm 2013:47). Et litteraturstudium kan bidra til å øke vår kunnskap om et område uten å samle ny data, men ved å trekke sammenlikninger fra allerede eksisterende data (s. 48).

Gjennomføringen av et litteraturstudie er en prosess som starter med å begrunne hvorfor studiet skal utføres, deretter formulerer man det spørsmål eller den problemstilling man vil forsøke å besvare i oppgaven (Frederiksen og Beedholm 2013:48). Så lager man en søkestrategi og velger ut de vitenskapelige artikler som skal inngå i studiet. Deretter analyseres det utvalgte materialet, og man diskuterer funn før man skriver en konklusjon (ibid).

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Min mulighet til å samle ny data er tidsbegrenset, og det er særlig en utfordring ettersom jeg er interessert i pasientens perspektiv. Derfor har jeg valgt å se på den forskning og litteratur som allerede eksisterer. Temaet og problemstillingen har blitt formet etter hvert som jeg har søkt etter litteratur. Søkene har hjulpet meg med å spisse problemstillingen og fange opp hva det er jeg faktisk er mest opptatt av.

### 3.2 Søkeprosessen

For å søke etter aktuelle artikler valgte jeg først å bruke databasen Cumulative Index to Nursing and Allied Health (Cinahl). Dette er en database som gir tilgang til blant annet sykepleiefaglige tidsskrifter (Hørmann 2013:42). Da jeg først begynte å søke ville jeg ha fokus på rett til privatliv og personvern. Det engelske ordet for personvern er *privacy*, samtidig er dette også oversettelsen for privatliv. Dermed opplevde jeg at de to norske søkeordene mine, som omfatter litt ulike områder, ble vanskelig å skille på engelsk. I de resultatene jeg fikk opp da jeg søkte på ordet *Privacy* var det et emneord som gikk igjen; *Human Dignity*. Det er jo nettopp dette jeg er opptatt av; at pasienters verdighet blir ivaretatt. Retten til privatliv og personvern oppfatter jeg som en del av ivaretakelsen av pasientens verdighet.

Jeg fortsatte å bruke databasen Cinahl og benyttet meg av søkeordet *dignity* og fikk 3312 treff. Jeg begrenset søket til kun å inneholde akademiske tidsskrift fra de ti siste årene som hadde abstract/sammendrag. I tillegg begrenset jeg det til å omhandle voksne. Ettersom jeg ønsker å utforske pasientenes syn på verdighet under sykehusopphold la jeg til AND *patient* AND *hospital*. For ytterligere å begrense det til mitt interesseområde valgte jeg å søke med NOT foran følgende ord: *cancer*, *dementia*, *terminal\**, *psychiat\**. I databasen Cinahl er \* trunkeringstegn, trunkering utvider eller begrenser søket ved å inkludere alle ord som

begynner på ordet trunkeringstegnet følger (Støren, 2013:64). På den måten gikk jeg fra 3312 treff til 137 treff.

Første gang jeg gikk gjennom de 137 treffene hadde jeg følgende inkluderingskriterier: Artikkelen måtte være relevant i forhold til min problemstilling. Den måtte være europeisk, amerikansk, fra Australia eller New Zealand, dette for at innholdet skulle ha mest mulig kulturell relevans for Norge. Språket måtte være nordisk eller engelsk. Jeg begrenset det også til å omhandle pasientperspektivet. Etter å ha lest tittel og abstrakt satt jeg igjen med tolv artikler. Etter å ha lest disse tolv var det fire som var aktuelle å bruke i oppgaven.

Deretter søkte jeg med tilsvarende søkeord i databasene Pubmed, Norart, Swemed og Idunn. I de tre siste databasene fikk jeg henholdsvis fjorten, tre og nitten treff, men ingen som var aktuelle for min oppgave. Pubmed er knyttet til Medline som er verdens første og største medisinske database (Hørmann 2013:41). Der fikk jeg 208 treff, hvorav tolv virket interessante. Ved gjennomlesing fant jeg to av de som aktuelle og valgte å bruke én av disse, denne artikkelen var også et av funnene i Cinahl.

### **3.3 Kildekritikk**

Kildekritikk er å vurdere og karakterisere litteraturen som er benyttet (Dalland 2007:81). Det handler om å fastslå at en kilde er sann, og på den måten skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (s. 66). I denne oppgaven har jeg benyttet meg av pensumbøker, forskningsartikler og annen relevant litteratur fra bibliotek.

