

Dorothea Orem: Nursing Concepts of Practise

Hørdam skriver i forordet (Cavanagh 1999), at egenomsorgsteorien er en normativ teori, dvs. foreskrivende for såkaldt god praksis, og den anvendes til at påvise behovet for, samt planlægge af, den nødvendige sygepleje (Cavanagh, 1999, s. 11-12).

Dorothea Orem (DO) sygeplejeteori består af 3 delteorier: teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvigt og teorien om sygeplejesystemer. Tilsammen udgør disse bestanddelene i en generel teori om sygepleje, kaldet egenomsorgsteorien herhjemme (Kirkevold, 2000, s. 140).

Egenomsorg er gennemførelsen af de aktiviteter, som det enkelte menneske igangsætter og udfører på egne vegne for at opretholde liv, opretholde sund funktion, personlig udvikling og personligt velvære.

Det er en aktiv bestræbelse, som udføres på baggrund af overvejelser om, hvad der for den enkelte vil opretholde liv og sundhed samt fremme velvære. Disse aktiviteter vil det enkelte menneske frivilligt og intentionelt tage initiativ til. Dette er tillært og er påvirket af blandt andet alder, modenhed, kultur (Orem 1991, s. 117; Cavanagh, 1999, s. 20-21).

Værdigrundlaget for Orem's egenomsorgsteori

Orem har nogle antagelser om menneskets natur, som er forudsætningen for at forstå og anvende hendes teori.

Mennesket besidder potentiale til udvikling af de intellektuelle og praktiske evner og til at opretholde den motivation, der er nødvendigt for udøvelse af egenomsorg og omsorg for familiemedlemmer. Ansvar for at imødekomme egne egenomsorgskrav hviler derfor primært på det enkelte menneske. Det kan gøres ved at fremskaffe nødvendig viden og opøve færdigheder eller ved at bede andre om hjælp, det være sig familiemedlemmer eller eksempelvis plejepersonale.

Måden, hvorpå en person udøver egenomsorg, er kulturelt betinget og vil derfor være individuelt fra person til person. Der vil være forskellige fremgangsmåder til at dække de samme behov. Desuden vil det være forskelligt fra person til person, hvornår den enkelte har brug for hjælp til at opfylde sine egenomsorgskrav, og hvilke handlinger, der vil være passende.

Udøvelse af egenomsorg kræver bevidste og velovervejede handlinger på baggrund af det enkelte menneskes viden og færdigheder. Desuden er det forudsat, at mennesket erkender, hvornår han har brug for hjælp og de specifikke handlingsmuligheder, han råder over; det vil sige, at den enkelte skal være i stand til at vurdere betingelserne for egen sundhed, erkende hvornår han ikke selv kan imødekomme egenomsorgskravene og have evne til at træffe valg af hensigtsmæssig handling i forhold hertil. Mennesket kan endvidere vælge at tage eller ikke at tage initiativ til at udføre disse handlinger.

Udøvelse af egenomsorg vil udvikle sig til rutiner, idet det enkelte menneske vil udforske og udvikle muligheder for at imødekomme kendte egenomsorgskrav ved at afprøve forskellige løsningsmuligheder (Orem 1991, s. 69-70 + 131-134; Cavanagh, 1999, s. 21-22).

Orems teori om egenomsorg

Orem inddeler menneskets egenomsorgs krav i 3 typer: universelle egenomsorgs krav, udviklingsrelaterede krav og krav i forbindelse med sundhedsproblemer.

Begrebet krav beskriver her den aktivitet, det enkelte menneske skal udføre for at drage omsorg for sig selv.

Der er ifølge Orem otte *universelle egenomsorgs krav*:

1. Opretholdelsen af sufficient vejtrækning
2. Opretholdelsen af sufficient væskeindtagelse
3. Opretholdelsen af sufficient fødeindtagelse
4. Pleje forbundet med eliminationsprocesser og affaldsstoffer
5. Opretholdelsen af balance mellem aktivitet og hvile
6. Opretholdelsen af balance mellem at være alene og indgå i socialt samspil
7. Forebyggelse risici mod menneskets liv, funktion og velvære
8. Stimulering af menneskets funktion og udvikling i sociale grupper i overensstemmelse med menneskets potentiale, kendte menneskelige begrænsninger og menneskets ønske om at være normal.

