



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum

Avd. for Folkehelsefag

4AVS304

Tone Kalsveen og Jill Jeanette Mostue

Veileder: Randi Martinsen

Antall ord: 10 957

Hvordan beskytte pasienter med demens.

How to protect patients with dementia.

BACHELOR I SYKEPLEIE KULL 121 A, 6. semester

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	3
1.1	Problemstilling	5
1.2	Avgrensning og presisering.....	5
1.3	Oppgavens oppbygning.....	5
2.0	Metode.....	7
3.0	Kunnskaper og ferdigheter sykepleieren bør inneha i arbeidet med klinisk demente pasienter	10
3.1	Hva er demens?	10
3.2	Hjemmesykepleie	10
3.3	Omsorg i sykepleien.....	12
3.4	Etikk basert på følelser, erfaring, intuisjon og faglig skjønn	15
3.4.1	Omsorg- og nærhetsetikk	15
3.5	Etikk basert på plikter og retningslinjer	15
3.5.1	De 4 prinsippers etikk	16
3.6	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	17
3.7	Sykepleie	18
3.7.1	Sykepleie til pasienter med demens	18
3.7.2	Sykepleierrollen	19
3.7.3	Kommunikasjon i sykepleien til pasienter med sykdommen demens.....	20
4.0	Hvordan kan sykepleier ivareta autonomi når pasienter med demens motsetter seg nødvendig helsehjelp?.....	21
5.0	Konklusjon	31
6.0	Referanser.....	33
	Vedlegg 1: Individuell redegjørelse, kandidat: 229	
	Vedlegg 2: Individuell redegjørelse, kandidat: 250	

1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven i sykepleie handler om pasienter med demens, hvordan sykepleier kan unngå bruk av tvang i stellsituasjoner og hvordan i størst mulig grad bevare pasientens autonomi. I Norge er det i dag nærmere 70 000 mennesker med demens og det er mange som går udiagnostisert (Hummelvoll, 2010).

Pasienter med demens vil ikke alltid være i stand til å ta forsvarlige valg med hensyn til egen helse eller se konsekvensene av valgene da sykdommen demens fører til generell intellektuell svikt og sviktende dømmekraft. Hensynet til pasientens autonomi kan ofte komme i konflikt med pasientens aktuelle og faktiske beslutningsevne. Dette er et stort problem for pasienter med demens: De kan oppleve redsel og usikkerhet forbundet med tap av kontroll over det de før mestret. Pårørende kan oppleve det som smertefullt å se nære familiemedlemmer miste noen av sine ressurser, bli glemsk, være agerende og over tid bevege seg bort i fra den de pårørende har kjent gjennom mange år (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Kravet til helsepersonell i befatning med eldre generelt vil måtte økes slik at den demente ikke går glipp av sykepleien fordi helsepersonellet ikke har nok kunnskap om demens.

I samhandlingsreformen (St.meld.nr.47, s.86) har regjeringen presisert at det er behov for ”kompetanseoppbygging” i tiden fremover (Helse- og omsorgsdepartementet).

Hjort & Waaler (2010) tar også opp fremtidens utfordringer vedrørende demens. Nå som ”eldrebølgen” setter fart vil dagens tall på pasienter være fordoblet om kun 40 år, gitt at omkringliggende data er lik som i dag (Tidsskrift for den norske legeförening).

Som sykepleier vil man møte slike utfordrende situasjoner hvor den demente ikke er i stand til å ta imot hjelp daglig. Som fremtidige sykepleiere ser vi det relevant å fordype oss i dette temaet og gjøre oss dette bevisst for å kunne utøve god sykepleie som ferdigutdannet sykepleiere. Målet er å bli bedre i stand til å reflektere etisk og bli i stand til å kjenne igjen etiske dilemma og løse de på en verdig måte for pasienten. Skillet mellom tvang og autonomi er så tynt at det vanskelig kan gis noe fasitsvar, men strategier som å kjenne til pasienten, også fra livet de har levd og i tillegg øke utdanningen og kompetansen til alle som er involverte (Zomorodi & Foley, 2009) er nyttige verktøy i slik pleie. Den gylne regel prøver å balansere sykepleierens valg, muligheter og vurderinger. Sykepleiere kjenner ikke alltid de individuelle behovene og mangler kunnskap omkring disse. Allikevel handler de til det beste for pasienten ut ifra de forutsetninger, kunnskaper og erfaringer hun har (Flesjø & Flesjø, 2005). De skal tas

på alvor og ikke” jattes med”. Slik viser man respekt og høflighet, dermed vil pasientens syn bli tatt på alvor (Flesjø & Flesjø, 2005).

Allikevel vil bruk av tvang forekomme i ulik grad og det er fort gjort å trå over ”grensen” og benytte utilbørlig tvang. Ergo vil etablering av en tillitsfull relasjon til pasienten være en måte å redusere tvang og øke frivillighet og samarbeid som artikkelen ”pleie og omsorg i grenslandet mellom frivillighet og tvang” sier (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010).

Ut ifra dette vil vi belyse en reell, hverdagslig situasjon hvor etisk refleksjon rundt autonomi i større grad vil kunne bidra til en bedre løsning for pasienten enn bruk av paternalisme.

Sykepleierens hverdag består av mange utfordrende situasjoner som krever kunnskap og kjennskap til etiske dilemmaer og hvordan disse best løses. Utfordringen ligger i hva sykepleieren bør velge å gjøre i gitte situasjoner. Skal sykepleier overliste, bruke noe tvang eller manipulere pasienten så hun utretter sin arbeidsoppgave som er dusj og stell, eller skal sykepleier ivareta pasientens autonomi som kanskje får en mer uforutsigbar, mindre tidseffektiv og komplisert vei til målet. Sykepleieren står også ovenfor mange valg som kan være avgjørende for pasientens helse. Beslutningsgrunnlaget skal og bør baseres på sykepleiers kunnskap om etisk teori, skjønn, etiske dilemmaer, lover og retningslinjer.

Situasjonen vi vil belyse omhandler en kvinne (79) med sykdommen demens som bor alene i blokkleilighet. Sykepleieren kommer hjem til henne for å utføre morgenstellet, men hun ønsker ikke hjelp. Det er en stram lukt i leiligheten, klærne er flekkete og kvinnen ser åpenbart uflidd ut. Gjennom samtaler med pårørende og bilder kvinnen har på veggen som sykepleieren har observert gjennom tidligere besøk, er det tydelig at kvinnen har vært sosial, aktiv og opptatt av å se fin ut, være ren i tøyet og fin på håret. Pasienten har alltid vært velstelt, noe hun ikke lenger opprettholder selv. Sykepleierens erfaring er at de gangene hun får gjennomført dusj og stell uttrykker hun entusiasme og tilfredshet og setter generelt stor pris på at sykepleier hjelper henne. I dag er pasienten mer utilpass, urolig, forvirret og utagerende, en tilstand som har blitt verre de siste 3 dagene. Sykepleieren mistenker urinveisinfeksjon. Sykepleieren klarer ikke å nå frem til henne og få roet situasjonen, verken med samtale eller forklaring på situasjonen. Dersom denne kommunikasjonssvikten vedvarer, vil denne bristen i seg selv være en trussel for pasientens autonomi.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta autonomi når pasienter med demens motsetter seg nødvendig helsehjelp?

1.2 Avgrensning og presisering

Det ble valgt ut tre temaer for årets bacheloroppgave. Vi valgte temaet: ”*bruk av tvang i sykepleien til demente pasienter*”. Frasen; ”ivareta autonomi” er brukt i problemstillingen og i den ligger det at pasienten i mest mulig grad skal få beholde og ta vare på sin egen selvbestemmelsesrett og ta egne valg. Oppgaven er avgrenset til sykepleiefunksjonen og sykepleierens relasjon til pasienten. Pårørende er utelatt. Vi velger å omtale kvinnen som ”pasient”, ”hun” eller ”henne” og ikke som ”bruker”. Betydning av ordet helsehjelp vil i denne sammenhengen være stell, og personlig hygiene. Vi har begrenset oss til den normative etikken da den er mest anvendelig for å kunne svare på problemstillingen. Vi har valgt å benytte Kari Martinsens omsorgsfilosofi siden denne svarer godt til oppgavens problemstilling og denne dreier seg om kommunikasjon, omsorg og nærhet til pasienten. Etter at Kari Martinsen har blitt presentert i oppgaven vil vi kun referere til henne som Martinsen videre. Oppgaven er begrenset til hjemmebasert omsorg, derfor er sykehjem og sykehus er utelatt, men innholdet er generaliserbart og overførbart til andre typer institusjoner. Lovmessig har vi spesiell fokus på kapittel 4; lov om pasient- og brukerrettigheter som omhandler tvang. Øvrige lover utdypes ikke, men kan nevnes eller tas med hvis vi trenger det for oppgavens forståelse. Yrkesetiske retningslinjer (YERL) for sykepleiere er med i oppgaven fordi de er sykepleieres spesifiserte retningslinje for god utøvelse av faglig og forsvarlig sykepleie. Økonomiske aspekter er ikke vektlagt i oppgaven. Situasjonen i oppgaven er presentert på en slik måte at verken personnavn, arena eller stedsnavn kan identifiseres siden situasjonen er konstruert.

1.3 Oppgavens oppbygning

Vi starter oppgaven med en situasjon der leseren danner seg et bilde av en hverdagssituasjon før problemstillingen blir presentert. Metodekapittelet gir leseren innsyn i anvendt litteratur og tar for seg kildekritikk. Videre kommer teori om demens, omsorgsfilosofien til Kari Martinsen og etikk basert på følelser, erfaring, intuisjon og faglig skjønn, etikk basert på fornuft, plikter, regler, normer og retningslinjer. Videre i oppgaven blir fokuset på teori om

sykepleie, sykepleie til pasienter med demens, sykepleierollen, kommunikasjon og hjemmebasert omsorg for å sette rammen vi skal holde fokus på. Innenfor teorien om sykepleie vil yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bli introdusert og innenfor temaet hjemmebasert omsorg kommer kap. 4 inn som omhandler tvang. Videre i oppgaven vil vi drøfte teorien opp mot problemstillingen og bli bevisst ulike måter å se en situasjon på og hva utfallet av diverse handlingsmåter resulterer i. Med en så god drøfting som mulig vil vi kunne komme frem til en konklusjon som svarer til problemstillingen. Fagartikler og forskningsartikler vil bli brukt gjennom hele oppgaven.

