



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse
4BACH

Anemone Nordseth og Linda Nordstad

Veileder: Bodil Gjestvang

Etisk refleksjon knyttet til bruk av tvang i demensomsorgen

Ethical reflection related to
use of coercion in dementia care

Bachelor i sykepleie, BASY 2012 kull 124
2015

Antall ord: 13 746

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA NEI

Sammendrag

Basert på egne opplevelser i praksis, litteratur og forskning viser det seg at det ofte er vanskelig for sykepleiere å balansere i gråsonen mellom tvang og frivillighet i demensomsorgen på sykehjem. Vi opplever at det ofte utføres tvangstiltak der det ikke er nødvendig og at slike tiltak kunne vært unngått hvis sykepleieren hadde hatt et mer bevisst forhold til væremåter og ulike håndteringsmuligheter i slike situasjoner. Vi ønsket derfor å fordype oss i etiske refleksjoner knyttet til bruk av tvang i demensomsorgen med det formål å belyse et viktig tema i sykepleiefaget og besvare vår problemstilling; hvorfor er etisk refleksjon viktig for å redusere bruk av tvang i demensomsorgen? Vi tar for oss teorien knyttet til de ulike aspektene av etikk og omsorgsteori der vi bruker Kari Martinsen som gjennomgående sykepleieteoretiker. Vi ser på aktuelle lovverk, retningslinjer og refleksjonsverktøy. Oppgaven er basert på en litteraturstudie og fagstoffet vi har brukt er basert på pensumlitteratur, selvvalgte fagbøker og forskningsartikler knyttet til temaet. Vår konklusjon vil vise hvorfor etisk refleksjon er med på å danne gode holdninger og god omsorg i sykepleien slik at bruk av tvang på sikt vil reduseres.

Forord

Alzheimer's request

*Do not ask me to remember,
don't try to make me understand.
Let me rest and know you're with me,
kiss my cheek and hold my hand.*

*I'm confused beyond your concept,
I'm sad and sick and lost.
All I know is that I need you,
to be with me at all cost.*

*Do not lose your patience with me,
do not scold or curse or cry.
I can't help the way I'm acting,
I can't be different though I try.*

*Just remember that I need you,
that the best of me is gone.
Please don't fail to stand beside me,
love me 'til my life is gone.*

(Ukjent forfatter, 2014)

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Forord	3
Innholdsfortegnelse	4
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Valg av problemstilling	6
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Avgrensing og presisering av oppgaven	7
1.5 Begrepsavklaring	8
1.5.1 Alzheimers sykdom	8
1.5.2 Tvang	8
1.5.3 Etisk refleksjon.....	8
1.6 Formål med oppgaven	9
1.7 Oppgavens disposisjon	9
2. Metode	10
2.1 Litteraturstudium	10
2.2 Anonymisering	10
2.3 Fremgangsmåte for litteratursøk	11
2.3.1 Søkord og databaser	12
2.3.2 Kildekritikk og valg av litteratur	12
3. Teoretiske perspektiver	15
3.1 Demens ved Alzheimers sykdom.....	15
3.2 Tvang og frivillighet	16
3.2.1 Samtykke og samtykkekompetanse	16

3.2.2 Paternalisme.....	17
3.3 Etske utfordringer og prinsipper	18
3.4 Lovverk og retningslinjer	21
3.3.1 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	21
3.3.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	22
3.5 Sykepleierens holdninger	23
3.6 Kari Martinsens omsorgsteori	24
3.6.1 Omsorgsdefinisjon.....	25
3.6.2 Omsorgsfilosofi i tre fenomener.....	25
3.7 Etisk refleksjonsverktøy.....	26
4. Drøfting	28
4.1 Balansen mellom frivillighet og tvang.....	28
4.2 Verdier i konflikt.....	31
4.3 Etikens bevisstgjøring og refleksjon	34
4.3.1 Verktøy for refleksjon	35
4.3.2 Omsorgsetikk og sykepleieansvar	37
5. Konklusjon.....	41
Litteraturliste:.....	42

1. Innledning

Studier i løpet av det siste tiåret viser at bruk av tvang i demensomsorgen er utbredt på norske sykehjem. Blant annet viser oppsummerte tall at 45% av pasienter ved skjermede enheter for personer med demens og 37% av pasienter ved somatiske avdelinger på sykehjem blir utsatt for minst ett tvangstiltak i uken. Det viser seg også at i 65% av disse tilfellene forelå det ingen form av skriftlig dokumentasjon av tvangsbruken (Kirkevold, 2005). Forekomst av demens er stigende sammen med stigende levealder. Det er forventet en kraftig vekst i antall eldre i løpet av de nærmeste årene og forekomsten av demenssykdommer forventes å stige til om lag 135 000 innen 2040 dersom tallene holder seg på dagens nivå. Dette er en fordobling fra 2005 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2007).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Basert på studier i forhold til bruk av tvang hos personer med demens i tillegg til egne erfaringer ønsker vi å se nærmere på hvorfor dette er et aktuelt tema innen etiske dilemmaer og hvorfor det er viktig at sykepleiere er bevisst på sine holdninger og refleksjoner for å redusere bruk av tvang. Vi har erfart at grensene mellom tvang og frivillighet er en hårfin balanse og at temaet inneholder gråsoner. Vi opplever at det er en utfordring å stå på grensen mellom tvang og frivillighet i møte med en pasient i en sårbar livsfase og erfarer at sykepleiere kan gjøre en forskjell ved å være oppmerksom på sine egne holdninger, refleksjoner og ikke minst lovverk og retningslinjer. Temaet er meget aktuelt som fremtidig sykepleier, da man med stor sannsynlighet vil møte denne problemstillingen på mange arenaer. Vi ønsker derfor å fokusere på viktigheten av at sykepleiere er bevisst og reflektert i møte med pasienter med demens. Dette for å bevare pasientens autonomi og integritet, slik at bruk av tvang kan reduseres.

1.2 Valg av problemstilling

Vi ønsker å se nærmere på temaet bruk av tvang i demensomsorgen, og da mest i forhold de etiske utfordringene som dukker opp i denne sammenheng. Dette er utfordringer som kan løses gjennom bevisstgjøring og refleksjon av sykepleierens egne holdninger. Ved å belyse det aktuelle temaet kan dette styrke oss som fremtidige sykepleiere i møte med pasienter der vi står ovenfor etiske utfordringer. Ny kunnskap og bevissthet på temaet vil øke kvalitet og profesjonalitet i vårt yrke.

1.3 Problemstilling

Hvorfor er etisk refleksjon viktig for å redusere bruk av tvang i demensomsorgen?

1.4 Avgrensning og presisering av oppgaven

Vi har valgt å fokusere på pasienter med demenssykdom som pasientgruppe med det grunnlag om at denne pasientgruppen ofte står i fare for å oppleve bruk av tvang. Vi velger allikevel å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter med Alzheimers sykdom. Grunnen til dette er fordi Alzheimers sykdom er en av typene av demens, som kalles generativ demenssykdom og de fleste pasienter som rammes av demens rammes av type Alzheimers. Som sykepleiere vil vi derfor møte pasienter med Alzheimers sykdom på mange ulike arenaer i vår fremtidige arbeidsrolle (Berentsen, 2010). Siden dette er den vanligste typen av demenssykdom velger derfor å fokusere spesifikt på denne. Vi velger å ikke gå inn på ulike behandlingstyper av diagnosen.

Vi velger også å ha et spesielt fokus på pasienter på sykehjem, da vi gjennom både egne erfaringer samtidig som vi gjennom nyere studier opplever at det ofte er på sykehjem at man blir stående i denne type utfordring.

For å bygge opp under oppgavens tema og vår besvarelse på vår problemstilling velger vi å rette fokus på noen etiske prinsipper og verdier som knyttes sammen med pasientens rettigheter og sykepleierens holdninger. Det er mange ulike nyanser og perspektiver i etikken teori og for å avgrense oppgaven velger vi derfor å velge ut noen aktuelle prinsipper som vi ønsker å sette fokus på. Det er autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet og ikke-skadeprinsippet vi ser på som de viktigste prinsippene i vårt aktuelle tema. Vi velger også å nevne noe om paternalisme for å diskutere ulike nyanser. I tillegg har vi med pliktetikken og konsekvensetikken for å diskutere ulike handlingsalternativer i etisk refleksjon.

