



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4AVS304

Therese Cecilie Olsen og Halvor Dreier
Veileder Jan Stensland Holte

Finnes det en balanse mellom autonomi og
paternalisme?

Is there a balance between autonomy and
paternalism?

Bachelor i sykepleie kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Han Peder og drømmen

*På pensjonistheimen `Sjælens Hvile`
der ligg han Peder i senga si.
Han e i godlag og ligg og smile,
førr han har drømt så førlevelig
- at fire jente har dansa naken,
og det va skute med slanke skrog,
og ei va titto-tattovert på baken
i rødt og kvitt liksom Dannebrog.*

*Ja, den velsignade middagsluren
som romme drømme som ingen ser,
Og som e fritatt ifrå sensuren
som praktiseres på huset her.
En gammel seglar med sløve sansa
Kan ankre opp ved si palmestrand,
der smellvakre jente med blomsterkransa
byr opp til dans når han trør i land.*

*Så e det andakt, og han blir henta
til dagligstua og leidd til bords.
Men kem ho var, ho der danske jenta
blir førr han Peder et tankekors.
Og under fadervår skjer skandalen;
då ser han ho som var tatovert!
Og d`e den yngste av personalet
som no får bakenden kontrollert.*

*Det blir rabalder blant de som e der
så ingen anse at preseten ber.
Det hagle fy-rop imot han Peder,
som fatte lite av det som skjer.
Han sett å høre på hylekoret
og undres på ka som foregår,
men Jordmor-Anna ved nattbordet
får tak i krokstaven sin og slår.*

*På nr. 4 i sin etage
innunder dyna i senga si,
der ligg han Peder med stor bandasje
og synes livet e vanskelig.
Han ligg og kjenne på skallebanken
og lure på kem som slo han ned.
Men verk og valium sløve tanken,
og så kjem drømmen og tar han med.*

*Og fire ungjente danse naken
på kvite strender med palmeskog,
og der e ei med et flagg på baken
i rødt og kvitt liksom Dannebrog.
Førr om et kasus senil dement
e blitt drømmeseglar på livets hav,
så blir nok minnan om vakre jente
de aller siste som mønstre av.*

(Jakobsen. 2007, sitat fra H. Stagnes)

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Førforståelse og begrunnelse for valg av oppgaven.....	5
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	5
1.4 Oppgavens disposisjon.....	6
2.0 METODE	7
2.1 Valg og presentasjon av litteratur.....	7
2.2 Kildekritikk	9
2.3 Anonymisering	9
3.0 TEORIDEL	11
3.1 Hva er demens?.....	11
3.2 Autonomi – retten til selvbestemmelse	12
3.2.1 Samtykkekompetanse.....	14
3.3 Paternalisme	15
3.3.1 Tvang.....	16
3.4 Stellet – muligheten for å krenke	17
4.0 KARI MARTINSENS OMSORGSFILOSOFI:.....	19
5.0 DRØFTING.....	23
5.1 Muligheter og farer ved å bruke autonomi.....	23
5.2 Muligheter og farer ved å bruke paternalisme	25
5.3 Å finne balansepunktet.....	28
6.0 KONKLUSJON	31

1.0 INNLEDNING

Vi har valgt å ta med diktet ”Han Peder og drømmen” skrevet av Stagnes (Jakobsen, 2007, sitat fra H. Stagnes). Vi valgte dette diktet siden det viser hvordan personer med demens kan oppleve verden rundt seg så annerledes fra det vi opplever. Dette er noe av det som kan skape problemer i demensomsorgen, som krever at sykepleierne og helsearbeiderne har en viss kompetanse for å forstå hvilken verden pasientene kan leve i.

De fleste eldre som lider av en alvorlig grad av demens er innlagt i vanlige sykehjem og tvangstiltak mot personer med demens skjer som oftest i sykehjem (Snoek & Engedal, 2008). I dag lider om lag 70 000 personer av demens i Norge (Folkehelseinstituttet, 2010). I 2050 ventes antallet å stige til hele 160 000, dersom dagens utvikling fortsetter (ibid). De fleste tilfeller av demens oppstår etter fylte 65 år. Vi regner med at 1 prosent i aldersgruppen 65-69 år lider av demens, 18 prosent i aldersgruppen 80-84 år og hele 40 prosent i aldersgruppen 90 år og eldre (Ibid).

I 2007 dokumenterte forsker Geir Selbæk at 80 prosent av pasientene i sykehjem lider av demens, av disse har nær 40 prosent alvorlige atferdsmessige eller psykiatriske symptomer (Sykepleien, 2010). I en annen undersøkelse om tvangstiltak ovenfor eldre i sykehjem og hjemmebaserte omsorgstjenester, hadde 76,5 % av de eldre demens (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård, 2002).

I alt hadde hele 69 % av beboerne i registreringsperioden vært utsatt for forhold som begrenset deres rettigheter og indikerte at kvaliteten på den pleien og omsorgen som var gitt, ikke var i samsvar med kvalitetskravene for pleie og omsorg som er nedfelt i loven (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård, 2002, s.7).

Det ble registrert at tvangstiltak ovenfor eldre ble utført hos hele 36 %, og hele 31% av disse hadde demens. De kunne dermed ”fastslå at tvangstiltak i størst grad ble utført mot personer med demens” (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård, 2002, s.7). ”Holding av hender, føtter eller hode under stell” var en av tvangstiltakene som ble utført hyppigst (Engedal, Kirkevold, Eek & Nygård, 2002, s.66). Dette sier oss at det er et stort helseproblem både etisk og juridisk, noe vi selv har erfart i praksis. Vi ønsker derfor å finne ut om det er mulig å bevare autonomien til

demente, om tvang og en paternalistisk holdning er en nødvendighet og om det er mulig å finne en balanse for å unngå å krenke pasientene.

1.1 Førforståelse og begrunnelse for valg av oppgaven

Vi fikk utdelt 3 ulike tema for denne fordypningsoppgaven i sykepleie. Vi ble begge enige om temaet bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens. Vi valgte dette temaet siden vi begge har erfart bruk av tvang i tidligere praksis, spesielt i forhold til stell. Vi har begge jobbet på sykehjem og en av oss på skjermet enhet for demens. Dette var i forbindelse med tidligere praksis, samt vikariat i ettertid. Vi har valgt å skrive om sykehjem siden vi har erfart at skjermet enhet for demens er mer reflektert rundt bruk av tvang, mens vi tror sykehjem er en plass hvor tvang kan bli brukt, siden personalet mangler kompetanse og det er flere ufaglærte som jobber der. Vi tror ikke alle er reflektert nok over problemet, og at kvaliteten på omsorgen er preget av tidspress. Vi mener dette temaet er relevant for sykepleie siden demente pasienter er en sårbar gruppe, siden de mister kontrollen over tilværelsen. Vi har særlig lurt på dette med demens og tvang, og vi trenger derfor mer kunnskaper for å utvikle kompetansen vår.

1.2 Problemstilling

Vi mener det er relevant for sykepleieutdanningen og være etisk- og juridisk reflektert rundt demens og bruk av tvang. Vi ønsker derfor å fordype oss i denne problemstillingen:

Er det mulig for sykepleiere å skape en balanse mellom autonomi og paternalisme for å minimere bruken av tvang?

1.3 Avgrensning av oppgaven

Når det gjelder demens finnes det flere typer av sykdommen, på grunn av oppgavens begrensinger i ord har vi valgt å skrive generelt om demens, og heller beskrive gradene siden dette forklarer hvordan pasienten endrer seg. Vi har valgt å drøfte en case, siden vi mener at uten kan oppgaven bli for generell. Vi var også nødt til å begrense oppgaven til tvang og stell i sykehjem, hvor vi vil fokusere på dusjing. For å svare på denne problemstillingen, vil vi

særlig fordype oss i muligheter og farer ved å bevare autonomi eller handle paternalistisk ovenfor pasienter. Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsfilosofi i oppgaven, da vi synes hennes syn på omsorg er relevant. Vi ble nødt å kutte ned på teorien, siden hennes teori er såpass omfattende. Siden hensikten med oppgaven er at vi skal fordype oss i et tema som er relevant for sykepleiere, skriver vi i et sykepleieperspektiv. Men vi er også nødt til å nevne andre helsearbeidere, siden omsorgen på et sykehjem er basert på et samspill mellom personalet.

