



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolen i Hedmark  
Avdeling for helse og idrettsfag

4AVS304

Tonje Saastad Steen

## Makten mellom sykepleier og pasient

The power between nurse and patient

Veileder Åse Leirvik

Ord:

10791

Bachelor i sykepleie Kull 121 K

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

\* JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv  
Brage:

\* JA

NEI

## Forord

*Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gjøre  
uten at han holder noget af dets liv i sin hånd.  
Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed,  
man får til at visne,  
eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver.  
Men det kan også være forfærdende meget,  
så det simpelthen står til den enkelte,  
om den andens liv lykkes eller ej.*

(Løgstrup, 2010, s. 25)

## Innhold

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for valgt tema.....	3
1.1.1 Refleksjon .....	3
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	5
1.3 Avgrensning av problemstilling .....	5
1.4 Oppgavens oppbygning.....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Fremgangsmåte for valgt litteratur og artikkelfunn.....	7
2.2 Kildekritikk .....	8
3.0 Pasienter med demens.....	9
3.1 Demens.....	9
3.2 Sårbarhet og avhengighet .....	10
3.3 Utsatt for tvang & misbruk.....	11
4.0 Sykepleiefaglig forsvarlighet.....	12
4.1 Sykepleierens kompetanse og vekst .....	13
4.1.1 Fra novise til ekspert.....	13
4.2 Omsorgsfilosofi .....	14
4.2.1 Omsorgen .....	15
4.2.2 Avhengigheten .....	15
4.2.3 Moralen .....	16
4.3 Maktperspektivet.....	16
4.3.1 Sykepleierens makt .....	17
5.0 Hvordan kan bruk av makt i omsorgen til pasienter med demens være sykepleiefaglig forsvarlig?.....	18
5.1 Den moralske omsorgen.....	18
5.2 Den relasjonelle omsorgen .....	20
5.3 Den praktiske omsorgen.....	27
6.0 Konklusjon.....	31
Referanseliste .....	33

## 1.0 Innledning

Jeg skriver her min avsluttende oppgave i bachelorstudie for sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. Under retningslinjer for bacheloroppgave punkt 1.3 ble det tildelt tre temaer. Mitt valg falt da på ” Bruk av tvang i sykepleie til pasienter med demens sykdom.”

### 1.1 Bakgrunn for valgt tema

Etter tre år som sykepleierstudent har jeg lært mye. Praktisk kunnskap, teoretisk kunnskap og utviklet meg personlig mot å bli den sykepleieren jeg vil være. Før jeg søkte på sykepleierutdanningen hadde jeg mange år som pleieassistent på et sykehjem som ga meg mye erfaring. Erfaringene har gitt meg mange styrker, men det jeg ser av størst betydning nå er hvordan jeg nå kan gå tilbake og reflektere over flere hendelser og situasjoner. Det er da jeg ser min vekst som sykepleierstudent.

Som sykepleiestudent har jeg gjennom flere praksiser fått mye erfaring og lærdom og det både på både godt og ondt. Jeg har tatt del i både pasienter og arbeidsplassers hverdag og virkelighet. Jeg har erfart at ett av de viktigste redskapene en sykepleier har er det å kunne reflektere. Refleksjon er mitt tilbakeblikk og min ettertanke. Refleksjon har for meg åpnet for dypere forståelse, bevisstgjøring, ny kunnskap og evnen til å kunne se det som ikke er åpenbart for det blotte øyet. Jeg ønsker å dele en refleksjon fra min første tid som pleieassistent og møte med en pasient med demens. Pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger er noe jeg vil bevare, og har derfor anonymisert pasienten i refleksjonen.

#### *1.1.1 Refleksjon*

Jeg var helt klart en novise da jeg begynte som pleieassistent på sykehjemmet. Mine første tanker om arbeidsintensjonen da var å være snill og blid, effektiv og snakke høyt til alle som hørte dårlig. Resten ville vel gå seg til og falle på plass i arbeidsrutiner. Jeg hadde et ønske

om å være der for å hjelpe de eldre og være et omsorgsmenneske, men manglet svært mye kunnskap. For hva er egentlig omsorg? Er det holdningene til det, eller handlingene?

Første gang jeg møtte Ola og kjeppen hans i korridoren ropte han ut at jeg måtte følge han hjem til moren sin. ”Hæ!” brøt jeg ut og så nøye på denne 83 år gamle karen som sto der å spurte meg oppriktig om dette. ”Hører du dårlig ell?” sa han. Før jeg fikk svart fikk jeg kjeppen i hodet og fikk beskjed om at jeg ikke var til noen nytte. Så tuslet han nedover gangen igjen den veien han kom. Jeg husker jeg tok det personlig og lurte på hvordan gamle mennesker kunne være så skremmende og sinte sånn uten videre. Jeg følte meg liten men gjorde meg ingen videre tanker om hva han måtte føle. Dette var mitt første møte med en pasient med demens sykdom. I dag ville jeg hatt en annen forståelse, en ny tilnærming og en annen holdning til denne episoden. Den gang da visste jeg ikke hvorfor jeg gjorde det jeg gjorde selv om intensjonen var god.

Ola var tømmerarbeider og hadde vært det hele livet. Han hadde bodd alene på familiegården og levd side om side med skogen som sin nærmeste. Han hadde frontallappdemens og var ny innflyttet på sykehjemmet. Han var dårlig til bens og holdt seg mye på rommet sitt på dagtid. Her satt han ved vindusposten og la inn en snus i ny og ne. Snus var viktig og det måtte være minst fem bokser i nattbordskuffen. Stokken var hans følgesvenn og trygghet. Den støttet han på spaserturene og var et ytterligere hjelpemiddel for å huke fast i det han måtte trenge, eller skyve unna det han ikke trengte. Ola ble med tiden mer urolig på kveldene og natten. Han vandret i gangene og urinerte der det måtte passe. Ofte skled han i dammene på gulvet og slo seg. Etter flere episoder med dette ble det bestemt at han skulle bruke bleier slik som flertallet av pasientene på avdelingen.

Ola hadde vondt for å tilpasse seg det å bruke bleier. Han brukte mye tid og kreativitet på å få de av seg. Spesielt om natten ble dette noe han brukte tid på. Om morgenen lå han ofte bløt i sengen eller i en dam på gulvet. Ett nytt tiltak ble da å ta på Ola en body bak frem hver kveld før han skulle sove. Intensjonen var da å gjøre dette bleietemaet utilgjengelig for han slik at han heller kunne sove. Men Ola ville ikke bruke bleier og brukte natten på å rope og finne noen som kunne hjelpe han å få av alt dette ”tullet” som han kalte det. Han mistet ytterligere nattesøvn og var utslitt hele dagen. Matlysten gikk ned og han ble mer forvirret og meget frustrert. Frustrasjonen fikk utspill gjennom kjeppen hans som tok noen runder forbi et stort

antall neser. Neste tiltak ble da å sette opp sengehesten på natten og gi han noe beroligende for at han skulle få denne natteroen.

Det ble ro fra Ola, men ingen visste vel helt hvordan han faktisk hadde det. Det var ikke noe lyd fra han. Jeg husker jeg tenkte den gang da at vi mistet Ola selv før han faktisk forsvant. Hvorfor måtte vi jobbe mot og dempe denne mannen istedenfor å jobbe med han og for han. Hvilket fokus hadde vi, og hvem var det for? I bekymringen for Ola kjente jeg omsorgen vokse frem.

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Som blivende sykepleier ønsker jeg å ta vare på våre fremtidige pasienter på en omsorgsfull, verdig og forsvarlig måte. Gjennom sykepleierens kompetansen ser jeg at det vil oppstå en form for makt, som da vil kunne berøre den andre, den syke og lidende. Jeg tar sikte på her å ha en kritisk og reflektert holdning over hva denne maktposisjonen innebærer. For hva innebærer makt i sykepleien og hvordan forvalter vi denne makten på en faglig forsvarlig måte, med omsorg som verdigrunnlag? Med disse tankene blir problemstillingen som følgende:

*Hvordan kan bruk av makt i omsorgen til pasienter med demens  
være sykepleiefaglig forsvarlig?*

## 1.3 Avgrensning av problemstilling

Oppgavens gitte tema går på bruk av tvang til pasienter med demens. Jeg velger her å ikke gå direkte inn på begrepet tvang. Jeg velger å heller vinkle det fra begrepet makt, hvor jeg ser at ureflektert makt i sykepleien vil kunne bidra til eller skape tvang. Jeg vil ikke fokusere på den fysiske makten, men makt i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Jeg ønsker derfor å bygge på Knud E. Løgstrup sin tenkning om at alle mennesker står i forhold til andre og at det i alle relasjoner er et maktperspektiv. Det vil da i dette perspektivet alltid ligge en etisk fordring (Vetlesen, 2007).