Disse 8 behov kan ikke ses isoleret fra hinanden, idet de står i indbyrdes sammenhæng med hinanden. Det er essentielle opgaver, det enkelte menneske aktivt skal være i stand til at varetage for at udøve egenomsorg og dermed opretholde sin funktion som menneske. De har alle betydning for menneskets funktion og dækker over de essentielle fysiske, psykologiske, sociale og åndelige dimensioner i menneskets liv på ethvert udviklingstrin (Orem 1991, s. 121-130; Cavanagh, 1999, s. 22-24; [Kirkevold 2000](#), s. 140-141).

Udviklingsrelaterede egenomsorgs krav optræder under forskellige omstændigheder i løbet af menneskets udvikling fra undfangelse til død, og særlige betingelser er påkrævet for at fremme denne udvikling. De udviklingsrelaterede egenomsorgs krav kan enten være specielle udtryk for universelle egenomsorgs krav forbundet med det udviklingstrin, mennesket befinder sig på, eller nye krav betinget af særlige forhold, der påvirker menneskets udvikling.

De specifikke udviklingstrin omfatter ifølge Orem:

- fostertilværelsen og fødslen
- nyfødthedsperioden, uanset om barnet er født for tidligt eller på det forventede tidspunkt, og uanset om fødselsvægten er normal
- spædbarnsperioden
- udviklingsstadierne: barndom, ungdom og det tidlige voksenliv
- udviklingsstadierne i løbet af voksenlivet
- graviditet, såvel i barndom som voksenalder

Nye krav betinget af særlige forhold, der påvirker menneskets udvikling, vil medføre behov for egenomsorgsaktiviteter til forebyggelse af eventuelle virkninger af forhold, der kan hæmme menneskets udvikling og til at reducere eller overvinde eksisterende eller potentielle skadevirkninger af særlige forhold som:

- mangel på uddannelse
- problemer med social tilpasning
- tab af familie, venner eller bekendte
- tab af ejendom eller arbejde
- pludseligt forandrede livsbetingelser
- ændret social eller økonomisk status

- dårligt helbred, dårlige livsbetingelser eller invaliditet
 - terminal sygdom eller forventet død
 - miljømæssige risici
- (Orem 1991, s. 130-132; Kirkevold, 2000, s. 141; Cavanagh, 1999, s. 25-27).

Egenomsorgskrav i forbindelse med sundhedsproblemer

Disse behov forekommer, når et menneske er sygt, kommer til skade, bliver invalideret eller har bestemte sygdomme, defekter eller handicap og som er under medicinsk diagnose og behandling. Det enkelte menneske vil ifølge Orem under disse omstændigheder skulle imødekomme yderligere krav:

1. Opsøge og sikre passende medicinsk assistance i forbindelse med sygdom, skade og patologi.
2. Være bevidst om og reagere på virkningen og resultaterne af patologiske forhold eller tilstande, inklusive betydningen for menneskelig udvikling.
3. Effektivt udføre lægeligt ordinerede, diagnostiske, terapeutiske og rehabiliterende foranstaltninger.
4. Være bevidst om, behandler eller regulere ubehagelige eller skadende virkninger af ordineret medicinsk behandling, inklusive betydningen for menneskelig udvikling.
5. Modificere sin selvopfattelse ved at acceptere sig selv i en bestemt sundhedstilstand og/eller med behov for bestemte former for sundhedsmæssig omsorg.
6. Lære at leve med konsekvenserne af patologiske tilstande og virkningerne af medicinske, diagnostiske og behandlingsmæssige foranstaltninger inden for rammerne af en livsstil, som fremmer en fortsat personlig udvikling.

Varetagelsen af egenomsorgskravene i forbindelse med et sundhedsproblem indebærer at søge rådgivning og hjælp fra andre personer, der er kompetente til at give en sådan hjælp, hvis det enkelte menneske ikke selv er i stand til at tilgodese sine egenomsorgskrav (Orem 1991, s. 132-134; Kirkevold, 2000, s. 142; Cavanagh, 1999, s. 27-28).

Forebyggende sundhedspleje har en central placering i Orems teori. Varetagelsen af de universelle egenomsorgsbehov er primær forebyggelse. Sekundær forebyggelse er tidlig identifikation af og indgriben over for komplikationer i forbindelse med sygdom eller invaliditet. Tertiær forebyggelse forekommer i forbindelse med rehabilitering efter misdannelser eller invaliditet (Orem 1991, s. 194-197; Cavanagh 1999, s. 28).

Terapeutiske egenomsorgskrav er den samlede mængde og art af egenomsorg, som det enkelte menneske må udføre eller få andre til at udføre for sig for at imødekomme et menneskes universelle og udviklingsmæssige egenomsorgskrav og eventuelle krav i forbindelse med sundhedsproblemer (Orem 1991, s. 135-142; Kirkevold 2000, s. 142; Cavanagh 1999, s. 32).

