



Modell för omvårdnad

Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

Fastställd vid prefektens beslutsmöte 2015-01-29

Modell för omvårdnad

En modell för omvårdnad (Figur 1), används och utvecklas successivt vid institutionen för omvårdnad, Umeå universitet. Modellen kan ses som en struktur över betydelsefulla aspekter för omvårdnad. Den speglar olika nivåer, från samhällsnivå till individnivå. Modellen kan vara ett stöd i att systematisera och beskriva omvårdnad, i såväl teori, forskning som klinisk verksamhet. De olika aspekterna i modellen; **hälsa, samhälle, organisation, vårdfilosofi, etik, uppgift och relation, patient och närstående, vårdmiljö samt vårdare och vårdteam**¹ är nära relaterade till varandra och utgör en helhet men kan också studeras som enskilda aspekter på omvårdnad. Modellen har en öppen struktur och måste fyllas med olika typer av innehåll, t ex teorier som utvecklats för att beskriva, förstå och förklara specifika fenomen som vårdare ställs inför. Teorier kan ge underlag för hur vi kan hantera olika situationer och problem. Relevanta teorier för omvårdnad kan beröra allt från människan; hälsa, lidande, tröst och stöd; vårdmiljö och vårdrelationen; bemötande, kommunikation, egenvårdsstöd, beroende och makt, till teorier som berör omvårdnadens uppgifter såsom *patientsäkerhet*, tekniker, och procedurer.

Målet för omvårdnaden, är att förebygga sjukdom och ohälsa, förbättra och återställa **hälsa**, minska lidande, trösta samt skapa förutsättningar för en värdig död. Inom omvårdnad beskrivs ofta hälsa utifrån personens upplevelse av sin situation som därmed är avgörande för om hälsa eller ohälsa föreligger. Det hälsobringande eller salutogena synsättet fokuserar på vad som upprätthåller och främjar hälsa i stället för vad som orsakar sjukdom eller ohälsa. Enligt ett salutogent synsätt rör människan sig under livets fasor ständigt på ett kontinuum mellan de två polerna total ohälsa eller död respektive total hälsa och välbefinnande. En ytterligare dimension utöver hälsa och ohälsa är sjukdom och friskhet. Det är därmed möjligt att vara sjuk men ändå uppleva hälsa och välbefinnande, likaså kan man vara frisk men uppleva ohälsa och illabefinnande.

Omvårdnad sker alltid i ett sammanhang där såväl **samhällets** värderingar som politisk styrning påverkar den vårdfilosofi och etik som råder. Sammanhanget har betydelse för omvårdnadens inriktning, dess förutsättningar samt hur vården organiseras. I Sverige är det politiska målet att vården ska vara av god kvalitet, vara lättillgänglig och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. En god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen är ett annat mål för dagens hälso- och sjukvård. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde. Det innebär att omvårdnad ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt genomsyras av respekt för mänskliga rättigheter. Omvårdnad ska också anpassas till socioekonomiska förhållanden samt till kulturell och etnisk tillhörighet, ålder, genus och sexualitet. Eftersom samhällets resurser är begränsade krävs prioriteringar och den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges

¹ De olika aspekterna i modellen är markerade med **fetstil**. Sjuksköterskans sex kärnkompetenser är integrerade i modellen och *kursiverade* i texten.

företrädare till vården. Utmaningarna att nå samhälleliga mål ställer stora krav på såväl organisationsföreträdare som enskilda vårdare.

Att inom en vårdorganisation uttala en vårdfilosofi och en värdegrund kan underlätta för den enskilda vårdaren att utföra sitt arbete. **Vårdfilosofier** är delvis grundade i samhällets värderingar. Politiska och ekonomiska förutsättningar är också avgörande för vårdens **organisation** och prioritering. Den enskilde vårdaren har betydande ansvar att utifrån vårdfilosofiska antaganden stå upp för patientens bästa oberoende av klass, kön och etnicitet med särskilt beaktande på när patienten själv inte kan föra sin talan. Varje enskild vårdare har således stor betydelse och inflytande när det gäller att säkerställa god omvårdnad genom ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn på människan och hennes rättigheter. **Etik** finns med som en röd tråd genom alla aspekter i omvårdnadsmodellen. Etik är inte ett frivilligt åtagande för personer som arbetar i hälso- och sjukvård utan de är ålagda att följa flera grundläggande etiska principer. Godhetsprincipen innebär att vi ska göra gott och inte skada, autonomiprincipen att respektera individens vilja och fria rätt att fatta beslut om sin vård, och rättvisepincipen att omvårdnaden ska fördelas efter behov. Samhället anförtror de sjukaste och sköraste personerna till hälso- och sjukvårdspersonal och uppgiften är att bemöta, behandla och vårda på ett sätt som överensstämmer med vetenskap, beprövad erfarenhet och god etik. Etiska ställningstaganden görs ofta i vardagliga omvårdnadssituationer där värden som respekt och integritet står på spel. I mer dramatiska situationer kan etiska frågor ibland handla om liv och död.