2.0 Metode

Dette er en bacheloroppgave som baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, egenvalgte forsknings- og fagartikler og egne erfaringer fra praksis. Gjennom oppgaveskrivingen har det vært viktig at litteraturen vi har brukt er valid, altså relevant og gyldig, den skal også ha reliabilitet, være pålitelig. Oppgaven er skrevet for sykepleiestudenter, sykepleiere og annet helsepersonell som trenger en innføring eller oppdatering vedrørende sykdommen aldersdemens og aktuelle etiske problemstillinger i møtet med disse pasientene rundt temaet personlig hygiene, her i oppgaven ”stell” og ”dusj” situasjon.

Vi har valgt å bruke deler av pensumlitteraturen da vi anser disse som gode nok og relevante for oppgaven. Vi har benyttet blant annet; ”Fra Marx til Løgstrup” (Kari Martinsen, 2003) når vi har valgt Kari Martinsen`s omsorgsfilosofi som sykepleieteori i oppgaven, ”Sykepleieteoretiker” (Marit Kirkevold, 2001) fordi denne boken beskriver mange sykepleieteoretikere og har de objektive ”brillene” på, ”Samtalen, skjønnheten og evidensen (Kari Martinsen, 2005) fordi dette er primærlitteratur, ”Geriatrisk sykepleie” (Kirkevold m.fl, 2008) og ”Eldre, aldring og sykepleie” (Karoliussen & Smebye, 1997) fordi disse retter seg mot de eldre generelt og demens som er problematikken i oppgava, ”Hjemmesykepleie” (Fjørtoft, 2009) da denne retter seg mot arenaen vi skriver om, ”Etikk i sykepleien” (Brinchmann, 2010 og Slettebø, 2002) fordi disse belyser og omhandler etikken vi ønsker å ha med og den er lett forståelig, og ”Grunnleggende sykepleie” (Nortvedt m.fl., 2005) fordi disse bindene beskriver det grunnleggende i sykepleien oversiktlig og grundig.

Vi prøver å finne litteratur av nyere dato, men ikke all litteratur er det. I mange litteraturkilder blir det brukt sekundære kilder, som vi også har med i oppgaven. Med sekundærkilder menes det at en forfatter har benyttet seg av litteratur som en annen forfatter har skrevet. Tolkningen vi har gjort skal være relevant for oppgaven. Vi har prøvd å holde en omtrentlig 10 års grense på all litteratur og data fordi dette vil være mest relevant og oppdatert. Litteratur som er eldre enn dette i oppgaven begrunner vi med at det som står er like aktuelt og relevant i dag som den gangen.

Vi har brukt databaser funnet gjennom hovedsiden til Høyskolen i Hedmark, søkt i Sykepleien, Helsebiblioteket, PubMed, SveMed, Ovid Nursing, Cinahl, British Nursing Index i søk på artikler. Disse databasene har blitt brukt under hele sykepleiestudiet i både undervisning og i øving, så vi har blitt godt kjent med dem og litteraturen er allerede

forhåndsvurdert og kritisert av databasene selv. Vi må allikevel være kritiske og vurdere relevansen for alle data. Er det forskningsartikkel eller fagartikkel, primærlitteratur eller sekundær? Kriterier, forfattere, troverdighet, kvalitet, database, årstall, emne/problemstilling, om den handler om det vi ønsker svar på, eller en påstand eller metoder brukt i arbeidet, kvalitativ eller kvantitativ? Søkeordene vi har brukt er satt sammen i ulike kombinasjoner.

NORSKE: tvang, demens, paternalisme, autonomi, kommunikasjon, skjønn, sykepleien, kommunen, hjemmesykepleie, kognitiv terapi.

ENGELSKE: paternalism, dementia, quality of life, nursing, restraint, communication, personal hygiene, home care, cognitive therapy.

Vi har vært heldige og funnet mange artikler, både forsknings- og fagartikler. Innspill til disse artiklene er også benyttet for å få frem poeng eller erfaringer gjort fra hverdagspraksis.

Hovedartiklene vil vi si litt om, og kun nevne de andre enkelt underveis.

- The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the thin line (Zomorodi & Foley, 2009). Artikkelen er fra USA, California (Journal of advanced Nursing). Den er overførbart til norske forhold og vi kan derfor bruke den i oppgaven. Den beskriver fire situasjoner der sykepleierens rolle er å være pasientens talsmann. Begrepet paternalisme sammenlignes og settes i kontrast med begrepet ”påvirkningsarbeid” og diskuteres for å avklare den tynne linjen som skiller disse. Refleksjon rundt etiske prinsipper som velgjørenhet og autonomi hjelper sykepleier å utvikle kommunikasjonsstrategier og unngår tvetydighet. Å kjenne til pasienten, dens historie vil hjelpe sykepleier å avklare den tynne linjen som skiller paternalisme og påvirkningsarbeid.
- Dementia care mapping: en mulighet for refleksjon og utvikling (Rokstad & Vatne, 2011). Artikkelen er norsk og gjort i sykehjem, men overførbart til hjemmesykepleie. Kvalitativ studie. Denne studien ble brukt som et verktøy eller en metode for sykepleierens refleksjon og utvikling i praksis til personer med demens. Resultatene var at pleierne reflekterte over egen praksis og på denne måten bidro med nye måter å møte pasienten på. Det ga økt bevisstgjøring og selvrefleksjon som endret sykepleierens tilnærminger i pasientgruppen.
- Mindfulness: Det oppmerksomme nærvær (Sandvik, 2011). Artikkelen er norsk og den er kvalitativ. Studien viser at trening på oppmerksomt nærvær bidrar til å utvikle

faglig kjernekompetanse i sykepleien. Sykepleierens evne til å være nærværende styrket kvaliteten på pleien. Dette kan være en god metode å utvikle denne evnen på og øker kunnskaper i praksis.

- I grenselandet mellom frivillighet og tvang (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Norsk, kvalitativ studie fra sykehjem, men som er overføringsbar. Viser at frivillighet og tvang i sykepleien til personer med demens er uklar og vanskelig. Sykepleiere kan gjøre forskjell ved å fokusere på relasjonsbygging til pasientene, etablering av tillitsfulle relasjoner ser ut til å redusere tvang og øke frivillighet og samarbeid.
- The impact of stimuli on affect in persons with dementia (Mansfield, Marx, Thein & Dakheel-Ali, 2011). Dette er en artikkel fra USA, Washington som er kvantitativ. Den viser at kognitiv stimulering som bruk av musikk, kunst, sosiale sammenkomster og turer har en viss effekt for personer med demens, også de med lavt skår på MMSE. De så en klar forbedring av livskvalitet hos pasientene.
- Carer`s interactions with patients suffering from severe dementia: A difficult balance to facilitate mutual togetherness (Hansebo & Kihlgren, 2002). Dette er en svensk og kvalitativ studie som har foregått over en lengre tid. Den forteller om det vanskelige samarbeidet det er å kommunisere sammen med pasienten og at balansering av maktposisjonen sykepleieren har gir en bedring av kvalitet, evner og balansering i samspillet.

3.0 Kunnskaper og ferdigheter sykepleieren bør inneha i arbeidet med klinisk demente pasienter

I dette kapittelet vil vi se nærmere på den etiske teorien med relevans for denne oppgavens utgangspunkt og problemstilling. I den sammenheng vil vi også belyse sykepleieteori basert på omsorgsfilosofien til Kari Martinsen.

3.1 Hva er demens?

Definisjon: *dementia* ”demens er en fellesbetegnelse på organiske sykdommer i hjernen og som fører til en generell intellektuell svikt, glemsomhet, desorientering og sviktende dømmekraft” (Nylenna, 2005, s.70).

Demens er en ervervet, nevrologisk tilstand i hjernen som rammer våre intellektuelle (kognitive) og motoriske funksjoner, og den er stadig tiltagende og ikke kurerbar. Tap og skade av nerveceller i hjernen erstattes eller fornyes ikke, slik som for eksempel celler i hud og vev. Dette kan gi symptomer som eksempelvis svekket hukommelse, konsentrasjonsevne, tap av språk, evne til å være kritisk, evne til planlegging og abstrakt tenkning. Noen pasienter med demens kan risikere motorisk svikt hvor de ikke klarer å kontrollere eller koordinere bevegelsene sine og det oppstår problemer bl.a. med egenomsorg. Etter hvert som tilstanden tiltar er ikke pasienten orientert for hverken tid, sted eller situasjoner, de forstår ikke handling i rom og er ikke i stand til å ta vare på seg selv (Berentsen, 2008).

Demens differensieres i mild, moderat og alvorlig grad av demens. Symptomene er litt forskjellige i disse tre gradene, men generelt er symptomer som; irritabilitet, aggresjon, rastløshet, vandring, depresjon, apati, hallusinasjoner, vrangforestillinger, inkontinens, roping, forvirring og emosjonelle svingninger vanlig å se og oppleve hos demente personer. Dette er en stadig utvikling (Berentsen, 2008).

3.2 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie innebærer å arbeide i andres hjem. Den generelle hensikten med omsorg i hjemmet er at arbeidet skal virke helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende. Overordnet mål i hjemmesykepleien er at pasienten skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2009). Samhandlingsreformen (St.meld. nr.

47, s.56) anslår at det er ca.160.000 brukere av hjemmebaserte tjenester i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet). Ca 10,4 % av disse har sykdommen aldersdemens (Fjørtoft, 2009).

Hjemmet er en viktig og privat arena for oss mennesker. Det er ikke bare et sted vi sover, men et sted vi er trygge og personlige og en plattform som gir en identitet. En må bevisst skille mellom det private hjem og institusjon. Dette gjøres ved å la hjemmet få være et hjem selv om det ytes helsehjelp. Sykepleier skal gi verdig omsorg og respektere pasientens ønsker. (Fjørtoft, 2009).