1.4 Oppgavens disposisjon

Vi vil først presentere et metodekapittel hvor vi forklarer hva et litteraturstudie er. I kapittelet vil vi også begrunne valg av litteratur, samt en kritisk vurdering av kildene. Vi vil også nevne kort anonymisering av oppgaven. Videre i oppgaven har vi et teorikapittel hvor vi presenterer ulike tema som er relevant for problemstillingen. Her skriver vi først generelt om demens. Videre skriver vi om autonomi, med samtykkekompetanse som et underpunkt, siden vi synes dette henger sammen. Videre skriver vi om tvang, og har valgt å ha paternalisme som et underpunkt siden dette også henger sammen. Vi så også at vi hadde muligheten til å trekke teorien om paternalisme inn under Kari Martinsens omsorgsfilosofi, men vi valgte å ha det i teoridelen. Til sist i teorien har vi skrevet om stellet hvor det er mulig å krenke pasienten. Vi har valgt å presentere Kari Martinsen omsorgsfilosofi i et eget kapittel, da hennes teori er omfattende. Etter dette presenterer vi drøftings kapittelet hvor vi først vil presentere en case som belyser problemstillingen vår. Denne casen vil vi drøfte under 3 hovedpunkter for å gjøre oppgaven mer oversiktlig. Vi vil drøfte muligheter og farer ved å bevare autonomi, og ved å handle paternalistisk overfor pasienter, for å så drøfte en balanse mellom disse. Til slutt vil vi i konklusjonen legge frem hva vi har funnet ut ved problemstillingen vår.

2.0 METODE

Vilhelm Aubert formulerer i Dalland metode slik:

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (sitert i Dalland 2007 side.81)

En metode er et redskap vi bruker når det er noe vi vil undersøke. Det er noe vi bruker for å hjelpe oss med innsamling av data eller informasjon man trenger i undersøkelsen (Dalland, 2007).

Ifølge retningslinjene Høgskolen i Hedmark har satt for bacheloroppgaven skal den være basert på litteratur, en litteraturstudie. En litteraturstudie er å få en oversikt over den kunnskapen som allerede finnes om temaet vi har valgt (Dalland, 2007). Ved dette forstår vi at vi må foreta oss en kritisk og systematisk gjennomgang rundt den litteraturen som er relevant for vår problemstilling, slik at vi kan drøfte dette.

2.1 Valg og presentasjon av litteratur

I oppgaven har vi brukt pensum-, annen faglitteratur, fag- og forskningsartikler, samt våre egne erfaringer fra praksis. Vi har valgt litteratur vi mener kan belyse punktene vi har med i oppgaven og som er relevante opp mot tema.

Vi har søkt etter fag- og forskningsartikler i forskjellige databaser. Vi har brukt databasene: Helsebiblioteket, OvidNursing, CINAHL og sykepleien.no. Søkeordene vi har brukt har både vært på engelsk og norsk.

Norsk: demens, tvang og autonomi

Engelsk: Dementia, force, autonomy, paternalisme og physical restraint.

Vi har brukt ulike kombinasjoner av søkeordene og alltid søkt på fulltekst. Vi har lagt ved et vedlegg der antall treff og hvor mange artikler vi har lest står. Av artiklene vi fant er det 3 artikler vi har valgt å bruke i oppgaven.

Vi vil nå kort fortelle om de 3 artiklene vi valgte å ta med i drøftingen.

Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling (Jøranson & Hauge, 2011).

Dette er en artikkel som bruker fokusgruppeintervjuer som en datasamlingsmetode, de intervjuet to fokusgrupper på samme avdeling. Hensikten med studien var å utforske og beskrive erfaringer personalet hadde fått ett og et halvt år etter at den ene av fokusgruppene startet å bruke Dementia Care Mapping (DMC). Resultatet av studien viste at prosjektgruppen som brukte DMC hadde fått et betydningsfullt læringsløft som utviklet praksiserfaringen deres. De som deltok i prosjektet utviklet en sterk gruppekultur men fordi bare en av de to personalgruppene fikk erfare DMC ser det ut som om det har utviklet seg en sprikende pleiekultur i avdelingen. De konkluderer med at en sterk balansert gruppekulturutvikling kan styrke personalets fagutvikling, men man må da inkludere hele personalet for å innføre og vedlikeholde en personsentrert omsorgskultur.

Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang (Hem et.al, 2010). Studien er basert på 11 fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere fordelt på 5 sykehjem. Hensikten med denne studien er å beskrive typiske situasjoner der omsorg og pleie skal ytes til mennesker med demens men som motsetter seg hjelpen. Resultatet i studien er at det er vanskelig å hjelpe mennesker med demens. Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare og det som virker som frivillige situasjoner kan fort snu og gå over til tvang. Ved å etablere relasjoner til pasientene kan man finne en måte å øke frivillighet og samarbeid, og dette kan på sikt redusere bruken av tvang. De konkluderer med at hvis man vil finne alternativer til tvang er det viktig at de ansatte engasjerer seg i diskusjoner rundt tvang. Kunnskap om erfaringen til personalet kan være med på å bevisstgjøre og gi de flere strategier for å gjennomføre utfordrende situasjoner og redusere bruken av tvang.

Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers (Jakobsen & Sørli, 2010). Denne studien er bygd opp av individuelle intervjuer av 23 personale ved et norsk sykehjem. Hensikten med studien er å framheve de etisk vanskelige situasjonene som helsepersonell opplever på sykehjem. Resultatet av studien viser at helsepersonell står i etisk vanskelige situasjoner hver dag, særlig når det kommer til samarbeid med mennesker med demens. Helsepersonellet i studien uttrykte at de ofte følte seg maktesløse og frustrerte. Studien konkluderer med at sykehjem som et system promoterer koloniseringen av helsepersonells liv ved å kreve effektivitet, redusere kompetansen, ignorere klager og at de velger en organisasjonsform som personalet ikke er tilfreds med.

Vi har også fått tips av veileder om en mastergradsoppgave, “krenket jeg deg nå?”. Vi valgte å bruke denne oppgaven i teoridelen, for å hjelpe oss med å definere begrepet krenkelse.

2.2 Kildekritikk

Dalland skriver at: *“kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann”* (Dalland, 2007 s.64).

Kildekritikk vil si at vi skal vurdere og karakterisere litteraturen som vi vil bruke i oppgaven. Det må reflekteres over hvilke relevans og gyldighet litteraturen har opp mot det temaet vi har valgt å ta opp (Dalland, 2007).

Bøkene som vi har valgt å bruke er pensumbøker og annen faglitteratur vi har funnet på skolens eget bibliotek. Vi har prøvd å bruke primærlitteratur så langt det har vært mulig, men i noen tilfeller har vi brukt sekundærlitteratur.

I kapitlet om Kari Martinsen omsorgsfilosofi har vi valgt å gå ut i fra Kristoffersen (2008) sitt kapittel i Generell Sykepleie. Dette er fordi hvis vi selv skulle ha fått en helhetlig forståelse av hva filosofien gikk ut på kunne vi ha brukt flere måneder. Derfor har vi brukt sekundærlitteratur og får et helhetlig bilde som er laget av Kristoffersen som har mange års erfaring i feltet.

Det er vanskelig for oss med vår kompetanse å kritisk vurdere en forskningsartikkel fullt og helt. Det vi derfor har lagt vekt på i kritikken av forskningen er at det har en relevans med oppgaven vi skriver, at den er funnet i anerkjente vitenskapelige databaser som er fagfellevurdert.

Artiklene vi har valgt å ta med i drøftingen er av nyere dato,

2.3 Anonymisering

Vi har i oppgaven trekket inn noen av våre egne erfaringer som sykepleierstudenter. Vi har anonymisert alle erfaringer vi har tatt inn i oppgaven slik at vi kan verne om pasienters

fortrolige opplysninger slik vi er lovpålagt fra Helsepersonell loven § 21 og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere(NSF 2007).

Det må også presiseres at caset vi har i drøftingsdelen er et konstruert case som vi har valgt å ta med og er basert på observasjoner vi har gjort i praksis.

