

JCVU

Opgaveløser: 06408
Lone Hørmann
Opgavetype: A2
Studie: Suppl. i Sygepleje
Vejleder: Jeanette Ulriksen
Antal anslag: 18.984
Måned/ år: Januar 2007



Nærhed, afstand og integritet.



Indholdsfortegnelse

| | |
|-----------------------------|----|
| 1. Indledning..... | 1 |
| 2. Problemformulering | 3 |
| 3. Metode..... | 3 |
| 4. Teorifremstilling..... | 3 |
| 5. Analyse..... | 4 |
| 6. Diskussion | 6 |
| 7. Konklusion | 7 |
| 8. Perspektivering | 7 |
| 9. Referenceliste | 9 |
| 10. Bilagsfortegnelse | 10 |

1. Indledning

Jeg har beskæftiget mig med palliativ sygepleje i godt 6 år. I løbet af disse år har der i stigende omfang været fokus på sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø, herunder risikoen for at udvikle udbrændthed. Arbejdspladsvurderingen skal nu også omfatte det psykiske arbejdsmiljø (<http://www.at.dk/sw11067.asp#afs6>).

I mit daglige virke på hospice er det psykiske arbejdsmiljø vægtet højt. Blandt andet er der obligatorisk supervision for alt personale en gang om måneden, da det er meget svært at drage omsorg for døende og deres familier (Madsen, 2001, s. 62 ff.).

Som personale bliver vi i større eller mindre grad involverede i vores beboere. En gang i mellem tager det overhånd, hvilket eksempelvis kan vise sig ved, at sygeplejersken har overarbejde, fordi hun lige skal ordne noget hos beboeren - noget som måske kan vente eller overdrages til den næste vagt. Det sker, at sygeplejersken ringer ind på sin fridag for at høre, hvordan det går med beboeren, ligesom hun hjælper beboeren med praktiske ting i fritiden. Ofte vil der være meget klare instrukser for, hvad der skal tages hånd om. Intet overlades til tilfældighederne. Det kan i den enkelte situation være vanskeligt at vurdere, hvorvidt sygeplejersken er meget engageret eller overinvolveret.

Netop overinvolvering – eller overengagement – er beskrevet af Benner og Wrubel i ”Omsorgens betydning i sygepleje” (2001), som det, der sker, når der ikke er balance mellem nærhed og afstand. De skriver, at det medfører en overdreven trang til at kontrollere og dominere situationen. Dette medfører, at sygeplejersken risikerer at overse beboerens integritet, da grænserne mellem sygeplejerske og beboeren bliver slørede (Ibid., s. 405).

Dette beskrives også af Zoffman Knudsen (1997) i forhold til pseudoforståelse i samhørighedsrelationen mellem sygeplejerske og beboer (Ibid., s.129).

Da flere kolleger har peget på manglende balance som et problem, går jeg ud fra, at problemet har et omfang, som berettiger videre analyse.

Arbejdet med svage grupper – og dermed terminalt syge mennesker - er psykisk belastende i længden. Dermed er der en øget risiko for manglende balance, hvilket i dag er også anerkendt (http://www.aaa.dk/rcf/index.htm?http&&www.aaa.dk/rcf/artikler_04/artikel_ag2.htm).

Manglende balance vil formentlig oftere finde sted i et længerevarende forløb, da det er over tid, vi kommer tæt på beboeren og dermed i berøring med alt det, som påvirker os følelsesmæssigt. Det er denne udvikling af relationen, som Martinsen beskriver (Martinsen, 2006, s.

150 ff.). Da der kan være en sammenhæng mellem forløbets længde og manglende balance mellem nærhed og afstand, vil det være relevant at se på, hvad et længerevarende forløb er. Af Årsrapport 2005 for Hospice Søholm fremgår det, at der i 2005 var 83 indskrevne beboere på hospicepladser. Af disse var 30 indskrevet i mere end 28 dage. Den gennemsnitlige indlæggelsestid på hospicepladserne var 31,5 dage, mens medianen er 17 dage

(http://www.aarhuskommune.dk/files/aak/aak/content/filer/magistratens_3._afdeling/sundhed_omsorg/andre_tilbud/videncenter_hospice_soeholm/xrsrapport_2005_-_Hospice_Sxholm.pdf, s. 12).

