

Fagartikkel

Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død

Den grunnleggjande pleien gir menneskeleg kontakt, ei opning til omverda, nokre gongar den einaste.

Forfattar

Ingunn Elstad
Professor emerita
Universitetet i Tromsø, Noregs arktiske universitet

Sjukepleie

Grunnleggjande sjukepleie

Kompetanse

Sykepleien 2019 107(74511)(e-74511)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.74511>

Hovedbudskap

Grunnleggjande sjukepleie er avgjerande ved alvorleg sjukdom: for overleving, tryggleik og menneskeleg kontakt. Men han har aldri gitt seg sjølv. Grunnleggjande sjukepleie krev kyndig sjukepleiepersonale døgnet rundt og er svært arbeidskrevjande og kostbar. Derfor er den under sterkt press i den globale omstruktureringa av helsetenestene.

Dei siste åra har det dukka opp nye diskusjonar om kva sjukepleie er. I essayet «Når sykepleie redder liv» skriv Finn Nortvedt om då han låg dødssjuk på sjukehus:

«Det var gjennom den grunnleggende sykepleien, det kroppslige stellet, mobilisering og leiring i senga at jeg opplevde sykepleiens betydning på kropp og sjel. Det å bli berørt og tatt på i en slik situasjon av kyndige, faste og gode hender var det som forankra og holdt meg fast til livet [...]» (1)

Han fortel om ei natt på intensiven då sjukepleiaren var kontinuerleg til stades og tilgjengeleg. Det forstyrra han ikkje; han slappa av gjennom natta:

«Et lite vink eller bevegelse fra min side så var hun der, forhørte seg, la meg til rette i nye leier, rettet på hodeputen og uten at jeg behøvde å bruke unødvendig energi selv.»

Dette er både ei personleg sjukehistorie og ein analyse av sjukepleie på individnivå, frå ein erfaren sjukepleiar og forskar. Det var på spesialavdeling. Men er det vanleg at alvorleg sjuke menneske får slik merksemd og kontinuitet, for eksempel på vanleg sengepost?

Ikkje nødvendigvis. Går vi frå individet til organisasjonen, finn vi i Davina Allen sin studie frå britiske sjukehus «The Invisible Work of Nurses» frå 2014 at opp mot 70 prosent av det arbeidet sjukepleiarar utfører, ikkje er pasientnært (2). Det er sikkert ikkje annleis i spesialisthelsetenesta i Noreg.

Artikkelen «Hva er sykepleie?» av Ragnhild Hellesø, Lill Sverresdatter Larsen, Aud Obstfelder og Nina Olsvold bygger på denne studien (3). På sosiologisk grunnlag tar dei til orde for ei ny forståing av faget, for ikkje å seie eit nytt sjukepleiefag, der sjukepleien til den enkelte blir mindre viktig. Forfattarane går inn for at dei organisatoriske og koordinerande funksjonane blir anerkjende som sentrale og får større plass i utdanninga.

Koordinering og logistikk

I dag går sjukepleiekompetansen inn i logistikkarbeidet i helseføretaka. Opp mot tidsfristane i pasientgjennomstrøyminga – pasienten må ut i dag, andre ventar – kan sjukepleiarane bidra til individuelle vurderingar og justeringar. Det organisatoriske er ikkje usynleg. Det dannar ein tett vev av helsepolitiske vedtak og mål frå topp til botn.

Men sjukepleien er av prinsipp usynleg, systemet er «profesjonsnøytralt». Målsetjingane dannar offentlege «føringer» for retning og omgrep i forskning og undervisning. Bacheloroppgåver i sjukepleie innleier med å referere offentlege dokument om kostnader, forløp, kortare liggetid og samhandling. Då vi var små, sa vi at ei sjukesøster er ei dame som stikk folk med sprøyter.

Eg tenkte at for å forstå sjukepleie er det ikkje nok å sjå på kva sjukepleiarar gjer. Ein må sjå på dei *dei ser på*, personar som treng sjukepleie fordi dei er sjuke, skrøpelege og i krise. Det spørst om det stemmer. Det kan jo hende at sjukepleiaren blir sittande med headset og sjå i skjermen størsteparten av arbeidstida, som alle oss andre.



«Då vi var små, sa vi at ei sjukesøster er ei dame som stikk folk med sprøyter.»

Argumentasjonsforma til Hellesø og medarbeidarar blir i moralfilosofien kalla ei naturalistisk feilslutning: «Fordi det er slik, bør det også vere slik.» Det er ikkje sikkert at forskyvinga bort frå pasientoppgåver er ei naturleg utvikling. Helsetenesteaksjonen meiner at det dreier seg om politiske val. Sjukepleiefaget kan kanskje ha eigne, kritiske perspektiv.