For å definere ordet verdighet brukte jeg to eldre artikler, fra henholdsvis 1994 og 1996. I min søken etter litteratur fant jeg ingen nyere litteratur som på en grundig måte tok for seg definisjonen av verdighet. I tillegg er begge artiklene om verdighet brukt som referanser i to av de fire artiklene jeg har benyttet meg av i studien. Jeg har også tatt for meg Katie Eriksson og hennes syn på lidelse og verdighet. Hun er medforfatter til en av artiklene jeg har brukt i denne studien. Det jeg har skrevet om Eriksson kommer fra sekundærkilder, og årsaken til at jeg har valgt å benytte meg av det er at det da er lettere å forstå samt plukke ut det essensielle. Det samme gjelder det jeg har skrevet om Levine.

I forhold til artiklene jeg har benyttet meg av har jeg begrenset meg til å bruke peer reviewed forskningsartikler. Dette er da artikler som er godkjent som forskning av andre innen for

samme fagfelt. Tre av de fire artiklene er britiske. Dette gjør at man ikke kan anta at funnene nødvendigvis vil kunne overføres til Norge på grunn av mulige kulturforskjeller. Den fjerde artikkelen er norsk/finsk. Ved at kun engelske språklige pasienter ble inkludert kan man ha utelukket mulige funn som kanskje ville vært særegne for ulike minoriteter. En av undersøkelsene hadde kun ti deltakere, noe som kan være et lite utvalg for å kunne si noe generelt om en befolkning, samtidig er muligens kun fire artikler også et lite utgangspunkt for en litteraturstudie. I de fire forskningsartiklene er det totalt intervjuet 182 pasienter, noe som samlet er et godt grunnlag for kvalitativ forskning. Derfor kan det være mulig at de faktorene som for disse pasientene fremstår som viktig i forhold til verdighet, også vil være viktige faktorer hos den generelle befolkningen.

### **3.4 Ethiske hensyn**

De inkluderte pasientene i artiklene har frivillig deltatt i studiene. Ingen navn eller andre karakteristiske kjennetegn som kunne identifisere pasientene er inkludert i min oppgave.

## 4 Presentasjon av funn

### 4.1 Patients' expectations of the maintenance of their dignity

Forfatter Land Database	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Hovedfunn
Milika R. Matiti og Giliian M. Trorey  Storbritannia  2008  Cinahl	Målet var å utforske pasienters syn på ulike faktorer som kan bidra til ivaretagelse av deres verdighet under en sykehusinnleggelse, samt å finne ut om de opplevde at disse faktorene ble realisert.	Kvalitative intervju hvor målet var å tolke det som ble sagt i henhold til pasientenes verdighet og hvordan den ble, eller ikke ble, ivaretatt.	Over 18 mnd ble det intervjuet 102 pasienter fra medisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger på tre sykehus i Storbritannia. Alle pasienter over 16 år ble inkludert, den eldste var i midten av 80-årene. Det var 53 menn og 49 kvinner. Pasienter som var svært syke, hadde demens eller var forvirret ble ekskludert av etiske årsaker.	Det ble identifisert seks hovedområder som bidro til ivaretagelse av pasientenes verdighet: - Privatliv - Konfidensialitet - Kommunikasjon og behov for informasjon - Valgmuligheter, kontroll og å bli involvert i egen pleie - Respekt - Anstendighet og tiltaleform  Pasientene, uavhengig av situasjon og helse, hadde egne forventninger i forhold til egen verdighet.  Mange av pasientene var ikke fornøyd med ivaretagelsen av deres verdighet.