Jeg vil derfor definere et længerevarende forløb som værende et, der er længere end 31,5 dage.

Det er min erfaring, at balanceproblemer optræder hyppigere i lange forløb. Det store antal lange forløb kan derfor tyde på reel risiko for ubalance i større eller mindre grad.

På hospice er der efter ønske fra personalet udarbejdet retningslinier, som beskriver den professionelle relation mellem sygeplejerske og beboer (bilag 1). Heraf fremgår, at formålet blandt andet er at sikre beboere og pårørende behandling, pleje og omsorg på et højt kvalificeret niveau. Dette tilstræbes gennem styrkelse af personalets ressourcer, så de kan fastholdes på arbejdspladsen uden at brænde ud. Dermed er der fokus på sygeplejerskens trivsel, hvorimod vi ikke tydeligt har undret os over, om og hvordan den manglende balance påvirker beboerens integritet.

Litteratursøgningen til denne opgave har givet samme resultat: Der er masser af litteratur om manglende balance mellem nærhed og afstands betydning for sygeplejersken, mens beboerne i bedste fald er nævnt i nogle få linier. Det har ikke været muligt at finde litteratur omhandlerende beboerens integritet i forbindelse med sygeplejerskers balanceproblemer. Jeg er derfor blevet yderligere interesseret i at se på emnet i et beboerperspektiv.

Jeg ser en risiko for at krænke beboerens integritet, hvis sygeplejersken ikke kan balancere mellem nærhed og afstand.

Integritet har at gøre med den enkeltes urørlighedszone og den aktuelle sårbare livssammenhæng, som sætter grænserne for, hvilke indgreb vi som sygeplejersker kan foretage i beboerens situation (Martinsen, 2006, s. 36). Integritet kan også defineres som sammenhængen mellem autonomi og sårbarhed, hvor stor sårbarhed medfører lav autonomi (Brinchmann, 2005, s. 82). Hvis vi ikke formår at balancere mellem nærhed og afstand, men bliver overinvolverede, risikerer vi at overse de grænser, som integriteten sætter for vores interventionsmuligheder. Da kan hjælpetiltagene blive påtrængende (Benner og Wrubel, 2001, s.405). Jeg

formoder derfor, at ubalancen kan medføre konsekvenser for beboerens integritet i dagligdagen. Det er dette emne, denne opgave vil beskæftige sig med.

2. Problemformulering

Ovenstående har ledt mig frem til følgende problemformulering:

Hvilken betydning har det for beboerens integritet, hvis sygeplejersken i det længerevarende terminale forløb ikke formår at balancere mellem nærhed og afstand?

3. Metode

Bearbejdningen af problemstillingen vil være en litteraturgennemgang, da jeg mener at kunne analysere problemformuleringen ud fra eksisterende viden.

Jeg vil med dele af Kari Martinsens ”Samtalen, skønnen og evidensen” (2006) søge at vise, hvordan balancen mellem nærhed og afstand påvirker beboerens integritet.

Jeg har valgt Kari Martinsen, fordi jeg mener, at hun med sin fænomenologiske tilgang til sygeplejen er meget anvendelig i den palliative indsats, hvor individuelt tilpassede tilbud er væsentlige og højt prioriterede. Ligeledes finder jeg hende relevant, fordi vi i hospiceregi ofte får en tæt relation til beboeren, hvilket beskrives i den valgte teori. Netop i relationen er nærhed og afstand nøglebegreber. Jeg forventer derfor at kunne bearbejde problemformuleringen ud fra ovenstående.

Jeg vil efterfølgende diskutere analysen, konkludere og om muligt perspektivere.

4. Teorifremstilling

Integritet har at gøre med det, som bør forblive urørt. Rører vi ved det urørlige, kan den andens integritet krænkes. Integriteten er tæt forbundet med det enkelte menneskes aktuelle sårbare livssammenhæng. Her ligger grænserne for, hvad vi kan gribe ind i, og hvordan vi kan gøre det. Integriteten rummer en appel om opmærksomhed som forudsætning for beskyttelse af det sårbare, dersom der skulle opstå behov herfor (Martinsen, 2006, s. 36).