Grunnleggjande for pasienten

Sjukepleien som Nortvedt meiner reddar liv, er grunnleggjande for pasienten. Det er dette som skal til for at alvorleg sjuke skal kunne leve gjennom døgnet og frå dag til dag: å ha menneskeleg kontakt, få stelt seg, få seg mat og drikke, få hjelp med vasslating og avføring, å komme seg opp, få variasjon, få ro og eit godt leie – alt dette på ein måte som førebygger forverringar og komplikasjonar (som infeksjonar og trykksår), og som fremmar livsmot, tilfriskning og fred (4).

Det er vanskeleg å avgrense grunnleggjande sjukepleie, som ikkje berre varierer historisk, geografisk, kulturelt og mellom organisasjonane, men frå pasient til pasient og med tilstanden og utviklinga (5). Kyndig grunnleggjande sjukepleie krev innsikt i samspelet mellom den enkelte, det nære livsmiljøet og andre menneske, og skal kunne legge til rette for den menneskelege økologien (6).

Grunnleggjande sjukepleie (alminneleg sjukepleie, generell sjukepleie) var lenge rett og slett sjukepleie, definert i lærebøker iallfall frå 1600-talet, og forklart og grunnlagt sidan Florence Nightingale (7). Mykje av denne tradisjonen er avleggs, mykje nytt er komme til, og noko gammalt får ny aktualitet, for eksempel når det gjeld hygiene, men grunntrekka i sjukepleien lar seg kjenne att.

Spesialsjukepleien bygger på den grunnleggjande, for eksempel når leiringa i operasjonssjukepleien bygger på kunnskapen om komplikasjonar ved sengeleie, eller når grunnleggjande sjukepleie blir utført under avansert behandling, slik Finn Nortvedt skriv:

«Og det var nettopp hvordan intensivsykepleierne håndterte dette i et høyteknologisk miljø, hvor fokuset også måtte holdes på avansert overvåkning og medisinerings, som var avgjørende for min overlevelse [...]»



«Grunnleggjande sjukepleie kan tene alle i løpet av livet og inn i døden, på tvers av medisinske tilstandar og organisasjonar.»

Grunnleggjande pleie av sjuke er utført til alle tider, godt og dårleg, i alle variantar, og er i prinsippet ikkje avgrensa til dei som kan behandlast, dei som er aktuelle for rehabilitering, som samarbeider eller kan kommunisere med språk.

Grunnleggjande sjukepleie kan tene alle i løpet av livet og inn i døden, på tvers av medisinske tilstandar og organisasjonar (8). Men han har aldri gitt seg sjølv. Grunnleggjande sjukepleie krev kyndig sjukepleiepersonale døgnet rundt og er svært arbeidskrevjande og kostbar. Derfor er den under sterkt press i den globale omstruktureringa av helsetenestene.

Sjukepleieskandale

Det var bakgrunnen for skandalen i det britiske samfunnet då helseføretaket Mid Staffordshire National Health Service Trust vart sett under gransking i 2009. Det begynte med varslingar og kritikk. Pasientar og pårørende kravde offentleg gransking. Det vart kjent at dødsratane var uvanleg høge (9). Mortaliteten i akuttomsorga i åra 2005–2009 var mellom 27 og 45 prosent høgare enn venta (10). Pasientar, pårørende og tilsette på alle nivå fekk uttale seg på høyringar. Dette vart samanfatta:

Pasientar vart liggjande i lange periodar med avføring i senga. Pasientar som ikkje kunne ete utan hjelp, fekk ikkje assistanse. Vatn var plassert slik at pasientane ikkje nådde det. Pasientar fekk ikkje hjelp til å komme på toalettet. Avdelingane og toaletta var skitne. Det vart ikkje tatt omsyn til privatliv og verdigheit, heller ikkje i døden. Vurdering (triage) i akuttmottak vart gjort av ufaglærte.

Mange pasientar og pårørande opplevde å bli møtt på ein avvisande måte (10). Pårørande fortalde korleis dei leita forgjeves for å finne sjukepleiepersonale som kunne gi smertelindring. Pasientar som hadde bede om bekken, vart liggjande fortvila og vente til det var for seint. Svikten var størst i sjukepleien til eldre som var uklåre (9). Robert Francis konkluderte i rapporten med at det først og fremst handla om dårleg sjukepleie (9):

«Det kan verke overraskande at det overveldande fleirtalet av klagar undersøkinga avslører, ikkje handlar om medisinske forsømmingar eller feil som har ført til skade eller død – sjølv om rapporten inneheld eksempel på det også – men om alvorlege avvik frå standarden i grunnleggjande omsorg som einkvar pasient har rett til å forvente.» (9, s. 414)

Sjukepleie på liv og død

Erfaringane frå Stafford var ekstreme, men dei lærer oss at den grunnleggjande sjukepleien gjeld liv og død. Som Nightingale sa er det ikkje snakk om ein luksus ein kan unne seg når det passar, det er ikkje eit ansvar eventuelle pårørande kan ta medan fagfolka konsentrerer seg om behandlinga og logistikken. Francis siterte Nightingale: «Det kan verke merkeleg å måtte seie det, men det første kravet til eit sjukehus er at det ikkje skal skade dei sjuke» (9, s. 395).