Som sykepleiere er vi underlagt flere lovverk i arbeidet både i hjemmebaserte tjenester og andre institusjoner for øvrig. Etter at samhandlingsreformen (St.meld.nr.47) trådte i kraft 1. januar i år har dette medført et større ansvar for kommunene. St.meld. nr. 47, s. 26:

”kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging...” (Helse- og omsorgsdepartementet). Det legges her stor vekt på samarbeid på tvers av nivåer (koordinering), forebygging, pasientforløp, pasientmedvirkning og likeverd som også er tatt og oppdatert i ”lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.” (Lovdata).

For denne oppgaven vil lov om pasient- og brukerrettigheter stå mest sentralt:

- § 4-1: hovedregel for samtykke; ”helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag...”
- § 4 A: ”helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp”
- § 4 A 1: ”formålet med reglene... yte nødvendig helsehjelp... forebygge og begrense bruk av tvang”
- § 4 A 2: ”helsehjelpen... respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet... med pasientens selvbestemmelsesrett”. Det er åpnet en adgang for å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg i
- § 4 A 3: ”før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette” (Lovdata).

Vi forstår med dette at vi som sykepleiere ikke skal bruke noen form for tvang i utøvelsen av sykepleien. Dette gjør det interessant fordi Martinsen sier at sykepleiere ved noen situasjoner kan bruke ”mild paternalisme”.

3.3 Omsorg i sykepleien

”Den andres ansikt gjør meg ansvarlig... Tilliten ligger allerede i den andres ansikt, apellen lyser ut av ansiktet og kaller på barmhjertighet. I ansiktet, i synet er det en utleverthet, og i denne utlevertheten ligger etikken” (Brinchmann, 2010 s. 117). Omsorg er noe vi er og noe vi gjør, dette kan ikke skilles fra hverandre (Martinsen, 2003).

Sitatet over tolker vi som viktigheten av å se pasienten og lytte til signalene pasienten gir uttrykk for gjennom uttrykk og kroppsspråk for å utøve så god sykepleie som mulig. De uttrykkene kan være smerte, ubehag eller redsel og det er da viktig at sykepleieren utfører sykepleien i samhandling med pasienten. Sandvik (2011) refererer til Kari Martinsen og Rosemarie Parse`s teorier i artikkelen ”mindfulness” der hun skriver om sykepleierens evne til å være tilstede og vektlegger trening på det ”oppmerksomme nærvær” som et viktig verktøy for sykepleiers ferdigheter i sykepleiefaget. Vektlegging av vennlighet, balansert nærvær, å stå i det åpne, å se og å være er hovedpunktene og en ikke-dømmende holdning sammen med aksept av at virkeligheten er som den er i denne artikkelen.

Omsorgen er spesielt preget av det moralske begrepet hvor ansvar for den svake blir tydelig. Ansvar for den svake gir et makt/avmaktforhold der forholdet mellom autonomi og velgjørenhet kan bli et hovedproblem. Martinsen oppfatter mennesker som grunnleggende avhengig av hverandre og i perioder med sykdom, funksjonssvikt og lidelse vil dette komme spesielt til syne. Omsorg er svaret på denne avhengigheten sier Kari Martinsen.

Martinsen trekker frem tre sider ved omsorgsbegrepet:

- En relasjonell side som omhandler forholdet mellom to mennesker (her sykepleier og pasient).
- En praktisk side som omhandler utførelse av konkrete situasjonsbetingede handlinger basert på en forståelse av hva som er til det beste for den andre
- En moralsk side som baserer seg på prinsippet om ansvar for de svakeste (Slettebø, 2002, 3. utgave, 3. opplag).

Omsorgens relasjonelle side i sykepleie beskrives som å utøve omsorg overfor pasienten ved å sette seg inn i pasients situasjon og se den aktuelle situasjonen, stellet, fra pasientens side. Utfordringen går ut på å finne ut hva pasienten er best tjent med. Med dette viser sykepleieren at hun ikke tar pasienten for gitt ved å gå ut i fra at pasienten vil ha gjort ting på samme måte som for eksempel i går. Ved å vise omsorg på den måten at pasienten får bestemme og sykepleier lytter og er oppmerksom for hvordan pasienten vil ha det vil pasienten oppleve stellet som noe behagelig, godt og fint. Videre kan sykepleieren i denne situasjonen smøre krem hvis pasienten ønsker og bruke god tid på dette hvis pasienten gir uttrykk for at dette er noe som hun liker svært godt. Sykepleieren viser omsorg og bryr seg om pasienten og tar pasientens ønsker på alvor. Sykepleierens tilstedeværelse og varsomhet overfor pasienten fremmer pasientens livsmot. Dette synet til Martinsen kan vi se igjen i forskningsartikkelen ”Mindfulness” (Sandvik , 2011). For god sykepleieutøvelse er evnen til å være nærværende en forutsetning. Dette styrker sykepleierens kvalitet og fremmer god tillitsskapende relasjon til pasienten.

Omsorgens praktiske side i sykepleien vil være håndlaget til sykepleieren i arbeidet. Sykepleieren tilrettelegger stellsituasjon på en slik måte at pasienten får det mest mulig behagelig og unngår smerter eller ubehag. For utøvelse av god sykepleie er det viktig at sykepleieren er observant på pasienten og kan tolke pasientens uttrykk og signaler når noe blir ubehagelig eller smertefullt. Sykepleierens skjønn er uvurdelig i slike situasjoner for pasienten (Martinsen, 2005).

Omsorgens moralske side handler om å utøve sykepleie til pasientens beste på bakgrunn av fagkunnskap og kjennskap til pasienten. Ofte vil grundige faglige overveielser være nødvendige for å finne ut hva som er den rette handlingen i den konkrete sykepleiesituasjonen (Martinsen, 2005). Martinsen ser på to sider i moralens praksis. Ubegrunnet og grunnleggende moral knyttet til konkrete situasjoner. Spontan nestekjærlighet og livsytringer som er tause, men alltid tilstede. Den andre siden er sykepleierens vurdering. Situasjonene som sykepleier vil stå i er alltid sammensatte, og den helhetlige situasjonen sykepleier må se, all informasjon om pasienten sammen med teori og oppdatert fagkompetanse skal hjelpe med å se pasientens livssituasjon og dermed vurderingene og handlinger som fremmer livsmulighetene (Martinsen, 2005).

Martinsen fokuserer på å være i situasjonen der og da, gjøre det så godt som mulig for pasienten, på pasientens premisser og gi omsorg som gjør at de har det bedre eller føler seg bedre. Martinsen vil med dette øke "livsmotet" slik at overskudd og andre ressurser brukes til noe som man selv ønsker, vil eller drømmer om. Fokuset er å være i situasjonen der og da, gjøre det så godt som mulig for pasienten og på pasientens premisser samt gi omsorg som gjør at de har det bedre eller føler seg bedre (Martinsen, 2005).

Martinsen understreker viktigheten av skjønn i sykepleien, som også kommer frem i "mindfulness" (2011) da Sandvik skriver at treningen på oppmerksomt nærvær har gjort at sykepleiere har utviklet seg på ferdigheten "å se med hjertets øyne" og utviklet godt skjønn i sykepleierfaget. Skjønn er viktig for å øve seg på å stille seg selv åpen for sanselige inntrykk der øvelsen går på å lytte, se og berøre klinisk for videre å kunne, lytte, se og berøre klinisk på en god måte (Kirkevold, 2001). Sykepleier skal være fokusert på det generelle og det spesielle og dette krever fagkunnskap og bruk av skjønn (Martinsen, 2003). Det er gjennom skjønn muligheten til å komme i kontakt med den grunnleggende moralen. Forståelsen av omsorg, dens betingelser og menneskesyn har betydning for hvordan sanser brukes og kunnskap anvendes. Å bruke faglig skjønn er å balansere sansingen og forståelsen, dette kaller Martinsen tydningsarbeid (Martinsen, 2003).

Martinsen understreker at omsorg ytes på grunnlag av personlig engasjement og innlevelse i pasientens situasjon på pasientens premisser, og hun tar avstand fra de ulike former av overtramp og maktovergrep fra sykepleierens side. I innspill til artikkelen "dementia care mapping" vil kunnskap øke interessen for faget, at det er viktig med tilbakemeldinger i arbeidet med demente personer, at personalet må tilpasse seg pasienten og ikke omvendt (Sykepleien.no). Martinsen understreker at omsorg ytes på grunnlag av personlig engasjement og innlevelse i pasientens situasjon, pasientens premisser, og hun tar avstand fra de ulike former av overtramp og maktovergrep fra sykepleierens side. Sykepleier skal handle til det beste for pasienten, det hviler på nestekjærighet og relasjoner til hverandre. Vi kan ikke vite hva dette er på forhånd, det kommer ann på sammenhengene og situasjonene (Martinsen, 2003). Innspill til "i grenselandet mellom frivillighet og tvang" blir det også presisert at kompetanse gir mindre tvang. Det å bygge relasjoner til pasientene, øke kunnskapen og ha fokus på holdninger er avgjørende for hvorvidt pasienten får en god og verdig behandling eller ikke (Sykepleien.no). Martinsen ser det etiske problemet mellom autonomi og paternalisme og at det i gitte situasjoner kan brukes mild paternalisme. Dette er ønskelig i de

situasjoner hvor pasienten selv ikke er i stand til å ta stilling til hva som er best for seg selv i aktuell kontekst (Martinsen, 2005).

3.4 Etikk basert på følelser, erfaring, intuisjon og faglig skjønn

I dette delkapittelet vil vi se nærmere på den etiske teorien som er basert på følelser, erfaring og intuisjon/faglig skjønn fordi sykepleierenes følelser, erfaring, intuisjon og faglig skjønn varierer ut i fra egne livserfaringer.

3.4.1 Omsorg- og nærhetsetikk

Nærhetsetikken setter jeg-du forholdet og samspillet mellom to individer i fokus. Samspillet bygger på moralske fenomener og moralsk praksis. Den omhandler vår væremåte, våre holdninger og våre relasjoner (Brinchmann, 2010).