## 4.2 Older people's view of dignity and how it can be promoted in a hospital environment

Forfatter Land Database	Hensikt	Design/ Metode	Utvalg	Hovedfunn
Carole Webster og Karen Bryan Storbritannia 2009 Cinahl, Pubmed	Å undersøke eldre pasienters erfaringer fra sykehusinnleggelse, samt og utforske deres syn på verdighet og hvilke faktorer som fremmer verdighet.	Kvalitative intervju foretatt i pasientenes hjem.	Ti pasienter mellom 73 og 83 år, hvorav åtte damer og to menn. Alle hadde en uforutsett innleggelse på sykehus som varte mer enn tre døgn og alle ble skrevet ut til hjemmet. De utvalgte pasientene hadde vært innlagt på en av fire medisinske avdelinger på et distriktsykehus i England. Pasienter som ikke snakket engelsk, hadde nedsatt kognitiv funksjon eller var psykisk syke ble ekskludert. I løpet av en uke godtok 15 av 22 aktuelle pasienter å delta, men da det ble aktuelt ønsket kun ti pasienter å bli intervjuet.	Pasientene var generelt fornøyd med pleien under sykehusoppholdet, men var interessert i å diskutere forhold som fremmer verdighet. Pasientenes utsagn om ivaretagelse av verdighet kunne deles inn i fem punkter: - Ivaretagelse av og respekt for privatliv - Personalet gjennomfører god håndhygiene - Respekt for eldre - Personalet har kommunikasjonsferdigheter og at pasienten blir sett - Pasientens selvstendighet og kontroll over egen situasjon blir ivaretatt.

### 4.3 Patients' experience of privacy and dignity. Part 2: an empirical study

Forfatter Land Database	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Hovedfunn
Juliet Whitehead og Herman Wheeler  Storbritannia  2008  Cinahl	Studien hadde to mål; Å finne ut hva pasientene la i ordene <i>privacy and dignity</i> , og hvordan pasientene opplevde deres privatliv og verdighet ivaretatt på flersengsrom med begge kjønn.	Kvantitativ metode ble brukt i form av et spørreskjema. Det inneholdt seksten lukkede og to åpne spørsmål. I forhold til de to åpne spørsmålene ble det brukt kvalitativ data analyse. Disse to spørsmålene var ute etter hva pasientene la i ordene verdighet og privatliv, det er dette jeg har trukket fram under funn.	Over to måneder ble førti pasienter fra en kardiologisk avdeling i Storbritannia spurt om å delta i undersøkelsen. De hadde alle gjennomgått elektiv bypass, og fikk henvendelsen om undersøkelsen dagen før utskrivelse. Samtlige pasienter svarte på undersøkelsen. Det var ni kvinner og trettien menn i alderen 35-85 år, med en gjennomsnittsalder på 65,3 år.	I forhold til verdighet var det følgende som kom fram: - undersøkelser o.l. blir utført uten at man blir flau - ens privatliv og verdighet blir respektert - bli behandlet som et menneske, ikke et objekt - bli behandlet, og behandle andre, med respekt. - bli behandlet hensynsfullt med sympati og empati - bli behandlet som et individ - ens kroppslige privatliv blir ivaretatt - følelse av å ha kontroll - god informasjon - bli lyttet til og bli hørt - selvstendighet - at man trenger å bli beroliget i stressende situasjoner

#### 4.4 Values and moral attitudes in nursing care. Understanding the patient perspective

Forfatter Land Database	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Hovedfunn
Dagfinn Nåden og Katie Eriksson  Norge/Finland  2004  Cinahl	Artikkelen har til hensikt å ta for seg verdier og moralske holdninger i sykepleien sett fra pasientens perspektiv.	Kvalitativ undersøkelse.	Tretti pasienter fra en kirurgisk og en medisinsk avdeling ble intervjuet. Det var kvinner og menn i alderen 20 til 70.	<p>Fire områder som omhandler verdier i forhold til sykepleie ble sett på svært viktige av pasientene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respekt i form av at sykepleier tar pasientenes bekymringer på alvor og at en er genuin.</li> <li>- Ansvar ved at sykepleier ikke glemmer, men gjennomfører det nødvendige og det som er lovet.</li> <li>- Rettferdighet ved at sykepleier unngår forskjellsbehandling av pasienter; alle mennesker har samme verdi</li> <li>- God moralsk holdning som kommer til syne ved at sykepleier er positiv, stabil og ansvarsfull.</li> </ul> <p>Disse egenskapene er med på å ivareta pasientenes verdighet.</p>



## 5 Drøfting

For at sykepleier skal kunne ivareta pasientenes verdighet på en god måte er det mange ulike faktorer som spiller inn. Dette er et enormt område som gjør at jeg umulig kan få med meg alle aktuelle og individuelle faktorer som kan spille inn på verdigheten til det mangfold av pasienter man kan møte. Derfor har jeg med utgangspunkt i funnene fra forskningsartiklene som er presentert i foregående kapittel valgt å dele drøftingen opp i fire hovedpunkter. Jeg vil se på verdighet i forhold til relasjoner, kommunikasjon, selvbestemmelse og geografi/privatliv. I tillegg vil jeg se på de personlige egenskapene som av pasientene ble sett på som positive hos en sykepleier.