3.0 TEORIDEL

3.1 Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse for en ervervet og langvarig hjerneorganisk sykdom, som oftest forekommer hos eldre mennesker. Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverres over tid (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Sykdommen kjennetegnes ved at både hukommelsen og tankeevnen er nedsatt i så stor grad at det innebærer en betydelig svikt i funksjonsnivået (Rokstad & Smebye, 2008).

Det finnes flere ulike demenssykdommer, samt ulike grader av demens. Vi deler demenssykdommene inn i 3 hovedgrupper, de degenerative demenssykdommene, de vaskulære demenssykdommene og de sekundære demenssykdommene. Symptomene utvikler seg gradvis over tid, avhengig av hvilken demenssykdom som ligger i grunn (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Utviklingen av sykdommen varierer, hos noen kan sykdommen utvikle seg intenst i løpet av kort tid, mens hos andre kan sykdommen bruke opp mot 20 år for å utvikle seg (ibid).

Personer som utvikler demens får endret adferd og problemer med å klare dagliglivets aktiviteter (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Det er forsket på området som beskriver effekten av behandlingstiltak ved utfordrende adferd, de kom da frem til at ikke er noen klare retningslinjer for anbefalt behandling. Tiltakene for å forebygge utfordrende atferd må bygge på informasjonshenting og på en antakelse om hva som ligger i grunn for den atferden vi ser, noe som vil være individuelt for hver enkelt pasient (Rokstad & Smebye, 2008).

Vi deler sykdommen inn i ulike grader av demens fra mild, moderat til en alvorlig grad. Ved en mild grad for demens kan det være vanskelig å skille normale kognitive aldersforandringer fra sykdommen (Rokstad & Smebye, 2008). I startfasen av demens vises de første tegn til kognitiv svikt i form av sviktende hukommelse. Dagligdagse gjøremål slik som å betale regninger, holde avtaler, handle og å spise kan blir glemt eller er kan være vanskelig for pasienten. Pasienten kan også få problemer med tidsperspektiv og tidsorienteringsevnen svikter. Noen pasienter får også språkvansker, de leter etter ord og mangler taleflyt. I startfasen kan pasientene forsøke å skjule sykdommen, om de ønsker det. Det er derfor

vanskelig å oppdage sykdommen, siden personlighetstrekkene vanligvis ikke er endret (Snoek & Engedal, 2008).

Ved moderat demens har sykdommen utviklet seg så mye at pasienten mister grepet på tilværelsen. Det er som oftest i denne fasen at pasienten først kommer i kontakt med helsevesenet. Pasientene kan være preget av psykotiske symptomer som vrangforestillinger, synshallusinasjoner og underlig adferd (Snoek & Engedal, 2008). De kan også slite med angst, depresjon, tiltaksløshet og rastløshet. Ved moderat demens er symptomene som oppstår ved mild demens ytterligere svekket, og de grunnleggende behovene svikter (ibid).

Den siste fasen er alvorlig demens, da er pasienten preget av betydelig handlingssvikt og hjelpeløshet. Pasientene har ikke lenger kontroll over urin og avføring, de har problemer med motoriske aktiviteter samt balansesvikt og gangproblemer (Snoek & Engedal, 2008). Om pasienten skal kunne bo i egen bolig er han avhengig av hjelp og støtte fra egen familie eller omsorgsarbeidere (ibid). Å ha ansvar for en med alvorlig demens i hjemmet, kan bli alt for krevende for pårørende over tid, og det er derfor best både for pasient og pårørende at pasienten bor på aldersinstitusjon. Med denne graden av demens forstår vi at det er den mest alvorlige, vi vil derfor drøfte denne graden senere i oppgaven.

3.2 Autonomi – retten til selvbestemmelse

Selve ordet autonomi stammer fra gresk, der auto betyr selv, og nomos betyr lov (Natvig, 1997). Det mest dekkende begrepet på Norsk vil være selvbestemmelse. Tidligere ble ordet autonomi beskrevet i ordbøker og leksika som selvstendige stater og samfunn. I nyere tid har prinsippet om autonomi fått stor prioritet innen helsetjenesten og vestlig kultur. Autonomien eller selvbestemmelsen blir nå brukt om det enkelte mennesket, det vil si at vi har personlig rett til handlefrihet som angår oss selv, vi er autonome. Vi "eier" oss selv, og har rett til å bestemme over oss selv som person, vår kropp og vårt liv. Vi har rett til selvstyre og selvstendighet uten innblanding fra andre, i samsvar med våre egne normer og verdier. I tillegg innebærer det å være autonom at man har evne til å vurdere alternative valg, samt trekke egne konklusjoner (ibid).

Pasientautonomi prinsippet har blitt mer og mer fokusert på i Norge. Pasienters rett til å medvirke og motta informasjon er lovpålagt. Det er en etisk og en juridisk rettighet å få en

autonom beslutning respektert (Brinchmann, 2008). Vi har valgt å gå ut i fra denne definisjonen av autonomi i drøftningen. I følge assisterende helsedirektør Geir Sverre Braut (2000):

Varierer menneskers autonomi gjennom hele livet, og er avhengig av for eksempel sykdom og alder. Selv om menneskets autonomi varierer er menneskeverdet og integriteten ubetinget. Dette innebærer at selv om pasienten ikke er i stand til å ta autonome beslutninger på ethvert område, har de allikevel fullt krav til å få sine fysiske og mentale grenser respektert (Brinchmann, 2008, s.81).

Ved integritet menes uskaddhet, en persons helhet, menneskets uavhengighet og ukrenkelighet (Store Norske Leksikon, s.a). Autonomien utfordres i høy grad da det kommer til personer som utvikler demenssykdom. Det blir ofte slik at man tenker at pasienten mangler innsikt i sin egen situasjon, og pasientens rett til å ta autonome valg blir overkjørt (Rokstad & Smebye, 2008). Rokstad og Smebye hevder at det finnes ulike forutsetninger for å kunne ta autonome valg slik som:

- Evne til å kommunisere relativt konsistente og stabile valg.
- Evne til å forstå avgjørende informasjon om hva valget innebærer.
- Evne til å vurdere implikasjonene eller konsekvensene av alternative valg.
- Evne til å resonere seg frem til fordeler og ulemper ved å velge noe fremfor noe annet.

(Rokstad & Smebye, 2008, s.77).

Personer med demens har rett til å medvirke, noe som er en stor utfordring å få til i praksis. Det er vist seg flere positive sider ved å forsøke og få til medvirkning hos demente pasienter. Om pasientene får anledning til innflytelse over sin egen situasjon kan dette styrke pasientens integritet, selvfølelse samt gi økt trivsel og velvære, som igjen kan forebygge og redusere bruk av tvang (Rokstad & Smebye, 2008). Rett til å medvirke forutsetter en rekke betingelser, slik som at pasienten har samtykkekompetanse (ibid).

3.2.1 Samtykkekompetanse

Ikke alle mennesker er i stand til å avgi et gyldig samtykke, blant annet noen pasienter med demenssykdom. Det er derfor en utfordring når det kommer til selvbestemmelse og pasientautonomi, og man jobber derfor etter pasientrettighetsloven kapittel 4 som beskriver samtykke til helsehjelp (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). I pasientrettighetsloven §4-3 første ledd er det beskrevet hvem som har samtykkekompetanse:

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og
- b) mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art (ibid).

Videre i pasientrettighetsloven § 4-3 andre ledd har de beskrevet hva som skal til for at en pasient mister samtykkekompetansen helt eller delvis:

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (ibid).

Som nevnt trenger ikke en dement pasient å miste samtykkekompetansen helt, men delvis (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Det er først da pasienten selv ikke klarer å forstå hva samtykkekompetansen innebærer at pasienten mister samtykkekompetansen (Rokstad & Smebye, 2008). En pasient kan for eksempel forstå noen former for helsehjelp og samtykke til dette, men samtidig ha problemer med å forstå rekkevidden av et operativt inngrep. Pasienten kan da mangle samtykkekompetanse på det sist nevnte (ibid). Videre i pasientrettighetsloven § 4-3 tredje ledd står det at det er opp til de som utfører helsehjelpen å vurdere om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter pasientrettighetsloven andre ledd (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999).

Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modighet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp (ibid).