Nærhetsetikken vektlegger følelsenes betydning for å kunne oppfatte at moralske og faglige verdier er truet. Er ikke sykepleieren var for den andres situasjon kan heller ikke sykepleier se hvilke verdier som står spill. Derfor vil den etiske begrunnelsen ligge i forståelsen av situasjonen heller enn i generelle normer og regler som bør etterfølges (Brinchmann, 2010).

Det eksisterer noen grunnleggende fenomener i det å bare være et menneske. Disse fenomenene er spontane livsytringer. Tillit, medlidenhet, barmhjertighet, talens åpenhet og håp er de spontane ytringene som er sentrale. De vil være i oss selv om vi ikke alltid er de like bevisst (Brinchmann, 2010).

3.5 Etikk basert på plikter og retningslinjer

I dette kapittelet vil vi belyse en av retningslinjene i den normative etikken som er fornuftbasert. Vi vil ta for oss yrkesetiske retningslinjer for sykepleier som en del av kapittelet.

3.5.1 De 4 prinsippers etikk

En gruppe amerikanske filosofer, teologer, jurister og leger utviklet disse prinsippene som et etisk rammeverk mot slutten av 1970-årene. De har blitt sentrale innenfor amerikansk medisinsk etikk. Disse prinsippene har stor innflytelse i Norge og ellers i Europa (Brinchmann, 2010).

I Brinchmann (2010) defineres hvert prinsipp som en plikt:

- *Autonomi- plikten til å respektere autonome personers beslutninger*
- *Ikke skade- plikten til ikke å skade andre*
- *Velgjørighet- plikten til å gjøre godt mot andre*
- *Rettferdighet- plikten til å behandle like tilfeller likt (formell rettferdighet) og til å fordele ressurser rettferdig (fordelingsrettferdighet) (s. 85)*

Prinsippene er likeverdige, men ikke absolutte. De anses som prima facie- prinsipper, altså prinsipper som man vil følge ved første øyekast, men som allikevel kan sees bort fra hvis en bestemt situasjon eller andre hensyn tilsier det (Brinchmann, 2010).

Ordet autonomi stammer fra to greske ord: autos og nomos som betyr selv og styring. Autonomi betyr i moralfilosofien det som følger av sin egen indre lovmessighet og uavhengighet av påvirkning utenfra. Autonomi er retten til å få informasjon og til å kunne ta valgene selv. Det er en etisk og juridisk rettighet å få sin rett på autonom beslutning respektert. I pasientrettighetsloven står det nedskrevet pasienters rett til medvirkning og informasjon. Autonomi er ofte oppgavespesifikt og gradert fordi beslutningskompetansen kan variere, men selv om beslutningskompetansen varierer gjennom livet, er integriteten og menneskeverdet konstant. Beslutningskompetansen varierer fra hva det skal tas stilling til, om nok informasjon er gitt, pasientens prererferanser og om pasienten er kompetent og fri fra ytre press til å ta avgjørelser. I situasjoner der pasienter er mer sårbare stilles det i større grad krav til helsepersonell om å ivareta både pasienters og pårørendes integritet og autonomi.

Paternalisme betyr formynderi og er et begrep som brukes ofte i sammenheng med pasienters autonomi hvor sykepleier med sin profesjon tar avgjørelser og overstyrer pasientens egne ønsker. Dette gjøres ved bruk av svak paternalisme hvor pasienten ikke er i stand til å handle ut ifra sitt eget beste. Paternalisme skal i størst mulig grad unngås (Brinchmann, 2010).

Ikke skade- og velgjørenhetsprinsippet kan føres tilbake 2400 år til Hippokrates tid.

Hippokrates lover i legeeden at:

”Jeg vil etter beste evne og beste skjønn gi forskrifter om livsførsel og gagn for de syke, og jeg vil verge dem mot slikt som fører til skade og urett” (sitert i Brinchmann, 2010, s. 87).

Det er viktig å fremme de nødvendige etisk relevante forholdene og kun ta utgangspunkt i disse for å kunne ta en god og forsvarlig avgjørelse på et prinsippetisk grunnlag.

Spekulasjoner om andres motiver kan ikke tillegges vekt.

Rettferdighetsprinsippet sørger for at pasienten får adekvat informasjon om sin helsetilstand, behandling eller om sentrale forhold i livssituasjonen slik at autonome valg kan foretas i eget liv (Brinchmann, 2010).

3.6 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

”...grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert.” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011)

”1.4 Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger. Unødig bruk av tvang eller annen rettighetsbegrensning anvendes ikke.” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er bygget på International Council of Nurses` s (ICN) etiske regler og menneskerettigheter på den måten de kommer frem i FN`s menneskeretterklæring. Disse retningslinjene går i dybden på hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis og konkretiserer hva som ses på som god sykepleiepraksis innenfor flere områder. Sykepleierens yrkesetiske ansvar har grenseoppganger mot både det juridiske og det faglige ansvaret. For sykepleieren kan en handling være faglig forsvarlig og juridisk tillatt, men etisk uakseptabel. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) handler først og fremst om samspillet mellom sykepleier og pasient, samt samspillet mellom sykepleier og pårørende. Retningslinjene inneholder også elementer som omfatter sykepleierens forhold til;

sykepleieprofesjonen, sykepleiepraksisen, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet for øvrig (Slettebø, 2009).

Sykepleie og etikk er nært knyttet sammen og spørsmål av moralsk og etisk karakter er alltid svært viktig. Kvalitativ god sykepleie kjennetegnes av handlinger hvor etikk og fag forenes i god praksis. Mange av de etisk utfordrende situasjonene sykepleiere møter i arbeidshverdagen blir regulert gjennom lovgivningen, hvor det på noen vanskelige områder ikke finnes direkte svar. Det som preger lovene er grunnleggende verdier som tillit, integritet, respekt, menneskeverd og ansvar (Brodtkorb, 2004).

3.7 Sykepleie

Sykepleiens grunnlag er pleien av mennesker som i ulik grad trenger hjelp. Det kan dreie seg om forebygging, lindring, behandling, undervisning eller veiledning og være på bakgrunn av sykdom, skade eller fordi de er spesielt utsatt i egen livssituasjon. Sykepleien vil ta utgangspunkt i at det er skade som kan oppstå eller at det allerede er oppstått svikt i ivaretagelsen av allmennmenneskelige behov. Sykepleien vil også ta utgangspunkt i menneskets opplevelse og reaksjon på den oppståtte situasjonen (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005)

Den helhetlige sykepleien består av fire elementer. Dette kaller Martinsen å ”forsøke å se pasientens hele situasjon”. Sykepleieren skal se pasientens livssituasjon, tyde den for å fremme livsmotet (Martinsen, 2003). Ut ifra egen innsats og samlet styrke skal sykepleieren prøve å se de ulike sidene og danne seg et bilde av pasientens livssituasjon. De fire elementene er fysisk, psykisk, sosial og åndelig. Mennesket er i en større sammenheng med andre mennesker og med naturen som er rundt. Sykepleier må kunne være ydmyk til det foranderlige og bevegelige, vise aktelse for livet, stille seg åpen og mottakelig (Martinsen, 2003).

3.7.1 Sykepleie til pasienter med demens

Sykepleie bør være tilpasset den dementes opplevelser, verdier, ønsker og mål. Det er avgjørende for opplevelsen av verdighet og respekt at pasienten føler at sykepleieren tar hensyn til pasientens erfaringer og synspunkter. Sykepleien forutsetter en anerkjennende relasjon mellom pasient og sykepleier og at samhandlingen dem imellom er bygget på likeverdighet, samarbeid og gjensidig avhengighet. Denne relasjonen kan ha varierende

karakter, nærhet og dybde avhenging av pasientens ønsker, behov og ikke minst forutsetninger. Pasientens ønsker for å kunne videreføre livet i den grad det er ønskelig og som på tross av endrede forutsetninger skal inngå i sykepleierens vurdering av sykepleie. Dette krever god og åpen kommunikasjon og forutsetter at sykepleieren har gode ferdigheter og innehar god evne til dialog. Det er også viktig å støtte opp om pasientens delaktighet og autonomi ved hjelp av veiledning, støtte og opplæring og videre gjennom tilrettelegging av omgivelsene. For den demente er det kritisk at det må opprettes relasjon med flere sykepleiere og andre helsearbeidere. Det kan ta lang tid å opprette en god relasjon. Pasienter med demens trenger trygghet og forutsigbarhet og det kan få uheldige konsekvenser ved å måtte forholde seg til nye mennesker. Nye spørsmål og nye rutiner vil kunne skape utrygghet i en ellers vanskelig hverdag (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008).

”Dementia care mapping (DMC)” (Rokstad & Vatne, 2011) er et nyttig verktøy i pleien av demente pasienter. Artikkelen går ut på utvikling, bevisstgjøring av egne evner, tilnærminger, holdninger og refleksjoner i fellesskap og for seg selv, i den daglige praksisen som en nyttig metode og som et verktøy for sykepleiere og andre pleiere i demensomsorgen. Martinsen snakker om lidelsen. En dyp og komplisert faktor som menneskene ikke kan komme foruten. Noe i livet er større enn oss og dette kan vi ikke kontrollere.

Lidelsen står ikke alene og forutsetter livsmuligheter og livsmot som settes til livs gjennom livsytringene, ytterpunktene av lidelsen og livsmotet (Martinsen, 2003).