Som sykepleieteoretiker velger vi å bruke filosofen Kari Martinsens og hennes omsorgsteori, der vi ser på omsorg, relasjon og tillit og da spesielt i forhold til menneskesynet på en svak pasientgruppe, noe som knyttes opp mot nærhetsetikken. Oppgaven vil ikke inneholde bare ett spesifikt case, men vi vil gjennom drøftingsdelen komme med ulike små case for å poengtere og bygge opp under teorien og drøfte verdiene og refleksjonsverktøy. Det finnes ulike typer etiske refleksjonsmodeller som kan brukes som verktøy av sykepleiere i etisk refleksjon. Vi

har valgt å avgrense oppgaven ved å kun fokusere på SME-modellen som er et av refleksjonsmodellene vi kan finne i teorien. Grunnen til at vi velger å bruke denne modellen er fordi høgskolen i Hedmark bruker SME-modellen i emnet etikk og vi velger derfor å følge skolens bruk av teori. Av lovverk og retningslinjer har vi valgt å fokusere på pasient -og brukerrettighetsloven (1999) og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

1.5 Begrepsavklaring

Vi velger å definere de ulike begrepene vi har brukt i vår problemstilling for å avklare hva problemstillingen handler om og for å øke forståelsen rundt temaet. Vi har bevisst valgt å bruke ordet «reducere» i vår problemstilling da det er vanskelig å la seg gjøre å unngå bruk av tvang helt. Målet må være å redusere det til et nivå som kan forsvares faglig.

1.5.1 Alzheimers sykdom

Beskrivelsen av demens i sin helhet beskrives som en kognitiv svikt i hjernefunksjonen som forekommer hos personer som tidligere har hatt en velfungerende hjernefunksjon. Ved demens vil en slik kognitiv svikt gradvis forverre seg. Alzheimers sykdom er den hyppigste formen av de ulike typene demens (Bertelsen, 2011).

1.5.2 Tvang

En treffende og direkte definisjon av tvang kan beskrives som «tvang er fravær av samstykke» (Johnsen & Smebye, 2008). En mer utdypende definisjon av tvang lyder som følger: «Bruk av redskap som hindrer beboerens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelser, behandling og omsorgstiltak, overvåking med elektroniske redskaper og tilsetning av medisin i mat og drikke uten beboernes viten og vilje» (Kirkevold, 2005).

1.5.3 Etisk refleksjon

Etisk refleksjon handler om å få innsikt i de ulike aspektene når man opplever et etisk dilemma og en dialog med fornuften, samvittigheten og innlevelsesevnen. Det beskrives derfor som et verktøy for å ta stilling til og løse et etisk dilemma. Et etisk dilemma oppstår når to eller flere ulike verdier eller prinsipper kommer i konflikt med hverandre hvor det er vanskelig å velge et tilfredsstillende alternativ som løsning (Hummelvoll, 2012).

1.6 Formål med oppgaven

Dette er en fordypningsoppgave som omhandler et viktig tema som berører sykepleiefaget, der vi bruker og vurderer forskning og utviklingsarbeid. Dette er kombinert med faglig kunnskap og relevante erfaringer for å belyse temaet om bruk av tvang og avklare hvorfor det er viktig at sykepleiere reflekterer og er bevisste på sin væremåte og sine holdninger i møte med etiske utfordringer i demensomsorgen og på denne måten oppnå å styrke pasientens autonomi og redusere bruk av tvang.

1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp ved hjelp av en innledning, metodedel, teoridel, drøfting og konklusjon. I innledningen presenteres bakgrunnen for oppgaven og valg av tema og problemstilling. Her presenteres også hvordan og hvorfor vi har prioritert å avgrense oppgavens tema og hva slags formål oppgaven har.

I metodedelen beskrives det hvordan vi har gått frem for å sette opp oppgaven og definisjon av metoden litteraturstudium. Her redegjør vi også for hvordan vi har gått frem for å samle relevant litteratur for oppgaven og viser hvordan vi har foretatt litteratursøk etter aktuelle forskningsartikler. Deretter går vi gjennom kriterier og kildekritikk for valg av litteratur og forskning som vi har valgt å bruke i oppgaven.

I teoridelen går vi gjennom de ulike teoretiske perspektivene av den faglige litteraturen for å belyse kunnskap om temaet vi har valgt. Vi presenterer kort teori om demens ved Alzheimers sykdom før vi videre redegjør for de ulike aspektene rundt bruk av tvang knyttet til autonomi, samtykkekompetanse og paternalisme. Vi går så dypere inn på etiske utfordringer og de ulike etiske prinsippene før vi presenterer lovverket og retningslinjene vi har valgt å fokusere på. Videre redegjør for hvorfor sykepleierens holdninger er aktuell i etikken og Kari Martinsen omsorgsfilosofi. Vi tar deretter en presentasjon av SME-modellen.

I drøftingsdelen ser vi nærmere på funn av de teoretiske perspektivene og legger frem ulike pasientsituasjoner på etiske dilemmaer. Vi setter erfaringer, teori og forskning opp mot hverandre slik at vi kan drøfte og diskutere kunnskaper som er viktig for å komme frem til en avsluttende konklusjon.

I oppgavens avslutning kommer vi frem til en konklusjon som besvarer vår problemstilling ved å samle trådene og oppsummere det vi har kommet frem til. Oppgaven inneholder henvisninger og litteraturliste og er satt opp etter formelle krav etter retningslinjer og APA-standard for Høgskolen i Hedmark.

2. Metode

Metoden vi bruker i oppgaven forteller noe om hvordan vi velger å gå til verks og fremskaffer eller etterprøver kunnskap. Metode brukes som fremgangsmåte og redskap for å hvordan vi tilegner oss data og belyse temaet vårt på en faglig og kunnskapsbasert måte (Dalland, 2012).

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerte i 1985 en definisjon på metode som fortsatt er aktuell: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener på dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (referert i Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Litteraturstudium

Oppgaven bygger på litteraturstudie der vi har søkt opp og samlet inn relevant data og informasjon som belyser vårt tema og det vi ønsker å undersøke nærmere. I oppgaven har vi brukt ulike teoretiske perspektiver basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og relevant lovverk og retningslinjer. En litteraturstudie bygger på både kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir informasjon i målbare enheter som gir oss mulighet til å sette inn tall som for eksempel i prosent eller gjennomsnitt. Kvalitative metoder bygger på å fange opp meninger, synspunkter og egne opplevelser som det ikke er mulig å måle i tall. Begge disse metodene bidrar til en større forståelse for menneskers måte å handle og samhandle på (Dalland, 2012).

2.2 Anonymisering

I oppgaven har vi valgt å bruke ulike eksempler på pasientsituasjoner i drøftingsdelen for å poengtere ulike etiske dilemmaer som kan forekomme. Grunnet anonymisering og taushetsplikt velger vi å presisere at eksemplene vi viser til er fiktive pasientsituasjoner, inspirert av forskjellig litteratur og praksiserfaring.