Tillid mellem mennesker er en fundamental livsytring. Det betyder, at den altid er tilstede og ikke skal begrundes. Med tilliden følger en etisk fordring om at tage vare på den andens livsmuligheder (Ibid., s. 146).

I det første møde mellem beboeren og sygeplejersken må de begge vove sig frem for at blive imødekommet. Der er i mødet en gensidig men forbeholden tillid. De har da muligheden for

at tage vare på hinanden eller at nedbryde tillidsforholdet. Den forbeholdne tillid har som formål at beskytte det enkelte menneskes sårbarhed. Ved at vise den anden tillid vover vi os frem i udleverethed med en fordring om at blive taget vare på (Ibid., s. 151 ff.).

Forudsætningen for, at tilliden udvikler sig er, at den anden tager vare på tilliden. Først og fremmest må interessen, vi viser den anden, opleves som ægte. Såfremt interessen opleves uægte risikerer vi, at beboeren vil nære mistillid til os. Dette gør, at sygeplejersken må udvise sensitivitet i forhold til, hvad det er, beboeren har brug for fra hende. Dette indebærer også sensitivitet i forhold til, hvordan sygeplejersken skal hjælpe beboeren således, at det fortsat er på hans præmisser. Manglende sensitivitet vil kunne medføre omsorgens udartninger, som er paternalistisk eller sentimental omsorg, (Ibid., s. 152 ff.).

Paternalistisk omsorg indebærer, at sygeplejersken distancerer sig ved at indtage en formyndersk ekspertrolle, hvilket viser sig ved, at hun ved, hvad beboeren har brug for. Beboeren fratages dermed muligheden for selv at deltage i beslutningsprocesser, som vedrører hans egen situation herunder også den aktuelle sårbare livssituation. Den sentimentale omsorg er derimod kendetegnet ved, at det er sygeplejerskens følelser og behov, der er i fokus. Den bygger på et individualistisk menneskesyn hvor det vigtigste er det enkelte menneskes autonomi. Begge udartninger skyldes manglende sensitivitet fra sygeplejerskens side og da sygeplejersken i relationen er distanceret fra beboeren medfører det, at beboerens behov ikke er i centrum (Ibid., s. 153 ff.).

Forudsætningen for at opbygge et professionelt tillidsforhold til beboeren baseres på dels en autoritetsstruktur, hvor sygeplejersken har en faglig viden, som beboeren har brug for, dels en svag paternalisme, som er overordnet princippet om hans autonomi. Heri ligger, at sygeplejersken må indgå i relationen til beboeren med det mål at gavne ham mest muligt (Ibid., s. 154). For at kunne gavne beboeren mest muligt må sygeplejersken forsøge at sætte sig ind i hans situation og forestille sig hvordan han selv ville handle i situationen, hvis han kunne. Her må hun bruge sit faglige skøn for at opretholde balancen mellem nærhed og afstand og dermed undgå omsorgens udartninger. Hermed skaber sygeplejersken med sin faglige kompetence de rammer, som er forudsætningen for, at den uforbeholdne tillid kan vokse frem (Ibid., s. 155 ff.).

5. Analyse

Når et menneske kommer på hospice til livets afslutning, ligger der et kortere eller længere forløb bag. Den livstruende sygdom er blevet diagnosticeret og måske forsøgt behandlet.

Udgangspunktet for tiltagene har været forsøg på helbredelse eller forlænget levetid.

Indflytningen på hospice opleves af de fleste som definitiv; nu er der ikke flere muligheder for at overleve sygdommen. Perspektivet på den enkeltes livsmuligheder ændres markant fra den ene dag til den anden. Det vil derfor være rimeligt at formode, at beboerens livssituation er sårbar. Denne sårbarhed vil han beskytte i mødet med sygeplejersken ved at vise hende en forbeholden tillid. Det er vigtigt, at sygeplejersken tager vare på denne første forbeholdne tillid ved at vise en oprigtig interesse for beboeren og hans situation. Kun herved kan tilliden i relationen udvikle sig.