Føretaksleiinga vart kritisert fordi prioriteringane var drivne av målstyring, slik at tala hadde førsteprioritet, ikkje pasientane (9, 10). Avdelingar var slått saman for å redusere kostnadane.

Sjukepleiebemanninga, som frå før var kritisk låg, vart skoren ytterlegare ned, slik at ufaglærte assistentar utgjorde fleirtalet av sjukepleiepersonalet, og dei var også altfor få (9). Assistentane vart ikkje registrerte, og det var ingen krav til opplæring. Det hadde sett seg ein fryktkultur som godtok låg standard (10).

Arbeide smart

Debatten etterpå tok opp spørsmål om det var tilstrekkeleg personale, om dei hadde tilstrekkeleg sjukepleiefagleg kompetanse, og om kompetansen vart trekt ut til andre oppgåver enn sjukepleie. Peter Carter, leiar av det britiske sjukepleiarforbundet, sa at dei autoriserte sjukepleiarane var mykje opptatt med registreringsarbeid, og at dei ufaglærte i aukande grad skulle utføre «basic tasks like washing and feeding», kateterisering og mobilisering av pasientane, og plukke opp kompetansen etter kvart (11).

Det var jo ikkje spesielt for Storbritannia; det same er gjort over store delar av verda, ut frå slagord om «å arbeide smart» (12). Det vart også hevda at sjukepleien vart fragmentert fordi grunnleggjande pleie var skild ut. Når mat og drikke var sett ut til kontraktørar, kunne sjukepleiarar tenke at ernæring og væske ikkje var deira ansvar (13).



«Sjukepleieforsking har vist utbreidde problem i grunnleggjande sjukepleie i store delar av verda.»

I Storbritannia, som i Noreg, har ein hatt ei gruppe sjukepleiepersonale med to års utdanning og god kompetanse, men dei vart erstatta av ufaglærte eller nesten ufaglærte. Samtidig er det færre sengeplassar, slik at alle delar av helsetenesta har svært sjuke pasientar.

Sjukepleieforsking har vist utbreidde problem i grunnleggjande sjukepleie i store delar av verda, om ikkje i ein slik skala (14). Samanhengen mellom sjukepleiarbemanning og kvalitet og tryggleik for pasientane har vore dokumentert i store undersøkingar (15, 16).

Også på norske sjukehus rapporterte ein stor del av sjukepleiarane om ugjorde oppgåver på grunn av tidspress, som munnstell, overvaking av pasienten, hyppig skifte av leie, hudpleie, trøyst og samtale med pasienten (17).

Oppgåvehierarki?

Sjukepleieforskarane Rebecca Feo og Alison Kitson går nærare inn på den grunnleggjande sjukepleien. Dei meiner at ein av grunnane til at han blir nedprioritert, er at også sjukepleiarar oppfattar at det dreier seg om enkle oppgåver som krev lite kompetanse.

Både i utdanning og yrke ser ein for seg sjukepleieoppgåvene i eit hierarki, der ein begynner med enkle mekaniske rutinar og endar med krevjande oppgåver i behandling og logistikk øvst. Dei peiker også på at det er uklårt kven som skal utføre den grunnleggjande sjukepleien (18).

Dominerande kulturar i samfunnet kan også fremme nedvurdering av grunnleggjande sjukepleie. Det dreier seg om tungt manuelt arbeid, og er det ikkje det vi skal bort frå? Grunnleggjande sjukepleie er ikkje høgteknologisk, men lågteknologisk, altså kompetanse i å bruke enkle fleksible reiskapar som skeier og puter.

Det arbeidsomgrepet som ligg til grunn i grunnleggjande sjukepleie, er ikkje arbeid som produksjon. Det er eit mykje eldre omgrep, arbeid som teneste. Den alminnelege sjukepleien særleg i Nord-Europa er utvikla gjennom kvinnekompetanse, og uttrykker også for mange eit patriarkat som elles er avskaffa.

Observasjon av endringar

Men ingen kultur er einerådande. Ungdom går inn i sjukepleien nettopp fordi dei vil arbeide med menneske og ikkje kan tenke seg å bli sittande framfor ein skjerm.