Under begrepet omsorg velger jeg å ta utgangspunkt i Kari Martinsens omsorg og etikk som kan betegnes som en omsorgsfilosofi. Jeg vil dele drøftningen inn i tre sider av omsorg som Martinsen ser som et helhetlig bilde innen omsorg for det lidende og pleietrengende mennesket. Disse betegnes som den relasjonelle, den praktiske og den moralske siden (Kirkevold, 1992)

Under tema sykepleie velger jeg å fokusere på sykepleierens vekst og kompetanse, og hva som tilsier en sykepleiefaglig forsvarlighet. Oppgaven vil ha et sykepleierperspektiv, og sykepleien vil ses fra sykehjem i både skjermede og ikke skjermede avdelinger. Utgangspunktet vil være sykepleierens omsorg til pasienter med demens i det dagligdagse. Oppgaven vil ikke ta opp medikamentelle tiltak, men fokuserer på pasienter med demens sykdom generelt og uavhengig av sykdommens fase. Jeg velger å ha en drøftende tilnærming gjennom oppgaven, med en egen drøftningsdel til slutt. Gjennom hoveddrøftingen vil jeg ta med meg Ola fra refleksjonen da han representerer pasienten med demens i denne oppgaven.

## 1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 beskrives oppgavens bakgrunn og begrunnelse for valgt tema. Her presenteres også oppgavens problemstilling og avgrensning. Jeg velger her å ikke begrepsavklare sentrale ord i oppgaven, fordi de har egne kapitler i teoridelen. Kapittel 2 omhandler oppgavens valgte metode. Her presenteres metoden, litteratursøking, valgte kilder, samt kildekritikk. Kapittel 3 er oppgavens utvalgte teori under pasienten. Det sentrale temaet her er pasienter med demens med underkapitler om hvorfor denne pasientgruppen er sårbar og avhengig og er utsatt for makt og misbruk. Kapittel 4 er sykepleieteori. Jeg starter med sykepleiefaglig forsvarlighet og sykepleierens kompetanse og vekst. Videre legger jeg vekt på deler av Kari Martinsens omsorgsfilosofi som jeg ser relevant for oppgaven. Jeg tar så opp maktperspektivet sett fra Løgstrups tenkning, samt sykepleierens makt. Kapittel 5 er hoveddelen av oppgaven hvor jeg systematisk vil drøfte meg frem til hvilke metoder og kunnskaper sykepleieren må ha, for å finne et svar for problemstillingen. I kapittel 6 oppsummeres oppgaven for å finne en konklusjon som vil besvare problemstillingen. Tilslutt foreligger referanselisten.

## 2.0 Metode

Dalland (2007) forklarer metode som en fremgangsmåte eller et verktøy for å løse problemer, etterprøve kunnskap eller komme frem til ny kunnskap. Retningslinjer for Høyskolen i Hedmark tilsier at avsluttende eksamen skal være ett litteraturstudie. Denne oppgaven er derfor basert på et litteraturstudie som vil hjelpe meg å systematisk søke, kritisk vurdere og sammenligne litteratur som foreligger mitt valgte emne. Denne innsamlingen av litteratur vil ha som hensikt å hjelpe meg å besvare problemstillingen (Dalland, 2007).

### 2.1 Fremgangsmåte for valgt litteratur og artikkelfunn

Det finnes mye litteratur til temaene i min oppgave. Jeg har søkt etter forskning via skolens databaser og lånt bøker på biblioteket. De utvalgene jeg har gjort måtte være relevant i forhold til problemstillingen og være sykepleiefaglig aktuelle. Denne oppgaven er basert på pensumlitteratur men er også preget av annen selvvalgt sykepleierelatert litteratur. Denne selvvalgte litteraturen omfatter forskning, fagbøker og fagartikler. For å belyse teorien opp mot realiteten har jeg i tillegg valgt å benytte meg av noe erfaringskunnskap.

Jeg har også lagt tid i å søke opp gode gyldige forskningsartikler som foreligger mitt emne. Ved søk etter artikler har jeg søkt på PubMed og Chinal og Sykepleien.no. Ved å bruke PICO- skjema kom jeg frem til følgende søkeord: *Nurse, knowledge, dementia, education, moral, reflection, care, attitudes, power, ethics, quality*. Disse søkeordene brukte jeg i flere kombinasjoner, samt på norsk på sykepleien.no.

Av de funnene jeg gjorde var to norske forskningsartikler av nyere dato som var relevant. ”Pleie og omsorg mellom frivillighet og tvang” (2010) og ”Dementia care mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling” (2011). Disse fant jeg på Sykepleien.no gjennom søkeordene: *demens* og *sykepleier*. Av de engelske forskningsartiklene fant jeg på PubMed en relevant artikkel med nyere dato som også er aktuell for oppgaven. Denne fant jeg med søkeordene: *dementia, care* og *education*.



Jeg har valgt å referere til noe lovverk på grunn av oppgavens relevans. Dette er lovverk og retningslinjer fra: De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), helsepersonelloven (1999), samt Rammeplan for sykepleierutdanningen (2008).

## 2.2 Kildekritikk

Kildekritikk hjelper meg i å vurdere, avklare og fastslå om en kilde er sann. Litteraturen jeg benytter meg av må da vurderes i forhold til validitet og relevans for å kunne belyse problemstillingen min (Dalland, 2007). Pensumlitteraturen er kvalitetssikret i henhold til Høgskolen i Hedmarks krav til litteratur. To selvvalgte bøker jeg har valgt er ikke sykepleierelatert. I vurderingen av disse fant jeg de allikevel relevante da Vetlesen (2007) sin bok omhandler etikk. Når det kommer til Løgstrup (2010) ser jeg han relevant for hans filosofi og etikk om avhengighet, makt og sårbarhet, som har en overføringsverdi til sykepleie og er da aktuelle med tanke på problemstillingen min.

Av forskningsartiklene jeg har funnet er de alle av nyere dato, og metodedelen kommer klart frem. Gjennom sjekklister på kvalitative studier fra Kunnskapssenteret.no har jeg kvalitetssikret artiklene. Om det i artikkelen lokalisert på PubMed tar utgangspunkt i sykepleie fra sykehus ser jeg den fortsatt relevant da det går på de ansattes holdninger og læring av demens sykdom, som har overføringsverdi til min oppgave.

Noe av litteraturen er på et annet språk som kan gi utfordringer. Dette har ikke gitt noen store utfordringer da nordiske og engelsk er språk jeg behersker bra (Dalland, 2007) Jeg har i forhold til Løgstrup og Martinsen valgt å benytte meg av andre som tolker deres verk. Løgstrups, Den etiske fordring (2010), er skrevet på dansk i 1956. Til sitater av han har jeg brukt hans primærlitteratur, men har på det resterende valgt å benytte meg av tre andre som tolker og oversetter hans verk. Dette kan gi utfordringer da sekundærlitteraturen kan baseres på forfatterens meninger og synspunkter skriver Dalland (2007). Allikevel ser jeg at ved å ha flere som skriver om samme emne eller tolker et verk vil gi meg en bredere forståelse og det å kunne se det fra forskjellige synspunkter. Løgstrup og Kari Martinsens teorier er eldre men fortsatt like aktuell i sykepleien i dag, og derfor ikke utdatert tross et eldre publisert årstall.

## 3.0 Pasienter med demens

Jeg vil her ta for meg utvalgte temaer under pasienten med demens sykdom, som jeg ser relevant for å kunne besvare problemstillingen. Jeg velger som nevnt tidligere å ikke gå inn på en bestemt type demens sykdom, men demens sykdom generelt. Videre kommer jeg inn på hvorfor denne pasientgruppen har en sårbarhet og avhengighet og hvorfor de kan være utsatt for tvang og misbruk.

### 3.1 Demens

Demens hos eldre mennesker er en hjerneorganisk sykdom som medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, tenkning, læring og kommunikasjon. De kjennetegnes derfor med en svekket mental kapasitet. Det å mestre dagliglivets aktiviteter blir en utfordring med den kognitive svikten. Under sykdomsutviklingen blir det en gradvis endret adferd hos pasienten. Tilstanden er kronisk og forverrer seg over tid (Berentsen, 2008; Engedal & Haugen, 2004).

Stigende alder øker forekomsten av demens. Symptomene på demens er noe som utvikler seg over tid, men er avhengig av hvilken type demens det dreier seg om. Det er flere grader av demens og sykdomsforløpet kan være kort og intenst men kan også strekke seg inntil 20 år skriver Berentsen (2008).

De ulike typer demens krever ulik behandling og avanserte sykepleiertiltak tilpasset personligheten og mestringsnivået til hver enkelt pasient. God omsorg og tilrettelegging av livssituasjon er gode tiltak som er til hjelp for pasienten. Viktige deler i behandlingen av demens er tilrettelegging av sykepleie, miljø og aktiviteter. Det er viktig å ha et godt og nært samarbeid mellom pasient og sykepleier med støtte og oppmuntring. Aktiviteter er noe som vil styrke mestringsopplevelsen til pasienten og igjen hjelpe han i å beholde sin verdighet. Det er viktig å ha en balanse mellom stimulering og hvile, siden overstimulering kan skape forvirring hos pasienten. God sykepleie til denne pasientgruppen krever grundig fagkunnskap og etisk refleksjon (Berentsen, 2008).