At tage vare på tilliden betyder, at sygeplejersken må være åben overfor og opmærksom på beboerens behov. Som tidligere skrevet indeholder integritet både sårbarhed og autonomi. Når hospicebeboeren er meget sårbar, vil hans grad af autonomi således være mindre. Dermed vil sygeplejersken kunne stå med mange opgaver, som hun skal varetage for beboeren.

Opgaverne vil variere fra let støtte til beslutninger til fuld hjælp til alt.

For at tage vare på sårbarheden i denne situation, må sygeplejersken bruge sin sensitivitet til at finde ud af, hvordan hun bedst hjælper beboeren. Hun må med sin fantasi forsøge at sætte sig ind i, hvad beboeren kan have af behov, hvis han ikke selv kan give udtryk for det, samt hvordan han ville gøre tingene, hvis han selv kunne. Beslutningerne må baseres på sygeplejerskens faglige skøn, da dette sikrer en faglig tilgang og dermed balancen mellem nærhed og afstand. Med denne tilgang respekteres beboerens ønsker. Herved kan sygeplejersken beskytte beboerens integritet, fordi hun kan opfylde hans behov samtidig med at hun beskytter hans sårbarhed og søger at styrke hans autonomi, når det er muligt.

Hvis afstanden mellem beboeren og sygeplejersken bliver for stor, vil plejeindsatsen være kendetegnet ved paternalistisk omsorg. I denne situation indtager sygeplejersken en ekspertrolle. Hun har en faglig viden, der sætter hende i stand til at vurdere, hvad beboeren har brug for set isoleret ud fra hans aktuelle sygdomssituation. Plejen bliver regelstyret og sygeplejersken dominerer og kontrollerer processen. Resultatet bliver, at sygeplejersken alene træffer alle beslutninger vedrørende beboerens sårbare livssituation uden at inddrage ham.

Dette medfører, at beboeren som menneske bliver væk. Sygeplejersken ser en terminal syg beboer og definerer ud fra hans sygdom og stadie, hvad han har behov for. Denne manglende involvering af beboeren medfører en risiko for, at han blive udsat for overgreb fra sygeplejerskens side. Tiltagene baseres på naturvidenskabelig viden og ikke på beboerens behov. Da der ikke bliver taget vare på og højde for beboerens sårbare livssituation, vil beboerens integritet kunne krænkes.

Er afstanden derimod for lille, vil sygeplejerskens omsorg blive sentimental. Hendes interesse for beboeren vil tage udgangspunkt i de følelser samværet med beboeren bringer op i hende. Dette kan medføre unndladelssynder, fordi sygeplejersken synes, det er synd for beboeren. Følgen heraf er, at relationen trods tilsyneladende nærhed er karakteriseret ved sygeplejerskens manglende faglighed og deraf følgende distance. Hermed ligger vejen åben for omsorgssvigt, fordi sygeplejersken ikke nænner at gøre det, som er nødvendigt. Heller ikke her tages der vare på beboerens integritet, da hans sårbarhed og autonomi ikke bliver inddraget i sygeplejerskens beslutningsgrundlag. I den sentimentale omsorg er beboerens autonomi overordnet, men da øget sårbarhed fører til lavere autonomi lades beboeren i stikken. Kun ved at medtænke både autonomi og sårbarhed kan sygeplejersken bevare beboerens integritet.

For at undgå de to ovenstående udartninger af omsorg må sygeplejersken påtage sig sit faglige ansvar og dermed erkende den svage paternalisme som værende overordnet beboerens autonomi. Herved bruger hun sin faglige skøn, så balancen mellem nærhed og afstand bevares.

6. Diskussion

Jeg finder, at metoden og den valgte teori har vist sig relevant til bearbejdning af problemformuleringen. For at uddybe vil jeg nu diskutere analysen i forhold til Vibeke Zoffman Knudsens ”Det relationelle forhold mellem patient og professionel” (1997).

Zoffman Knudsen peger på tre forskellige relationer mellem sygeplejerske og patient: Ekspertrelationen, samhørighedsrelationen og samarbejdsrelationen.