Mennesket, der er i stand til at imødekomme egenomsorgskravene og dermed udøve egenomsorg, kan ifølge Orem:

- understøtte essentielle fysiske, psykologiske og sociale livsprocesser
- opretholde menneskelig struktur og funktion
- udvikle sine menneskelige potentialer optimalt
- forebygge sygdom eller skader

- behandle eller regulere sygdom med passende hjælp
- behandle eller regulere konsekvenser af sygdom med passende hjælp
(Cavanagh, 1999, s. 28).

Orems teori om egenomsorgssvigt

Det enkelte menneske kan opleve at komme i en situation, hvor han ikke kan honorere den samlede mængde krav, der stilles til ham. Han vil derfor få brug for hjælp til at imødekomme sine egenomsorgskrav. Hjælpen kan komme fra familie, venner og eller sygeplejemæssig intervention, og der er da tale om egenomsorgssvigt (Orem 1991, s. 70-71; Cavanagh 1999, s. 28-32).

Egenomsorgskapacitet

Orem anser det menneske, der udøver egenomsorg for sig selv for egenomsorgsudøver. Det enkelte menneskes evne til at imødekomme egne egenomsorgskrav kaldes for egenomsorgskapacitet. Egenomsorgskapacitet er en

kompleks, tillært evne til at imødekomme ens kontinuerlige krav til pleje, som regulerer livsprocesser, opretholder eller fremmer menneskelig, strukturel og funktionel integritet og menneskelig udvikling, samt fremmer velvære
(Kirkevold 2000, s. 143).

Den afhænger ifølge Orem af alder, sundhedstilstand, indlæring og uddannelse, livserfaring, kulturel påvirkning og ressourcer, også kaldet de betingende faktorer. Den udvikles dels spontant, dels ved hjælp af instruktion fra andre og er relativ stabil i voksenalder. Egenomsorgskapaciteten består dels af viden, motivation og intellektuelle færdigheder, som er nødvendige for at tolke egne egenomsorgskrav og planlægge, hvilke handlinger, der skal iværksættes for at imødekomme kravene, dels nogle praktiske færdigheder til at udføre handlingerne (Orem 1991, s. 175-176; Cavanagh 1999, s. 32-33; Kirkevold 2000, s. 143).

For at kunne drage egenomsorg, skal det enkelte menneske besidde følgende komponenter:

1. *"Evne til at opretholde og udøve nødvendig årvågenhed med hensyn til sig selv som en egenomsorgsudøver - og indre og ydre tilstande og væsentlige forhold for egenomsorg.*
2. *Kontrolleret anvendelse af den forhåndenværende fysiske energi, der er tilstrækkelig til igangsættelsen og fortsættelsen af egenomsorgshandlinger.*
3. *Evne til at beherske kroppens og kropsdelenes position under udførelsen af de bevægelser, der er nødvendige for iværksættelsen og fuldførelsen af egenomsorgshandlinger*
4. *Evne til at argumentere inden for en egenomsorgsreferenceramme.*
5. *Motivation, dvs. målorientering for egenomsorgshandlinger, der er i overensstemmelse med egenomsorgens væsen og dens betydning for liv, sundhed og velvære.*
6. *Evne til at træffe beslutninger om egenomsorg omsætte disse beslutninger til handling.*
7. *Evne til at indhente faglig viden om egenomsorg fra autoritative kilder og at fastholde og anvende denne viden.*
8. *Et repertoire af erkendelsesmæssige, forståelsesmæssige, manipulatoriske, kommunikative og interpersonelle færdigheder, der er tilpasset udførelse af egenomsorgshandlinger.*
9. *Evne til at sætte adskilte egenomsorgshandlinger eller handlingssystemer i relation*

- til både tidligere og efterfølgende handlinger, der er rettet mod at nå de endelige mål for egenomsorg.
10. *Evne til konsistent udførelse af egenomsorgshandlinger og til at integrere disse med de relevante aspekter af privatliv, familieliv og samfundsliv.*"
(Orem 1991, s. 154-156; Cavanagh 1999, s. 34-35).

Hvis en person evner alle disse komponenter, er der formentlig også overensstemmelse mellem egenomsorgskravene og egenomsorgskapaciteten.