Som nevnt er det opp til den som yter helsehjelpen å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke. Det står ingenting i loven om krav til kompetanse for å vurdere dette annet enn at den som yter helsehjelpen har faglig kompetanse (Rokstad & Smebye, 2009). I pasientrettighetsloven beskrives hva som skal gjøres om pasienten blir vurdert slik at han mangler samtykkekompetanse:

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert helsepersonell (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, §4-3).

Samtykkekompetanse er et sentralt tema i demensomsorgen siden mye av omsorgen er basert på det juridiske.

3.3 Paternalisme

Ordet pater er Latinsk, og betyr far eller faderlig (Østenstad, 2011). Paternalisme er en holdning som uttrykker ”vi vet best”. I denne sammenhengen menes ”vi” som helsepersonalets holdninger ovenfor pasienter (Ibid). Tranøy har definert paternalisme som: ”At man tiltar seg retten til å bestemme hva som er best for en annen, uten og spørre eller høre på den andre” (sitert i Østenstad, 2011, s. 96).

I enkelte situasjoner slik som hos demente pasienter, er det slik at helsepersonellet vet hva som er til det beste for pasienten. Men man må også alltid forsøke å unngå og krenke pasientens integritet (Brinchmann, 2008).

Før var det vanlig at legen bestemte hva som var til det beste for pasienten, mens i dag fokuserer vi mer på pasientens autonomi (ibid). Å handle paternalistisk overfor pasienter nå til dags, blir nærmest sett på som negativt. Hovedregelen er at paternalisme bør unngås, mens

”svak paternalisme” bør vurderes i situasjoner hvor pasienten ikke vet selv hva som er for hans beste (ibid). Ved svak paternalisme forstår vi ut i fra Hoffmann sin beskrivelse at det er akseptert at pasienters autonomi er redusert under noen kriterier (2002). Han mener at disse kriteriene skal knyttes opp mot pasientens alder, hvilken tilstand pasienten er i og om pasienten er i stand til å se alvoret i en situasjon. Han mener også at det er viktig å ta hensyn ovenfor pasienten, om de befinner seg i en situasjon som er preget av press eller påvirkning (ibid).

Hoffmann har også beskrevet sterk paternalisme (2002). Han mener at når man handler sterkt paternalistisk, gjør man det for å beskytte eller hjelpe en pasient. Ved å handle slik, gjør man det mot pasientens autonome vilje (ibid).

3.3.1 Tvang

I straffeloven 1902 §222 første ledd definerer de tvang som ”å bringe en person til å gjøre, tåle eller unnlate noe mot vedkommendes vilje” (Regjeringen, 2009).

Kirkevold (2005) har samlet data fra en rekke undersøkelser og rapporter foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og kommet frem til at det foregår bruk av tvang i demensomsorgen og kanskje hyppigere i sykehjem enn hva som kan forsvares faglig (Rokstad & Smebye, 2008). Vi har valgt å bruke Kirkevold (2005) sin definisjon på tvang i drøftingsdelen vår, siden han beskriver hvordan tvang kan utarte seg i omsorgen. Han har oppsummert funn og kommet frem til at tvang kunne defineres som:

Bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse eller behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåkning med elektroniske hjelpemidler, og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje (sitert i Rokstad & Smebye, 2008, s. 208-209).

Vi forholder oss til pasientrettighetsloven kapittel 4A, som er en juridisk kjøreregel i forhold til bruk av tvang i blant annet demensomsorgen (Rokstad & Smebye, 2008). Denne loven

betyr ikke at de faglige og etiske dilemma man står i til daglig er fjernet, men at man har noen juridiske regler og forholde seg til (ibid). Loven har klare regler for pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, og formålet med pasientrettighetsloven er i følge § 4A-1 første ledd ”å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt og forebygge og begrense bruk av tvang...” (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Videre i andre ledd står det at ”helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett” (ibid).

3.4 Stellet – muligheten for å krenke

Å hjelpe pasienter med stell, altså kroppsvask og påkledning er en av sykepleierens mange oppgaver. Et stell kan by på utfordringer, og muligheten for å krenke pasienten er absolutt til stede (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Å krenke et menneske vil si at mennesket som blir krenket føler seg ydmyket og mindre verdt, ved at et annet menneske bryter, overtredet, sårer eller fornærmer vedkommende i følge Mæhlum (2005). Dette kan også ses på som integritetskrenkende, siden vedkommende får sin verdighet krenket (ibid). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at ”sykepleieren bidrar til at pasienten bevarer sin integritet, særlig i situasjoner som innebærer bruk av tvang...” (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Å stelle seg selv er noe man lærer når man er små, og evnen til å opprettholde dette behovet varer som oftest til man blir eldre, og for noen hele livet (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Noen mennesker kan bli rammet av funksjonsnedsettelse eller sykdom, og eventuelt begge delene. Dette kan føre til at den rammede har problemer eller at det er umulig å stelle seg selv (ibid).

Demenssykdom og stell kan by på en rekke utfordringer på grunn av kognitiv svikt. Pasienten kan ignorere betydningen av personlig hygiene (ibid). Pasienten kan også ha problemer med å gjenkjenne stell situasjonen, forstå hva som skal skje i stellet, samt hvordan handlingen skal utføres (ibid). Å ivareta den kroppslige integriteten i stell er viktig, for å unngå å krenke. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skriver de at ”Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger, særlig i forbindelse med bruk av tvang...” (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er et stort etisk dilemma om pasienten ikke ønsker stell, når det er nødvendig for å

unngå for eksempel urinveisinfeksjon som kan være alvorlig for eldre (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Mæhlum (2005) understreker særlig at det er faglig og etisk uforsvarlig og ikke gripe inn når det er nødvendig med stell. Pasienten kan da føle seg krenket, selv om det er en nødvendighet, siden det er helsepersonellens ansvar å dekke vedkommendes behov. Sykdommen utvikler seg slik at en eller annen gang vil pasientene ha problemer, eller det vil bli umulig for vedkommende å stelle seg uten hjelp. Den største årsaken til at pasienter er avhengig av opphold i institusjon er demenssykdom kombinert med nedsatt evne til å ivareta personlig hygiene (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008).

Det er viktig å fremme integriteten når man steller pasienten. Som nevnt kan dette by på utfordringer som kan være vanskelige. Sykepleierens rolle er å vise respekt og omtanke, slik at man kan få til et samarbeid med pasienten (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Men dette kan være utfordrende på grunn av pasientens nedsatte kommunikasjonsevne (ibid). Sykepleierens evne til kommunikasjon, innlevelse og samhandling med pasienten er derfor svært viktig for å kunne ivareta integriteten og gjennomføre stellet, samt at man tar seg god tid. Å tilnærme seg en pasient er individuelt. Det er svært viktig at sykepleieren er kjent med pasienten nå, samt hvordan pasienten var tidligere, for å kunne tilpasse den enkeltes behov (ibid).

Men stellet kan være nok så komplisert, og som nevnt er muligheten for å krenke pasienten tilstede. I en undersøkelse av tvangstiltak kom de frem til at tvang ble brukt for å gjennomføre stell, dette var begrunnet av mangel på tid (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Det er flere årsaker til at det kan oppstå problemer under stell. Rutinene hos de ansatte kan være uhensiktsmessige, samt at de kan mangle kunnskaper overfor mennesker med demens. Pasienten kan da reagere med aggresjon, angst og uro og motsette seg helsehjelpen (ibid).

4.0 KARI MARTINSENS OMSORGSFILOSOFI:

Kari Martinsen født i 1943 er en norsk sykepleier, doctor philosophiae og magister i filosofi. Martinsen har skrevet en rekke bøker og artikler om omsorgsfilosofi, historie og sosialpolitikk, men er mest kjent for sine sykepleieteorier. Martinsen selv vil ikke kalle det noen sykepleieteori, men en omsorgsfilosofi, siden hennes tenkning primært handler om omsorg og etikk (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008).

I følge Kristoffersen (2008) bygger omsorgsfilosofien til Martinsen på en verdioppfatning der relasjoner blir sett på som fundamentale i menneskelivet. Mennesker er forbundet med andre mennesker, og er avhengige av hverandre. Dette kommer tydelig frem når mennesket befinner seg i situasjoner hvor de trenger hjelp. Martinsen vektlegger også menneskets likeverd, og framhever at ethvert menneske uansett hvem man er kommer engang til å trenge hjelp (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008).