### 5.1 Verdighet i relasjoner

I sin definisjon av verdighet sier Haddock at verdighet er å føle seg viktig og verdifull i relasjoner med andre (1996). Dette blir bekreftet av pasientene ved at de opplevde deres verdighet ivaretatt i relasjonen med sykepleier når sykepleier møtte pasienten med respekt, og aksepterte dem som likeverdige mennesker med en absolutt verdi (Matiti og Trorey 2008, Whitehead og Wheeler 2008). For pasientene ble respekt sett på som det at sykepleier var oppmerksom, gjenkjennende og møtte behovene til den enkelte pasient (Matiti og Trorey 2008, Nåden og Eriksson 2004). Også Eriksson mener, i følge Lindström et. al, at sykepleier uten å dømme skal møte mennesket med respekt og bekrefte pasientens absolutte verdi slik at vedkommende blir bekreftet som det unike mennesket det er (2010:195).

Videre kommer det frem at en genuin holdning hos sykepleier bidrar til en god relasjon og ivaretagelse av pasientens verdighet, mens en overflatisk holdning har motsatt effekt: *...She really cares for you and she's not superficial. Many of them have no time...* (Nåden og Eriksson 2004). Ifølge Schaefer påpeker Levine at sykepleier har en profesjonell rolle hvor en bruker mellom-menneskelige relasjoner for å ivareta pasientens sosiale integritet (2010:229). Det handler her om å se hele pasienten.

I undersøkelsen til Whitehead og Wheeler kom det frem at pasientene synes det var viktig å bli behandlet med sympati og empati (2008). Pasientene ønsket at sykepleierne anerkjente deres behov for *peace of mind at a stressful time* (ibid). Også i følge Eriksson er det viktig at

pasientene, som er mennesker som lider, blir bekreftet i sin lidelse og får tid og rom til å lide, hun ser på dette som nødvendig for at en kan oppnå forsoning (Lindström et. al 2010:195). Som sykepleier bør en derfor være oppmerksom på hele pasienten. Etter det jeg selv har observert og erfart er det et godt steg mot en god relasjon til pasienten å evne og prate med pasienten, gjerne om helt andre ting, mens man utfører stell og prosedyrer. Dette bekreftes av en pasient i Nåden og Eriksson's undersøkelse som omtaler en sykepleier, som i artikkelen har fått navnet Joan, slik:

*...She is calming. She has the time to listen to you. Often it's like we're talking to a stone. It's not like that with Joan...* (2004).

Enkelte av pasientene følte at de mistet noe av sin verdighet i sin relasjon med andre kun fordi de var eldre (Webster og Bryan 2009). De opplevde at det å bli plassert i rom med eldre eller mer pleietrengende pasienter førte til at de ble behandlet som om de var eldre og mer pleietrengende enn de i realiteten var, noe som pasientene igjen opplevde som tap av verdighet (ibid). Dette understreker viktigheten av å behandle pasientene som de unike menneskene de er. Også av pasientene i Whitehead and Wheeler sin undersøkelse ble dette fremhevet som et viktig punkt (2008).

Ifølge Eriksson kan sykepleier påføre pasienten pleielidelse i form av den pleien pasienten mottar, eller som følge av mangel på pleie, noe som vil gå utover pasientens verdighet (Lindström et. al 2010:195). Etersom pasienter er avhengig av helsepersonellets hjelp er de utsatt for å få sin integritet krenket (Kirkevold 2010:92). Derfor må det være spesielt viktig at sykepleier møter pasienten med respekt. For å ivareta verdigheten til pasienten er det viktig at man skaper en god relasjon hvor man som sykepleier ser hver enkelt pasient. Selv om man kanskje alltid ønsker å få til dette, har jeg observert i praksis på sykehus at tidspress kan være et hinder i relasjonsbyggingen, og kan i seg selv føre til det Eriksson omtaler som pleielidelse. Da er det spesielt viktig at man fullt og helt er tilstedeværende og engasjert i pasienten når man først har tid sammen. Positive relasjoner kan bidra til håp, utvikling og helse (Graubæk 2010:58).