2.3 Fremgangsmåte for litteratursøk

Vi startet vår søkeprosess med å finne relevante søkeord og MeSH-termer, både norsk – og engelskspråklig, som var knyttet til vårt tema og hva vi ønsket å undersøke nærmere. Som et ledd i prosessen har vi brukt PICO-skjema (Kunnskapssenteret, 2015) som verktøy, der vi har lagt inn søkeordene i ulike kombinasjoner for å avgrense og spesifisere vårt søk. Bruk av søkeord og databaser er nærmere beskrevet i neste hovedpunkt. Vi har i hovedsak benyttet oss av pensumlitteratur relevant for vårt tema, men har i tillegg til pensum valgt ut faglig litteratur, forskningsartikler og offentlige dokumenter som selvvalgt litteratur. Dette har vi funnet gjennom de ulike databasene og gjennom høgskolens bibliotek. I oppgaven benytter vi oss av fire ulike forskningsartikler. To av disse er norskspråklige og to er engelskspråklig. Vi fant forskningsartiklene på følgende måte:

På databasen Svemed + gikk vi inn på avansert søk og brukte søkeordene demens, tvang og sykehjem i vinduet for MeSH-termer. Vi fikk 16 treff på dette søket hvorav treff nummer fire var artikkelen «*Pleie og omsorg i grenselandet mellom tvang og frivillighet*». Artikkelen er en norskspråklig artikkel publisert i 2011 i tidsskriftet «Sykepleien Forskning» skrevet av Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen og Reidun Førde. Artikkelen er basert på en studie som er utført via gruppeintervjuer av til sammen 60 pleiere ved totalt fem ulike sykehjem i Norge, med fokus på frivillighet og tvang i omsorg og pleie av pasienter med demenssykdom (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2011)

Vi brukte deretter samme søkeord i samme database, men denne gangen søkte vi i selve databasen og ikke som avansert søk i MeSH-termer. Vi fikk da kun to treff og begge treffene var samme artikkel, hvorav én fantes i fulltekst i databasen. Artikkelen heter «*Bruk av tvang i sykehjem*» publisert i tidsskriftet «Medisin og vitenskap» i 2005. Studien er utført av Dr. philos og sykepleier Øyvind Kirkevold og kartleggingen er gjort på bakgrunn av at bruk av tvang i eldreomsorgen er for lite dokumentert. Studien er gjort som intervju av primærpleier av 1.926 pasienter på sykehjem (Kirkevold, 2005).

Da vi hadde funnet to norskspråklige artikler søkte vi med engelske søkeord og i databasen Cinahl fikk vi tre treff på kombinasjonen dementia, coercion and nursing home. Blant disse treffene fant vi den engelskspråklige artikkelen «*The ethics of coercive treatment of people with dementia*» publisert av «Nursing Ethics» i 2013. Studien er utført i Sverige av Eva

Lejman, Margareta Westerbotn, Ulrika Pöder og Barbro Wadensten. Dette er en kvalitativ studie som ser på hvordan sykepleiere på sykehjem kan sørge for en god, sikker, trygg og integritetsbevarende sykepleie hos pasienter med demens (Lejman, Westerbotn, Pöder & Wadensten, 2013).

Vi fortsatte søk med engelske søkeord og i databasen Oria fikk vi 113 treff på søkeordene dementia, ethics, autonomy. Treff nummer seks var artikkelen «Dignity-preserving dementia care: A metanalysis», også publisert av «Nursing Ethics» i 2013. Artikkelen er engelskspråklig, men studien er gjennomført av norske Oscar Tranvåg, Karin A Petersen og Dagfinn Nåden. Denne studien er en metasyntese. Det vil si at forskerne har brukt tidligere forskning og tidligere studier som de har satt sammen for å få en dypere forståelse om temaet (Tranvåg, Petersen & Nåden, 2013).

2.3.1 Søkeord og databaser

Vi har brukt terminologibasen på helsebiblioteket (Kunnskapssenteret, 2015) for å finne engelske og norske MeSH-termer som vi har brukt videre i de ulike databasene for å søke etter litteratur. Søkeordene vi har brukt ble satt inn i de ulike databasene både alene og i kombinasjon av et eller flere andre ord. Vi prøvde ulike sammensetninger av MeSH-terminene og satte de inn i PICO-skjema for å lette søkeprosessen og gjøre prosessen mest mulig relevant.

Norske søkeord: *Demens, tvang, sykehjem, frivillighet, autonomi, etikk.*

Engelske søkeord: *Dementia, coercion, nursing home, ethics, autonomy.*

Databasene vi har valgt å bruke for å søke etter relevant litteratur er: *Cinahl, Svemed +, pubmed, Oria og helsebiblioteket.* Vi har også brukt skolens bibliotek for å finne selvvalgt litteratur i faglige bøker.

2.3.2 Kildekritikk og valg av litteratur

For å finne ut om kildene vi velger å bruke i oppgaven er sann og pålitelig har vi vært opptatt av kildekritikk. Dette betyr at man vurderer kildene som benyttes for å være i stand til å forholde seg kritisk slik at man kan finne ut om kildene er gyldige og sanne (Dalland, 2012).

Vi har i tillegg vurdert hver enkelt kilde i forhold til relevans for vårt tema og om litteraturen kan være med på å svare på vår problemstilling. Vi har brukt en god del av de faglige litteraturbøkene som står i pensum, men vi har også valgt en del egenlitteratur.

Egenlitteraturen er markert med stjerne (*) i litteraturlisten.

Av denne egenlitteraturen har vi valgt å bruke de fire forskningsartiklene, hvorav to er norskspråklig og to er engelskspråklig. I forhold til innhold er disse artiklene relevant for å belyse temaet vi har valgt å skrive om. For å vurdere om artiklene er pålitelige og sanne kilder har vi brukt ulike metoder. Artiklene er alle bygget på kvalitativ forskning da studiene er gjennomført ved hjelp av intervjuer av enkeltindivider eller grupper for å få en dypere forståelse av menneskers egne opplevelser om temaet (Dalland, 2007). Vi har derfor valgt å bruke sjekkliste for kvalitativ forskning for å vurdere våre forskningsartikler (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Vi har også valgt å se på IMRad-strukturen som er en kjent norm for oppbygging og strukturering av forskningsartikler. IMRad er en forkortelse av Introduksjon/Introduction, Metode/Methods, Resultat/Result og (and) Diskusjon/Discussion (Dalland, 2007). Gjennom disse metodene, samtidig som vi har sjekket bakgrunn for noen av forfatterne av artiklene, anser vi forskningsartiklene vi har funnet som gode, pålitelige og relevante for vårt tema.

Av litteraturen vi velger å bruke i oppgaven har vi valgt ut litteratur som er nyere enn år 2000, slik at den skal være mest mulig oppdatert og relevant i forhold til dagens tema. Når vi søkte etter forskningsartikler i databasene hadde vi som mål at forskningen vi fant ikke skulle være eldre enn 10 år. Vi har klart å holde oss innenfor disse målene, med unntak av noen henvisninger som er eldre enn år 2000, men siden disse er referert i faglig litteratur som er nyere enn år 2000 anser vi det likevel som aktuelt og relevant for dagens litteratur. Vi innser også at boken «Jeg vil ikke bli behandlet som en unge – etiske refleksjoner knyttet til behandling av mennesker med demens» skrevet av Anne Marie Mork Rokstad i 1999 er eldre enn målet vi har satt oss, siden vi kun hadde tilgang til førsteutgaven. Boken er gitt ut som andre utgave i 2006 og er da oppdatert i forhold til aktuelle begreper, definisjoner og opplysninger. Men det faktiske innholdet er det samme som i førsteutgaven fra 1999 (Aldring og helse, nasjonalt kompetansesenter, s.a). Dette i tillegg til relevans i forhold til vårt tema og at forfatteren er en kjent forfatter av nyere pensumlitteratur der samme tema blir tatt opp velger vi allikevel å anse kilden som pålitelig nok til å brukes. Vi erkjenner også at en av

forskningsartiklene, skrevet i 2005, er på kanten til å være eldre enn målet vi har satt oss for forskningsartikler. Allikevel er denne forskningsartikkelen skrevet av en anerkjent forfatter der vi ser at forfatterens arbeide går igjen i mye av den nyere litteraturen i tillegg til at vi har funnet referanser fra denne forskningsartikkelen både i pensumlitteratur og andre forskningsartikler av nyere data. Vi anser derfor denne kilden som fortsatt aktuell i forhold til temaet.

Vi har i størst mulig grad funnet litteratur fra den opprinnelige kilden, altså det som kalles primærkilden for å få en mest mulig pålitelig kilde (Dalland, 2007). I visse tilfeller har ikke dette latt seg gjøre, og vi har noen steder i oppgaven brukt definisjoner og referanser fra en annen kilde enn det vi refererer til. I disse tilfellene har vi spesifisert dette med «referert i» og deretter skrevet sekundærkilden vi har brukt.