## 3.2 Sårbarhet og avhengighet

Et sykehjem har som overordnet målsetning å tilby menneskene som bor der en god og individuelt tilpasset pleie og omsorg. Sykehjemmet er deres hjem som de skal trives i og bli ivaretatt i som person (Hauge, 2008). Det er mange eldre som er helt avhengig av andre menneskers hjelp for å klare hverdagen (Ranhoff, 2008). Mens pasienter med demens også kan ha behov for at den andre verner om hans autonomi og integritet skriver Eide & Eide (2008).

Mange eldre hjelpetrengende mennesker har sykdomstegn og funksjonssvikt som kan stå i veien for at sykepleieren kan se personen som han er eller har vært. Ved demens må væremåter og talemåter både tolkes og forstås av oss. Derfor er personlig historie og pasientens tidligere særtrekk noe som hjelper oss i å se personen (Dahl, 2004). Pasienter med demens er sårbare på grunn av sine kognitive svikter og det stiller derfor store krav til den andres evne til empati og vilje til å møte pasienten på hans premisser. Med hensyn til pasientens livskvalitet og det å kunne se personen, er det viktig å ivareta hensynet til respekt, verdighet og integritet (Eide & Eide, 2004).

I omsorg til pasienter med demens er det viktig å vise respekt for hans verden. Sykepleie til denne pasientgruppen er avhengig av at man har tid og viser tålmodighet. Pasienten er sårbar for signaler på utilstrekkelighet og mangel på akseptasjon. Det er da et stort behov for at pasienten blir sett og vist respekt. Man må også ta hensyn til at pasientens evne til å lære nytt er redusert. Derfor burde omsorgen bære preg av å formidle tilhørighet, mening og sammenheng i tilværelsen (Eide & Eide, 2007).

Mange eldre med demens mister etter hvert evnen til å ivareta sin personlige hygiene (Berentsen, 2007). Når denne evnen blir borte blir man avhengig av andres hjelp på områder som er private og intime. Denne avhengigheten setter den eldre i en vanskelig og utsatt posisjon og mange har derfor et ønske om å klare dette selv så lenge som mulig (Brodtkorb, 2008).

### 3.3 Utsatt for tvang & misbruk

Som hjelpere vil vi i en samtale med en pasient med demens alltid ha overtaket skriver Dahl (2004). Den eldre hjelpetrequende har ikke nødvendigvis den styrken og kraften som gjør at de kan stå imot andres maktbruk. Mange pasienter er også avhengig av personalets hjelp, kompetanse og personlige holdninger. Dette er noe av det som virker inn på at den eldre hjelpetrequende er sårbar, utsatt for krenkelser og trusler av sin integritet skriver Kirkevold (2008). I samhandling med pasienter med demens hviler det et relasjonsetisk ansvar på oss som hjelpere (Eide & Eide, 2004).

Som sykepleiere må vi delta i vanskelige avgjørelser hvor det kan virke lett å unngå det vanskelige selv om de ikke blir riktig. Når pasienten ikke ønsker det sykepleieren mener er best må vi stille oss noen spørsmål. Arbeid og samhandling med pasienter med demens krever etisk refleksjon da det er vanskelig å finne en løsning som alle parter synes er riktig. Pasienten med demens kan være kompetent til å ta visse avgjørelser, men ikke kompetent til å ta andre avgjørelser. Hans evne til å ta beslutninger må ses i sammenheng med hans evne til å forstå situasjonen og formidle avgjørelsen sin. Pasienten vil oppleve krenkelse om hans mulighet til å ta autonome valg blir fratatt. Mens mange pasienter gjør som sykepleieren mener er rett fordi de tror det ikke nytter å protestere. Det er da lett å se at mellom sykepleier og pasient er det ubalanse i maktforholdet skriver Berentsen (2008).

Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) skriver at tvang eller press i forbindelse med pleie og stell er vanlig i sykehjem i Norge. Pasienter med demens i sykehjem er sårbare og problemer med å huske og uttrykke sine egne behov og ønsker gir de en hjelpeløshet. Personlig stell til pasienter med demens gir mange utfordringer og grensen mellom frivillighet og tvang blir ofte uklar. Motstand fra pasienten med demens går ofte mer på motstand i måten ting gjøres på enn motstand til selve handlingen. For å øke frivillighet, samarbeid og redusere tvang er etableringen av tillitsfulle relasjoner med pasienten viktig. For å kunne redusere tvang på sikt og styrke kvaliteten på omsorgen trengs det kunnskap, erfaringer og bevisstgjøring av pleierne. Pleiere kan utgjøre forskjell ved å vektlegge det å bygge relasjoner til pasienten slik at pasienten føler delaktighet, frivillighet og kontroll i pleiesituasjonen.

## 4.0 Sykepleiefaglig forsvarlighet

Jeg vil her gå inn på sykepleieteori, og viktigheten av hver enkelt sykepleiers kompetanse og vekst. Kristoffersen (2005) hevder at som sykepleiere er vi i en kontinuerlig faglig og personlig utvikling og vil vokse og lære hele livet. Jeg ønsker derfor se nærmere inn på hva som kan styrke en sykepleiers personlige vekst og hvorfor det skal være viktig å være bevissthet over sin sykepleiefaglige forsvarlighet.

I § 4 under forsvarlighet i lov om helsepersonell står det:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

(Helsepersonelloven, 1999)

Den rettslige vurderingen av forsvarlighet knyttes til den etiske, faglige og rettslige normen for hvordan den enkeltes yrkesutøvelse bør utøves i de forskjellige sammenhenger. En forutsetning for forsvarlig sykepleiefaglig yrkesutøvelse er kvalifikasjoner. Dette forutsetter reelle og formelle kvalifikasjoner, personlig erfaring og kompetanse. Sykepleieutdanningen skal sikre et grunnlag for utøvelse av forsvarlig sykepleie (Kristoffersen, 2005).

Lunde (2008) hevder at forsvarlighetskravet er tosidig. Ikke bare skal sykepleien gis innenfor faglige aksepterte normer, den skal også gis på en omsorgsfull måte. Innen forsvarlig sykepleie kan det være alt fra en sykepleie av minste standard, det som er god sykepleie, samt det som er den beste sykepleie.

For all tjenesteyting i helsetjenesten er det pasientens behov som skal være utgangspunktet. Dette er perspektivet for hva kvalitet i helsetjenesten vurderes ut i fra. Men innen kvalitet er det også store forskjeller mellom ideell kvalitet, den aktuelle kvaliteten og den reelle kvaliteten (Bjørø & Kirkevold, 2005).

## 4.1 Sykepleierens kompetanse og vekst

Selve begrepet kompetanse er knyttet til personer eller utøvelse. Så det å være kompetent eller det å ha kompetanse innebærer å være skikket og kvalifisert til å ta beslutninger og handle innenfor et bestemt funksjons eller myndighetsområde skriver Kristoffersen (2005). I Rammeplan for sykepleierutdanningen (2008) betegnes hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse som pleie, omsorg og behandling. I de yrkesetiske retningslinjer nevnes kompetanse ved at:

”Sykepleieren har personlig ansvar for, og skal kunne forsvare, sin praksis som sykepleier, samt ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring.”

(Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 25)

Sykepleiere er i en kontinuerlig faglig og personlig utvikling som yrkesutøvere. For å utvikle kompetansen er det avgjørende at sykepleieren har evnen og viljen til kritisk refleksjon over sin egen yrkesutøvelse. Denne kompetanseutviklingen vil ikke være noe som skjer av seg selv men forutsetter en aktiv bearbeiding av erfaringer. Refleksjon er en mental prosess der en reflekterer grundig og rolig gjennom et saksforhold, men en forutsetning for å reflektere er åpenhet og utholdenhet. Så ved hjelp av refleksjon og bevisstgjøring kan erfaringene omformes til personlig kunnskap og mening skriver Kristoffersen (2005).

Håkonsen (2009) skriver at gjennom endring av adferd under prestasjoner og nye ferdigheter er det mennesket viser læring.

### 4.1.1 *Fra novise til ekspert*

Siden en sykepleier skal være i stadig faglig og personlig utvikling, undrer jeg meg over hvordan denne veksten er fordelt og hva det er som kjennetegner et høyere nivå i sykepleie kompetansen. Jeg velger å se på Dreyfus & Dreyfus som har utviklet en inndeling av forskjellige kompetansenivåer i klinisk kompetanse i sykepleie. Denne kompetansestigen omfatter fem nivåer som går fra novise til ekspert (Kristoffersen, 2005).

- *Novise-* er nybegynneren og jobber ut fra beskrivelse. Novisen mangler evnen til å prioritere og det å takle endringer i en situasjon.
- *Den viderekomne nybegynneren* - Har noe erfaring men mangler evnen til å ha oversikt og prioritere.
- *Den kompetente utøveren* - er orientert over hensikten med handlingen og det overordnede målet. Utøveren føler en trygghet og velger, avveier og vurderer.
- *Den kyndige utøveren* - har en grundig helhetsforståelse og oppfatter raskt problemets kjerne.
- *Eksperten* - har lang erfaring og har en umiddelbar helhetsoppfattning.