## **5.2 Verdighet i kommunikasjon**

Verdighet kommer til uttrykk blant annet gjennom tale (Mairis 1994). For alle pasientene var kommunikasjon viktig for å fremme verdighet (Webster og Bryan 2009, Whitehead and

Wheeler 2008, Matiti and Trorey 2008). Det dreide seg da om at sykepleierne lyttet, var vennlige og enkle å ta kontakt med (ibid). Høflige sykepleiere som introduserte seg selv og lyttet til pasientene var forventet (Matiti og Trorey 2008, Whitehead og Wheeler 2008). Bruk av riktig tiltaleform kan bidra til å ivareta pasientens verdighet og personlige integritet, dette mener både pasientene (Matiti og Trorey 2008) og Levine (Schaefer 2010:229). Når personalet ignorerte pasientene, snakket over hodet på pasientene eller at sykepleierne pratet seg i mellom på et fremmed språk bidro det til at pasientene følte seg ubetydelige og uviktige, noe som hadde negativ innvirkning på deres selvtillit og følelse av verdighet (Webster og Bryan 2009, Matiti og Trorey 2008). En pasient i Matiti og Trorey sin undersøkelse uttalte: *...If you are not talked to, you feel you do not exist and feel ignored.* (2008). I en annen pasientgruppe ble det uttrykt bekymring i forhold til hvordan personlig informasjon ble kommunisert mellom helsepersonell (Matiti og Trorey, 2008). Det var forståelse for at flere har behov for informasjon for å gi best mulig pleie, men en pasient fortalte at sengen var plassert slik at hun stadig overhørte personlig informasjon og en annen pasient uttrykte seg sånn:

*...they might shout for help from fellow nurses that a certain patient has a wet bed, can we change his bed linen, while all the other patients were hearing (ibid).*

Dette understreker viktigheten av å være diskret i alt man som sykepleier foretar seg. På grunn av en lite omtenkssom helsearbeider kommer private opplysninger på avveie og pasienten er i fare for å føle seg krenket (NOU 2009:34). Personlig informasjon om pasienten blir ufrivillig delt med andre og pasientens informasjonsintegritet blir ikke ivaretatt (NOU 2009:36).

Videre kan en trekke frem at pasienten har rett til uforstyrret kommunikasjon med andre (NOU 2009:36). På flersengsrom er dette noe som ofte ikke tas hensyn til. Spesielt under legevisitten er dette et problem som kan føre til at pasientens kommunikasjonsintegritet trues (ibid).

For de friskeste av pasientene innebar verdighet å se bra ut, noe som ville si at de ønsket å gå i egne klær, smykker og sminke (Matiti og Trorey 2008). Det var da viktig med god informasjon om hvorfor man ikke alltid kan ha på seg det man selv vil, og også gi god nok informasjon om hvor mye som er nødvendig å kle av seg før ulike prosedyrer (ibid). Pasientene i Matiti og Trorey's undersøkelse la også vekt på viktigheten av tilstrekkelig og nøyaktig informasjon gitt på passende tidspunkt, noe som kommer til uttrykk i dette sitatet:

*I would like to be told more about what is happening to me... You do not know what they are doing and what it is for... knowing what is being done minimizes embarrassment (2008).*

Pasientene opplevde det også frustrerende å få motstridende informasjon fra forskjellige hold (ibid). Behandlingen, hva pasienten har i vente og eventuelle endringer er noe pasientene ønsker at blir godt forklart (Whitehead og Wheeler 2008). Manglende forståelse for prosedyrer ga en følelse av tapt kontroll, noe som kunne vært unngått med bedre kommunikasjon (ibid).

Måten sykepleier kommuniserer på kan ha innvirkning på pasientens opplevelse av verdighet, dette kommer til uttrykk hos en pasient i undersøkelsen til Nåden og Eriksson:

*...It depends on the way you say something. I really felt welcomed by Hanna. Felt that I could trust her. I think that it has a lot to say for the recovery from illness, that one feels good mentally (2004).*

Sykepleier bør ikke kommunisere på en slik måte at pasienten føler at en er til bry, og heller ikke på en slik måte at pasientene føler seg forskjellsbehandlet (ibid).