3.7.2 Sykepleierrollen

Da vi forholder oss til sykepleier og filosof Martinsen i denne oppgaven tar vi for oss hennes syn på sykepleierens rolle. Hun sier at sykepleie som yrkesmessig omsorg har tre sider. Med utgangspunkt i disse sidene baserer sykepleierens rolle seg på ansvar og på forpliktelse som yrkesutøver ved å blant annet forstå og engasjere seg i pasientens situasjon. Sykepleieren tar også utgangspunkt i det dagligdagse. Sykepleieren tar i bruk sin fagkunnskap og sørger for pasienten på en omsorgsfull måte og fremmer pasientens opplevelse av anerkjennelse. Både den praktiske og den erfaringsbaserte kunnskapen må stå i sentrum for å utøve faglig forsvarlig sykepleie (Martinsen, 2005). Sykepleierens fokus er ikke på seg selv, men noe utenfor. Å være i en bevegelse fra seg selv til den andre for å handle til det beste, livsytringen er å ta vare på medmenneskers liv, i en gitt mulighet til sykepleier. Å stå i det åpne, tale for den andre, yte omsorg av barmhjertighet, tillit og håp er omsorgens uttrykk og kjærlighet (Martinsen, 2003).

3.7.3 Kommunikasjon i sykepleien til pasienter med sykdommen demens

Pasienter med sykdommen demens har svekkede sanser og nedsatt oppmerksomhet, våkenhet og motivasjon som gjør det ekstra viktig å være klar, tydelig og langsom i språket. Gode metoder i kommunikasjon med demente er realitetsorientering, validering og reminisensarbeid (Rokstad, 2000).

Samtalen er et vågestykke og krever mot. Martinsen kaller den vanlige hverdagssamtalen for ”allmennsamtalet”, og dette er grunnlaget for fagsamtalen i omsorgsyrket. Samtalen dreier seg om en treleddet og ikke toleddet relasjon, den består av sykepleier, den andre og den saken eller problemet som vi felles taler om. I samtalen må det være rom. Martinsen mener med det at man skal gi hverandre tid og rom, ikke komme for nært, men heller ikke for distansert (Martinsen, 2005). Kommunikasjon bærer all samtale, den er fellesgjørende. Det er å våge seg frem mot den andre og bli tatt imot der, og i det ligger det etiske; selve nerven i kommunikasjonen. Hansebo og Kihlgren (2002) sier at en av de vanskeligste utfordringene i sykepleien er å oppnå likeverdig samhandling gjennom kommunikasjon til pasienter med demens. Det sykepleieren sier verbalt og nonverbalt må gjenspeiles i sykepleierens fremtreden. De sier også at sykepleieren bør kunne ha mulighet til å reflektere over at pasienten er unik med sine livserfaringer. Igjen er det også viktig for sykepleiere å reflektere over egne evner, kunnskaper og bevisstgjøring. Rokstad og Vatne (2011) sier i artikkelen ”Dementia care mapping” at det etiske i samtalen ligger på gjensidig tillit og i en sårbar utleverthet som livet setter oss i. Man trenger ikke være enig i alt, men forsøke å ta det den andre sier alvorlig og imøtekomme den andres toner skaper tilliten i samtalen. For i samtalen kommer en ikke utenom språkets musikk, tonen i det saklige og hva vi sier med kroppen. ”Vi vil noe med det vi sier med kroppen” sier Martinsen. Hva man sier og hvordan det sies er nært knyttet sammen, det handler om å stille seg inn i forhold til den andre og lytte seg fram til den andres grunner. Samtalen er mellom likeverdige ”subjekter” selv om sykepleieren er den profesjonelle som har fagkunnskap og er en autorisert makt i hjelperollen. Det er desto viktigere for sykepleier å lytte; den hjelpetrengende vet selv best hvordan han har det og kan gi best innsikt i sin lidelse (Martinsen, 2005).

4.0 Hvordan kan sykepleier ivareta autonomi når pasienter med demens motsetter seg nødvendig helsehjelp?

For å kunne svare på problemstillingen vil vi starte med å avgrense og identifisere det sentrale problemet i pasientens tilfelle. Videre vil vi kunne innhente relevante fakta for å finne ulike handlingsalternativer. Da handlingsalternativene er definert vil vi analysere de ut i fra plikter, retningslinjer, etiske prinsipper og verdier. Vi vil også se på handlingsalternativene i et nærhets- og omsorgsetisk perspektiv. Underveis i drøftingen vil vi se på hvilke av de involverte partene det bør tas mest hensyn til og komme med synspunkter på hvilket handlingsalternativ vi synes best svarer til problemstillingen.

Betydningen av sykepleiers evne til etisk refleksjon.

Vi anser dilemmaet å være sykepleierens ønske og plikt til å hjelpe en som motsetter seg den aktuelle hjelpen. Situasjonen i oppgaven er et eksempel på et etisk dilemma/problem i en hverdags situasjon på individnivå. Det vil si at den er dagligdags og at det sykepleier og pasient, to individer, det dreier seg om. En etisk vanskelig situasjon oppstår når det står verdier på spill som av ulike grunner kan være vanskelig å ta hensyn til (Brinchmann, 2010). For at sykepleier skal kunne ta et valg og fatte en beslutning må de relevante fakta rundt situasjonen være samlet inn. Pasienten har endret atferd de siste dagene med mer uro, forvirring og utagering noe som har kommet frem på rapporter de siste dagene. Sykepleier bør gjøre seg noen tanker om dette kan skyldes dårlig kommunikasjon, kunnskapsmangel, misforståelser, eller mangelfull informasjon til pasienten. Sykepleier bør også kunne gjøre seg noen tanker om hva slags andre faktorer som kan medvirke til uroen og forvirringen. Et godt verktøy for å utvikle ferdigheter og refleksjoner kan man få gjennom metoden som eksisterer i artikkelen ”Dementia care mapping” (Rokstad og Vatne, 2011). Pasientens demens er tiltagende, og kan i verste fall være uttrykk for smerter eller andre ting som hun ikke klarer å sette ord på. Sykepleier skal tenke helhetlig i sin utøvelse av sykepleien i den aktuelle situasjonen her og nå, som hun må ta stilling til (Brinchmann, 2010). Pasienten ønsker meget bestemt ikke verken å få hjelp til å få utført personlig hygiene eller til urinprøvetaking. De helsemessige konsekvensene for henne hvis sykepleier fullt ut respekterer hennes autonomi vil kunne resultere i ytterlig forvirring, ubehag og smerter samt urinveisinfeksjon, nyrebekkenbetennelse og nyresvikt (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, Solheim, 2002). Hvis hun blir ytterligere forvirret er det også mulighet for at hun går ut og ikke finner veien

hjem igjen. Sykepleieren mistenker urinveisinfeksjon på bakgrunn av fagkunnskap. Sykepleieren vet at symptomene kan være stram urinlukt og økt forvirring, noe som er tilfellet hos denne kvinnen. Stram urinlukt og økt forvirring er vanlige symptomer på urinveisinfeksjon hos eldre (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, Solheim, 2002). Faren er også til stede for at hun kan få sopp, kløe og sår hud som følge av å gå med urin og noe avføring nedentil på grunn av dårlig hygiene. Sykepleieren ser det som uverdigg for pasienten å gå uflidd og med stram urinlukt da hun tidligere har vært både sosial, aktiv og velstelt. Sykepleieren finner det nærliggende å tro at hun nå føler seg utrygg i stellsituasjonen siden hun viser en mer aggressiv adferd. Dette kan være fordi hun ser på sykepleieren som en fremmed. Hun vil da ikke forstå hvorfor det er en sykepleier i hennes leilighet overhodet og hvorfor sykepleieren skal ta av klærne og vaske henne nedentil. Det er nærliggende og tro at dette vil føles som et overgrep for henne, opplevelsen av at en fremmed kommer så nært innpå kroppen hennes.

Sykepleierens håndlag vil kunne ha stor betydning for pasienten da kroppen i stor grad tolker håndlaget enten som behagelig eller ubehagelig. Dette påvirker stellet i stor grad fordi demente pasienter er vare på håndlag og på det som oppleves som ubehagelig. Hvis pasienten uttrykker ubehag vil sykepleier kunne tilrettelegge stellet på en bedre måte slik at pasienten unngår ubehag videre i stellet (Martinsen, 2003).

Autonomi innebærer å ta pasientens ønsker, opplevelser, verdier og mål på alvor. På denne måten vil relasjonen mellom sykepleier og pasient være tillitsbyggende og anerkjennende (Brinchmann, 2010). Ettersom sykepleieren kjenner sykdommen demens vet hun at denne tilstanden svekker sansene og oppmerksomheten til den eldre. Det er viktig at sykepleieren er klar og tydelig i det verbale og nonverbale språk fordi dette er med på å understreke og forsterke informasjonen. Toneleiet sykepleieren bruker kan være avgjørende i møtet med pasienten. Erfaringen vår er at dette er vesentlig for pasientens evne til å få tillitt eller ikke til sykepleieren. I den grad pasienten kjenner på tillitt og mottar god og tilstrekkelig informasjon vil pasienten bedre kunne ta de rette valgene for seg selv ut ifra sine egne ressurser (Martinsen, 2003).

Sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger og unngå bruk av tvang og avstå fra å frata rettigheter pasientene har (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasientens rett til medvirkning og informasjon skal respekteres. Autonomi er retten til å få informasjon og ta selvstendig valg. I moralfilosofien betyr autonomi det som følger av sin egen indre lovmessighet og uavhengighet av påvirkning utenfra. I praksis betyr dette at pasienten verken

skal lures, manipuleres, trues eller påvirkes på en slik måte at valgene ikke blir egne, men andres. Autonomien kan ofte være gradert etter hva det skal tas stilling til. Den vil graderes videre på bakgrunn av pasientens kompetanse til å ta egne valg. Beslutningsevnen varierer gjennom hele livet, spesielt for eldre med demens. Integriteten og menneskeverdet er imidlertid konstant. Som situasjonen i oppgaven beskriver er pasienten mer sårbar på grunn av sin demens sykdom (Brinchmann, 2010).

Zomorodi og Foley (2009) sier i sin artikkel at å veie prinsippene velgjørenhet og autonomi hjelper oss å kunne avklare dette tynne skillet mellom påvirkningsarbeid og paternalisme. Det at sykepleieren er involvert i pasientens liv og har et stort ansvar i rollen som ”talsmann”.