Egenomsorgsbegrænsninger

Hvis et menneske derimod mangler en eller flere af disse komponenter, vil det føre til egenomsorgsbegrænsninger, som ifølge Orem er restriktioner, som påvirker egenomsorgsfunktionen. Egenomsorgsbegrænsninger kan inddeles i tre typer: begrænset viden, begrænset evne til at bedømme og træffe afgørelser, og begrænset evne til at udføre resultatfremkaldende handlinger (Orem 1991, s. 169-173; Kirkevold, 2000, s. 144).

Egenomsorgssvigt

Egenomsorgssvigt er, når der er ubalance mellem en persons egenomsorgskapacitet og vedkommendes terapeutiske egenomsorgskrav. Egenomsorgssvigten kan være fuldstændigt eller delvist.

Mennesker kan også drage omsorg for hinanden, eksempelvis når voksne evner at registrere egenomsorgskrav hos andre, det være sig børn, unge eller voksne med egenomsorgsbegrænsninger, og hjælper dem med helt eller delvist at imødekomme og tilgodese disses egenomsorgskrav – altså kompenserer de (Orem 1991, s. 175-176; Cavanagh 1999, s. 33).

Familie eller venner kan i visse situationer overtage ansvaret for personens egenomsorg, kaldet kompenserende omsorg, alternativt er sygepleje nødvendig. Forudsætningen for at plejepersonalet skal kunne identificere et egenomsorgssvigt er, at de kan vurdere, hvilke terapeutiske egenomsorgskrav, personen har, og derefter vurdere vedkommendes evne til at udføre de tilhørende egenomsorgshandlinger, altså egenomsorgskapacitet. Det er desuden vigtigt, at den ydede hjælp afpasses efter personens behov for hjælp (Orem 1991, s. 173-175; Kirkevold 2000, s. 143-144).

Orems teori om sygeplejesystemer

Teorien om sygeplejesystemer bygger på nogle forudsætninger om, hvad der iflg. DO kendetegner hjælpesituationer, herunder også sygeplejesituationer:

- Der skal i situationen være to personer; en, som har brug for hjælp, og en, der hjælper.
- Personen, der har brug for hjælp, har behov for hensigtsmæssig handling, men har selv begrænsede handlemuligheder.
- Hjælperen har registreret behovene og har evnen til at imødekomme dem.
- Hjælperens handlinger supplerer eller erstatter den hjælptrængendes egne handlinger og fremmer en situation, hvor den hjælptrængendes evne til at imødekomme egne behov styrkes (Orem 1991, s. 8; Kirkevold 2000, s. 144).

Begrebet *sygeplejekapacitet* er analogt med begrebet egenomsorgskapacitet, idet de begge kræver et sæt af menneskelige egenskaber og færdigheder, der er

nødvendige for at foretage specialiserede former for hensigtsmæssig handling. Forskellen er, at egenomsorgskapaciteten er rettet mod at hjælpe en selv, mens sygeplejekapaciteten er udviklet og udøves til andres fordel og velvære (Orem 1991, s. 225). Plejepersonalet skal bruge deres sygeplejekapacitet til at fremme udviklingen af patientens egenomsorgskapacitet og til at imødekomme patientens terapeutiske egenomsorgskrav (Orem 1991, s. 255-256; Kirkevold 2000, s. 144-145).

DO's tanker omkring sygeplejeprocessen

Ifølge Orem er sygepleje blandt andet handling, dvs. idéer skal omsættes til praksis. Dette, anbefaler hun, gøres ved hjælp af sygeplejeprocessen, som består af fire faser: vurdering, planlægning, udførelse og evaluering. Sygeplejeprocessen er en teknologi bestående af en social, en mellemmenneskelig samt en regulerende del (Orem 1991, s. 265-283; Cavanagh 1999, s. 37-43).

Orem har inddelt sygeplejens mange funktioner, som udføres for at hjælpe patienter i fem typer af hjælpemetoder: 1) at handle for eller udføre aktiviteter for en anden; 2) at vejlede en anden; 3) at støtte en anden fysisk eller psykisk; 4) at tilrettelægge et udviklende miljø samt 5) at undervise en anden (Orem 1991, s. 8-13; Kirkevold 2000, s. 145).

Sygeplejesystemer

De grundlæggende elementer i et sygeplejesystem er plejepersonalet, patienten eller en gruppe mennesker og samspillet imellem dem, inklusiv interaktionen med pårørende og venner, dvs. et sygeplejesystem er altså plejepersonalets og patientens handlinger og samspil i sygeplejesituationen. Orem fremhæver samtidig vigtigheden af plejepersonalets relation til patientens pårørende.