### **5.3 Verdighet og selvbestemmelse**

Det å miste selvstendigheten ble av pasientene fremhevet som en viktig faktor som kunne bidra til tap av verdighet (Webster og Bryan 2009). Det å kunne kjempe for seg selv er med på å fremme verdighet (Mairis 1994). Det oppleves viktig for pasienten å føle at en har kontroll, både over avgjørelser og over kroppslige funksjoner (Whitehead og Wheeler 2008). I Mairis definisjon av verdighet trakk hun frem muligheten til å kontrollere egen oppførsel (1994). For de oppegående pasientene ble det for eksempel fremhevet som viktig å kunne få gå på toalettet i fred og når de selv måtte ønske det, mens for de sengeliggende pasientene var det viktig å ha stemmen i behold slik at de kunne ha kontroll ved å si i fra blant annet ved ubehag (Whitehead og Wheeler 2008).

Det å bli gitt valgmuligheter av sykepleierne ble også fremhevet av pasientene som viktig i forhold til personlig verdighet (Whitehead og Wheeler 2008). Dersom pasientens rett til medbestemmelse ivaretas kan uverdige prosedyrer bli gjennomført med verdighet (Mairis 1994). Allikevel kom det frem i undersøkelsen til Matiti og Trorey at noe tap av autonomi under sykehusopphold ble akseptert av pasientene, men de ønsket å få valgmuligheter når det

kom til deres pleie (2008). Noen pasienter fikk velge hvor mye de fikk gjøre selv i eget stell og trakk frem dette som svært positivt:

*...dignity to me is, well, I shall say when they come to wash you in the morning and they put the bathtub and they do the inaccessible parts then they say 'would you like to do the rest for yourself?' and you say 'yes, I can manage that' then you go on with it. This shows one is respected by being given choice. (ibid)*

Andre opplevde tap av verdighet når sykepleiere utførte deler av stellet som pasienten selv mestret, men som ville tatt for lang tid for sykepleier å vente på (ibid). I slike situasjoner kan sykepleier prøve å være kreativ i planleggingen av dagen sin. Kanskje det kunne gå an å begynne et stell hos en pasient, og så gjøre noe annet mens denne pasienten fullfører stellet på egenhånd. Det å få alenetid til å utføre kroppslige og personlige handlinger er for pasientene en viktig faktor for å ivareta verdigheten (ibid).

#### **5.4 Verdighet i rom og privatliv**

Under dette punktet vil jeg ta for meg behovet pasientene uttrykte for muligheten til å opprettholde noe privatliv under en sykehusinnleggelse. Helsepersonell har på sykehus adgang til pasientens rom uten at pasienten selv har kontroll (Kirkevold 2010:92). I tillegg har jeg selv observert at besøkende blir sendt inn på pasientrom uten forvarsel. Dette opplever jeg som mangel på respekt for det pasienten har igjen av privatliv under et sykehusopphold. Muligheten til å beholde noe av ens privatliv fremsto som viktig for pasienten, og også da å kunne bli behandlet uten andres påsyn (Whitehead og Wheeler 2008). Levine påpeker at personlig integritet blir ivaretatt ved at pasienten skjermes fra andres innsyn under prosedyrer (Schaefer 2010:229). Likeledes sier Bygrave og Wiese at kroppslig integritet ivaretas ved at en unngår uønsket kroppslig oppmerksomhet (NOU 2009:36). Det gjelder ikke bare fra andre pasienter eller besøkende, men det kan også være i forhold til sykepleier. Dette kommer til uttrykk i dette sitatet fra en pasient i Webster og Bryan sin undersøkelse:

*Embarrassed at time, I think nurses take it for granted that they're so used to it they don't take any notice of it, people with no clothes on..., but for the person themselves it does matter. (2009)*

Haddock fremlegger tap av verdighet som noe som oppstår når det finnes vitner til situasjonen (1996).

Arkitekturen ligger ikke til rette for ivaretagelse av privatliv på en flersengsrom hvor forheng er eneste skille mellom sengene (Webster og Bryan 2009). Det ble også påpekt av pasientene at forhengene passet dårlig eller var gjennomsiktige (Matiti og Trorey 2008). Mange av pasientene var bekymret for at avdelingens arkitektur gjorde det vanskelig å utveksle personlig og sensitiv informasjon (Whitehead og Wheeler 2008). Enkelte av pasientene uttrykte ønske om et mer personlig område, som f.eks. et enerom (ibid). Ved å ha visse fysiske grenser hvor en kan opptre fritt uten utidig innblanding fra andre kan den geografiske integritet og rett til privatliv ivaretas (NOU 2009:36).