I artikkelen ”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang” (Hem et al. 2011) er det en påstand om at tvang og press i forbindelse med stell er vanlig. Grensene mellom frivillighet og tvang er hårfine og trer oftest frem der sykepleieren ser på tvang som ”tvingende nødvendig”. Tvang brukes videre der sykepleieren opplever pasientens motstand som lite rasjonell da pasienten i ettertid er fornøyd med å ha fått hjelp. Her ser vi viktigheten av vurderingen i situasjonen hvor verdier står på spill. Her er tvang brukt for at pasienten skal føle velvære på bekostning av pasientens autonomi i stellet. Denne bruken av tvang støttes av Martinsen når sykepleier kjenner pasienten, bruker skjønn og resultatet forventes å være vellykket.

Paternalisme betyr formynderi og brukes ofte som begrep i sammenheng med pasienters autonomi der sykepleier med sin profesjon tar avgjørelser og overstyrer pasientens egne avgjørelser (Brinchmann, 2010). Denne bruken av paternalisme brukes blant annet hvor pasienter ikke er i stand til å handle ut ifra sitt eget beste. Sykepleieren skal tilstrebe og unngå bruk av paternalisme i høyest mulig grad. I oppgavens situasjonsbeskrivelse kommer det tydelig frem at pasienten ikke er i stand til å ta rette valg og handle ut ifra sitt eget beste. Det kan være nødvendig å bruke mild paternalisme for å få pasienten til å gjennomføre et nødvendig stell for så å ivareta sin egen integritet og velvære (Martinsen, 2003). Det er nærliggende å tro at pasienten ikke egentlig vil lukte urin, gå i skitne klær eller se uflidd ut ifra hvordan hun tidligere har levd sitt liv. Martinsen støtter sykepleiere i å skulle kunne utføre mild paternalisme da sykepleier med sin fagkunnskap kan gjøre rede for hvorfor det kan benyttes mild paternalisme og hva som er konsekvensene hvis det ikke gjøres. Her er det en tydelig konflikt mellom hvordan pasienten var før og at hun nå ikke er i stand til å ta de riktige valgene og sykepleiers plikt og ønske til å hjelpe i stellsituasjonen.

Sykepleier må kjenne de relevante etiske forhold for å kunne ta en forsvarlig avgjørelse på prinsippetiske grunnlag. Her kommer viktigheten av sykepleiers kunnskap om etiske dilemmaer hvor to eller flere handlingsalternativer gjør at verdier står på spill og resultatet ikke blir optimalt (Brinchmann, 2010).

Velgjørenhet- og ikke skadeprinsippet går vi ut ifra ligger sykepleiere nært til hjertet. Dette prinsippet er viktig i all utøvelse av sykepleie. Vi vil det beste for pasienten ved å gi henne en opplevelse av velvære, med samtidig ikke påføre henne skade ved å gå hennes ønsker og verdier imot. Skade for pasienten kan være det og ikke bli hørt eller respektert i stellsituasjonen. En slik skade kan kunne sette spor hos pasienten slik at hun vil vegre seg i lignende situasjoner fremover. Pasienten har sykdommen demens, noe som kan gjøre at denne situasjonen som hun føler som ubehagelig i dag kanskje vil være glemt senere på dagen. Hvis situasjonen ikke glemmes i dag kan den være glemt i morgen eller i neste stellsituasjon. Dette er kunnskap om sykdommen demens som sykepleier har. Denne kunnskapen danner så grunnlaget for eventuelt å benytte mild paternalisme i stellsituasjonen (Brinchmann, 2010).

Sykepleiens grunnlag er pleien av mennesker som i ulik grad trenger hjelp. Martinsen understreker viktigheten av skjønnnet i sykepleien. Skjønnnet er viktig for å øve seg på å stille seg selv åpen for sanselige inntrykk der øvelsen går på å lytte, se og berøre klinisk på en god måte, som vi også ser igjen i ”mindfulness”, det oppmerksomme nærvær (Sandvik, 2011). Martinsen ser det etiske problemet mellom autonomi og paternalisme, mener at sykepleiere i gitte situasjoner kan bruke mild paternalisme. Dette er ønskelig i de situasjoner hvor pasienten selv ikke er i stand til å ta stilling til hva som er best for seg selv i aktuell kontekst. Både den praktiske og den erfaringsbaserte kunnskapen må stå i sentrum for å utøve faglig forsvarlig sykepleie (Martinsen, 2005). Stellet skal ivareta pasientens integritet og kan i forhold til demente være en utfordring. Selve stellet er noe av det mest grunnleggende ferdigheten for en sykepleier og desto mer omfattende hjelpebehovet er desto mer komplekst blir stellet. Dette behovet står i sterk kontrast med bemanningssituasjonen i deler av eldreomsorgen og spesielt for de pasientene som har behov for sykepleie i eget hjem. Tid er en faktor som spiller inn i stor grad. Tiden vil kunne spille inn på sykepleierens fremtreden siden tiden i stor grad influerer på det verbale og nonverbale språket. En sykepleier med dårlig tid vil kunne ha forandret toneleie, raske bevegelser og hardere håndlag. Dette vil en pasient med demens fort oppleve som ubehagelig og utrygt. På sitt beste kan stellet gi både pasient og sykepleier en

opplevelse av mestring, verdighet og fellesskap, men muligheten er til stede for at det kan bli det motsatte (Martinsen, 2005).

Omsorgs- og nærhetsetikken handler om relasjoner, samspillet mellom pleier og pasient. Da pasienten viser en mer aggressiv atferd vil sykepleieren sin aktuelle fremtoning ha signifikant betydning for muligheten for et vellykket stell (Brinchmann, 2010). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger og unngå unødig bruk av tvang. Sykepleieren skal være ydmyk og ha en framtoning som ikke virker truende for pasienten. Sykepleieren skal fremme pasientens muligheter til å ta egne valg. Med dette må vi tilrettelegge for henne uten å trå over grensen og unngå å handle selv. Ved tilrettelegging vil sykepleieren være opptatt av hva pasienten vil og klarer gjennom observasjon for at pasienten skal kunne bidra mest selv. Sykepleieren må være var i situasjonen. Sykepleieren må kjenne på seg selv, ”gå inn i seg selv” og prøve å observere hva hun best kan gjøre for å løse situasjonen på en verdig måte (Martinsen, 2005). Hvilke verdier står på spill her? Sykepleierens eller pasientens?

Status er nå at pasientens helsetilstand ikke er som vi ønsker, og med vår sykepleiefaglige bakgrunn vet vi at konsekvensene av å ikke få hjulpet henne nå vil bli at hun stadig blir verre. De fysiske/somatiske konsekvensene er forvirring, smerte og infeksjon i kroppen som stadig forverrer seg og kan bli mer alvorlig (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, Solheim, 2002). Pasienten er allerede tiltagende med forvirring og aggresjon og hun gjenkjenner ikke pleieren som kommer hjem til henne selv om hun har gjort det tidligere. I pasientens natur ligger det at hun har vært selvstendig og har hele livet sitt tatt vare på seg selv og sin egenomsorg. Dette gir hun også uttrykk for når hun forteller at hun alt er stelt i dag og ikke ønsker hjelp. Sykepleierens omsorg vises på den måten sykepleieren møter pasienten og hvordan sykepleieren utfører sine handlinger. Videre omsorg avhenger videre av hvilken relasjon sykepleier har opparbeidet med pasienten fra før og hvilke vurderinger sykepleier gjør omkring tiltak som pasienten er best tjent med (Martinsen, 2005).

I lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A-3 står det at før helsehjelpen kan gis til en som motsetter seg helsehjelp, må tillitskapende tiltak være prøvd. Det å ta seg ekstra tid for å vinne pasientens tillit kan være et alternativ. Sykepleieren setter seg inn i situasjonen og ser situasjonen for det den er. Hva kan jeg best få til her og nå? Sykepleieren har flere valg og metoder som kan forsøkes før bruk av mild paternalisme. Sykepleierens overordnede mål om å hjelpe pasienten til å mestre hverdagen i sitt eget hjem må stå høyt. Det samme gjelder

respekten for pasientens hjem, der sykepleieren ikke har rett til å ta valg eller ta seg til rette (Fjørtoft, 2009). Sykepleieren bør vektlegge egne verdier og holdninger sammen med egne følelser for å kunne ha innsikt i hvorvidt de moralske og faglige verdier er truet eller ikke. En sykepleier som ikke er var for pasientens situasjon vil heller ikke se eller bli bevisst hvilke verdier som står på spill (Slettebø, 2009).

Sykepleierens ”makt”- posisjon og bruk av paternalisme vil utfordre pasientens autonomi. Martinsen skriver om den praktiske siden av omsorgen, og denne er basert på forståelsen av hva som er best for den andre. Det som fungerte i går eller ved en annen anledning er ikke nødvendigvis det som fungerer nå. Men å være i situasjonen der og da på pasientens premisser i utøvelsen av sykepleien og omsorgen vil bidra til velvære. På denne måten kan sykepleieren øke ”livsmotet” for pasienten og hun kan bruke sitt overskudd og ressurser til andre ting som gagnar kvinnen selv (Martinsen, 2003).

Martinsens omsorgsteori (Slettebø, 1997) sier at omsorg spesielt er preget av det moralske begrepet hvor ansvar for den svake blir tydelig. Sykepleierensansvaret for den svake gir et makt/avmaktforhold mellom sykepleierens velgjørenhet og pasientens autonomi.

I oppgavens situasjon er denne konflikten tydelig. Sykepleierens situasjonsforståelse er avgjørende for hvordan hun kan balansere forholdet mellom paternalisme og pasientens autonomi. Sykepleieren bør ikke overta for mye ansvar for pasienten, men respekten for hennes autonomi kan heller ikke strekkes for langt. Med det kan følgene bli at sykepleieren ikke hjelper pasienten slik at alvorlig sykdom kan bli resultatet. Sykepleierens verdier og moralske skjønn preges av hvordan situasjonen mestres. Noen viktige verdier som bør ligge til grunn i enhver situasjon mellom sykepleier og pasient er barmhjertighet, ydmykhet, empati, tålmodighet, toleranse, forståelse og respekt for pasientens integritet og verdighet (Martinsen, 2003). Sykepleieren trenger også å ha fokus på trygghet og livskvalitet for pasienten. Sykepleierens moralske skjønn innebærer de erfaringer og kunnskaper sykepleieren har i arbeidet med pasienter som har demens. Det kan være at sykepleieren har lært å se etter signalene pasienten sender ut via uttrykk og kroppsspråk der pasienten ikke klarer å finne ord. Sykepleieren kan på bakgrunn av sitt skjønn tenke at det som er ubehagelig nå kan være glemt senere på dagen, eller rett etter stellet når pasienten føler seg ren og fin. Sykepleieren kan da forsvare sin bruk av mild paternalisme i denne situasjonen (Martinsen, 2005).