(referert i Kristoffersen, 2005, s. 239)

I følge Dreyfus & Dreyfus er det endring i tre områder som kjennetegner utviklingen av klinisk kompetanse. Dette er endringer i det å kunne bruke intuisjon og ikke bare gå etter regler og prinsipper. Det å gå fra detalj oppfattninger til en helhetsforståelse samt det å bli aktiv deltaker i situasjonen og ikke være utenforstående observatør (Kristoffersen, 2005). Denne kompetansestigen og sykepleierens vekst er noe jeg kommer tilbake til senere i drøftningsdelen.

## 4.2 Omsorgsfilosofi

Som sykepleieteoretiker har jeg valgt Kari Martinsen. Jeg har valgt å basere mitt utvalg av Martinsen på hennes seneste teorier som går på omsorgsetikk. I denne perioden var hun inspirert av Knud E. Løgstrups tenkning (Kristoffersen, 2005), som jeg vil komme tilbake til senere. Med tanke på min problemstilling ser jeg Martinsens omsorgsfilosofi som svært relevant i denne oppgaven.

Kari Martinsen er norsk sykepleieteoretiker og har hatt et omfattende forfatterskap som er preget av en stadig utvikling. Tross utviklingen har hun hatt hovedideen om omsorg som sykepleiens fundament hele veien (Kirkevold, 1992). Hennes teorier kan betegnes som en

omsorgsfilosofi fordi hennes tenkning primært handler om omsorg og etikk. Hennes omsorgsfilosofi bygger på et vitenskapssyn og et verdenssyn, og hennes teorier bygger da i stor grad på det fenomenologiske (Kristoffersen, 2005)

#### *4.2.1 Omsorgen*

Martinsen hevder at omsorgen er grunnleggende og utgjør en forutsetning for alt liv. Omsorg er det mest fundamentale og naturlige ved menneskers eksistens, og grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengige av hverandre. Martinsen betegner omsorg som sykepleierens verdigrunnlag og derfor en grunnholdning som man må ha i sin tilnærming til pasienten. Omsorgen er både måten vi møter pasienten på og måten vi handler på. Hun hevder at omsorg i seg selv er et mål og tar derfor avstand for det hun kaller ”formålsrasjonell” sykepleie (Kirkevold, 1992). Martinsen påpeker at omsorg ikke kan forskes frem, men kun mottas og tydes i menneskelige relasjoner. Når man skal lære å handle omsorgsfullt og begrunne omsorgen, vil grunnlaget være innlevelse og refleksjon over konkrete situasjoner (Kirkevold, 1992).

#### *4.2.2 Avhengigheten*

Martinsen har et kollektivistisk menneskesyn der det ikke er enkeltindividet men fellesskapet som er i fokus. Hun tar heller utgangspunkt i det forholdet som eksisterer mellom et individ og et annet. Martinsen betegner mennesket er en uadskillelig del av en større menneskelig helhet, og hevder at ingen mennesker er noe i og gjennom seg selv. Gjennom avhengighet til andre er det den enkelte kan utvikle sin selvstendighet og realisere seg selv (Kristoffersen, 2005). Martinsen vektlegger sykepleierens ansvar for de svake, og er spesielt opptatt av at sykepleien er rettet mot de som er syke eller pleietrengende og som ikke er selvhjulpne. Ved sykdom og lidelse er det denne avhengigheten tydelig trer frem. Hun mener da at denne avhengigheten trenger et menneskelig motsvar, som er omsorg (Kirkevold, 1992).



### 4.2.3 *Moralen*

Det moralske aspektet er noe Martinsen vektlegger og sier at moralen viser seg i måten omsorgen utøves på. Omsorg i sykepleien må bygge på et moralsk ansvarlig maktbruk, som utøves med prinsippet om å ta ansvar for de svake. Dette oppstår fra det at vi er alle avhengige av andre. Men allikevel er det en forskjell på vår makt og måten vi sikrer oss den hjelpen vi trenger (Kirkevold, 1992). Martinsen hevder at mellom autonomi og paternalisme er det den svake paternalismen som er det ønskelige. Fordi sykepleieren har en faglig ”merforståelse” kan hun benytte denne når den har til hensikt å gagne den enkelte pasient mest mulig (Kristoffersen, 2005).

### 4.3 Maktperspektivet

Jeg vil nå ta for meg maktperspektivet, som jeg har valgt å betegne det, og bygge videre på det Martinsen omtaler som ansvarlig maktbruk. Som tidligere nevnt var Martinsen inspirert av Løgstrup sin etikk. Jeg velger derfor å gå videre inn i Løgstrup sin nærhetsetikk hvor han forklarer makt og maktforhold. Eller her, makten mellom sykepleier og pasient. Selv om Løgstrups etikk er allmenn og ikke sykepleierrettet har jeg valgt han på grunnlag av hans beskrivelser om sårbarhet og avhengighet, samt hans utsagn om at hver relasjon er en makt relasjon (Brinchmann, 2008).

Løgstrup hevder at fra fødsel til død befinner vi oss i avhengighet til andre og dermed i avhengighet til omsorg (Vetlesen, 2007). Han mener at det å være medmenneske er noe som hører til våres liv. Det er her i møtet mellom medmennesker at den etiske fordring oppstår. Vi har like mye makt som vi har et etisk ansvar over det andre menneskets liv (Brinchmann, 2008).

”Af den elementære afhængighed og umiddelbare magt  
udspringer fordringen om at tage vare på det af den andres liv,  
der er afhængigt af een, og som man har i sin magt.”

(Løgstrup, 2010, s. 39)

Løgstrups oppfatning er at det hører menneskene til å møtes med en naturlig tillit til hverandre. Tillit åpner for avhengighet og utleverhet til andre, mens mistillit verner om uavhengighet og kontroll (Vetlesen, 2007). Løgstrup hevder at den grunnleggende tillitten mennesker har til hverandre trenger aldri begrunnes, ulik mistilliten. Men fordi tillit vil medføre en ”utleverhet” vil det i alle menneskelige forhold være et maktforhold. Denne ”utleverheten” er vår tillit og forventninger om å bli akseptert, forstått og tatt imot (Eide & Eide, 2007).

Løgstrups etiske fordring går også på det at man skal møte den andre med en holdning av mottagelighet og omsorg. Den makten som ligger i relasjonen har man et ansvar om å ikke utnytte eller misbruke. Han påpeker at hensynet til den andre og hva som er best for den andre er det primære i fordringen. Men det å ta ansvar for noen vil ikke være det samme som å ta ansvar fra noen. For det å ta ansvar fra noen vil ifølge Løgstrup være et maktmisbruk (Eide & Eide, 2007).

”Forholdet kan være een eneste utfordring til mig om at gå imod, hva det andre mennesket forventer og ønsker, fordi alene det er tjent med det. Udfordringen går altså ud fra, at jeg bedre end den anden selv ved, hva der er til bedste for ham.”

(Løgstrup, 2010, s. 31)

#### *4.3.1 Sykepleierens makt*

I etikk er makt et ord vi ikke kommer utenom. Makt kan deles inn i mange former, men vil alltid påvirke den andre. Som sykepleiere har vi en faglig makt som vi har utviklet gjennom våre kunnskaper og ferdigheter. Denne makten som oppstår vil da være noe alle sykepleiere har på grunn av sin kompetanse. Men makt skapes også gjennom personlighet, holdninger og overbevisning. Mange pasienter vil da kunne oppleve sykepleieren i en maktposisjon. Så ved å inneha denne makten er det avgjørende at sykepleieren bruker den på en moralsk og forsvarlig måte (Slettebø, 2009).

## **5.0 Hvordan kan bruk av makt i omsorgen til pasienter med demens være sykepleiefaglig forsvarlig?**

Jeg vil her ha en kritisk og reflektert holdning rundt de aktuelle temaene som omhandler sykepleierens makt og dens faglige forsvarlighet i møte med pasienten med demens. Jeg vil knytte sammen den presenterte teorien opp mot egne forståelser og erfaringer og granske flere synsvinkler. Som ramme og struktur for drøftingen har jeg valgt å dele dette kapittelet i Martinsens tre sider av omsorg, den moralske, den relasjonelle og den praktiske omsorgen (Kirkevold, 1992) Gjennom denne drøftningsdelen vil Ola fra min refleksjon representere pasienten med demens.

### *5.1 Den moralske omsorgen*

Ifølge Martinsen er enhver sykepleiesituasjon av moralsk karakter. Det å stå ovenfor det å handle godt og riktig, altså hva som er til det beste for pasienten, er en moralsk utfordring. Moralene er fundert i kjærligheten og behøver ingen normer og regler. Men når moralen brister trenger man normer og regler igjen for å ta vare på kjærligheten (Kristoffersen, 2005).

Vi går tilbake til Ola. Hvordan kom kjærligheten og omsorgen frem i hans situasjon og var det dette som var det beste for Ola? Pleierne sto altså ovenfor en moralsk utfordring om å gjøre godt og riktig. Men hva var godt og riktig for Ola og hva var forsvarlig?