Grunnet filosof og sykepleieteoretiker Kari Martinsens komplekse skrivemåte har vi i stor grad valgt å bruke sekundærkilder for å belyse Kari Martinsen omsorgsteori. For å skrive om denne teorien har vi valgt å bruke bøkene «Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen» skrevet av Kitt Austgård (2010) og kapittelet «Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsen omsorgstenkning» i «Sykepleieboken 2. Sentrale begreper i klinisk sykepleie» (2010). Åshild Slettebø skriver også om Kari Martinsen og sykepleieetikk i sin bok Sykepleie og etikk (2009) og vi har funnet teori om omsorgsetikken også i kapitlet «Yrkesetikk» skrevet av Kari Brodtkorb (2011) i boken «Sykepleieboken 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie». Vi erkjenner at det kan være en svakhet ved å bruke sekundærkilder da det er fort gjort å arve andres unøyaktigheter eller feiltolkninger av den aktuelle teorien (Dalland, 2007) men vi velger allikevel å gjøre det da vi fant det lettere å tolke budskapet og få en enklere innføring i teorien ved bruk av sekundærkilder i tillegg til at bøkene skrevet av Kari Martinsen har vært vanskelige å få tak i. Bøkene skrevet av Kari Martinsen som vi har hatt tilgjengelig har også vært av mye eldre dato enn hva vi satte oss som mål. Vi har til tross for kompleks skrivemåte og eldre bøker allikevel prøvd å bruke disse, både i hensyn til viktigheten ved bruk av primærkilder og fordi vi anser teorien som en såpass stor grunnmur også i nyere sykepleieteori at den er aktuell til tross for eldre dato av primærkilde.

3. Teoretiske perspektiver

Her kommer vi til å gå inn på de ulike teoretiske perspektivene vi har presentert i metoddelen som omhandler vårt tema.

3.1 Demens ved Alzheimers sykdom

Demens er en samlebetegnelse av de ulike typene ervervet kognitiv svikt som er en langvarig klinisk tilstand som forverres over tid. Kriteriet for denne betegnelsen er at både evnen til hukommelse og tanker er nedsatt av en slik karakter at det gir en betydelig svikt i forhold til normal kognitiv funksjon (Rokstad, 2014). Forekomst av sykdommen øker ved stigende alder. I aldersgruppen 65-74 år er forekomsten 2-3%, over 75 år er forekomsten steget til 15%, mens forekomsten er hele 35% i aldersgruppen over 90 år. Det er ofte flere kvinner enn menn som rammes av demens (Berentsen, 2010).

Demens deles inn i ulike typer, hvorav demens av Alzheimers sykdom type utgjør 60% av alle tilfellene av demenssykdom. Alzheimers sykdom kan debutere både før og etter fylte 65 år og deles derfor opp i tidlig og sen debut. Ved Alzheimers sykdom ser man karakteristiske forandringer i hjernen hos pasientene som rammes (Rokstad, 2014). Symptomer på Alzheimers sykdom kan deles inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer som vil opptre i ulik grad hos hver enkelt pasient. Kognitive funksjoner kommer ofte i form av problemer med læring og hukommelse. Hukommelsesproblemer er ofte det første både pasienten selv og de pårørende oppdager ved en begynnende Alzheimers. Deretter kan man se en kognitiv svikt i form av redusert oppmerksomhet, språklige problemer i form av afasi og handlingssvikt der pasienten sliter med planlegging og det å sette flere handlinger i sammenheng (Rokstad, 2014).

I tillegg til svikt i de kognitive funksjonene er endring i atferd og følelsesmessige reaksjoner knyttet til utvikling av Alzheimers sykdom. Dette kan komme i form av vrangforestillinger, feiltolkninger og hallusinasjoner, men apati og interesseløshet er også hyppige endringer i atferd. Mange med sykdommen vil trekke seg tilbake og bli plaget av angst og depresjon. Det er også normalt med økende irritabilitet og aggressivitet, noe som oppleves som en utfordring for omgivelsene (Rokstad, 2014). Det er viktig å presisere at symptomene utvikler seg gradvis over tid og varierer hos den enkelte pasient. Hos noen kan sykdommen opptre kort og intenst, mens hos andre kan symptomene strekke seg over mange år. Sykdommen deles derfor inn i

mild, moderat og alvorlig grad (Berentsen, 2010). Diagnosen Alzheimers sykdom stilles på bakgrunn av de typiske symptomer og kliniske undersøkelser der man blant annet kan se de karakteristiske degenerative forandringer i hjernevevet der andre årsaker er utelukket (Bertelsen, 2012).

3.2 Tvang og frivillighet

Det har kommet flere rapporter om at det foregår en betydelig bruk av tvang i omsorgen av personer med demens. Bruken ser ut til å anvendes hyppigere på sykehjem enn hva som faglig kan forsvares. Dette skaper mange vanskelige situasjoner og etiske dilemmaer for sykepleierne, og ikke minst er dette et stort problem for pasientene som opplever dette (Johnsen & Smebye, 2008). Det viser seg ofte at grensene mellom frivillighet og tvang er hårfine. Ofte er grensene uklare og kan fort vippe i feil retning uten at sykepleieren er helt klar over situasjonen eller hvordan man skal handle i den aktuelle saken. Bruk av tvang i en omsorgssituasjon er en utfordring for sykepleiere og slike situasjoner innebærer etiske, faglige og juridiske vanskeligheter (Hem et al., 2010).

3.2.1 Samtykke og samtykkekompetanse

Som regel skal all behandling skje på frivillig basis, der pasienten selv samtykker til behandlingen som blir gitt. For at samtykket skal være et gyldig samtykke stilles det krav til at pasienten er myndig og pasientens personlige forutsetninger og situasjonen samtykket gis i. Pasienten skal kunne ha innsikt i situasjonen og være i stand til å vurdere konsekvensene av sine valg etter at pasienten har mottatt tilstrekkelig med nødvendig informasjon. Samtykke kan gis både uttrykkelig ved at pasienten sier seg villig og stilltiende der f.eks. pasienten viser samtykke gjennom kroppsspråk og handlinger (Flaten, s.a).

Åge Wifstad (2013) skriver at Beauchamp og Childress i 2009 definerer samtykkekompetansen på denne måten:

En pasient er kompetent til å ta en beslutning hvis hun er i stand til å forstå informasjonen som blir gitt, kan vurdere informasjonen i lys av egne verdier, er i stand til å intendere et bestemt

handlingsresultat, samt makter å kommunisere sine ønsker til helsepersonellet på en fri måte.
(s.71)

Samtykkekompetanse noe som er ofte situasjonsbestemt. Den amerikanske filosofen Becky C. White diskuterte i 1994 kompetansevurderinger i helsetjenesten og det kommer blant annet frem at pasienter med demens ofte kan ha samtykkekompetanse i flere situasjoner, men at i enkelte spørsmål er man nødt til å trekke pårørende inn i en beslutningsprosess da pasienten selv ikke er i stand til dette alene (Slettebø, 2010). Når det gjelder pasienter som er rammet av demens og Alzheimers sykdom vil det ofte virke inn på pasientens kompetanse til samtykke. Ofte er det slik at pasientens uttrykk og ønsker varierer sterkt grunnet svekket hukommelse og pasienten vil i mange tilfeller ha problemer med å tenke helhetlig og ha en vedvarende oppfattelse av hva valget gjelder og hvilke konsekvenser valget kan få. Oppfattelse er også avhengig av evnen til å motta og bearbeide informasjon, noe som kan være problematisk for en person som lider av Alzheimers sykdom (Rokstad, 1999).

3.2.2 Paternalisme

Paternalisme stammer fra latin pater som betyr far og kan oversettes til «far bestemmer». Før var det slik at sykepleieren var autoritær og paternalistisk og ofte bestemte på vegne av pasienten. I de siste førti årene har det derimot blitt mer fokus på at pasienten skal ha selvbestemmelse og medbestemmelse i hva slags behandling vedkommende vil godta og ta imot (Slettebø, 2009). Paternalisme kan også beskrives som at sykepleieren tolker pasientens behov *for* dem, i den tro at tolkningen er bedre enn pasientens egen. Dette overkjører altså pasienten i en bedreviterholdning. Innen sykepleie kan man se at paternalisme tilsidesetter pasientens rett til selvbestemmelse som en følge av at pasienten ikke har evnen til å forstå eller ha innsikt i hva som er til sitt eget beste (Henriksen & Vetlesen, 2006).