Det er viktig at tillitskapende tiltak er forsøkt først før sykepleier tyr til mild paternalisme (Brinchmann, 2010). I noen tilfeller kan sykepleier være fristet til å gå rett på paternalisme for

å få jobben gjort. Det vil ikke være god sykepleie og det overtramp pasienten måtte føle, vil i verste fall føre til redsel hos pasienten. I en travel sykepleierhverdag har vi sett i praksis at dette gjøres oftere enn vi ville trodd. Dette gjøres i situasjoner der sykepleieren ikke har tid eller nok kjennskap til etisk refleksjon. Sykepleieren veier ikke relevante fakta opp mot hverandre for å komme til en bedre løsning for både pasienten og sykepleieren selv. Faren ved ikke å ha evnen til etisk refleksjon vil være nettopp at det oppstår situasjoner hvor sykepleieren overstyrer pasienten helt. Sykepleieren vil da ikke være i stand til å gjenkjenne et etisk dilemma og ser da heller ikke at overtrampet faktisk er så stort at det skader pasienten. En god sykepleier har god etisk refleksjon og gjenkjenner vanskelig situasjoner og finner en løsning som er optimal (Martinsen, 2003).

Betydningen av sykepleierens fremtreden.

Sykepleierens fremtreden viser seg i måten sykepleier fører og ter seg i utøvelsen av sykepleien til pasienter generelt (Martinsen, 2005). I sykepleien til pasienter med demens er det særdeles viktig med bevissthet rundt egen fremtreden da pasientene ofte er sårbare, kognitivt svekket, tap av hukommelse, forvirring og kan ha vrangforestillinger (Berentsen, 2008). At sykepleieren er bevisst vil kunne bidra til å opptre på en så god måte som mulig slik at pasienten ikke føler seg truet i møtet med sykepleieren. Sykepleieren må være ekstra tydelig på hvem hun er i sin fremtreden og gi informasjon slik at pasienten forstår at den som har kommet, kommer i velgjørenhetens hensikt. Dette sees i artikkelen ”pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang” der det kommer frem at sykepleierens erfaringer og håndlag bevisstgjør alternativene hun har for å gjennomføre en vanskelig omsorgsoppgave. Dette bidrar til å styrke kvaliteten av omsorgen som ytes sammen med mindre bruk av tvang (Hem et al., 2011).

Sykdommen demens vil også kunne gjøre pasienten mer skeptisk i seg selv. Betydningen av sykepleierens evner til å skap tillit er stor for den videre utførelsen av sykepleien for pasienten (Berentsen, 2008). Dersom pasienten med demens møter en sykepleier som ikke er bevisst sin fremtreden vil det kunne oppstå ulike utfordrende situasjoner. Pasienten vil kunne motsette seg stell, blir redd eller utagerende. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal baseres på barmhjertighet, omsorg, respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. I dette ligger det et krav om en viss

fremtreden som skal sikre pasienten at sykepleieren vil deres beste og at sykepleier vil ta utgangspunkt i hennes opplevelse og reaksjon på den oppståtte situasjonen. Pasientens møte med sykepleieren er avgjørende for opplevelsen av verdighet og respekt. Sykepleier må ta hensyn til disse sammen med sine egne erfaringer, kunnskaper, verdier og holdninger for utøvelse av sykepleie (Martinsen, 2005).

Ovennevnte punkter er utgangspunkt også for at pasienten skal kunne bevare sin autonomi i størst mulig grad slik at paternalisme unngås. Desto mer tillit sykepleier klarer å skape desto bedre relasjon får man i samhandlingen for å ivareta autonomi. Sykepleierens fremtreden sett med Martinsens øyne gir grunnlag for å være tilbakeholden og gi pasienten tid til å sette rammene selv for hva som er ønsket og behovet.

Igjen kan det skje at hun ikke er i stand til å fatte rett beslutning, men sykepleieren bør allikevel lytte til pasienten og følge opp så godt det lar seg gjøre for å bevare autonomien (Berentsen, 2008)

I situasjonsbeskrivelsen i oppgaven er det vanskelig for sykepleieren å vite hva som er det rette å gjøre. Imidlertid, ved å gi støtte til pasienten og gi god og rikelig med informasjon vil hun kanskje etter hvert forstå at stellet er viktig akkurat i dag for at hun skal føle seg vel. Denne kommunikasjonen kan også bidra til at pasienten forstår behovet for å redusere faren for mer sykdom eller skade dersom hun har en urinveisinfeksjon. Sykepleiers ansvar er å informere, tilrettelegge og være tilstede sammen med henne. Sykepleier har imidlertid ikke makt overfor hennes livsmuligheter. Livsmuligheter er hennes verktøy til å holde håpet og livsmotet oppe. Det er dette som kan gi henne styrke til å være i situasjonen slik den er. Men sykepleier har makt over ivaretakelsen av livsmulighetene og vil med stellet gjøre denne ivaretakelsen optimal for pasienten. Tilbakeholdenhet må ikke forveksles med passivitet siden den handler om mot til å gå inn i en vanskelig situasjon, se og lytte til pasienten og gi pasienten rom (Martinsen, 2003). Kvalitativ sykepleie kjennetegnes av handlinger hvor etikk og fag forenes i god praksis (Brodtkorb, 2004).

I følge Martinsen (2005) har vi unntagelsessynder (ettergivenhet) som får ”næring” gjennom respekten for pasientens selvstendighet. Konsekvensen av totalt å respektere denne ”næringen” vil bety at urinveisinfeksjonen kan utvikle seg og pasienten bli mer forvirret. Integritet og verdighet vil kunne lide under dette og skade- og velgjøringsprinsippet vil komme i konflikt med hverandre. Dette ser vi i artikkelen ”The nature of advocacy vs.

Paternalism in nursing” (Zomorodi & Foley, 2009). For å avklare slike konflikter i praksis vil etiske prinsipper hjelpe oss å utvikle strategier og unngå tvetydighet.

Det er dette vi i stor grad møter i praksis, der sykepleiere er raske til å si at ”pasienten vil ikke og vi kan ikke tvinge han/henne, vi får prøve igjen i morgen eller noen andre kan prøve å få gjort et stell”. De sykepleierne sender ut signaler til oss studenter om at autonomien til pasienten står i fokus. Det vi har forstått i arbeidet med bacheloroppgaven om betydningen av kunnskap om etikk, etiske dilemmaer, sykdommen demens og kommunikasjon er at uttrykket: ”pasienten ikke vil og vi kan ikke tvinge” handler om usikkerhet, mangel på kunnskap om sykdommen demens, kommunikasjon til demente, tidspress, dårlige holdninger og laber interesse for utøvelse av god sykepleie.

I artikkelen ”The impact of stimuli on affect in persons with dementia” (Mansfield et al., 2011) er de viktige funnene avgjørende for livskvaliteten til pasienter med demens. Disse funnene vises i hva slags stimuli sykepleieren erfarer hos pasienten som best assosierer med velbehag og velvære. Dette vil bidra til økt livskvalitet for pasienten. Stimuleringen kan bestå av musikk, lesing, oppgaver, sosial stimulering eller individualisert til pasientens identitet. Selv hos pasienter med lav score på utredningsverktøyet MMSE, viser seg å ha god effekt av kognitiv stimuli. I tillegg er dette en kostnadseffektiv måte å øke livskvaliteten til pasienter med demens på. Sosial stimuli viser seg å ha mest effekt til pasienter med demens. God kjennskap til pasienten er viktig da det legger grunnlaget for hva som gir best resultat av stimuleringen. Pasienten som elsker musikk vil sannsynligvis ha bedre utbytte av musikk enn lesing. Slik vi forstår Martinsen (2005) er det dette hun er ute etter i utøvelsen av den gode sykepleien. Skjønnhet på bakgrunn av kjennskapet til pasienten og å vite hva pasienten har opplevd i livet, interesser og væremåte vil være vesentlig viktig for optimal stimulering av pasienten. Vår egen erfaring fra praksis sier oss også at stimulering av pasienter med demens har mye å si for livskvaliteten og livsmotet. Med sang, dans eller historiefortellinger er det tydelig at flesteparten av pasientene liker og setter pris på handlingene. Det er godt å oppleve at de smiler og danser med til musikken, lukker øynene og følger med på fortellingene. Dette har igjen mye å gjøre med sykepleierens fremtreden.

Ovennevnte artikkel kan vi se i sammenheng med hun som skal få utført stellet i oppgaven. Hun er usikker og føler seg truet så sykepleieren kan skape situasjoner som gjør at hun slapper av og blir trygg ved hjelp av musikk som hun liker. Dette vil kunne bidra til en mer

avslappet atmosfære og pasienten vil kanskje kjenne på trygghet over at den fremmede, sykepleieren, ”ser” henne. Dersom sykepleieren ikke bryr seg så veldig om å få kjennskap til pasienten vil det også begrense seg på hva sykepleieren kan gjøre for å snu fra noe negativt til noe positivt. Med god kunnskap om pasienten vil hun føle seg bekreftet som person, tatt på alvor og følelsen av at sykepleieren vil henne godt. Ved god fremtreden vil sykepleieren være bevisst sitt språk i tilnærming av pasienten og hennes situasjon. Hun har tydelig ikke behov for å få stelt seg og ser på sykepleieren som en fremmed. Måten sykepleieren fremtrer og kommuniserer med pasienten på i stellsituasjonen vil danne grunnlag for hvordan utfallet av situasjonen blir.