Ifølge Martinsen har moralen to sider. Det er den spontane moralen og normmoralen. Den spontane moralen er ubegrunnet og uttrykkes i handling til beste for den andre. Med denne moralen gir vi omsorg til den andre uten at vi vet det, den er naturlig. Normmoralen er skapt av mennesket og samfunnet i form av regler og prinsipper. Når den spontane moralen har bristet kommer denne normmoralen inn for å uttrykke kjærlighetens ide som Martinsen omtaler den. Normmoralen vil da beskrive og påpeke hva som spontant skulle blitt gjort (Kristoffersen, 2005) Jeg undrer meg da over hvorfor denne spontane moralen ikke alltid er til stede eller ikke er tilstrekkelig i noen situasjoner. Og er vi bevisst over når den har bristet?

Tilbake til Ola igjen. Moralen må ha bristet ett sted, for Ola sin situasjon utviklet seg verken til det som var det beste for han eller det han ønsket. Siden den spontane moralen uttrykkes i handling til det beste for den andre må noen ha tydet feil om hva Olas ønske var. Han ville så absolutt ikke bruke bleier men ble ”tvunget” til det fordi personalet mente det var for hans beste for å hindre fall og bevare hygiene. Så da når den spontane moralen brister er vi nødt til å gå tilbake til normmoralen med dens regler og prinsipper slik at vi kan fange moralen igjen om å gjøre godt og riktig i situasjonen.

Deres moral sa da at det som var best for han var å gjøre hverdagen hans enklere med å bruke bleier. Men livet ble heller tvert om vanskeligere for Ola. Det er da vi skal kunne se denne bristen og benytte oss av regler og prinsipper for å finne veien igjen for hva som oppleves riktig for han og samtidig være sykepleiefaglig forsvarlig.

Dahl (2004) hevder at å utøve skjønn er en nødvendig kvalitet for å kunne gi en individuell behandling og omsorg. Men påpeker også at dette kan være en stor utfordring for helsepersonell fordi vi er i økende grad styrt av økonomi og juss.

Som sykepleiere er vi etisk forpliktet av jussen, lik som vi er forpliktet av yrkesetiske retningslinjer. Men det finnes også rom for tolking og utøvelse av skjønn. Om jussen ikke forbyr bruk av tvang ett sted, betyr det fortsatt ikke at det er etisk forsvarlig. Men om jussen åpner for bruk av tvang ett sted, kan det fortsatt være etisk galt (Eide & Eide, 2007).

Altså, jeg forstår det slik at om jeg følger loven kan jeg fortsatt gjøre noe feil og uforsvarlig. Lik som jeg kan bryte loven og det i situasjonen er etisk riktig. Kristoffersen (2005) skriver at det må skilles mellom juss og etikk. Vi kan skille disse ved å leve i moralen og argumentere i etikken. Etikken er moralens teori. Jeg ser da likheter med det Lunde (2008) skriver. Jussen styrer sykepleieren utenfra, mens etikken styrer sykepleieren innenfra. Jeg anser dette som en fin grunnregel man kan bære med seg. Det viser også en sortering om hvor man kan bruke skjønn for å heve kvaliteten.

Lov om helsepersonell (1999) sier at vi forplikter oss til faglig forsvarlig sykepleie og må ha omsorg og respekt for den andre. Det er helt avgjørende at sykepleiernes faglige og etiske kompetanse brukes for at pasienten får oppfylt de rettighetene de har (Lunde, 2008). Samt at pasientens behov skal være utgangspunktet for all tjenesteyting (Bjørø & Kirkevold, 2005). Men hva var Ola sitt behov?

Ola hadde et behov for å bli hørt og respektert for sine ønsker. Han ønsket selvstendighet og uavhengighet som representerte hans meninger. Altså hans autonomi var viktig. Han hadde ett behov for å være seg selv og ikke føle seg krenket, som da går på hans integritet. Autonomien til et menneske vil variere i løpet av livet, mens integriteten og menneskeverdet vil være konstant. I handlingsvalget med å ta den beste beslutningen ligger det mye makt (Brinchmann, 2008). Altså moralen sier oss å handle godt og riktig. På den ene siden vil vi bevare hans autonomi, ved å la han få bestemme og bli respektert for sitt ønske. Men dette vil også da gå utover hans personlige hygiene som igjen kan virke inn på hans integritet. Forsvarligheten blir da også bli redusert fordi det er en økt risiko for fall. Vi sitter med mye kunnskap, mens pasienten er spesialist på seg selv og grunnlaget skal være omsorg med forpliktelse til faglig forsvarlig sykepleie. (Berentsen, 2008). Jeg forstår da at om pasienten er spesialist på seg selv vil hans demens sykdom virke inn på hans evner til sykdomsinnsikt og dømmekraft noe som utgjør at han ikke kan være inneforstått med sine autonome valg og samtykkekompetansen (Berentsen, 2008). Jeg oppfatter da at det ikke vil være forsvarlig for sykepleieren å hengi seg helt til pasientens ønsker i slike situasjoner, fordi vi har en fagkunnskap og det å se konsekvenser. Og i kunnskap er det makt (Slettebø, 2009).

Eide & Eide (2007) skrev som tidligere nevnt at pasienten med demens kan ha behov for at den andre verner om hans integritet og autonomi. Her ser jeg at man kan dra likheter til Martinsens tenkning fordi vi må bruke vår makt til å verne om den andre, den svake og syke (Kirkevold,1992). Demens sykdommen gjør at Ola ikke lenger kan ivareta sine grunnleggende omsorgsbehov (Berentsen, 2008). Som sykepleiere er vi avhengig av Olas tillitt for å hjelpe han, lik som han er avhengig av vår hjelp og vår fagkunnskap. Vi vet hva som kan bidra i å gjøre best for han men måten det formiddles på kan også vise makt ovenfor den andre (Slettebø, 2009).

## *5.2 Den relasjonelle omsorgen*

Vi har nå sett inn på hvordan moralen virker inn på omsorg i sykepleien til pasienten med demens. Men hvordan kan vi som sykepleiere i samhandling med pasienten få frem den relasjonen som trengs for å forstå den andre?

Martinsen sier at den yrkesmessige omsorgen består av en relasjon mellom to personer. Som sykepleiere er vi forpliktet til å gi den hjelpen personen trenger ut ifra sin situasjon. Martinen påpeker at for å forstå hva den andre trenger er vi helt avhengig av å engasjere oss og vise interesse. Når en åpner for tillit og barmhjertighet viser dette et spontant preg av tillit og nærhet. Vi må ikke bare la oss prege av prinsipper og regler men åpne for disse livsytringene (Kristoffersen, 2005).

I Ola sitt tilfelle var det vanskelig å få kontakt og nærhet fordi han etter hvert mistet tilliten til de ansatte. Men Martinen hevder at tillitten vil være spontant tilstede fordi det er en grunnleggende holdning mellom mennesker. Jeg forstår det da som at Ola hadde en tillit til oss til å begynne med, men denne ble brutt underveis og ødela tillitsforholdet. Denne svikten vil da skape en misstillit i forholdet til sykepleieren (Kristoffersen, 2005). Berentsen (2008) sier at gjennom kommunikasjon til pasienten med demens gjenspeiles våres holdninger og respekt for hverandre. Kroppsspråket og ansiktsmimikken er også noe som forsterker det som blir sagt med ord. Dette vil si at om Ola på grunn av sin kognitive svikt ikke kunne få med seg eller forstå alt som ble sagt, vil kroppsspråket vise våre holdninger. Jeg ser da at vi også vil kunne tyde hans kroppsspråk for å se hans tillit og holdninger til oss. Martinen støtter det ved å si at på grunn av vår kompetanse og kunnskap kan vi vise tillit slik at pasienten føler seg møtt i sin situasjon. Hun kaller denne kunnskapen for praktisk moralsk handlingskløkskap (Kristoffersen, 2005).

Løgstrup hevder at ved å bli vist tillit, utløser dette en fordring om at jeg må ivareta denne tilliten og ikke utnytte sårbarheten til min egen nytte (Vetlesen, 2007). Jeg undrer meg da over hvorfor denne fordringen oppstår og hva det er som sier oss at vi skal ivareta dette? Som sykepleiere har vi omsorg som grunnverdi og det virker da innlysende at vi vil ivareta den andres tillit (Kristoffersen, 2005). Men jeg ser at det allikevel er ganger hvor tilliten brytes.

Når Ola spurte meg om jeg kunne følge han hjem til moren sin viste han altså en naturlig tillit til meg som hjelper. Mitt arbeidsantrekk avslørte vel at jeg var en av hjelperne som var der for han. Jeg oppfatter da at han viste sin sårbarhet i form av å utlevere seg selv og da ”avsløre” sin kognitive svikt. Jeg tolker da ut ifra Løgstrups tenkning at det er i min makt å vise tillit og omsorg til Ola og ikke krenke hans sårbarhet. Men som en novise var jeg ikke bevisst over denne makten og forsto ikke utfordringen i hvordan jeg kunne møte han på en god måte. Jeg

ønsket jo å være omsorgsfull, men hadde ikke den nødvendige kunnskapen om demens sykdom, hvordan jeg møter pasienten med demens og hvilke konsekvenser som skapes.