Før tenkte man gjerne at paternalisme var for pasientens beste, med tanke på at pasienten skulle slippe unødig engstelse og bekymring mens han var syk, og derfor var det ikke vanlig at pasient eller pårørende hadde innsikt i sykdom og prognose. I dagens moderne sykepleieetikk blir det lagt vekt på at pasienten skal ha innsikt i egen sykdom og prognose for å kunne være med å bestemme sitt eget behandlingsforløp. Brukermedvirkning og respekt for pasientens autonomi er ikke bare en faglig dyd, men en rettighet som er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (Nortvedt, 2008). I motsetning til tidligere holdninger blir det i dag

nærmest sett på som noe negativt om sykepleieren har paternalistiske holdninger, til tross for at sykepleieren ofte blir satt i situasjoner der man også må handle i forhold til velgjørenhet- og ikke-skade prinsippet og gjøre det beste for pasienten i tilfeller der pasientens ønsker er uforsvarlige. Til nød blir derfor «svak paternalisme» godtatt i tilfellene der pasienten åpenbart ikke er i stand til å vurdere sitt eget beste. Allikevel skal paternalisme i hovedsak unngås (Brinchmann, 2012).

3.3 Etske utfordringer og prinsipper

Etikk kan oversettes til gresk som ethos, noe som betyr sedvane eller skikk. Etikk i faglig sammenheng defineres som systematisk tenkning knyttet til moralske sammenhenger og utfordringer (Eide & Aadland, 2008). En overordnet verdi i sykepleierens arbeid er å fremme pasientens beste. Det vil si at sykepleieren blant annet skal respektere pasienten egne valg og forebygge sykdom. Ofte oppstår det etiske utfordringer der pasienten ikke ønsker den hjelpen sykepleieren, med sin faglige ekspertise, mener er forebyggende eller helsefremmende (Nortvedt, 2012). Slike etiske dilemmaer kjennetegnes ved at sykepleier blir stående i en situasjon der man skal handle etter hva som er til det beste for pasienten samtidig som motsettende verdier står på spill (Slettebø, 2010).

I et etisk dilemma vil, uansett hva man velger, ingen av valgene bli optimale etisk sett og man sitter ofte igjen med noe man kan kalle et restproblem der man er usikker på om man har valgt riktig verdi og dermed krenket verdien man anså som «mindre viktig». De etiske handlingene sykepleieren velger å ta etter en slik etisk refleksjon skal si noe om hva som er den rette handlingen. For at dette skal være en rett avgjørelse må det være etisk riktig i tråd med verdiene i de etiske prinsippene (Nortvedt, 2012). Det å forstå hva prinsippene omhandler og står for vil bety at man viser en aktsomhet for hva prinsippene skal beskytte og har forståelse for at de skal tjene ukrenkelighet, likeverd og liv (Henriksen & Vetlesen, 2006). I etikken er formålet å synliggjøre etiske problemer som vi ofte ikke tenker over eller som er vanskelige å oppdage. Slik etisk refleksjon består av gjennomtenkning av sentrale spørsmål der ulike verdier kommer i konflikt. Å ta avgjørelser som er veloverveide og gjennomtenkt i etisk vanskelige spørsmål krever god refleksjon for å bevisstgjøre oss på våre verdier og væremåte. Dette er en forutsetning for at slike vanskelige etiske spørsmål skal bli tilstrekkelig belyst, slik at vi kan komme frem til en løsning som er akseptabel der alle parter føler at deres interesser og synspunkter blir ivaretatt (Eide & Eide, 2012).

I etikkens teori og sykepleieetikk er *autonomiprinsippet* av de viktigste grunnleggende uttrykkene. Autonomi er satt sammen av de greske ordene auto som betyr selv og nomos som betyr styring. Direkte oversatt betyr autonomi selvstyring eller selvregulering, men oversettes også ofte til selvbestemmelse. I medisinsk sammenheng kaller man også autonomi for medbestemmelse (Slettebø, 2010). At pasienten har medbestemmelse dreier seg som regel om at pasienten har rett til å bestemme behandlingsform eller rett til å nekte behandling, men det er som regel sistnevnte som er aktuell i medisinsk sammenheng. Autonomi henger derfor tett sammen med samtykke (Slettebø, 2009). Som et prinsipp går dette ut på at pasienten så langt det er mulig skal behandles som det autonome mennesket vedkommende er (Nortvedt, 2012). Det vil si at pasientens egne ønsker og behov skal respekteres når sykepleiefaglige handlinger skal avgjøres.

Autonomiprinsippet ses på som en viktig faktor innen både medisinsk etikk og allmenmoral. Det kommer også til uttrykk i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at pasienten skal respekteres for sin egen rett til å foreta valg (Norsk sykepleieforbund, 2011). Det er derimot ikke alltid at pasienten er kompetent til å ta egne valg i forhold til å motta helsehjelp og sykepleiere kan komme i situasjoner der pasientens valg kan få fatale konsekvenser for pasientens helse (Slettebø, 2009). Professor i helse og sosialetikk David Seedhouse skriver i 1991 at for at pasienten skal være autonom er faktorer som må vurderes. Pasienten skal ha mottatt god informasjon om situasjonen og være kompetent til å foreta et valg. Pasientens ønsker skal også være konsistente og ikke motsi hverandre, samtidig som pasienten skal være fri fra ytre press slik at pasienten ikke står i fare for å foreta et valg som vedkommende normalt ikke ville tatt (referert i Brinchmann, 2013, s. 89).

Ikke-skade-prinsippet og *velgjørenhetsprinsippet* henger sammen. I ikke-skade-prinsippet plikter sykepleier å handle slik at pasienten ikke skades i den behandlingen som gis, mens velgjørenhet handler om å alltid gjøre vel og velge det som er det beste for pasienten. Begge prinsippene fokuserer på å gjøre det beste for pasienten og omtales ofte som ett prinsipp (Slettebø, 2009). Det som ikke skader og det som gjør godt er en forutsetning for hverandre. Men selv om disse to prinsippene er nærstående vil det alltid være individuelt hvordan mennesker reagerer i ulike situasjoner og det er derfor avgjørende for sykepleier å klare å skille de fra hverandre til tross for at prinsippene samhandler (Brinchmann, 2012).

Deontologisk etikk også kalt *pliktetikk* kommer av det greske ordet «deon» som betyr plikt. Eksempler på pliktetiske utsagn er: «du skal ikke stjele», «du skal ikke drepe» og «du skal ikke lyve» (Brinchmann, 2012). I pliktetikken kan man skille mellom indre og ytre plikter der de indre pliktene er det man motiveres til innenfra, mens de ytre pliktene knyttes til retningslinjer, lover og regelverk. Eksempelvis på ytre faktorer i pliktetiske handlinger er sykepleiere pliktig å overholde taushetsplikt, respektere pasientens autonomi og følge lovverk og retningslinjer, som blant annet de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Brinchmann, 2013). Immanuel Kant var en av de mest innflytelsesrike moralfilosofene og hevdet at mennesket autonomt og fritt skulle kunne velge handlingsalternativer. Han formulerte det kategoriske imperativ på to måter: «Handle alltid slik at regelen eller maksimen for din handling kan gjøres til allmenn lov» (Brinchmann, 2013, s. 59) og «Handle slik at du alltid behandler menneskeheten, så vel din egen person som i enhver annen person, ikke bare som et middel, men som et mål i seg selv» (Brinchmann, 2013, s. 60). Det kategoriske imperativ kan ses på som en handlingsregel eller et påbud som gjelder for alle mennesker i alle situasjoner og går ut på at det du gjør i en situasjon skal være det beste som kan gjøres i den situasjonen uansett hvem som måtte komme opp i lignende situasjoner senere (Brinchmann, 2013). Handlinger innenfor pliktetikken bryter med *konsekvensetikken* som har fokus på om handlingene er etisk akseptert eller ikke basert på konsekvensene av handlingen og ikke handlingen i seg selv (Sneltvedt, 2013).