I ekspertrelationen indtager sygeplejersken en rolle i forhold til sygdommen, som er kendetegnet af et indgående kendskab til, hvad patientgruppen som helhed har af betingelser og vanskeligheder. Ekspertrollen tager udgangspunkt i det generelle for patientgruppen og ikke det, som er unikt for det enkelte menneske med en sygdom (Ibid., s. 124 ff.). Denne relation kan genkendes i den paternalistiske omsorg, hvor det netop handler om, at sygeplejersken ved, hvad patienten har brug for uden at involvere ham.

Samhørighedsrelationen er kendetegnet ved, at de fælles træk, sygeplejersken ser mellem patientens og sygeplejerskens egen situation, bliver omdrejningspunktet. Der er en risiko for at overvurdere mængden af lighedspunkter og pseudoforståelse ligesom forandringspotentialet i relationen bremses (Ibid., s. 127 ff.). Dette minder om den sentimentale omsorg, hvor sygeplejerskens egne oplevelser i situationen bliver styrende. Det bremsede forandringspotentialer kan forklare unndladelssynder. I begge situationer bliver mennesket væk.

I samarbejdsrelationen må sygeplejersken tage både sig selv og patienten alvorligt. Dette betyder ikke, at sygeplejersken skal tage hverken sin egen ekspertrolle eller patientens udsagn for højtideligt. Relationen er centreret om patienten og fokuserer på de ting, som patienten har det svært med. Det er altså ikke et mål at få kendskab til hele patientens situation (Ibid., s. 131 ff.). Denne relation kan sidestilles med den svage paternalisme, hvor det netop er sygeplejerskens faglige viden og skøn, der er styrende. Den væsentligste forskel er, at Zoffman Knudsen lægger vægt på, at vi skal prioritere indsatsen omkring det, som patienten har problemer med. Netop dette mener jeg uddyber Martinsens teori på et væsentligt område. Her bliver det tydeligt, hvordan vi kan bevare balancen mellem nærhed og afstand i den daglige praksis.

Dermed har den valgte teori vist sig at være anvendelig til bearbejdning af problemformuleringen. Den kan, som det fremgår af ovenstående, med fordel suppleres med yderligere teori for at lette implementeringen i praksis.

7. Konklusion

Manglende balance mellem nærhed og afstand medfører risiko for krænkelse af beboerens integritet.

Den sentimentale omsorg, som giver indtryk af nærhed, ydes af en sygeplejerske, der er optaget af sine egne følelser og ikke af beboerens behov. Dermed er hun distanceret fra beboeren og kan således krænke hans integritet.

Paternalistisk omsorg medfører distancering med baggrund i regler og normer. Da udgangspunktet ikke er det enkelte menneske, vil heller ikke denne omsorg kunne tilgodese beboerens integritet.

I relationer baseret på disse omsorgens udartninger vil den uforbeholdne tillid ikke kunne udvikle sig, da der ikke i tilstrækkelig grad bliver taget højde for den store sårbarhed og den lille autonomi og således heller ikke på integriteten.

Uanset om sygeplejerskens handlinger trods den bedste vilje baseres på unndladelssynder eller overgreb, bliver konsekvensen for beboeren, at hans integritet kan krænkes.

8. Perspektivering

For at beskytte beboerens integritet må sygeplejersken arbejde bevidst med balancen mellem nærhed og afstand gennem styrkelse af det faglig skøn, så sygeplejersken kan være en reflek-

teret praktiker. Herigennem kan hun involvere sig følelsesmæssigt samtidig med, at hun er opmærksom på, at enhver situation indebærer en risiko for at vippe over i omsorgens udartninger (Martinsen, 2006, 173 ff.).

Det faglige skøn udvikles gennem det daglig arbejde suppleret med eksempelvis kollegial sparring og supervision. Målet må være at plejen baseres på en samarbejdsrelation som den beskrives af Zoffman Knudsen (1997) således at beboeren selv har det overordnede ansvar for og ret til sit liv.