I dag ville jeg møtt Ola med en annen tilnærming. I kraft av min fagkunnskap og reflekterende holdninger ville jeg brukt den faglige makten til å møte han i "hans verden". Jeg ville brukt makten på en moralsk forsvarlig måte og gi han omsorg i situasjonen. I kommunikasjon med pasienter med demens er det viktig å begi seg inn i hans verden. Man må vise interesse og åpne opp for vitaliteten i hans bevissthet (Eide & Eide, 2008). Jeg ønsker å møte Ola i øyeblikket med tillit og omsorg. Jeg ønsker å ikke å misbruke tilliten men heller ikke å skade han med å fortelle en vond sannhet. Moralens tilsier å ikke lyve, mens etikken sier å ikke krenke (Lunde, 2008). Som Eide & Eide (2007) skriver så ville jeg bekreftet at jeg så han var trist, men unngå den vonde sannheten om at moren var død. Det å finne en vei inn i den andres engasjement er en kunst. Det å finne frem minner fra før pasienten ble syk kan igjen engasjere han, men også såre han. Ola elsket skogen. Jeg ser at skogen kunne vekke sanser og minner som ville få han inn på andre tanker. Dahl (2004) støtter dette og sier at man må prøve å finne ut hva pasienten likte å gjøre før han ble syk og hva han kan få til nå. Pasienten må få følelsen av tilhørighet og mening i tilværelsen. Jeg oppfatter det at om Ola skulle kunne oppleve anerkjennelse må vi finne noe han likte og noe han kunne mestre for å få fokus på det fungerende. Jeg ser da at det å ta han med en tur i skogen som han hadde levd side om side med i alle år vil kunne gi han følelsen av tilhørighet og det å være i sitt rette element. Jeg anser da at omsorg for Ola i denne situasjonen var at jeg hadde makten til å finne en god vei for han i det som kunne ha utviklet seg til noe vondt.

Martinsen skriver at omsorgen kommer til syne igjennom våre handlinger og holdninger. Så ville det da ikke være bedre å "avlede" med noe han hadde interesse for en å gi et dødsbudskap om at moren hans er død. Jeg undrer meg om det vil være etisk riktig å avlede noen i denne situasjonen, men forstår at omsorgen kan være i tanken om å ikke ville skade hans sårbarhet, samt omsorg i det å ta han med i et miljø han trives i og slapper av i. Jeg ser her at det Martinsen hevder om den gyldne regel er noe jeg kunne reflektert over til denne situasjonen. Det å gjøre mot andre som du vil at andre skal gjøre mot deg (Kristoffersen, 2005). Hva hadde jeg ønsket i situasjonen? Jeg ser at det krever litt fantasi og evnen til å sette seg inn i den andres situasjon. Men jeg ser at ønsket om å ha en god dag, er noe vi alle setter høyt. Kanskje ville dette skapt den gode dagen for Ola, selv om han ble "avledet" med noe.

Dette får meg til å tenke videre på hans evne til å huske. Når vi prater om en positiv opplevelse vi har hatt sier vi at det er gode minner. Jeg undrer meg da om Ola vil huske om vi har hatt en god opplevelse eller en dårlig opplevelse?

Eide & Eide (2007) skriver at aldersdemente har en svekket evne til å holde på informasjon i kortidshukommelsen. Evnen å forholde seg til et tidsaspekt kan være vanskelig. Så det å kunne skille på nåtid, fortid eller fremtid lar seg ikke alltid gjøre. Jeg forstår da at å gi et dødsbudskap vil kunne være glemt av Ola etter kort tid. Men jeg ser også at man må tenke videre enn dette. Det må vel på en måte sette noen spor eller følelser i deg om selve ordene er glemt. Berentsen (2008) støtter dette og sier at selv om hukommelse er redusert, vil følelseslivet hans fortsatt være intakt. Jeg oppfatter da at ved å gi Ola en vond sannhet som han fort vil glemme, vil fortsatt den vonde følelsen og et ubehag finnes i han. Lik som han kan oppleve noe godt og ha en god følelse selv om ikke bildene av selve hendelsen er i hukommelsen. Det vil da si at Ola er avhengig av oss for å ha den gode eller trygge følelsen. Ved å ha demenssykdommen blir han den svake og sårbare og vi har makt og ressurser til å hjelpe han. Vi kan bidra med de små tingene som gjør en stor forskjell for han. Det vil vel si at vi er i en maktposisjon til å handle ut ifra hva som er best for han Dette får meg til å tenke på Løgstrup og maktforholdet igjen.

”At vort liv med og mod hinanden består i, at den ene er udleveret den anden, betyder, at vore indbyrdes forhold altid er magtforhold. Den ene har mer eller mindre af den andens liv i sin magt.”

(Løgstrup, 2010, s. 56)

Her forstår jeg av Løgstrups sitat at i et forhold som da alltid vil være preget av makt er det opp til meg om den andres liv lykkes eller ikke. Som sykepleiere har vi en makt til å gjøre dagen i dag god eller dårlig for den andre. Vi har muligheten til å bidra i den andres lykke. Selv om det måtte være et lite maktforhold ser jeg at det vil kunne utgjøre store forskjeller for den andre. Videre ut fra dette forstår jeg også det at våres holdninger og perspektiv rundt det å ha makt vil påvirke, om ikke avgjøre, utfallet for den andres. Om da vår intensjon er å gjøre hva som er best for pasienten virker det innlysende på meg at vi må være bevisst over denne makten. I kraft av å være sykepleier og en fagperson har vi makt til å ta vare på andre



menneskers liv og livsmuligheter. Ved å ha denne makten og muligheten kreves det av oss at vi ivaretar den på en moralsk forsvarlig måte (Sneltvedt, 2008).

Løgstrup sier da at i den etiske fordringen er tillitten og ”utlevertheten” på den ene siden mens på den andre siden har vi en makt og ett moralsk ansvar. Vi er da forpliktet til å ta stilling til hva som er best for den andre. Men hva som er best for den andre er det vi som skal vite (Eide & Eide, 2007).

Jeg oppfatter her at vi må være klar over hva som tjener den andre best. Jeg ser at med fagkunnskapen vil vi vite hva som skal være bra ut ifra situasjonen, men hvordan vil jeg vite hva akkurat dette mennesket synes er best? Løgstrup sier da at det er dette som er fordringen, nemlig det å bruke innsikt og forståelse til å vite hva det går ut på. Men om vi velger hva som er best for den andre må vi også vite og ta konsekvensene om det strider imot hva pasienten mener (Vetlesen, 2007). Jeg forstår tankegangen men ser det fortsatt vanskelig å tyde. Derfor velger jeg å se det fra Martinsens perspektiv og hvordan hun betegner det å ha kunnskap og forståelse for å forstå den andre (Kirkevold, 1992). Jeg ser at for å ha en forståelse og vite konsekvenser må vi se på kompetansen.

Jeg tenker tilbake på refleksjonen om Ola. Hvordan bidro personalet med faglig forsvarlighet og omsorg til Ols hverdag og situasjon. Og hvilke tanker og refleksjoner kunne de ha gjort seg rundt dette? Jeg velger å gå tilbake til Dreyfus og Dreyfus kompetansestige og gjør meg noen tanker om hva de forskjellige nivåene måtte presentere (Kristoffersen, 2005).

Novisen får beskjed om å sette på Ola bleier og body og følger denne instruksjonen uten videre tanker. Hun følger en ordre og går bare ut ifra at den er rett. Den viderekommende ser noen konsekvensene av fall og setter det som grunnlag for å gjennomføre tiltak, men fortsatt uten kritisk refleksjon. Den kompetente derimot tenker handlingsalternativer og omsorg i måten det gjøres på. Det er ikke bare sykdommen som er fokus, men også mennesket. Hun vet hva som er godt og riktig og utøver også skjønn for å gi god omsorg og sykepleie. Men om det var den kyndige og eksperten som var ute på gulvet, ville slik jeg ser det, ikke denne situasjonen oppstått i det hele tatt. Disse nivåene tilsvarer det å reflektere, evnen til å se konsekvenser frem i tid og en bevissthet og konsekvenser over sin makt. De har god kunnskap og masse erfaring som da tilsier at de har hatt god tid på å utvikle alle sine kunnskaper og

egenskaper (Kristoffersen, 2005). Så med denne tyngden ser jeg at det ikke ville ha utviklet seg til dette stadiet på grunnlag av en sykepleiers handlinger og holdninger over Ola som har demens.

Om dette var realiteten vil det da si at det bare jobbet noviser med Ola, eller var det den kompetente eller eksperten som hadde hoppet over noen vesentlige ledd i sin sykepleierfaglige forsvarlighet? Jeg støtter meg på det Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011) skriver. ”Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innen for disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.” (NSF, 2011, s. 7) Jeg tolker dette som at vi må se vår plass på kompetansestigen. Vi må handle ut ifra det nivået vi er på for så å veiledes inn i de videre nivåene slik at vi kan handle forsvarlig.