Når det kommer til helse sier Kristoffersen at vi kan gå ut i fra at Martinsen gir enkeltmenneskets opplevelse av den situasjonen den er i skal tillegges stor betydning. Omsorg kan ikke underordnes resultatmål, som for eksempel egenomsorg og helse. ”Betingelsesløs omsorg” er omsorg som ytes uten at det er noen baktanker ved det, eller at vi skal ha som mål at pasienten skal bli bedre. (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008)

Omsorg er et forhold, en relasjon der Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner, balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet. Balansert gjensidighet kan kjennetegnes av et likeverdig forhold mellom partene, der begge partene gir og yter omsorg for hverandre. Den uegennyttige gjensidigheten kan kjennetegnes av altruisme og hjelp. Den ene av partene sørger for den andre, uten å forvente noe tilbake (ibid).

Vi har sett på de forskjellige praksisplassene vi har vært, at det er et varierende fokus på tiltaksplaner. Noen institusjoner er veldig opptatte av dette, mens andre legger det inn i datasystemene sine fordi de må.

Martinsen mener at grunnlaget for sykepleie og omsorgen er solidaritet med de svake og omsorg er i seg selv et mål (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Hun tar avstand fra egenomsorgstenkningen fordi hun mener at egenomsorg, uavhengighet og funksjonsdyktighet er for store deler av pasientgruppene som sykepleiere yter omsorg for, urealistiske mål (ibid).

Martinsen betegner to typer omsorg sykepleiere kan yte. Innen det Martinsen kaller vedlikeholdsomsorgen er målet for sykepleie å unngå forverring og opprettholde et visst funksjonsnivå. Det er ikke noe mål at pasienten skal bli uavhengig og selvhjulpen, men omsorgen skal ta sikte på at pasienten skal ha det bra, slik at man får økt livsmot og pasientens egne helbredende krefter skal få fungere (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008).

Det er i denne delen av sykepleie, der relasjonen mellom sykepleier og pasient skal bestå over lengre tid og der situasjonen er preget av tilbakegang eller står stille, at det er viktig at sykepleien kjennetegnes ved omsorg enn i relasjoner som er kortvarige og skal opphøres. I en sykepleiesituasjon vil pasientens opplevelse av velvære være et kjennetegn på omsorg (ibid).

Kristoffersen mener at Martinsen er i sin teori opptatt av sykepleie til mennesker som av forskjellige grunner ikke er selvhjulpne. Kristoffersen forstår Martinsen som at hun anklager den moderne sykepleien for å være mere opptatt av pasientgrupper der en kan få bedret funksjon og uavhengighet som resultater (vekstomsorg), og i mindre grad være opptatt av pasientgrupper som pleietrengende eldre og funksjonshemmede, der uavhengigheten ikke kan gjenvinnes (vedlikeholdsomsorg) (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Martinsen snakker om skillet mellom pasientgrupper som de friske syke og de syke syke (ibid). Dette er noe vi også har sett og følt på selv at det er lettere å yte omsorg der man kan se konkrete resultater i sitt arbeid.

Som yrkesmessig omsorg mener Martinsen at sykepleie først og fremst burde ta ansvar for de mest pleietrengende og svake pasientgruppene, de syke syke, eller den resultatløse sykepleien. Martinsen mener at den resultatløse sykepleien og betingelsesløs omsorg er det idealet som bygger på sykepleiens tradisjonsgrunnlag (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Omsorg skal skje på pasientens premisser, det vil si at det ytes på grunnlag av personlig engasjement og en innlevelse i situasjonen til pasienten. Martinsen tar avstand fra at det fra sykepleierens side skal komme ulike former for overtramp og maktovergrepelse, hun viser her til den sentimentale omsorgen og formynderiet. I både den sentimentale omsorgen og formynderiet ytes omsorgen på sykepleierens premisser (ibid).

Vi har også opplevd i praksis at vi har sett og vært med på å overtrampe pasienter og de kommer i situasjoner der pasientens ønsker ikke blir hørt. Dette er noe av det vi vil se på i drøftingen.

Martinsen fremhever at hun mener den svake paternalismen, eller myk maternalisme, som ønskelig i spenningsfeltet mellom autonomi og paternalisme. Dette begrunner hun med at sykepleieren må bruke sin faglige merforståelse slik at det ganger pasienten mest mulig. I noen situasjoner vil dette si at sykepleieren trekker pasienten aktivt med i beslutninger som omhandler ham, mens i andre situasjoner gagnar det pasienten å få slippe å ta stilling til vanskelige situasjoner, som pasienten gir uttrykk for at ham ikke vil ta stilling til og kompliserte spørsmål som pasienten ikke har forutsetninger til å håndtere (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008).

For at sykepleieren skal vite hvordan man forholder seg i ulike situasjoner, må sykepleie som yrkesmessig omsorg suppleres med annen kunnskap. Martinsen sier at: ”å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeide innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon” (Martinsen, 2003a side 75).

Martinsen mener også at den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen som man lærer gjennom eksemplering er den viktigste kunnskapen i sykepleie (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Martinsen mener at det ved omsorgsbegrepet er 3 dimensjoner som er viktige. Omsorg er ”et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep” (Martinsen, 1990, side.62). Den moralske siden av omsorgsbegrepet er overordnet de andre, moralen viser seg i måten en sykepleier utøver omsorgen. I en konkret situasjon vil de 3 dimensjonene være helt integrert og det ville være umulig å skille mellom de tre (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). ”Moral, eller hva gode sykepleierholdninger er, må læres. Den faglig dyktige sykepleier har ikke bare sakkunnskap men også moral” (Martinsen, 1990. side 94).

Martinsen skiller grovt mellom to typer kunnskap i sykepleie, kunnskap som bygger på sanselig forståelse og kunnskap som bygger på begrepslig forståelse (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Den sanselige forståelsen er kunnskapen sanseinntrykkene mottar gjennom sansene og kroppen. Denne kunnskapen kan uttrykkes med kroppen, med ord og hele personen er involvert. Kunnskapen som bygger på den begrepslige forståelsen er mer fastlagt og klassifiserende. Man forholder seg til en situasjon utenfra og hele personen er ikke

involvert. Martinsen framhever den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen som den sentrale i sykepleie. Denne kunnskapen bygger i stor grad på den sanselige forståelsen (ibid). Det er vanskelig for oss som sykepleierstudenter å se at kunnskapen til en ferdigutdannet sykepleier kan være mangelfull, men det er et tema vi ser kan spille inn på om det brukes tvang i sykehjemmene når det egentlig ikke trengs.

Martinsen mener at deler av den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen har en implisitt karakter, sykepleieren kan og vet ofte mer enn det man kan få frem med bare ord (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Betegnelser Martinsen bruker på dette er praktisk-moralsk handlingsklokskap og faglig skjønn (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Martinsen mener at ”Godt skjønn er den rette bedømmelsen hvor handlingsfornuft, oppfinnsomhet og godhet utlegger hverandres gjensidig” (Martinsen 2003b, side. 91). Martinsen mener at slik klokskap (kunnskap) er det som skal settes høyest, og ser på en faglig dyktig og klok sykepleier som sitt ideal (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Sykepleieren har også de andre kunnskapsformene med seg, teorier og prosedyrer vil være med i de gode holdningene hos sykepleieren. Slik praktisk-moralsk handlingsklokskap læres når man samhandler med andre og utvikler seg når man sammen med andre sykepleiere setter hverandres faglige skjønn opp mot hverandre. På denne måten får man andre erfaringer inn i sin egen erfaring og man får en felles forståelse på hva som er gode og riktige handlingsmåter i forskjellige situasjoner. Klokskap får man gjennom erfaring, og det tar tid (ibid).

Vi har erfart i praksis at det varierer veldig fra institusjon til institusjon hvorvidt personalet snakker om og deler erfaringer med sine arbeidskolleger. Dette ser vi at kan være med på å avgjøre hvorvidt en sykepleier kan få erfaringen den trenger til å kunne ta vanskelige valg i vanskelige situasjoner.