I *Nærhetsetikken* er det forholdet mellom to mennesker som er i fokus, som for eksempel pasient - og pleier forholdet. Nærhetsetikken sier noe om hvordan man skal forholde seg til et annet menneske. Jeg-du-forholdet er gjeldene i nærhetsetikkens tankegang. Prinsippet er at vi skal være oppmerksomme på her og nå – situasjonen og møtet vi har med et annet menneske der og da. Denne tankegangen kan vi se igjen i Kari Martinsens omsorgsfilosofi som også sier at man ikke kan lese seg til omsorg, men at omsorg er noe som må utøves i praksis (Brinchmann, 2012). Respekt er derfor et nøkkelord både i nærhetsetikk og i sykepleie generelt (Henriksen & Vetlesen, 2006).

3.4 Lovverk og retningslinjer

Sykepleiere skal i sitt arbeid kjenne til og følge gjeldende lovverk og retningslinjer. Det å ha nok kunnskap om og kunne forholde seg til dette er et viktig verktøy for å stå i og vurdere etiske dilemmaer. Sykepleiere samhandler ofte med pasienter i sin arbeidshverdag og skal alltid følge de lover og retningslinjer som er aktuelle. I noen situasjoner der man for eksempel opplever at en pasient med Alzheimers sykdom motsetter seg nødvendig helsehjelp må man da kunne stille spørsmål i forhold til samtykkekompetanse og hvilke lover og retningslinjer som da er gjeldene. Sykepleiere har et ansvar om å holde seg faglig oppdatert på aktuelle lovverk og retningslinjer (Molven, 2011).

3.3.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetslover § 4-1 sier at helsehjelp kun skal gis dersom pasienten samtykker til dette, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi pasienten helsehjelp uten samtykke. Dersom en pasient samtykker er det viktig at pasienten på forhånd har fått all relevant informasjon sånn at han eller hun har foretatt en beslutning på riktig grunnlag. Hvis ikke pasienten har fått nødvendig og tilstrekkelig med informasjon om sin helsetilstand og innholdet den nødvendige helsehjelpen faller gyldigheten av samtykket bort (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I de tilfellene pasienten ikke har samtykkekompetanse og motsetter seg nødvendig helsehjelp er pasient – og brukerrettighetsloven § 4a gjeldene. Dette for å sikre at nødvendig helsehjelp blir gitt for å hindre helseskade og for å forebygge og begrense bruk av tvang. Loven legger vekt på at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for å ivareta den enkeltes fysiske og psykiske integritet og, så langt det lar seg gjøre, være i tråd med pasientens egne ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Før man gir helsehjelp som pasienten motsetter seg er det viktig at det er prøvd med tillitsskapende tiltak så langt det ikke er åpenbart uten formål å prøve dette. Dersom pasienten fortsatt ikke ønsker hjelp, eller at helsepersonell vet at pasienten kommer til å opprettholde sin motstand, kan det settes vedtak om helsehjelp hvis visse kriterier er oppfylt: hvis det kan føre til vesentlig helseskade for pasienten å la være å gi helsehjelp, at helsehjelpen anses som nødvendig og at tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen. Det skal alltid legges vekt på graden av motstand man

møter hos pasienten og om pasienten i nær fremtid kan gjenvinne sin samtykkekompetanse. Helsehjelpen som gis skal alltid være den klart beste løsningen for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Dersom vilkårene som nevnt over er oppfylt kan det settes i gang vedtak om tvang eller andre tiltak for å gjennomføre helsehjelpen. Helsehjelpen skal hele tiden vurderes fortløpende og avsluttes med en gang dersom vilkårene ikke lenger er til stede. Helsehjelpen skal ha ønsket virkning og ingen uforutsette negative virkninger. Dersom ønsket virkning ikke er tilstede skal tiltaket avsluttes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Vedtak om helsehjelp etter § 4A i pasient – og brukerrettighetsloven skal vedtas av helsepersonalet som er ansvarlig for helsehjelpen og et slikt vedtak kan kun fattes for et år av gangen. Dersom det er behov for et mer alvorlig inngrep som for eksempel tilbakeholdelse på institusjon mot sin vilje skal tiltak vedtas i samarbeid med annet kvalifisert helsepersonell. Pårørende skal alltid, dersom det er mulig, få mulighet til å vurdere hva de mener pasienten ville ønsket før tiltak av alvorlig inngripen settes i gang og helsehjelp skal kun gis etter en helhetsvurdering av kriteriene i tillegg til at det fremstår som den beste løsningen for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.3.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I 1983 ble Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere satt sammen av Norsk Sykepleieforbund for første gang godkjent av landsstyret. De har senere blitt revidert for å være mer dekkende og for å bygge opp på prinsippene i ICNs etiske regler og FNs menneskerettighetene slik FNs menneskerettighetserklæring gir uttrykk for (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Disse retningslinjene viser sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som må til for å utøve god sykepleie. Retningslinjenes grunnlag er at all sykepleie skal ha fokus på enkeltmenneskets liv og verdighet. Sykepleien skal være kunnskapsbasert og den skal utøves med omsorg, barmhjertighet og med respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Retningslinjene er ikke bare sykepleieprofesjonens yrkesetikk, men de skal være den profesjonelle sykepleierens etikk i praksis. Retningslinjene gir ingen definisjon på hva som er faglig rett og galt innen sykepleie og det er ingen lovbestemmelse, men det kan hjelpe og angi retning i refleksjon og løsning av vanskelige etiske dilemmaer. Retningslinjene gjenspeiler samfunnsutviklingen og problemstillinger som sykepleiere stilles overfor (Norsk sykepleieforbund, 2011).

3.5 Sykepleierens holdninger

Holdninger handler om hva slags innstilling vi har og er grunnmuren rundt våre verdier og menneskesyn. Sykepleier og filosof Kari Martinsen sier blant annet at holdninger er en bærer av våre verdier og våre syn. Hva slags syn vi har på andre mennesker og hva slags verdier vi har er altså helt grunnleggende i vår dannelse av holdninger. Med dette mener Kari Martinsen at det ikke er ord i seg selv som forteller hva vi mener, men hvordan vi er til stede gjennom kroppsspråk og toneleie når vi sier det, altså hvordan våre holdninger kommer til uttrykk gjennom menneskesyn og verdier. Det er gjennom våre holdninger at vi formidler omsorg og godhet og enten kan true eller skape trygghet ovenfor pasienten (Martinsen, 1993).

Et *menneskesyn* er en betegnelse på hva det vil si å være menneske, men på grunn av at mennesker sjelden orienterer seg i en bestemt retning blir ofte manges syn på livet og meninger basert på en blanding av grunnleggende tilnærminger, som filosofiske, religiøse og kulturelle tilnærminger som gjør at vi ser og opplever menneskets rolle i verden på forskjellige måter (Ilkjær, 2011). I Kari Martinsens omsorgsteori fokuseres det på et *kollektivistisk* menneskesyn som sier at alle mennesker er avhengig og sårbare (Slettebø, 2009). I et slikt menneskesyn blir ansvaret for den svake det verdiprinsippet som settes høyest da det tas høyde for at vi alle er sårbare og at vi alle kan havne i en situasjon der vi har behov for hjelp fra andre. Vi bør derfor handle slik at vi alle kan få samme muligheter for omsorg (Brodtkorb, 2011).

Profesjonell omsorg er alltid bygget på verdier. Alle handlinger vi utfører og valg vi velger vil alltid ha en base i verdiene våre (Brodtkorb, 2011). Menneskers *verdier* er noe grunnleggende i livet og er det som gir livet en retning. Innen sykepleie har vi tre grunnbehov eller verdier som vi skal dekke om vi ser bort ifra de grunnleggende fysiologiske behovene. Sykepleieren

skal dekke behovet for respekt, ansvar og omsorg overfor pasienten (Hummelvoll, 2012). Sykepleieren har et ansvar for å utøve forsvarlig helsehjelp og utøve omsorg ovenfor pasienten gjennom disse tre grunnverdiene som må dekkes (Brodtkorp, 2011). Dette gjør at behov og verdier er sentrale når man skal begrunne hvorfor man handler som man gjør for eksempel i et etisk dilemma og er derfor viktige i etisk refleksjon for å begrunne våre moralske standpunkter (Hummelvoll, 2012).