På den annen side synes ingen av pasientene i Webster og Bryan sin studie at det var viktig med egne rom til å få personlig informasjon (2009). Alle disse pasientene hadde en realistisk forventning til at en sykehusinnleggelse ville innebære noe tap av privatliv (ibid). Dette overrasket meg noe da jeg trodde at muligheten til å snakke om personlige ting i enerom ville vært viktig for å ivareta verdigheten. Det er mulig at det enten kan ha noe med graden av alvorlighet i det som blir fortalt, eller at en klarer å lukke alt annet ute når en mottar viktig informasjon. Pasienter fra to av de andre studiene trakk fram muligheten til å holde private samtaler i enerom som viktig (Matiti og Trorey 2009, Whitehead og Wheeler 2008), dette kan igjen ha noe med hva slags informasjon de ble gitt.

Det ble satt pris på at sykepleierne gjorde sitt ytterste for å gi pasientene privatliv ved å trekke for forhengene, spørre før de kom innenfor forhengene og at de tok med pasientene til mer private områder, som f.eks. badet, dersom det var mulig (Matiti og Trorey 2009, Webster og Bryan 2009). Dersom det ikke var mulig å komme seg på toalettet ønsket pasientene å få være alene ved bruk av dostol eller bekken (Matiti og Trorey 2009). En pasient uttrykte tap av verdighet i denne situasjonen:

*...I would rather they just put me on the commode and left... the nurse did not do that this morning... I could not hang on any longer... she was still standing there (ibid).*

I Webster og Bryan sitt studie kom det frem at pasienten mente at sykepleiernes væremåte var viktigere enn de fysiske omgivelsene (2009). Allikevel bør avdelinger og rom i helsevesenet være verdige på en slik måte at det bidrar til at pasientene føler seg trygge (Kari Maritnsen i Alsvåg 2010:78).

## 5.5 Egenskaper hos sykepleier som virker fremmede for pasientenes verdighet

Visse egenskaper hos sykepleier kan være med på å fremme pasientverdighet. Studiet til Nåden og Eriksson tar for seg de egenskaper pasienten ønsker seg hos sin sykepleier (2004). Samtlige pasienter vektla viktigheten av at verdiene respekt, ansvarlighet, rettferdighet og en moralsk holdning var integrert i sykepleiernes omsorg. Dette var verdier som bidro til å ivareta pasienters verdighet (ibid). Mairis' studie viste også at personlige verdier og standarder sto sentralt i opprettholdelsen av verdighet (1994). Holdninger og verdier tilegnes gjennom livserfaring (Mairis 1994), derfor er kanskje sykepleiers evne til å ivareta pasientenes verdighet avhengig av sykepleiers egen livserfaring. Samtidig vil pasientens livserfaringer ha innvirkning på hans eller hennes opplevelse av verdighet. Dermed vil et økt fokus på pasientens identitet, livserfaring og standarder kunne hjelpe sykepleier til å møte pasienten på en slik måte at verdigheten blir ivaretatt (ibid).

Videre burde sykepleier være komfortabel med å gi av seg selv uten å forlange noe i retur (Haddock 1996). For å kunne arbeide med hengivenhet og glede mener Eriksson at en bør føle seg kallet til omsorgsyrker (Kristoffersen 2011:244). Å bruke ordet kall kan fremstå som gammeldags og litt for sterkt, men jeg tror det kan være en fordel at de som jobber i omsorgsyrker gjør det ut av en genuin interesse og et ønske om å gjøre noe godt for andre. Jeg tror det kan være med på å forme kvaliteten på pleien en utøver. En av pasientene i Nåden og Erikssons studie uttrykker det slik:

*She (the nurse) stands by you and does a good job. She does not work just because she needs a job. She is very responsible, and has no negative thoughts and attitudes to us. That is a solid trait of character. Nurses ought to be that stable. These things are of utmost importance in nursing. (2004)*

Sykepleiere bør jobbe med seg selv i forhold til egen bevissthet og egne følelser, dette vil kunne bidra til at alle interaksjoner og intervensjoner er pasientfokuserte (Haddock 1996). I et hvert møte med pasienter bør sykepleier evne og se mennesket og ikke bare diagnose eller kroppsdel (Alsvåg 2010:67). En bør også evne og legge fra seg egne opplevelser og assosiasjoner. Det viktigste verktøyet man som sykepleier har for å ivareta og fremme verdighet er en selv (Haddock 1996). Dette har jeg selv erfart gjennom observasjon av andre sykepleiere og egne møter med pasienter. For meg fremstår det som viktig å tørre og bruke

seg selv i relasjonen med pasienten. Jeg tror dette kan bidra til at pasienten opplever meg som genuint interessert i dem som person og oppriktig opptatt av deres velvære.