5.0 DRØFTING

Vi vil drøfte problemstillingen opp mot et konstruert case. Her vil vi dra inn teori fra teoridelen i oppgaven vår, forskning vi har funnet på feltet samt våre egne praksiserfaringer. Drøftingen vil skje opp mot 3 hovedpunkter, muligheter og farer ved å bruke autonomi, muligheter og farer ved å bruke paternalisme og å finne balansepunktet.

Case:

Ola Nordmann er en 78år gammel mann som bor på inkognito sykehjem. Ola har fått diagnostisert en alvorlig grad av demens, men har ikke fått noen plass ved en skjermet enhet. Personalet på sykehjemmet har store problemer med å få Ola til å vaske seg. Når Ola skal dusje eller vaske seg, uttrykker han verbalt at han ikke vil, samtidig som han uttrykker sinne, aggresjon og av og til kan han slå etter pleierne. Ola er inkontinent for urin og har ikke vasket seg på 5 dager, personalet mener at lukten fra Ola er så stram at han ikke får sitte sammen med de andre pasientene på dagligstuen. Det er ofte et problem at Ola ikke vil vaske seg og personalet er uenige om hvordan de skal takle situasjonen. De mener også at hvis Ola ikke får vasket seg snart står han i fare for å få en alvorlig urinveisinfeksjon.

5.1 Muligheter og farer ved å bruke autonomi

Ola nekter å dusje, selv om han er tilgriset i urin og avføring. Grunnen til at Ola ikke ønsker å dusje kan komme på grunn av demenssykdommen. Ola lider av en alvorlig grad av demens, typisk for denne sykdommen er at han kan ignorere betydningen av personlig hygiene (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Ola kan også ha problemer med å forstå hva som skal skje og hvordan stellet skal utføres, han kan også ha problemer med å gjenkjenne at det er en stellesituasjon han er i (ibid). Dette fører til et stort etisk, juridisk og faglig problem for oss som sykepleiere.

Vi vil her se på de forskjellige mulighetene og farene ved å bevare autonomien til Ola. Pasientautonomi står i sentrum både i sykepleieropplæringen og ute i praksis. Problemet vi har med Ola i denne casen er at han har en alvorlig grad av demens. I følge

pasientrettighetsloven § 4-3 andre ledd så har ikke Ola samtykkekompetanse (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). For at man skal kunne ta autonome valg, må man ha en viss innsikt over situasjonen man er i og de forskjellige valgene man har. Ola forstår antageligvis ikke at han kan velge å få hjelp av sykepleierne til å vaske seg. De aller fleste mennesker liker ikke å være tilgriset av avføring og urin, og hadde Ola hatt et fullstendig grep over situasjonen han er i, hadde han nok ikke nektet hjelp. Dette er noe av det som gjør at det er vanskelig å jobbe med demente i slike situasjoner, forstår de virkelig hva det er du vil hjelpe dem med?

Men la oss tenke at vi uansett gir Ola muligheten for å ta fullt autonome valg, hva kan vi få ut av det?

I følge Rokstad & Smebye (2008) er det påvist flere gode sider ved å la pasienten være med å bestemme over sin egen situasjon. Man kan styrke Ola sin integritet, selvfølelse og gi han økt trivsel og velvære. Dette kan være en mulighet for sykepleieren å danne en relasjon med Ola, men det kan også få motsatt virkning. Helsepersonellet på avdelingen og de andre pasientene kan hende ikke er like begeistret for Ola sitt valg om å ikke vaske seg. Han kan bli sittende alene fordi de andre pasientene ikke orker å sitte med ham. Dette kan gå utover integriteten, selvfølelsen, trivselen og velværen til Ola.

I teoridelen har vi skrevet hva Kari Martinsen mener om relasjoner. Hun mener at relasjoner er det fundamentale i et menneskets liv, og for at vi som sykepleiere skal kunne gi god omsorg til Ola, må vi få til en relasjon med han. Hvis vi som sykepleiere kan få til en slik relasjon ved å gi Ola muligheten til selv å bestemme, kan man bygge videre på relasjonen senere. Det kan hende Ola får mer tillit til oss sykepleiere, og vi kan få Ola til å føle seg tryggt i våre hender. Vi kan da ved hjelp av den nye tilliten Ola har til oss, få til et samarbeid og kanskje få Ola til å ta en dusj eller vaske seg (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Det er ikke mange gode muligheter vi har ved å la Ola gjøre alle valgene rundt stellet selv, men det er viktig. Vi finner flere farer ved å bevare autonomien.

Vi har allerede vært innom flere av farene, som er direkte knyttet opp mot mulighetene ved autonomien. Ola kan bli "utstøtt" av personalet og pasienter ved avdelingen, det er ingen som orker eller har lyst til å være rundt han. Ola har ikke innsikt i situasjonen sin, han vil antageligvis ikke være tilgriset. Å la være å tenke over dette som sykepleier er etisk, juridisk og faglig uforsvarlig. Man kan si at slike situasjoner blir veldig enkle med kun tanke på pasientens

autonomi, vi kan bare si at ”pasienten har valgt dette selv”. Å tenke slik går i mot det som er faglig og etisk riktig for sykepleiere, det er sykepleierens ansvar å dekke de grunnleggende behovene til Ola (Mæhlum, 2005).

Å la Ola bestemme selv kan også gå inn på den fysiske helsen hans. Å se bort fra at Ola ikke kan dekke det grunnleggende behovet og ta vare på sin egen personlige hygiene, gjør at faren for at Ola utvikler andre helseskader, som for eksempel urinveisinfeksjon mye større (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008).

Heldigvis er ikke verden svart-hvitt, vi slipper å velge enten å bevare autonomien eller kaste den bort, det finnes en mellomting. Personer med demens har en rett til å medvirke i saker som gjelder dem (Rokstad & Smebye, 2008). Ola har kanskje hatt en dårlig erfaring med dusjing sammen med akkurat den sykepleieren som kommer på jobb den dagen, det kan hende han aldri har likt å dusje, men å sitte i et badekar. Vi kan snakke med Ola og høre om han har noen meninger eller innspill, bygge en relasjon til han og ta de innspillene han kommer med alvorlig. Som nevnt i teorien mener Kari Martinsen at omsorgen skal skje på pasientens prinsipper, og det er pasienten som kan mest om sin situasjon. På denne måten kan vi kanskje få Ola til å åpne seg, slik at vi kan tilrettelegge for at han vil dusje og vaske seg, og samtidig bevare Ola sin autonomi på best mulig måte.

5.2 Muligheter og farer ved å bruke paternalisme

Vi vil se nærmere på muligheter og farer ved å handle paternalistisk ovenfor Ola sin stell situasjon. Det er vanskelig å se på det positive ved å handle paternalistisk, siden konsekvensene er negative, siden pasienten kan bli krenket. Vi mener at man kan se på det som en slags nødvendighet og måtte handle paternalistisk i Ola sin situasjon, men konsekvensene kan gjøre det verre. Vi vil derfor nevne eksempler som kan være en mulighet.

Om vi handler sterkt paternalistisk overkjører vi Ola og bruker tvang slik at han får vasket seg. Dette er en mulighet, siden vi yter nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig skade (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ola får vasket seg og det blir mindre sannsynlighet for at han utvikler urinveisinfeksjon eller andre alvorlige sykdommer. I tillegg får vi gjort jobben vår, og vi har mer tid til andre oppgaver som må utføres.

Men samtidig står det skrevet i straffeloven §222 at vi bryter loven (regjeringen, 2009). Vi bringer da Ola til å gjøre og tåle noe mot hans vilje siden han motsetter seg helsehjelpen

(ibid). Vi har da utøvd tvang overfor Ola, og som sykepleier skal vi bidra til at Ola sin integritet blir ivaretatt om man må bruke tvang, i følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Retningslinjene sier at vi også har som oppgave å beskytte Ola overfor krenkende handlinger (ibid). Ved å handle sterkt paternalistisk og utøve tvang krenker vi Ola sin integritet. I følge pasientrettighetsloven skal vi gjennomføre stellet med respekt for Ola sin fysiske og psykiske integritet (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Med dette forstår vi at å handle sterkt paternalistisk ovenfor Ola bryter vi de yrkesetiske retningslinjene og loven.