Mötet mellan **patient och vårdare** utgör kärnan i omvårdnad där ett personcentrerat förhållningssätt är centralt. *Personcentrerad vård* är ett fundament i omvårdnaden. En person är mer än en patient, vilket innebär att patienten som person, dennes historia, hälsosyn, behov, vilja och förmåga samt levda kropp, utgör en viktig utgångspunkt för vårdandet. Kroppen har traditionellt varit ett viktigt fokus för vårdhandlingar inom omvårdnad och den medicinska disciplinen. Den är dock inte synonym med människan, och kroppen är inte ett objekt i omvårdnad. Den observerbara kroppen som studeras inom anatomi och fysiologi är inte heller densamma som den levda kroppen beskriven inom fenomenologin. Att förstå olika perspektiv (biologiska, psykologiska, sociala, existentiella) på kroppen är en förutsättning för att bedriva god omvårdnad. Ibland kan kroppen, dess funktioner och utseendet upplevas vara centralt för identiteten och våra sociala roller. I andra fall kan kroppen upplevas som ett hinder som vi kan behöva distansera oss ifrån för att upprätthålla vår identitet. Genom personcentrerad vård kan vårdpersonal förstå vilken mening patienter tillskriver sina kroppar och anpassa omvårdnaden därefter.

Vårdaren med sin specifika kompetens och värdegrund påverkar omvårdnadens innehåll. En sjuksköterska har ansvar över det egna kunskapsområdet omvårdnad. Yrkesutövandet innebär också att använda sin förmåga att integrera erfarenhetsbaserad och vetenskaplig kunskap samt *evidens*. Omvårdnadsprocessen

är ett viktigt verktyg för att systematiskt identifiera omvårdnadsproblem och behov samt planera, genomföra och utvärdera omvårdnad i olika situationer.

Omvårdanden består av två samverkande delar, **uppgift och relation**, som alltid är samtidigt närvarande och inte kan skiljas åt. Ibland behöver uppgiften prioriteras (t ex vid hjärt- och lungräddning) och ibland behöver relationen prioriteras (t ex i demensvård). Relationen mellan patient och vårdare kan framstå som oproblematisk, men är i själva verket komplicerad. Relationen påverkas av inre faktorer som t ex vem patienten och vårdaren är som person, men även yttre faktorer som t ex tid, situation och sammanhang. Relationen är alltid ömsesidig och beroende av de vårdande uppgifter som ska utföras. Definitionsmässigt är man som patient på ett eller annat sätt under vård eller står i relation till en vårdare och därmed är man också i en beroendeställning till den som ger vård. Beroendet kan upplevas positivt om det i vårdrelationen finns en ömsesidig respekt och tolerans. Upplevt negativt beroende kan leda till maktlöshet och rädsla för att inte få den vård man har rätt till. Innehållet i omvårdnad varierar beroende av sitt specifika sammanhang. Att tillgodose patienters grundläggande behov är centralt i all omvårdnad. Uppgiften i omvårdnadsmodellen handlar om de olika vårdhandlingar som kan bli aktuella i en given situation. Dessa uppgifter kan handla om allt från att hjälpa patienten med personlig hygien, att äta och dricka till att förebygga trycksår, lindra lidande och trösta. I sjuksköterskans ansvar ingår också att utföra behandlingar, övervaka kroppsliga funktioner och processer samt *informera* patienter och närstående.