## 6 Konklusjon

Problemstillingen for denne oppgaven er

*Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienters verdighet blir ivaretatt på somatisk sykehus?*

Å definere ordet verdighet er utfordrende ettersom det er en subjektiv opplevelse. Det er tilsynelatende noen felles faktorer som bidrar til at pasienten sitter igjen med en opplevelse av å ha blitt behandlet med verdighet. Respekt for kropp og rom, mulighet for selvbestemmelse, god kommunikasjon, samt gode holdninger og verdier hos sykepleier kan bidra til å skape en god relasjon og kan fremme pasientens verdighet. Utfordringen er at det tilsynelatende er lite nordisk forskning som tar for seg de friskere pasientenes opplevelse av verdighet. Det kunne vært interessant med mer forskning på dette området for å finne ut om det er de samme faktorene som bidrar til verdighet hos nordiske pasienter. Ettersom opplevelsen av at ens verdighet blir ivaretatt er personlig, er det viktig at sykepleiere behandler hver pasient som det unike individet det er. Ved ikke å ta ting for gitt, men heller spørre den enkelte pasient om personlige preferanser, ser det ut til at man kan være ett steg nærmere ivaretagelse av pasientens verdighet. Dette ser ut til å være god praksis, og det vil da kunne være et mål at denne praksisen blir integrert i sykepleieren allerede under studiet.

## 7 Litteraturliste

Alsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe AS.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

FN's general forsamling (1948). *Verdenserklæringen om menneskerettigheter*. Hentet 25.2.14 fra: <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2013). Litterautreview. I: Glasdam, S. *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område –indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Haddock, J. (1996). Towards further clarification of the concept dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (5) 924-931, doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02927.x>

Hall, E. og Graubæk, A.-M. (2010). Pasientologi – fra fortelling til grunnleggende verdier. I: Graubæk, A.-M. *Å være pasient. En innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe AS.

Hørmann, E. (2013). Litteratursøgning. I: Glasdam, S. *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område –indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Johannessen, K. I., Molven, O. og Roalkvam, S. (2007). *Godt Rett Rettferdig etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe AS.

Kirkevold, M. (2010). Den gamles integritet. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, A.-E. *Grunnleggende sykepleie. Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindström, U. Å., Lindholm, L. og Zetterlund, J. E. (2010). Katie Eriksson Theory of Caritative Caring. I: Alligood, M. R. og Tomey, A. M. *Nursing Theorists and their work*. 7. utg. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier

Mairis, E. D. (1994). Concept clarification in professional practice – dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (5) 947-953, Hentet fra Cinahl 17.2.14:

Matiti, M. R. og Trorey, G. M. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (20) 2709-2717, doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x>

NOU 2009:1. *Individ og integritet, personvern i det digitale samfunn*. Oslo: Personvernkommissjonen. Hentet 14.2.14 fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2143156/PDFS/NOU200920090001000DDDPDFS.pdf>

- NSF (2011) *Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nåden, D. og Eriksson, K. (2004). Values and moral attitudes in nursing care, understanding the patient perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 6 (1) 4-17.
- Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schaefer, K. M. (2010). Myra Estrine Levine The Conservation Model. I: Alligood, M. R. og Tomey, A. M. *Nursing Theorists and their work*. 7. utg. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier
- Slettebø, Å (2010). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og Etikk*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Støren, I. (2013). *Bare Søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap Kunnskap og Praksis innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Universitet i Oslo og Språkrådet (2010). *Bokmålsordboka*. Hentet 12.2.14: <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=verdighet&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>
- Webster, C. og Bryan, K. (2009). Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (12) 1784-1792, doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02674.x>
- Whitehead, J. og Wheeler, H. (2008). Patients' experience of privacy and dignity. Part 2: an empirical study. *British Journal of Nursing*, 17 (7) 458-464. Hentet fra Cinahl 12.2.14