På sigt kunne det være interessant at undersøge, om organisatoriske strukturer påvirker risikoen for ubalance i afstanden mellem beboer og plejepersonale. Her har jeg eksempelvis tænkt om beslutningen om at kalde vores beboere for beboere og ikke patienter øger risikoen for sentimental omsorg og pseudoforståelse, fordi vi genkender os selv som beboere, eller om omsorgen bliver paternalistisk, fordi vi så kan holde følelserne på afstand.

En udløber af denne opgave kunne handle om sundhedsfremme i terminale forløb, da der kan være flere ressourcer i terminalt syge mennesker end vi forstår at drage nytte af i sundhedsvæsenet.

Jeg vil også gerne undersøge, om overinvolverings udgangspunkt er sentimental eller paternalistisk omsorg, for det er jeg i tvivl om efter denne opgave.

9. Referenceliste

Arbejdstilsynet. Internetdokument. <http://www.at.dk/sw11067.asp#afs6>

Benner, Patricia og Wrubel, Judith (2001). Omsorgens betydning i sygeplejen (1. udg.). København: Munksgaard.

Brinchmann, Berit Støre (2005). De fire prinsippers etikk. I Brinchmann, Berit Støre (Red.) Etikk i sykepleien (1. udg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hospice Søholm (2006). Vejledende retningslinier for personlig og privat involvering på Hospice Søholm. Upubliceret materiale. Hospice Søholm.

Hospice Søholm. Årsrapport 2005. Internetdokument.

http://www.aarhuskommune.dk/files/aak/aak/content/filer/magistratens_3._afdeling/sundhed_omsorg/andre_tilbud/videncenter_hospice_soeholm/xrsrapport_2005_-_Hospice_Sxholm.pdf

Knudsen, Vibeke Zoffman (1997). Det relationelle forhold mellem patient og professionel. I Elsass, Peter, Olesen, Finn og Henriksen, Søren (Red.) Kommunikation og forståelse. Århus: Philosophia.

Madsen, Lisbeth Due (2001). Overvejelser i mødet med det uheldeligt syge og døende menneske. I Madsen, Kirsten Halskov og Madsen, Lisbeth Due (Red.) Sygeplejen i den palliative indsats (1. udg.). København: Munksgaard.

Martinsen, Kari (2006). Samtalen, skønnen og evidensen (1. udg.). København: Gads Forlag.

Århus Amt. Internetdokument.

http://www.aaa.dk/rcf/index.htm?http&&www.aaa.dk/rcf/artikler_04/artikel_ag2.htm

10. Bilagsfortegnelse

Bilag 1 Vejledende retningslinier for personlig og privat involvering på Hospice Søholm s. 11

BILAG 1

Vejledende retningslinjer for personlig og privat involvering på Hospice Søholm.

Indledning:

Arbejdet med andre menneskers lidelse og sorg, påvirker i høj grad de professionelle hjælpere. At kunne se og rumme de ramtes sorg og lidelse, og at kunne blive ved med at være nærværende, støttende og omsorgsfuld, kræver at man som professionel evner at kunne balancere mellem nærhed og afstand.

Hvordan lærer vi at kunne: ”rumme sorgens fugle uden at de bygger rede i ens hår”?

Risikoen for at blive for involveret vil ofte være til stede, hvilket er belastende for den professionelle hjælper, og kan være medvirkende til at overblikket mistes og at evnen til at vurdere hvad beboeren og de pårørende er bedst tjent med forsvinder.

Oftentimes er man som professionel ikke selv klar over at man er for involveret, hvorfor det er af stor betydning, at have kolleger eller en ledelse, som kan være behjælpelig med at sætte fokus på dette.

Grunden til at vi har valgt at udarbejde vejledende retningslinjer for personlig og privat involvering, er for at sikre, at beboere og deres pårørende modtager palliativ behandling, pleje og omsorg på et højt kvalificeret niveau. Derudover at sikre, at personalet får den hjælp og støtte de har brug for, i situationer, hvor balancen mellem nærhed og afstand, adskillelsen fra det personlige og det private i samværet med BB og pårørende kan være vanskelig.

Formål:

At sikre at beboere og pårørende får palliativ behandling, pleje og omsorg på et højt kvalificeret niveau.