Utanfrå blir den grunnleggjande sjukepleien ofte oppfatta som enkel fordi han er syklisk: Det same stellet, dei same måltida opp att. Men det er ei filosofisk innsikt at forandring – og stillstand – berre kan vise seg gjennom gjentakingar (19). Som Nightingale seier må sjukepleiaren lære kunsten å observere teikn på endringar som er undervegs (6). Suzanne Burns har eit eksempel frå intensivsjukepleie:

«When a nurse bathes a patient, the process allows for: a full skin assessment, evaluation of comfort, attention to the integrity and cleanliness of wounds and dressings, perineal care, positioning and mobilisation, and attention to airway clearance techniques such coughing, deep breathing and suctioning if necessary.» (12)

Denne kontinuerlege sjukepleieobservasjonen gjennom pleiearbeidet er nødvendig for å fange opp tidlege endringar, førebygge komplikasjonar og berge liv. Gjennom å skifte leiet hos pasienten, får sjukepleiaren litt betre tilgang til tilstanden hans og kva han treng. Det blir mogleg å vurdere huda samtidig, proaktivt, før teikn på trykksår viser seg, og sette inn tiltak straks (6).

Det krev fagkunnskap. Tidspresset kan komme til eit punkt der det effektivt hindrar merksemd og observasjon. Men grunnleggjande sjukepleie er i seg sjølv ikkje trivielt og gjentakande for sjukepleiepersonale som har lært å observere. Han kan vere så kompleks og kunnskapskrevjande som ein kan ønske.

Den nære framtida

Det er mange spørsmål. Er det realistisk å vente at folk med bachelorutdanning deltar i vasking av rygger og assistanse på toalettet? Kven skal sørge for kompetansen i pasientnært arbeid? Har vi nok helsefagarbeidarar, blir dei verande i yrket, og er utdanninga deira i tilstrekkeleg grad innretta på grunnleggjande sjukepleie? Bør hjelpepleiarane innførast på nytt? Bør vi satse meir på opplæring av dei ufaglærte? Skal robotane ta over?



«Er det realistisk å vente at folk med bachelorutdanning deltar i vasking av rygger og assistanse på toalettet?»

Eldreomsorga i det rike Noreg må te seg som ein ideell marknad for «velferdsteknologi». Kommunar investerer i kostbar høgteknologi for å spare menneskelege ressursar – det blir kalla «gevinstrealisering».

Som Kari Martinsen peikar på, har robotane ikkje skjønn (20). Dei kan heller ikkje observere. Men det viktigaste er at dei ikkje kan erstatte hendene som held oss fast til livet, som Nortvedt seier. Den grunnleggjande pleien gir menneskeleg kontakt, ei opning til omverda, nokre gongar den einaste.

Referansar

1. Nortvedt F. Når sykepleie redder liv. Sykepleien. 2014;12:44–9. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/fag/2014/10/nar-sykepleie-redder-liv> (nedlasta 18.12.2018).

2. Allen D. The Invisible Work of Nurses. Hospitals, Organisation and Health Care. London: Routledge; 2014.

3. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Osvold N. Hva er sykepleie? Sykepleien. 2016;103(8):64–6. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2016.58491](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58491).

4. Forskergruppen Liv og livsmot, Universitetet i Tromsø. Tilgjengeleg frå: https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/gruppe?p_document_id=446192 (nedlasta 17.12.2018).
5. Englebright J, Aldrich K, Taylor CR. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(1):50–7.
6. Elstad I. *Sjukepleietenking*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
7. Nightingale F. *Notes on nursing. What it is, and what it is not*. London: Dover; 1969.
8. Van Achtenberg T. Call for papers: Examination of basic nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2013;45(1):3–4.
9. Francis R, The House of Commons. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005 – March 2009. London: The Stationery Office; 2010. Tilgjengeleg frå: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279109/0375_i.pdf (nedlasta 17.12.2018).
10. Francis R, The House of Commons. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. Executive summary. London: The Stationery Office; 2013. Tilgjengeleg frå: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf (nedlasta 17.12.2018).
11. Peter Carter, RCN, til BBC News. 22.09.2011.

12. Burns SM. A return to the basics: 'Interventional Patient Hygiene'. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013;29(5):247–9.
13. Shakespeare J. Fragmentation of basic and nursing care may be to blame for unsafe wards. *British Medical Journal*. 2013;346. Tilgjengeleg frå: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1949> (nedlasta 17.12.2018).
14. Adamsen L, Tewes M. Discrepancy between patient's perspective, staff's documentation and reflection on basic nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2000;14(2):120–9.
15. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. RN4CAST Consortium (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50:143–53.
16. Zhu X, You L, Zheng J, Liu K, Fang J, Hou S, et al. Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: A multisite study in Chinese hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(3):266–73.
17. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *British Medical Journal*. 2014;23(2):126–35.
18. Feo R, Kitson A. Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;57:1–11.
19. Gadamer HG. *Truth and method*. London: Continuum; 2004.

20. Martinsen K. Fra diakonisse til robot. *Klinisk Sygepleje*. 2017;31(1):20–33.