Dette får meg til å undre om alle klatrer på denne kompetansestigen eller setter noen seg trygt ned på de laveste trinnene og føler seg trygg der? Jeg ser på hva Kristoffersen (2005) skriver om kompetanseutviklingen. En forutsetning for en kompetanseutvikling og vekst, forutsetter sykepleierens evne og villighet til å stille seg selv kritisk reflekterende til egne erfaringer og yrkesutøvelse. Dette utgjør kjernen i en egenvurdering. Så gjennom refleksjon vil sykepleierens praktiske yrkest teori økes og man øker bevisstheten om begrunnelser for konkrete handlinger. Denne måten å bevisstgjøre seg selv vil føre til en endret handling og væremåte. Dette støttes i forskningsartikkelen Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling (Rokstad & Vatne, 2011). Refleksjonsprosesser blant ansatte ga en økt bevisstgjøring og en oppmerksomhet mot sårbarheten hos pasientgruppen med demens og pasientenes individuelle behov. Refleksjon over egen praksis og evnen til å gi konstruktive tilbakemeldinger er med på å skape utvikling i demensomsorgen.

Jeg undrer her av dette om vi oftere burde gjøre oss noen tanker om hvorfor vi jobber der, og ta en egenvurdering. Er vi, eller tror vi, at vi er god nok fordi vi er ansatt der? Eller tenker vi over at sykepleieryrket er satt sammen av teoretisk, klinisk og erfaringsbasert kunnskap? Hvis vi skal rette oppmerksomheten mot hele menneskets situasjon og samspillet med den andre ser jeg at vi er nødt til å ha denne likevekten mellom teori, ferdigheter og holdninger (Kristoffersen, 2005). Men uansett så skal vi forholde oss til sykepleierfaglig forsvarlighet. Lunde (2008) skriver at det juridiske kravet om forsvarlighet endrer seg over tid med fagutvikling, ny kunnskap og endring i samfunnets verdier. Men i en vurdering om noe er

forsvarlig vil både det faglige og etiske skjønnet være nødvendig. Som sykepleiere er man nødt til å øve seg på det å vurdere om noe er uforsvarlig, når det er på et minimumsnivå og når det tilsvarer god forsvarlig sykepleie. Jussen vil synliggjøre minstekravet for forsvarlighets mens etikken går på idealer og det å strekke seg etter best mulig sykepleie (Lunde, 2008).

Så tilbake til det Martinsen sa om kunnskap og forståelse for å forstå den andre (Kirkevold, 1992). Jeg ser at det er flere trinn i en sykepleiers kompetanse og avgjørende er villigheten til å utvikle seg. Jeg ser da for å kunne forstå Ola og hva som var best for han ville kompetansen og veksten i en sykepleier spille en stor rolle, sammen med det å bruke faglig skjønn. Det å være villig til å oppdatere og utvikle seg gir en vekst som igjen vil heve kvaliteten. I takt med hvordan samfunnet og fagutviklingen vokser ser jeg at vi har et ansvar om å ha en vekst slik at forsvarligheten aldri vil tilsvare minstekravet.

I Demensplan, 2015 (2007) er det fokus på et etterlektet kompetanseløft innen demensomsorgen. Flere eldre med demens er ventet, på bakgrunn av økt levealder og endret alderssammensetning i samfunnet. Dette går på å beholde, rekruttere og kvalifisere personell. Ikke bare går det på å redusere antall ufaglærte men også det å skape godt arbeidsmiljø og ledelse slik at faglig utvikling og gode ressurser utvikles. Det er et behov for å styrke kompetansen innen geriatri og demenssykdommer som da også tilsier behovet for etisk kompetanseheving.

Som et svar på dette har jeg funnet forskning som viser viktigheten av faglig utvikling og ressurser som styrke i omsorgen til pasienter med demens. Kunnskap om demens hos ansatte viste en økning i forståelse og bedre holdninger til pasientene. Kunnskapen bidro til å styrke de ansattes egen trygghet i relasjonen og omsorgen til pasientene med demens. Om ikke denne økte bevisstheten på demens hjalp på alle utfordringer man kan komme over i samhandling med denne pasientgruppen, viste det allikevel en økt styrke i omsorgen (Galvin, Kuntemeier, Al-Hammadi, Germino, Murphy-White & McGillick, 2012). Jeg ser her at på bakgrunn av en stor kommende "eldrebølge" og da også en økning i antall pasienter med demens vil det være ytterligere viktig med en økt kompetanse innen demensomsorgen. Både arbeidsplasser og hver enkel må ta ansvar for å heve kvaliteten ved å tilegne seg mer kunnskap og det å kunne reflektere.

### *5.3 Den praktiske omsorgen*

Ifølge Martinsen er omsorg mer enn en grunnholdning, den er også en praktisk handling. Den omsorgen sykepleiere gir er i dagligdagse situasjoner som både vi og pasienten kjenner til. Gjennom konkrete handlinger og dagligdagse situasjoner gir vi hjelp og omsorg. Som medmenneske har vi mange likhetstrekk i vår dagligdagse verden og kan dermed bedre forstå den syke. Martinsen sier at om man ikke kan kjenne den andres tørste vi kunne gjenkjenne det å være tørst ut ifra egen erfaring (Kristoffersen, 2005).

Jeg forstår at det å kunne gjenkjenne grunnleggende ting fra sin egen dagligdagse verden vil være en måte å forstå den andre på. Men er dette en forsvarlig og god nok måte til å få bekreftet hva den andre ønsker undrer jeg meg. I kraft av å være et individ er vi alle forskjellig og vil vel derfor oppleve ting forskjellig. Jeg stiller meg derfor noe kritisk til denne tankegangen og undrer meg om det er noe mer til det.

Dahl (2004) skriver at uro kan betraktes som meningsfull kommunikasjon fra pasienten med demens. Denne uroen kan være uttrykk for så mangt som smerte, do trang eller forvirring. Jeg forstår da at pasienten med demens kan uttrykke uro istedenfor å uttrykke de dagligdagse tegnene som vi er kjent med. Dette sier jo da at å ha grundig kunnskap til sykdommen spiller en stor rolle da det kan være vanskelig å tyde kommunikasjonen til pasienten med demens. Det er altså viktig å kunne gjenkjenne dagligdagse situasjoner. Men hvordan skal vi kunne gjenkjenne de dagligdagse tingene hos pasienten som ikke er det dagligdagse for oss? Ola måtte begynne med bleier. Dette var en situasjon som ikke var kjent for Ola og heller ikke for oss. Han hadde en kognitiv svikt som gjorde det vanskelig å uttrykke seg riktig. Så hvordan vil vi kunne forstå hvordan han opplevde dette og vi ikke kunne sammenligne med egen erfaring?

Det ligger noe tabu over det å ikke kunne kontrollere kroppens avfallsstoffer. Det å ha urininkontinens er noe som kan være en trussel mot den eldres integritet og en stor psykisk belastning. Mange eldre har en frykt for dette og frykt for hvordan den som skal hjelpe reagerer på lukt og syn. Som sykepleiere må vi vise forståelse og være sensitiv for pasientens situasjon og reaksjon (Skotnes & Omli, 2008).

En kollega fortalte meg en gang at en av de største utfordringen hun hadde hatt under sykepleierutdanningen sin var en utfordring om å gå med bleie og da bruke den til dens hensikt. Hun hadde følt seg mindreverdig og klarte ikke konsentrere seg om noe annet fordi hun ikke følte seg som seg selv. Integriteten hennes ble krenket av å gå med dette. Opplevelsen satte spor i henne og de erfaringene hun fikk har hun dratt med seg videre i møtet med den andre og det å vise omsorg og forståelse til slike situasjoner. Hun hadde da en erfaring og kunne bruke denne sammenligningen til å forstå den andre.

Så var det Ola da, han likte det ikke han heller og viste motstand mot dette på flere måter. Han brukte tid og krefter på dette og det gikk utover hans livskvalitet. Det som hadde som intensjon å gjøre hverdagen hans enklere gjorde hele livet han verre. Her kan man spørre seg selv hvor omsorgen var, hvem som hadde makten og om det her ble reflektert rundt den gyldne regel Martinsen omtaler (Kirkevold, 1992).

Skotnes & Omli (2008) skriver at mange pasienter med demens har problemer med å uttrykke sine behov eller oppfatte hva som blir sagt. Så om man spør pasienten om de må på toalettet kan man få et nei selv om det egentlig betyr et ja. Det er derfor viktig at toaletter merkes med enkle og gjenkjennelige symboler slik at pasienten kan forstå.

En viktig forutsetning er altså å forstå og tyde gjennom de svikter sykdommen gir. Et ja er ikke et nødvendigvis ja, men vil vel ikke tilsi at vi alltid kan gå ut ifra at det er et nei heller. En ting er hva som kan avklares med skilter og symboler men hva med alt det vi ikke har symboler for? Jeg undrer meg over hvordan jeg kan hjelpe noen når det er vanskelig å forstå begge veier. Jeg velger å se på et av Søren Kierkegaards (1994) sitater som fanger min oppmerksomhet når det gjelder å forstå pasienten med demens.

”...For i Sanhed at hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mer end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mer-Forstaaen ham slet ikke.”