En annen mulighet er svak paternalisme, siden det er nødvendig å stelle Ola. Om vi ikke steller Ola, står han i fare for å utvikle alvorlig lidelse, som er vårt ansvar å forhindre. Ola sin sykdomssituasjon gjør at han selv ikke er klar over konsekvensene ved å unnlate å vaske seg. Som nevnt i teorien mener Kari Martinsen at ved svak paternalisme kan man trekke inn Ola aktivt i beslutninger som omhandler han selv, men noen ganger egner det seg ikke slik som i denne situasjonen, siden han ikke ser konsekvensene. For å vite hva som er rett å gjøre for oss som sykepleiere mener Martinsen at dette må bygge på at den yrkesmessige omsorgen suppleres med kunnskap. Hun mener også at den viktigste kunnskapen i sykepleie er den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008).

Vi har funnet en forskningsartikkel som tar opp dette teamet med hvordan det kan være vanskelig for helsearbeidere å vite hva som er frivillighet (autonomi) og hva som er tvang (paternalisme) (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). I forskningen kom de frem til at stell situasjoner kan by på utfordringer når man skal pleie personer med demens. Helsearbeiderne synes det var vanskelig og sette et klart skille på hva som tvang og frivillighet. Det viste seg at om pasienten motsatte seg helsehjelpen var dette ikke bare på grunn av at pasienten ikke ville stelle seg, men mer hvordan stellet ble utført på som fikk pasientene til å gjøre motstand. For å få til et samarbeid med pasientene måtte dette bygge på tillitsfulle relasjoner som kunne redusere bruken av tvang (ibid).

Det vi vil frem til her, og som Martinsen sier, er at det handler om den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Videre i artikkelen konkluderes det med at det er viktig at helsearbeiderne er engasjerte seg og diskuterte vanskelige situasjoner som skjer i praksis, for å utvikle bevissthet (Hem, et.al, 2010). Ved å skaffe seg kunnskaper om helsearbeidernes erfaringer i vanskelige stell situasjoner, kan dette

føre til at helsearbeiderne er mer reflektert og har flere strategier for å gjennomføre vanskelige stell (ibid). Dette vil styrke kvaliteten på pleien, samt at dette kan på sikt redusere bruken av tvang og at man må handle sterkt paternalistisk (ibid).

I Ola sin situasjon mener vi at en svak paternalistisk holdning er en nødvendighet, men det er viktig å skape tillit til han, slik at vi kan handle med en svak paternalistisk holdning og ikke ved sterkt paternalistisk. Dette for at vi mener det er en fare med å handle paternalistisk, da vi kan krenke Ola sin integritet.

I samme forskningsartikkel som nevnt, var metoden basert på fokusgruppeintervju av helsepersonell på sykehjem. Vi skal nå dra inn eksempler fra praksis som nevnt i forskningen siden vi synes det som kom fram i intervjuene er relevant i forhold til Ola sin situasjon. Ola er som sagt tilgriset i avføring. I intervjuet sier en at ”noen ganger så må vi dusje, fordi det er avføring nedover hele kroppen og hele rommet og..” (Hem, et.al, 2010. S. 4). Slike situasjoner fører oss inn i et stort etisk, faglig og juridisk dilemma om hva som er rett og galt. Skal vi handle paternalistisk å krenke Ola, eller skal vi la han bestemme, selv om det kan få alvorlige konsekvenser. Dette er saker som ofte blir tatt opp i media, slik som kvinne grodde fast i madrassen (Aftenposten, 2008). Fastlegen mente at hun hadde samtykkekompetanse, så hun valgte selv å gro fast i madrassen og det var helt riktig (ibid). Det er da man må se om det er etisk riktig, faglig forsvarlig og juridisk riktig.

Videre i intervjuet uttrykker personalet at de ikke ønsker å bruke tvang, men at de av og til må bruke litt tvang (Hem, et.al, 2010). Personalet bruker ord som ”den veldige tvangen”, som vi tolker som en paternalistisk holdning (ibid, s. 4). De bruker også ord som ” litt tvang”, ”den lille tvangen” og ”ikke så mye tvang” som vi tolker som at de bruker svak paternalisme for å få til stellet (ibid, s. 4).

I Ola sin situasjon må vi få dusjet han siden det er vår plikt som sykepleiere å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig skade (pasient- og bruker rettigheter, 1999). Ola mangler samtykkekompetanse, så vi har rett til å gripe inn i en slik situasjon. Til tross for at vi overtaler Ola, bruker svak paternalisme, eller om vi er nødt for å bruke fysisk- og verbal tvang kan Ola ha glemt sin motstand og uttrykker tilfredshet med at han har blitt ren og tørr (Hem, et.al, 2010).

5.3 Å finne balansepunktet

Vi har nå drøftet farer og muligheter ved å bevare autonomien og ved å handle paternalistisk ovenfor Ola. Vi vil nå drøfte videre om det er mulig å finne en balanse mellom autonomi og paternalisme, og hva som er avgjørende for at balansen skal finne sted. I drøftingen om farer og muligheter ved å bruke autonomi har vi kommet frem til at pasientmedvirkning kan virke positivt for Ola sin integritet, mens å gi Ola full autonomi til å bestemme over seg selv kan få alvorlige konsekvenser. På samme måte har vi med paternalisme kommet frem til at å handle paternalistisk ovenfor Ola fører til at han får vasket seg, men vi krenker samtidig hans integritet. Med dette ser vi at det finnes farer og muligheter ved både autonomi og paternalisme. Vi vil prøve å finne frem til en balansegang der vi får de positive mulighetene ved begge deler, uten de negative.

Som nevnt i teoridelen vår, mener Kari Martinsen at svak paternalisme er det ønskelige mellom autonomi og paternalisme. Hun bruker ordet ”myk maternalisme” om dette. Vi som sykepleiere vet at å la Ola gå tilgriset med avføring og urin er faglig uforvarselig, vi vet også at å bevare autonomien er viktig for hans integritet. For å vite hva som er rett å gjøre i situasjonen til Ola, mener Martinsen at det krever noen forutsetninger som en sykepleier må ha, slik som kompetanse og kunnskap. Vi har funnet forskning på feltet som tar opp akkurat dette med kompetansen til helsepersonell.

Den første forskningsartikkelen er basert på fokusgruppeintervju av to personalgrupper på en sykehjemsavdeling (Jøranson & Hauge, 2011). Hensikten med denne forskningen var å finne ut hvordan personalerfaringene var halvannet år etter at halvparten av de ansatte ble grundig fulgt opp av kartleggingsverktøyet ”Dementia Care Mapping” (DCM). DCM er et observasjonsverktøy, som har som formål å kartlegge demente pasienters trivsel og atferd. Ved å kartlegge dette kan personalet utarbeide tiltaksplaner slik at de kan forbedre omsorgen til pasientene. Innledningsvis skriver de at ”å utøve demensomsorg utfordrer pleiernes relasjonelle kompetanse og stiller store krav til deres kunnskap om hvordan egen væremåte påvirker kvaliteten på demensomsorgen” (ibid).

Den gruppen av avdelingen som brukte DCM opplevde dette som et læringsløft. De ble mer bevisst på hvordan de utøvde den daglige omsorgen og hvordan deres handlinger påvirket pasientenes opplevelse. De ble tett fulgt opp av avdelingssykepleier som førte til at de fikk økt

teoretisk kunnskap som styrket deres faglige selvtillit og læringsvilje (Jøranson & Hauge, 2011). Forskningen viste at DCM kan styrke pleiepersonalets fagutvikling, men også at god fagutvikling må inkludere alle ansatte, siden det ble et skille mellom de som anvendte DCM, og de som jobbet som vanlig. De som anvendte DCM opplevde det som krevende å arbeide med de andre som ikke hadde de kunnskaper som de hadde lært (ibid).

Ved denne forskningen forstår vi at DCM kan være et alternativ for å utvikle kompetansen til sykepleiere, samt annet helsepersonell. Ved å utvikle kompetansen kan det bli lettere for sykepleieren å finne en balanse mellom autonomi og paternalisme siden den økte kompetansen kan føre til at man er mer reflektert rundt egen væremåte, som kan påvirke kvaliteten på omsorgen.