Gode holdninger er grunnleggende i god sykepleie. Sykepleierens holdninger kommer til syne i måten pleieren møter pasienten og pårørende på, gjennom uttrykk av høflighet, oppmerksomhet, vennlighet, varsomhet under stell og med et fast håndlag i situasjoner hvor det er nødvendig. I omsorg er det slik at det er ikke bare det vi gjør som er viktig men også hvordan vi gjør det i form av oppførsel og utøvelse av handlingene. Dette kan blant annet gjenspeiles i Kari Martinsen fenomen av moralsk omsorg der hun beskriver moralske handlinger i gjøremåte og væremåte (Nortvedt, 2012). Det særegne med omsorg er nettopp hvordan holdningen som uttrykker omsorg fremtrer. Holdninger gir et uttrykk for viktige verdier og syn, og er ikke en ferdighet vi kan lære oss gjennom skole eller kurs, men en naturlig innstilling som «springer ut av hjertet» (Nortvedt, 2012).

3.6 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er sykepleier med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Hun har også magistergrad i filosofi og ble utnevnt til dr. Philos i historie i 1986. Hun har publisert en rekke bøker, artikler og hefter der sykepleie, omsorg og etikk har vært i fokus. Hennes omsorgsteori bygger mye på tenkningen til den danske professoren i etikk og religionshistorie Knud Ejler Løgstrup som har satt sine spor i Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Også han har utgitt en rekke bøker som omhandler filosofi og teologi og er en sentral skikkelse i Kari Martinsen tankemåte i forhold til omsorg i fokus bygger på at alle er uerstattelige, alle har verdighet og alle skal tas vare på (Alsvåg, 2011). Kari Martinsen sier at omsorg er noe av det mest naturlige og fundamentale ved eksistensen av mennesker og at forholdet og relasjonen mellom mennesker er det mest vesentlige i omsorg (Martinsen, 2003). I arbeidshverdagen til en sykepleier der det oppstår etiske dilemmaer som er vanskelig å løse, kan Kari Martinsens omsorgsfilosofi hjelpe til med å få et mer nyansert bilde av situasjonen og handle ut ifra et omsorgsperspektiv med pasientens beste i fokus.

3.6.1 Omsorgsdefinisjon

I Kari Martinsen omsorgsfilosofi er omsorg, nestekjærlighet og moral sveiset sammen. Martinsen tenker at en moralsk praksis bygger på omsorg, der omsorg hviler i nestekjærligheten. Slik knytter hun også omsorg i sykepleien til moralen og dermed understreker hvilken betydning omsorg har i sykepleiefaget. Vi kan forklare begrepet i sykepleien slik at omsorg ikke er det samme som sykepleie, men omsorg har en essensiell betydning for ivaretagelsen av moralen i utøvelsen av sykepleien (Austgard, 2010).

I menneskets liv er omsorg grunnleggende fra begynnelse til slutt. Uten omsorg vil vi gå til grunne (Alsvåg, 2011). I sykepleie kommer omsorg frem som nestekjærlighet, og er ifølge Martinsen nestekjærlighet for det lidende og/eller syke mennesket gjennom menneskelig nærværenhet og fagkunnskap som er vevd inn i hverandre og kommer til uttrykk i sykepleierens holdninger og da i sykepleierens handlinger (Austgard, 2010).

3.6.2 Omsorgsfilosofi i tre fenomener

Alle sykepleiere har erfart omsorg før de begynner å utøve omsorg i yrkeslivet. Kari Martinsen sier at mennesker helt fra vi er små opplever ord som «å bekymre seg for», «ta hensyn til» og «hjelp», ord som uttrykker forskjellige sider ved begrepet omsorg (Martinsen, 2003). Hun beskriver også omsorg som tre fenomener som opptrer samtidig. Disse tre fenomenene av omsorg beskrives som relasjonell, praktisk og moralsk (Alsvåg, 2011).

Det første fenomenet omtales som *relasjonell* og vil alltid inneholde to parter i omsorgen, den som lider og den som sørger. Å sørge er ifølge Martinsen å lide sammen med og lindre smerten til den lidende. Det er noe fundamentalt i mennesket som er avhengig av andre for å ha det godt selv. Dette viser en situasjon der den ene viser omtanke for den andre og hjelper den andre med pleie eller smerte. Det kan også være at den ene parten hjelper den andre til en større selvstendighet eller økt verdighet. Alt dette bygger på omsorg som grunnlag med to parter der omsorgen i forholdet mellom mennesker er vesentlige (Alsvåg, 2011). Omsorg er en sosial relasjon, der den ene ikke kan eksistere uten den andre. Det har med felleskap og solidaritet å gjøre (Martinsen, 2003).

Videre er omsorg *praktisk* ved at omsorgsrelasjonen bestemmer hvordan vi viser omsorg for hverandre gjennom konkrete og praktiske handlinger (Alvsvåg, 2011). Sykepleieren må kunne forstå situasjoner og ha et åpent sinn, ha evnen til empati for å se den andres ståsted for å vite hva som er det rette å gjøre i pasientrelaterte situasjoner. Slik kan man forstå den andre gjennom måten vedkommende forholder seg til sin egen situasjon (Martinsen, 2003). Denne forståelsen for andres situasjon mener Martinsen kommer gjennom erfaringer hvor man gjør ting for og sammen med andre. Da vi lærer omsorgshandlinger ved å selv erfare omsorg, se at andre opplever omsorg eller ved å gi det selv kan vi ikke uten erfaringer klare å forstå situasjonen til en annen (Alvsvåg, 2011).

Det tredje fenomenet Martinsen skriver om innen begrepet omsorg er at omsorg er *moralisk*. Omsorgen vi utøver går ut ifra våre holdninger og dette kommer frem i hvordan vi opptrer i situasjoner. Martinsen sier at om omsorgen skal være ekte, må sykepleieren forholde seg til situasjonen gjennom en holdning som anerkjenner pasienten som menneske (Martinsen, 2003). Sykepleieren skal handle uten å vente å få noe tilbake, men også passe på at pasienten ikke blir over- eller undervurdert i forhold til hva pasienten kan gjøre selv. Martinsen mener med dette at det for eksempel ikke er god omsorg å hjelpe en pasient for mye der pasienten egentlig kan klare seg selv. Sykepleieren må kunne forstå situasjonen og vurdere hvilket mål som ligger i omsorgssituasjonen og gi den hjelpen som er nødvendig ut ifra en totalvurdering av situasjonen (Alvsvåg, 2011).

3.7 Etisk refleksjonsverktøy

Etiske dilemmaer er vanskelige å stå i og det kan virke umulige å finne et riktig alternativ som løsning. Det å ha et fokus på systematisk refleksjon alene og sammen med andre på tvers av fag- og profesjongrensener kan ofte være til stor nytte for å prøve å løse disse etiske dilemmaene (Eide & Aadland, 2008).

I refleksjon ser man nærmere på en gitt situasjon og reflekterer over hva som skjedde, hvilke valg man tok og hva man kan gjøre annerledes neste gang i en lignende situasjon. I en slik systematisk refleksjon kan det ofte være nyttig å ta i bruk hjelpemidler som et refleksjonsverktøy, en refleksjonsmodell som hjelper til med å besvare ulike problemstillinger. Det finnes en rekke ulike refleksjonsmodeller som kan brukes som et

verktøy i etisk refleksjon, de fleste bygger på de samme prinsipper. En av modellene som er flittig brukt innen de kliniske etikkomiteene i Norske helsetjenester er SME-modellen (Nortvedt, 2012). Denne modellen skal være til hjelp for å reflektere systematisk rundt ulike problemstillinger og etiske dilemmaer som sykepleieren kan stå ovenfor i yrkesutøvelsen (Nortvedt, 2012) og gir en strukturert fremgangsmåte for å få overblikk og klargjøre situasjonen slik at man lettere kan se hvilke hensyn som må tas i forhold til hvilke verdier som står på spill (Eide & Aadland, 2008). SME-modellen består av flere trinn med spørsmål som man kan stille seg selv og besvare utfra hva slags dilemma man står i. SME-modellen er presentert i lærebøker og brukes i praksis både kommunalt og i spesialist – og sykehustjenesten. Nortvedt (2012) viser modellen på denne måten:

SME-modellen

- Hva er det etiske problemet og hva er fakta i saken?
- Hvilke parter blir berørt og hva slags syn har partene?
- Hvilke verdier berøres?
- Hvilke lover- og retningslinjer er aktuelle?
- Hvilke handlingsalternativer kan tas i bruk?
- Drøfting og konklusjon

Ved å stille seg selv disse spørsmålene, både individuelt og i gruppe kan sykepleieren klare å gå dypere inn i dilemmaet og klargjøre de ulike type verdimesige problemene man står ovenfor (Nortvedt, 2012)

4. Drøfting

Det å drøfte et tema vil si å diskutere og granske noe fra ulike sider og vise hvordan kunnskapen vi allerede har tilegnet oss fra de ulike teoretiske perspektivene henger sammen med allerede eksisterende kunnskap om temaet (Dalland, 2007). Ved hjelp av denne kunnskapen, sammen med forskning og egne erfaringer, samtidig som vi bruker SME-modellen for å fokusere på etisk refleksjon, vil vi diskutere temaet rettet mot vår problemstilling der vi beveger oss mot en konklusjon. For å gjøre dette må vi belyse og besvare vår problemstilling; Hvorfor er etisk refleksjon viktig for å redusere bruk av tvang i demensomsorgen?