At sikre, at man som professionel hjælper lærer at balancere mellem nærhed og afstand i kontakten.

At sikre, at man som professionel hjælper modtager støtte og vejledning til at kunne håndtere balancen mellem nærhed og afstand og adskillelsen fra det personlige og private.

Mål:

At skabe opmærksomhed/forståelse for personlig/privat involvering. Hvornår kan det gå galt? At situationer hvor denne balance kan være svær, diskuteres åbent og respektfuldt i personalegruppen.

At turde reflektere over, hvad man som professionel hjælper selv har med sig i bagagen.

At de professionelle hjælpere har tryghed og tillid til at kunne hjælpe hinanden.

At kunne fastholde de professionelle hjælpere, så de kan blive ved med at brænde for arbejdet på Hospice, uden at de ”brænder ud”.

Beskrivelse af personlig/privat involvering:

Den professionelle hjælper vil konstant være i et lidelsesfuldt rum. Man udfordres på sin faglige personlighed, egne værdier, normer og etik. Medmenneskeligheden udfordres ift. at kunne bruge sig selv på en professionel og samtidig personlig måde, som ikke ender i overindvolvering og identifikation.

De professionelle hjælpere skal kunne reflektere over, prioritere og dokumentere sygeplejen på en professionel personlig måde i et felt hvor risikoen for at blive følelsesmæssigt påvirket af beboerens situation konstant er til stede. En risiko for at blive ”ramt og rystet”, hvilket kan betyde, at man som professionel selv bliver psykisk truet.

Faktorer der kan være belastende i dette arbejde er:

- At opleve faglig utryghed/usikkerhed.
- At være vidne til lidelse og sorg.
- At rumme nærværets udfordringer.
- At møde de komplekse familier og pårørende.
- At møde sig selv/sine egne tab, værdier, normer og vaner.
- At være i et krævende samarbejde.

Vejledende retningslinjer:

- ◆ At man som professionel hjælper modtager supervision med henblik på bla. at mestre situationer, hvor man er ”ramt eller rystet”.
- ◆ At man som den professionelle hjælper og ledelse ser og handler åbent og respektfuldt, hvis man oplever at nogle kolleger/medarbejdere er ”ramt og/eller rystet”, hvorfor man kan miste fodfæstet.
- ◆ At man som professionel hjælper anerkender at der kan være perioder i ens liv, hvor man ikke magter at give 100%, og at dette er accepteret af både ledelse og kolleger.
- ◆ At man som professionel hjælper skal være opmærksom på de signaler kroppen sender.
- ◆ At såfremt der indlægges venner/bekendte eller familie til ansatte på Hospice, skal der i hvert enkelt tilfælde drøftes, hvordan dette bedst håndteres, idet man som udgangspunkt ikke skal varetage plejen til venner/bekendte eller familie indlagt på Hospice.
- ◆ At såfremt man selv mister en ægtefælle/børn medens man er ansat på Hospice, skal der være samtale med ledelsen med henblik på, hvordan arbejdet bedst muligt kan genoptages. Der vil være mulighed for løbende samtaler med hospice psykolog med henblik på at adskille personlig/privat involvering.
- ◆ De professionelle hjælpere deltager ikke i beboernes begravelser.
- ◆ De professionelle hjælpere er ikke beboernes netværk eller venner, og besøger ikke udskrevne beboere privat. I tilfælde hvor vi inviteres skal dette drøftes med ledelsen.
- ◆ De professionelle hjælpere modtager ikke personlige gaver. Vi kan i stedet opfordre til at huset betænkes.
- ◆ Kærlighedsforhold mellem professionelle hjælpere og beboere bør ikke finde sted. Hvis situationen opstår, bedes den ansatte tale med ledelsen herom.
- ◆ Der udleveres ikke telefonnumre på professionelle hjælpere til beboere eller pårørende.
- ◆ Den professionelle hjælpers egen overbevisning i forhold til tro/religion/alternative behandlingsformer etc., må ikke på egen foranledning formidles til beboere/pårørende.

Godkendt i MED juni 2006.

Præsenteret for personalet juni 2006.