Dette er noe vi ser Martinsen også mener. Hun sier at den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen som man lærer gjennom eksempellæring er den viktigste kunnskapen i sykepleie (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008). Så ved økt kompetanse hos sykepleiere og helsepersonellet kan det åpne seg nye muligheter for oss når vi skal være med Ola i stell, sykepleierens økte kompetanse kan åpne nye dører i samarbeidet med Ola.

I forskningsartikkelen til Jakobsen og Sørli (2010) skriver de at valgene sykepleiere og omsorgsarbeiderne gjør i etiske situasjoner som for eksempel den med Ola, kommer veldig an på deres utdanning og den sosiale og profesjonelle støtten fra ledelsen. De møter ofte situasjoner der de ikke vet hva som er det riktige valget å ta (ibid). Helsepersonellet uttrykker at de står i etiske dilemmaer hver dag, og de føler seg hjelpeløse fordi pasientenes verdighet blir satt i fare. Dette fører til at helsepersonellet føler at de ikke strekker til, stressnivået øker og det er større sjanser for at sykemeldinger blir tatt ut (ibid).

Den samme forskningsartikkelen viser også til at kunnskap har mye å si for hvordan vi yter omsorg, men den sier også noe om hva arbeidsmiljøet har å si for sykepleieren utvikling (Jakobsen & Sørli, 2010).

Arbeidsmiljøet til helsepersonell har mye å si for hvordan etiske situasjoner blir løst og om det er noen diskusjon i avdelingen rundt slike situasjoner. Mange sykepleiere føler at de velge mellom å være lojale mot seg selv, pasienten eller avdelingen de jobber i. De sier også at det er vanskelig å snakke med og rapportere til ledelsen når man ser kolleger som ikke bevarer

pasienters verdighet. De må i noen tilfeller se bort fra sine egne meninger og følelser for å beholde sin identitet som profesjonelle helsearbeidere (ibid).

Dette strider imot det vi har skrevet i teoridelen om hva Kari Martinsen mener gjør oss til gode sykepleiere. Hun snakker om det faglige skjønn. Det faglige skjønnnet er i følge Martinsen handlingsfornuft, oppfinnsomhet og godhet (Martinsen, 2003b). For å utvikle sitt gode skjønn må man samhandle med andre, man må snakke sammen, dele erfaringer og finne seg en forståelse over hva man skal gjøre i vanskelige situasjoner slik som den vi har med Ola. Man må ikke gjøre som noen sykepleiere erfarer at skjer på avdelingen sin, der man er redde for å snakke med kolleger og om situasjonene som virkelig burde snakkes om. Vi har også opplevd dette selv i praksis at noen steder er personalet veldig åpne og spør om hverandres meninger, mens andre avdelinger jobbes det ofte mer enkeltvis, og personalet setter en viss stolthet i å kunne gjøre mye arbeid uten hjelp.

Med den forskningen og teorien vi har funnet frem til, mener vi at svak paternalisme er det beste alternativet vi har i Ola sin situasjon, men dette krever kompetanse. Dette er fordi vi ikke får bevart autonomien til Ola helt, og vi kan ikke bruke sterk paternalisme fordi det vil føre til at Ola mest sannsynlig blir krenket. Martinsen mener også at den svake paternalisme er ønskelig i slike situasjoner (Kristoffersen, Nordtvedt, & Skaug, 2008) . Med vår merforståelse av situasjonen til Ola er det bedre at vi tar avgjørelsene som angår Ola i slike situasjoner. Dette betyr ikke at Ola ikke har noe han skulle ha sagt, sykepleie skal fortsatt foregå på pasientens premisser, noe Martinsen fremhever (ibid). Vi må tilnærme oss Ola, gjøre oss kjent med hvordan han hadde det før og hvordan han har det nå, slik får vi en innlevelse i hans situasjon. Vi må høre på hans ønsker. Selv om han ikke kan ta helt autonome valg betyr det ikke at han ikke har medbestemmelse i situasjoner som angår han. Slik kan vi bygge en relasjon med Ola og på den måten prøve å bevare mest mulig av han integritet selv om vi bruker svak paternalisme.

6.0 KONKLUSJON

Gjennom drøftingen vår har vi prøvd å finne en balanse mellom autonomi og paternalisme, slik at bruken av tvang kan minimeres, samt at pasientens (Ola) integritet og verdighet blir ivare tatt best mulig.

Det vi først og fremst har merket oss, er at dette er veldig situasjonsbestemt, og at det hadde vært en fordel med mer kvalitative studier som belyser temaet. Vi har funnet Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi som relevant i slike situasjoner. Den tar for seg hvordan sykepleiere kan bli faglig gode sykepleiere med et god skjønn til å takle slike situasjoner.

Vi mener at balansen kan bli funnet ved å bruke svak paternalisme og pasient medbestemmelse. For å få til dette må sykepleieren eller helsearbeideren ha et godt skjønn. Med et godt skjønn mener vi at sykepleieren må være faglig dyktig, ha en kompetanse som innebærer både teoretisk og erfarings basert kunnskap, samt en god innstilling og holdning. For at en sykepleier skal få disse kunnskapene må man ha erfaring, de læres gjennom å oppleve situasjonene, snakke om situasjonene med kolleger og dele erfaringene man har om dem.

Om en sykepleier fyller disse kriteriene vi har kommet frem til, har vi en god sykepleier som kan hjelpe Ola i stell, og samtidig unngå tvang og krenkelse.

LITTERATURLISTE

*Aftenposten. (2008). Grodde fast i madrassen. Lokalisert på <http://www.aftenposten.no/nyheter/article2755390.ece>

*Brinchmann, B.S. (2008). Etik i sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., & Nygård, A.M. (2002). Makt og avmakt: Rettighetsbegrensinger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre. Oslo/Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

*Folkehelseinstituttet. (2010). Demenslidelser. Lokalisert på <http://www.fhi.no/artikler/?id=70813>

*Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Sykepleien Forskning , 294-301. Lokalisert på http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=569183

*Hoffmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor- en kritisk gjennomgang. Lokalisert på http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121242

*Jakobsen, R. (2007). Ikke alle vil spille bingo. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=aa95b85a-32f5-466a-b925-df593e1b4b94%40sessionmgr15&vid=2&hid=111>

*Jøranson, N., & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. Lokalisert på

*<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/769334/hvordan-dementia-care-mapping-kan-pavirke-pleiekulturen-i-en-sykehjemsavdeling>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2008). Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A. (2008). Grunnleggende Sykepleie Bind 4. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4-3 (2012) Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4A-1 (2012) Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

*Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. (s. 61-97.) Oslo: Gyldendal.

*Martinsen, K. (2003a). Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo: universitetsforlaget.

*Martinsen, K. (2003b). Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: universitetsforlaget.

*Mæhlum, S. (2005). Krenket jeg deg? (Masteroppgave, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap). Sverige.

*Natvig, R.S. (1997). Sykepleieetikk. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleier forbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Lokalisert på <https://www.sykepleierforbundet.no/fag/etikk>

Regjeringen. (2009). Om lov om endringer i straffeloven 20. Mai 2005 nr. 28. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-22-2008-2009-/5/2.html?id=540385>

*Rokstad, A. M., & Smebye, K. L. (2009). Personer med demens. Oslo: Akribe.

Snoek, J.E., & Engedal, K. (2008). Psykiatri. Oslo: Akribe Forlag.

*Store Norske Leksikon. (s.a.). Integritet. Lokalisert på <http://snl.no/integritet>

*Sykepleien. (2010). Kompetanse gir mindre tvang. Lokalisert på
<http://www.sykepleien.no/forskning/innspill/569236/kompetanse-gir-mindre-tvang>

*Østenstad, B.H. (2011). Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente. Bergen: Fagbokforlaget.

VEDLEGG 1:

Dato :	Søkeord:	Databaser:	Avgrensning:	Antall treff:	Leste abstrakter:	Leste artikler:	Inkluderte artikler:
23/1 - 2012	Demens, Tvang	Sykepleien.no		161	4	2	2
23/1 - 2012	Dementia and force and autonomy	CINAHL		4	1	1	0
23/1 - 2012	Dementia and autonomy and paternalism	CINAHL		4	1	1	0
23/1 - 2012	Autonomy and dementia and physical restraint	Ovid nursing		6	1	1	1
23/1 - 2012	Demens og autonomi	Helsebibloteket		13	2	0	0