Martinsen sier at en god sykepleier vil ha flere løsningsorienterte tilnæringsmåter. I stellet vil det kunne være å snakke med pasienten om hvordan hun har det i dag og fokusere mest på pasienten og ikke selve stellet. Med dette vil tilliten til sykepleieren økes og hun vil flytte fokuset vekk fra at hun ikke vil stelles, men heller prate om seg selv. Ved hjelp av bilder i leiligheten kan sykepleier fortsette å bygge opp tilliten og være oppmerksom hva pasienten sier. I praksis har vi ofte erfart at ved å bruke tid til å snakke med pasienten og vise interesse for hennes hjem blir den vanskelige situasjonen ofte glemt. Ved å ”se” og ”høre” pasienten vil sykepleieren kunne finne en annen måte å vinkle stellsituasjonen på (Martinsen, 2005). Sykepleierne vi møter i praksis bruker ofte ord som: bleie istedenfor truse og skitne klær istedenfor nye klær. Ved å bruke ord som bleie og rene klær vil hjelpebehovet til pasienten bli synlig og føles betydelig større. Ved å si truse og nye klær unngår sykepleier å få pasienten til å føle seg hjelpetrengende og eller ute av stand til å ta vare på seg selv. Det kan også føles nedverdige å få tilbud om hjelp til stell. Her kan sykepleieren bruke andre ord som å bistå henne så hun kan få hjelp til det hun ikke klarer selv, f. eks ryggvask eller å få en fin bluse med de små knappene på.

Med Martinsens briller på vil vi være bedre rustet til å handle til det beste for pasienten i lys av etikken og moralen i vår sykepleieutførelse.

5.0 Konklusjon

Hvordan kan sykepleier ivareta autonomi da pasienter med demens motsetter seg nødvendig helsehjelp?

Etter å ha skrevet denne bacheloroppgaven har vi fått et ekstra godt innblikk i omsorgens etikk og moral. Vi ser at bruken av tvang er noe sykepleiere tyr til i mangel på kunnskap om sykdommen demens og hvordan sykdommen viser seg. Manglende kunnskap både når det gjelder sykdommen demens, kommunikasjon, etikk, etiske dilemmaer og etisk refleksjon bidrar til at det utføres paternalisme i stor grad. Med denne mangelen på kunnskap vil den også kunne bidra til at pasientens autonomi blir for mye respektert slik at konsekvensene blir negative for pasienten. Her vil velgjørhets- og ikke skade-prinsippet komme i konflikt og det går på bekostning av pasientens helse.

Martinsens omsorgsteori (Slettebø, 1997) sier at omsorg spesielt er preget av det moralske begrepet hvor ansvar for den svake blir tydelig. Sykepleierensansvaret for de svake gir et makt/avmaktforhold mellom sykepleierens velgjørhet og pasientens autonomi.

I oppgavens situasjon er denne konflikten tydelig. Sykepleierens situasjonsforståelse er avgjørende for hvordan hun kan balansere forholdet mellom paternalisme og pasientens autonomi. Sykepleierens verdier og moralske skjønn preges av hvordan situasjonen mestres.

For å unngå dilemmaer finnes det flere verktøy og metoder for å utvikle sine kunnskaper og å bli bevisst egne refleksjoner og handlinger. Det kan iverksettes tiltak som øker kvaliteten på omsorgen som sykepleieren gir, ved å opprette refleksjonsgrupper og jobbe med problematikken sammen. Vi ser at fagkunnskapen er for liten i grunnutdanningen og ser klart et behov for økt etisk dømmekraft og økt refleksjonskompetanse for å kunne gi mulighet til å styrke verdighet og integritet hos pasienter med demens. Dette støttes av leder for Rådet for sykepleieetikk (Sykepleien.no, februar 2011) Samtidig som kunnskap gir mindre tvang vil mer kunnskap også bidra til at sykepleierne blir mer bevisst og anstrenger seg for å ivareta pasientens autonomi og unngå bruk av paternalisme.

Økt kunnskap vil bidra til at sykepleier ivaretar autonomien til pasienter med demens når de motsetter seg nødvendig helsehjelp. Dette støttes i artikkelen "Dementia care mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling" (Rokstad & Vatne, 2011) hvor sykepleiere har opplevd

at denne prosessen har økt bevisstheten og endret deres tilnærming til pasienter med demens. I innspill til "Dementia care mapping" skriver Stensvik (2011) at ved å se personene bak lidelsene vil det bidra til mindre fokus på sykdom og gi mer personrettet omsorg. Et nytt innspill, kunnskap øker interesse for faget, sies det at økt kunnskap øker interessen for faget (2011) og at de ser seg selv i større grad i samhandling med pasienten.

Vi ser at sykepleiere gjennom engasjement vil bestrebe seg på å gjøre det beste for pasienten. I noen tilfeller kan bruk av mild paternalisme være det beste for pasienten. I oppgaven ser vi at for å ivareta pasientens integritet og livsmot er det nødvendig for oss å bruke mild paternalisme fordi konsekvensene vil medføre mer sykdom og skade for pasienten. I møte med demente pasienter er sykepleierens fremtreden og respekt for pasienten viktig for å oppnå tillit. Tillit er nøkkelordet i sykepleien til pasienter med demens. Sykepleier må ha kunnskap om å etablere et godt tillitsforhold til pasienten og i størst mulig grad opprettholde den tilliten. Bevisstgjøring rundt egen utførelse av sykepleie og bruk av tvang vil kunne bidra til at pasientens autonomi blir mer respektert.

Pasienten vil med denne kunnskapsrike sykepleieren kunne ivareta egen autonomi og ikke bli offer for en kunnskapsløs sykepleier som tyr til paternalisme så snart situasjonen blir vanskelig.

I lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A-3 står det at før helsehjelpen kan gis til en som motsetter seg helsehjelp, må tillitskapende tiltak være prøvd.

6.0 Referanser

Brinchmann, B.S. (2008). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). OSLO: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). OSLO: Gyldendal Akademisk

Fjørtoft, A.-K. (2009). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.) BERGEN: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Flesjø, H.A., & Flesjø, R. (2005). Den gylne regel: Ønsket om å gjøre det beste for den demente styrer pleiernes handlinger. *Sykepleien Forskning*. 93(17):70-71.

DOI:10.4220/sykepleiens.2005.0042 Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118606/den-gylde-regel>

*Hansebo, G., & Kihlgren, M. (2002). Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: A difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of Clinical Nursing*.

DOI: 10.1046/j.1365-2702.2002.00601.x Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=8&sid=87d89f64-8317-409f-bf36-b6724edec37a%40sessionmgr14&bdata=JnNpdGU9ZWVvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=6358698>

*Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Samhandlingsreformen* (St.meld. nr. 47).

Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>

*Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning* 5(4):294-301.

DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0007 Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

*Hjort, P. & Waaler, H. Th., (2010). Demens frem mot 2050. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 130:1356-8. DOI: 10.4045/tidsskr.09.1433 Lokalisert på:
<http://tidsskriftet.no/article/1993496>

Hummelvoll, J.K. (2008). *Helt, ikke stykkevis og del: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen, D., Kjeldsen, Sverre E., Ingvaldsen, B., Lund, K & Solheim, K. (2002). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karoliussen, M. & Smebye, K.L. (1997) 2. utg. Eldre, aldring og sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) (2008). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. OSLO: Gyldendal norsk forlag AS

Kirkevold, M. (2008). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. (6.utg.) OSLO: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. D., Brodtkorb, K. D., & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Korstad, L. J., (2010). Kompetanse gir mindre tvang: Det er viktig med flere hender i eldreomsorgen: Men det er også viktig at hendene er festet på personer som er faglig kompetente. *Sykepleien Forskning* 5(4):303-303. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0008 Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/forskning/innspill/569236/kompetanse-gir-mindre-tvang>

Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie, Bind 4* (s.13-99). OSLO: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s.250-252). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Kunnskap øker interessen for faget: Dementia care mapping hjelper oss til å se hva vi gjør bra og dårlig i arbeidet med personer med demens (2011). *Sykepleien Forskning* 6(4):383-383. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0210 Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/forskning/innspill/789661/kunnskap-oket-interessen-for-faget>

*Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-2011-06-24-30 fra 2012-01-01. Lokalisert på:

http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=lov*%20%2b%20om*%20%2b%20pasient*%20%2b%20og*%20%2b%20brukerrettigheter*&&

*Martinsen, Kari (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensens: en evne til refleksjon*. Oslo: Akribe AS.

*Martinsen, Kari (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Nylenna, M. (2005). *Medisinsk ordbok* (2.oppl., 6.reviderte utg.) Oslo: Kunnskapsforlaget ANS, Gyldendal Norsk Forlag.

*Rokstad, A. M. M. & Vatne, S. (2011). Dementia care mapping: En mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning* 6(1):28-34. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0187

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

*Sandvik, Berit A.,(2011). Mindfulness: Det oppmerksomme nærvær. *Sykepleien Forskning*. 6(3): 274-281. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0169 Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/754992/mindfulness-det-opperksomme-narvar>

Slettebø, Åshild (2002). *Sykepleie og etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Stensvik, G.-T., (2011). Gir personorientert demensomsorg: Dementia care mapping hjelper helsepersonell til å se mennesket bak demenssykdommen. *Sykepleien Forskning* 6(1):35-35.

DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0055 Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/forskning/innspill/634418/gir-personorientert-demensomsorg>

*Thommessen, B. & Wetlesen, J., (2002). *Etisk tenkning – En historisk og systematisk innføring* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) Lokalisert på:

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Zomorodi, M. & Foley, B. (2009). The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: Clarifying the thin line. *Journal of advanced Nursing*. Vol. 65 Issue 8.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05023.x. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=12&sid=bb03efce-af0f-44cf-8672-b5e34acf36e2%40sessionmgr15&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=42874282>

*Aakre, M.(2011, februar). Ja til verdighet: I et etisk perspektiv er det mye i helse- og omsorgsplanen som gjør inntrykk, både på godt og vondt. [Sykepleien.no/etikk/](http://www.sykepleien.no/etikk/) Rådet for sykepleieetikk. Lokalisert på:

http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/vis/etikk?p_document_id=607285