Sygeplejesystemer strukturerer sygeplejesituationen ved at fastlægge roller og rollerelationer for plejepersonalet og patienten, samt hvilke teknologiske elementer og dermed også hjælpemetoder, der skal indgå.

Orem deler sygeplejesystemer op i tre typer:

- Helt kompenserende sygeplejesystemer
- Delvist kompenserende sygeplejesystemer
- Støttende/undervisende sygeplejesystemer

Helt kompenserende sygeplejesystem benyttes i forhold til patienter, der ikke er i stand til at udføre egenomsorgshandlinger på eget initiativ, eller som mangler evnen til at foretage selvstændige og kontrollerede bevægelser. Det vil primært være hjælpemetoderne at gøre noget for en anden, vejlede, støtte og beskytte, som er relevant (Orem 1991, s. 289-291).

Delvist kompenserende sygeplejesystem benyttes, når patienten er i stand til at imødekomme nogle af sine egenomsorgskrav og derfor er mere aktivt involveret både i forhold til at vurdere, træffe beslutninger og udførelse af handlinger. Alle fem hjælpemetoder kan benyttes (Orem 1991, s. 291).

Det støttende/undervisende sygeplejesystem er aktuelt, når patienten kan udføre eller skal lære at udføre terapeutisk egenomsorg, men har brug for noget hjælp. Dette behov vil hænge sammen med det at træffe beslutninger, lære ny viden og færdigheder og kontrollere adfærd. Hjælpemetoderne vil derfor være at støtte, vejlede, sørge for et udviklende miljø og undervisning (Orem 1991, s. 291).

En patient kan have behov for alle tre sygeplejesystemer på forskellige tidspunkter i et sygdomsforløb. Sygeplejesystemerne er dynamiske og kan også overlappe hinanden. Plejepersonalet skal med jævne mellemrum evaluere den udførte pleje og dermed valg af sygeplejesystem og hjælpemetoder (Orem 1991, s. 194-198; Cavanagh 1999, s. 43-47; Kirkevold 2000, s. 145-147).

Etik og moral

K.E. Løgstrup

Centralt i Løgstrups filosofi (Løgstrup 1991) er de spontane livsytringer - barmhjertighed, tillid, tilgivelse, håb, kærlighed, talens åbenhed osv. De suveræne livsytringer sikrer det gode liv mellem mennesker. Idet de er spontane og opstår i situationen kan de aldrig gøres til genstand for vurdering, i modsætning til moralske værdier, som vi er bevidste om. Udebliver de spontane livsytringer træder den etiske fordring frem (f.eks.: Handl mod andre, som du ønsker, de skal handle mod dig), som motiver for vore handlinger.

De suveræne livsytringer er en umiddelbar, spontan reaktion på en situation, og er "etiske ved vejs ende".

Mennesker har normalt en naturlig tillid til hinanden. Der skal særlige omstændigheder til, for at vi på forhånd møder andre med mistillid. Angiveri skal først have kvalt den naturlige tillid, vi umiddelbart viser hinanden. Vi tror den fremmedes ord, og skal først gribe ham i at lyve før mistillid opstår. Det hører til det at være menneske, at have tillid til hinanden. Vort liv ville blive forkrøblet, hvis vi på forhånd tiltroede den anden at lyve eller stjæle. At vise tillid betyder at udlevere sig selv. Derfor reagerer vi voldsomt, hvis tilliden misbruges. At den anden ikke tager imod den viste tillid - at den lader ham kold, er værre end den forlegenhed eller fare som misbruget af tilliden betyder. De opståede konflikter, dette medfører, beror på, at sind og verdener støder sammen. Når forventningen om, at den anden tager imod den viste tillid brydes, opstår følelsen af at have blottet sig. Man vover sig frem for at blive imødekommet, men bliver det ikke. Det giver en konflikt af emotionel¹¹ karakter, hvorfor vi vil forsøge at opfinde en uret imod os selv, uden at den nødvendigvis er begået. Vi forsøger ad den vej at skjule vor skuffelse over ikke at blive imødekommet. I al kommunikation ligger der en selvudlevering. Kortsluttes kommunikationen i en konflikt, slår det ud i gnister, fordi situationen er emotionel og blottelsen for enhver pris søges skjult. Dette kalder Løgstrup også fornærmethed. Fornærmethed er den billigste form for vellyst ved smerte, fordi smerten er imaginær¹². Man fremkommer med urimelige beskyldninger for at aflede ens egen og andres opmærksomhed på, at man er emotionel berørt.

¹¹ Følelsesmæssig

¹² Indbildt