(Kierkegaard, 1994, s. 55)

Kierkegaard (1994) hevder her at jeg må forstå det den andre forstår for å kunne ha bruk for min ”merforståelse”. Jeg tolker dette som at hvis jeg ikke kan møte pasienten i hans verden

med den forståelsen han har, vil jeg ikke ha bruk for min kompetanse og kunnskap. Altså, hans forståelse trenger ikke min fagkunnskap men bare min forståelse av hva han oppfatter. Først da er det man kan forstå hverandre og ta i bruk kunnskapen for å hjelpe han. Jeg oppfatter dette som situasjonsbetinget, men på en annen side flott da det tillater deg å kun fokusere på personen i øyeblikket. Jeg ser at øyeblikk som dette må være det som er med på å skape tillit i en relasjon som gjør grunnlag for god omsorg. Og kanskje er det disse tillitsfulle øyeblikkene som er med på å utgjøre hva som er omsorg i sykepleien av høy kvalitet.

Martinsen skriver at om vi har mange kunnskaper om pasientens situasjon, vil fagkunnskapen gjøre en bedre i stand til å sørge for den andre på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Det er av stor betydning at omsorgen kommer frem på en måte som gjør at pasienten føler anerkjennelse og ikke umyndiggjøring (Kristoffersen, 2005). Dahl (2004) støtter dette og sier at for pasienten med demens er det viktig å vise respekt for hans verden. Man må lete etter gjenværende ressurser slik at de kan kompensere for svikten med en individuell tilpasset omsorg. For at pasienten i størst mulig grad skal kunne bruke ressurser og hjelpe seg selv er det viktig at sykepleieren jobber med hendene på ryggen. Det å jobbe med pasienter med demens krever at man har tid og viser tålmodighet.

Jeg forstår her at for Ola burde man fokusert mer på hva han kunne. Ja han hadde en kognitiv svikt, men han var ikke den ”demente” pasienten. Han var Ola som hadde demens. Han var heller ikke han som tisset i gangen, men Ola og han hadde urininkontinens. Jeg ser at fokuset ble bygd opp rundt det som sviktet hos han og ikke det som fungerte. Jeg undrer meg da hvordan Ola kunne føle noen anerkjennelse og respekt i sin situasjon. Og hvordan ville han kunne finne sine ressurser når alt fokus var på det som sviktet. Det ble bestemt uten hans samtykke å begynne med bleier fordi han ikke klarte å finne noen. Jeg ser at det å bli overkjørt på denne måten må oppleves som en straff. Og kan man straffes for en svikt eller en sykdom på denne måten undrer jeg meg da. Om sykdommen medfører noe tap av ansvar kan man da ytteligre ta fra de mer?

Løgstrup legger stor vekt på forskjellen mellom det å ta ansvar *for* noen og det å ta ansvar *fra* noen. Han hevder at det å ta ansvaret fra noen vil være et maktmisbruk. Ansvaret for den andre må aldri være å ta over hans eget ansvar (Eide & Eide, 2007). Ola hadde et ønske om å kunne klare seg selv og ha ansvar for seg selv. Med tanke på sin demens sykdom kunne han i

en viss grad klare seg selv med tilrettelegging. Men med tanke på urininkontinensen ble han helt overkjørt. Først mistet han kontroll på det å vite når og hvor han skal gå på do, så mistet han kontrollen over å ha tilgang til sin egen kropp og hva han hadde på seg. Jeg ser at dette måtte ha vært en stor krenkelse for en mann som alltid har klart seg selv. I følge Løgstrup er det å bli klar over hva som er best for den andre koblet til det å la den andre være herre i sin verden (Eide & Eide, 2007). Ola var ikke herre over seg selv lenger og ble frarøvet ansvaret om å mestre noe grunnleggende som ga konsekvenser for hans livskvalitet. Han var ”makteløs”. Og som sykepleiere hadde vi makten til at det kunne gå begge veier.

## 6.0 Konklusjon

Jeg innledet denne oppgaven med et ønske om å finne et svar på hvordan bruk av makt i omsorgen til pasienter med demens kan være sykepleiefaglig forsvarlig. Innledningsvis brukte jeg en egen refleksjon over hvordan mitt ønske om faglig vekst startet. I ønske om å kunne gi omsorg på en forsvarlig måte startet søken på kunnskap og evnen til å reflektere. Gjennom fagkunnskap og personlig vekst gjør jeg meg bevisst over hvordan vår gitte makt kan innvirke på omsorgen til den andre.

Som Løgstrup skriver om makten så vil den alltid være til stede i en relasjon. Som sykepleiere er vi gitt en makt i form av vår kompetanse. Det vil ikke si at det er vi som har makten, men vi har en faglig makt som vi må bruke på en moralsk forsvarlig måte. Den moralske forpliktelsen forteller oss å lindre og minske andres lidelse. Men som Martinsen hevder har omsorgen flere sider. Omsorg er ikke bare det å skal handle rett og godt og det å ta ansvar for de svake. Omsorgen viser seg i måten vi handler på og måten vi møter pasienten på. Men den forutsetter at sykepleieren viser tillit, engasjement og innlevelse i pasientens situasjon.

Som Løgstrup hevder så er tilliten alltid tilstede til misstillit blir vist. Denne tillitten pasienten gir oss må vi ta vare på. Vi må ikke misbruke den andres sårbarhet eller avhengighet. Vi har i vår makt kunnskapen og evnen til å gi pasienten med demens den gode dagen, hver dag. Vi må imøtekomme sårbare grupperes særskilte behov, men allikevel se mennesket bak sykdommen. Omsorgen til pasienten med demens krever tillitt, anerkjennelse og tilstedeværelse i øyeblikkene. Vi må ta ansvar for pasienten med demens, men ikke ta det fra han. Vi må la han bevare sin makt i form av respekt, verdighet og tillitt i relasjonen. Jeg ser at det er opp til hver enkelt av oss hvor god kvalitet vi ønsker å yte for den andre vi står i forhold til. Men det forutsetter en bevisstgjøring av kunnskap og holdninger.

Om intensjonen er god ser jeg at vi trenger en tyngde med fagkunnskap og personlig vekst for å kunne gi omsorg til pasienten på en forsvarlig måte. Jeg ser at for egen utvikling i kompetansen, er villigheten avgjørende. Vi har ett ansvar om å utvikle og oppdatere oss slik at forsvarligheten i omsorgen til den andre aldri tilsvare minstekravet. Jussen styrer oss utenfra, mens etikken styrer oss innenifra. Som sykepleiere kreves det at vi forholder oss til



lover og forskrifter, og vil derfor oppdatere oss på dette i takt med samfunnet og fagutviklingen. Men, jeg ser at for å få en likevekt og helhet må vi også vokse innvendig og personlig som sykepleiere. Om vi lever i moralen kan vi argumentere i etikken. Dette forutsetter da evnen til å reflektere for å kunne bevisstgjøre seg selv over handling og holdning til egen yrkesutøvelse og i møte med pasienten med demens. Etikken vil hjelpe oss i det å strekke seg etter best mulig sykepleie.

Så, for å ta vare på fremtidens pasienter på en omsorgsfull, verdig og forsvarlig måte, ser jeg at vi morgendagens sykepleiere har i vår makt muligheten til å utvikle og heve kvaliteten i sykepleie til denne pasientgruppen.

## Referanseliste

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.).Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berentsen, V.D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red.) *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørø, K., Kirkevold, M. (2005). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B.S. (2008). Nærhetsetikk. I: Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, K. (2008). Stellet- mulighetenes arena. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red.) *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, T-E. (2004). Om å møte mennesker med sviktende hukommelse. I: Hummelvoll, J.K. *HELT- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2006). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Galvin, J.E., Kuntemeier, B., Al-Hammadi, N., Germino, J., Murphy-White, M., McGillick, J. (2012) “*Dementia-friendly hospitals: care not crisis*” *An educational program designed to improve the care to hospitalized patient with dementia*. Lokalisert på:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955811/pdf/nihms202674.pdf>

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red.) *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Hem, H. M., Gjerberg, E., Pedersen, R., Førde, R. (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. Sykepleien (2011). Lokaliser på:

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

\* Håkonsen, K.M. (2009). *Innføring i psykologi*. (4.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Kierkegaard, S. (1994) *Samlede værker*. København: Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. (2005) Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretisk perspektiver i på sykepleie I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\* Kirkevold, M. (1992). *SYKEPLEIETEORIER: analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal A/S.

Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red.) *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lunde, B.V. (2008). Juss og etikk i sykepleien. I: Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Løgstrup, K.E. (2010) *Den etiske fordring*, (4. utg.) Århus: Forlaget Klim

\* Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler* (Vol. 2/01). Oslo: Forbundet. (NSF-serien).

Ranhoff, A.H. (2008) Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red.) *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Rokstad, A. M. M., Vatne, S. (2011) *Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling*. Sykepleien (2011). Lokalisert på:  
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/630220/dementia-care-mapping-en-mulighet-for-refleksjon-og-utvikling>

Skotnes, L.H., Omli, R. (2008). Eliminasjonsproblemer. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red.) *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. (5 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2008). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I: Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Vetlesen, A. J. (2007). *Hva er ETIKK*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 § 4. Lokalisert på: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#4>

Helse og omsorgsdepartementet. (2007) *Demensplan 2015 "Den gode dagen"* Lokalisert på:  
[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)

Kunnskapsdepartementet. (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Lokalisert på:  
[http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepl\\_eierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepl_eierutdanning_08.pdf)