Närstående, familj och vänner är ofta betydelsefulla för patienten och bör vara delaktiga i omvårdnaden. Närstående kan ses som en "förlängning" av personen med sjukdom eller ohälsa och därför utgöra en resurs, men de kan också själva behöva stöd. Det är alltid patienten som avgör vilka personer som utgör hans/hennes närmaste. I enlighet med familjecentrerad vård är närstående och patient en enhet eller ett system som inte bör åtskiljas. Att som närstående bli sedd som en egen person kan innebära att den närstående känner sig bekräftad, respekterad och erkänd som en betydelsefull aktör i vården. De närstående och patienten är experter på sina liv och bör respekteras för det.

Inte heller vårdaren är en ensam aktör, eftersom allt vårdande kräver *teamarbete* mellan olika professioner. **Vårdteam** har beskrivits utifrån grad av samarbete, mål och hierarkisk struktur mellan professionerna och om patient och närstående är delaktiga i teamet. I det multiprofessionella teamet arbetar deltagarna parallellt i en ofta hierarkisk struktur. I det interprofessionella teamet däremot interagerar medlemmarna i större utsträckning utifrån en mer demokratisk struktur. Det transprofessionella teamet omfattar interaktion mellan professionella, patienter och närstående som alla är likvärdiga medlemmar i teamet. Ett gott ledarskap en viktig förutsättning som möjliggör ett effektivt teamarbete. Ledarskapet är också viktigt för att möjliggöra *förbättringsarbete* samt för att understödja *säker vård*.

Såväl den inre som den yttre miljön, påverkar hälsan och har betydelse för omvårdnaden, dess innehåll, kvalitet och säkerhet. Den psykosociala **vårdmiljön** berör människors varande och görande, t ex integritetsfrämjande och trygghetsskapande vård. Den fysiska vårdmiljön berör t ex renlighet, ventilation, värme och ljus. Vårdmiljön reglerar och skapar beteenden, interaktioner och känslor samt förmedlar symboliska innebörder kring vården och dess kvalitet. Vårdmiljön kan främja eller motverka upplevelser av såväl identitet som hälsa genom sin utformning. Vårdklimatet är en helhetsupplevelse av miljön och skapas i interaktionen mellan den fysiska och psykosociala miljön.

Förslag till litteratur:

Antonovsky A. (1991) Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.

Benzein E., Hagberg M. & Saveman B-I. [red.] (2012) Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg K., & Segesten K. (2010). Hälsa och vårdande i teori och praxis. Stockholm: Natur och Kultur.

Edberg A-K., Ehrenberg A., Friberg F., Wallin L., Wijk H. & Öhlén J. [red.] (2013) Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson D. & Wijk H. (2014) Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I Edberg, A-K., & Wijk, H. [red.] Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur.

Ekman I. [red.] (2014) Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik. Stockholm: Liber.

Fransson Sellgren S. (2014) Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I Ehrenberg A. & Wallin L. [red.] Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling. Lund: Studentlitteratur.

Håkansson C. (2014) Kroppslighet och kroppslig omvårdnad. I Friberg F. & Öhlén J. [red.] Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur.

Leksell J. & Lepp J. (2013) Sjuksköterskans kärnkompetenser. Stockholm: Liber.

Medin J. & Alexanderson K. (2000) Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie. Studentlitteratur: Lund.

Merleau-Ponty M. (2000) Kroppens fenomenologi. Göteborg: Daidalos.

Myndigheten för vårdanalys (2013) Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - en extern utvärdering. Rapport 2012:5. Stockholm: Vårdanalys.

<http://www.vardanalys.se/PageFiles/226/2012-5-Patientcentrering-web.pdf>

Norberg A., Axelsson K., Hallberg I. R., Lundman B., Athlin E., Ekman SL., Engström B., Jansson L. & Kihlgren M. (1992) Omvårdnadens mosaik: en modell. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

SFS, Svensk författningssamling. Patientlag (2014:821). Stockholm: Regeringskansliet.

SKL, Sveriges kommuner och landsting (2007) (O)jämslällldhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

SSF, Svensk sjuksköterskeförening (2010) Om vårdmiljöns betydelse. Stockholm: SSF. <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Vardmiljons-betydelse/>

SSF, Svensk sjuksköterskeförening (2014) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: SSF. <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Ternstedt B-M. & Norberg A. (2014) Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I Friberg F. & Öhlén J. [red.] Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin L. & Bergbom I. (red). (2012) Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur.

Östlinder G., Söderberg S. & Öhlén J. (2009) Omvårdnad som akademiskt ämne. Rapport från arbetande konferens. Stockholm: SSF.

Vårdfilosofi och etik



Samhälle och organisation