4.1 Balansen mellom frivillighet og tvang

Fru Hansen har i de siste årene bodd på sykehjem grunnet sin Alzheimers sykdom. I de siste månedene har symptomene på sykdommen blitt mer og mer fremtredende, og fru Hansen har begynt å motsette seg hjelp til å utføre negleklipping. Da hennes negler har blitt så lange at hun nå sliter med inngrodde negler og fare for infeksjon har sykepleierne på avdelingen avtalt at stell av negler nå er nødvendig. Fru Hansen motsetter seg også denne gangen, men ved hjelp av flere sykepleiere til stede der to av sykepleierne sitter med henne og avleder, en holder fru Hansen lett i hånden og en fjerde klipper neglene får personalet på avdelingen utført stell av negler.

Ofte er slike situasjoner helt på grensen i forhold til balansen mellom tvang og frivillighet, der sykepleieren selv kanskje ikke er helt klar over at man står i en situasjon der man er i ferd med å utføre tvang (Hem et al., 2010). Blant annet viser intervjuer i tidligere studier at pleierne på sykehjem forteller at de balanserer hårfint i slike situasjoner der de tenker at «litt» press eller «litt» tvang er rettmessig lov for å få med seg pasientene på det som vurderes som utøvelse av nødvendig hjelp. Videre opplever pleierne at situasjonene allikevel fort kan vippe over i retning av enten mer tvang eller at de ender opp med å ikke få utøvd hjelp til pasienten (Hem et al., 2010). I situasjonen der sykepleierne på avdelingen utfører stell av negler på fru Hansen er ikke dette en situasjon som først og fremst er preget av stor motstand eller hardhendt holding av pasienten. I stedet bruker sykepleierne metoder der de møter opp i flertall og plasserer seg strategisk for å lokke fru Hansen inn i en situasjon der hun til slutt gikk med på å få stelt neglene uten å motsette seg mer enn hun allerede gjorde. Dette kan allikevel sees på som bruk av maktmetoder og en situasjon som raskt kunne vippet over i en

retning der sykepleierne enten måtte bruke mer tvang eller måtte latt være å gi fru Hansen nødvendig hjelp til stell (Hem et al., 2010). Hvis det hadde skjedd at fru Hansen hadde motsatt seg situasjonen enda mer enn hun gjorde og kanskje til og med utagert ovenfor sykepleierne, hvor stor er viktigheten av at sykepleierne hadde vært bevisst på sin egen væremåte og standpunkt gjennom etisk refleksjon for å håndtere situasjonen videre?

En syntese basert på resultater fra Manthorpe et al. (2010), Jacobsen & Sørli (2010) og Rognstad & Nåden (2011) viser at demenssykdom kan føre til at personen som er rammet mister evnen til å ta gode beslutninger, da spesielt i forhold til personlig hygiene og medisiner. Sykepleieren må ofte balansere på grensen der alternativet er et individuelt valg som foretas av pasienten selv om pasienten ikke lenger er i stand til å ta gode valg eller at sykepleieren ser seg nødt til å ta et valg på vegne av pasienten. Syntesen viser at det å støtte pasientens autonomi i visse situasjoner faktisk kan skade pasientens verdighet (Referert i Trånvåg et al., 2013). Et av formålene med pasient – og brukerrettighetsloven (1999) er nettopp å sikre at pasientens verdighet og integritet opprettholdes. I utøvelse av helsetjenester er ikke pleie etisk forsvarlig om pasientens verdighet og integritet krenkes. Dette går på å respektere menneskeverdet og pasientens integritet som grunnleggende verdier (Slettebø, 2010).

Vi må spørre oss selv om det er vanskelig å ivareta den fulle og hele autonomien til pasienter med Alzheimers sykdom, hvis pasientens autonome valg viser seg å gå utover hva pasienten opplever som verdig. Vil det for eksempel være nødvendig å reflektere over de ulike handlingsalternativene i forhold til autonomi og paternalisme i møte med pasienter med Alzheimers sykdom? (Rokstad, 1999). Kari Martinsen tar ordet for å problematisere det etiske prinsippet om pasientens autonomi og selvbestemmelse. I møte med autonomien og paternalismen fremhever hun blant annet det hun kaller den *svake paternalismen* eller *myk maternalisme* og mener at sykepleieren i noen tilfeller må bruke sin faglige forståelse på en slik måte at det gagnar pasienten (Kristoffersen, 2011). Kari Martinsen mener at sykepleieren er suveren i forhold til fagkunnskap som pasienten ikke har og mener at sykepleieren gjennom nærværets etikk og balanse mellom åpenhet og tilbakeholdenhet lytter til pasienten og lydighet hjelper pasienten å finne sitt sted og livsmot. På den måten lar sykepleieren pasienten komme til sin rett ved å høre, se og forstå uten å herske eller overkjøre pasienten (Martinsen, 1993). Dette vil innebære å trekke pasienten aktivt inn i noen beslutninger, men i andre situasjonen

lar man pasienten slippe å ta stilling til vanskelige spørsmål som pasienten ikke har forutsetning for å håndtere og selv gir uttrykk for et ønske om å slippe. Kari Martinsen understreker dog at hun tar avstand fra overtramp og maktovergrep fra sykepleierens side og at omsorg skal ytes på grunnlag av personlig engasjement og empati på pasientens premisser (Kristoffersen, 2011).

Anne Marie Mork Rokstad diskuterer også paternalisme som et handlingsalternativ hos pasienter med Alzheimers sykdom og skriver at dette i noen tilfeller kan være nødvendig for å forhindre krenkelser der pasienten lider av overlast som følge av egne valg (Rokstad, 1999). Dette er eksempelvis aktuelt i situasjoner der pasienten ikke lenger evner å utføre stell eller personlig hygiene, samtidig som pasienten motsetter seg helsehjelp for å utføre stell. I slike tilfeller kan det å ikke utføre stell krenke pasientens verdighet hvis dette er en motsetning av pasientens egentlige verdier og tidligere standarder før diagnosen og sykdommen som nå tydelig har en alvorlig inngripen i pasientens autonomi (Rokstad, 1999).

Svak paternalisme forsvares ofte med at det er gjort i mening for at pasienten skal bli bedre i stand til å realisere sine egne mål gjennom påvirkning av sykepleierens kunnskap. Empowerment er et typisk eksempel på en slik påvirkning og kan gjerne kalles for svak paternalisme der sykepleieren påvirker pasienten med sine fagkunnskaper og bygger på premisser der sykepleieren vet hva som er det beste for pasienten og hva pasienten egentlig ønsker (Wifstad, 2013). Ved svak paternalisme kan det i noen tilfeller være det som er forskjellen på indre ro eller fullstendig kaos innvendig hos pasienten. Skjermede enheter ved sykehjem trekkes frem som et eksempel der utgangsdørene skjules slik at pasientene ikke har mulighet til å forlate avdelingen. Dette kan være et tiltak som gjør at pasienten istedet vender fokus på muligheter innenfor avdelingen og øker pasientens mestringsfølelse og autonomi (Rokstad, 1999). Samtidig er det lite akseptert og vanskelig å forsvare at man begrunner sine handler utfra en bedreviterholdning (Wifstad, 2013).

Selv om Alzheimers sykdom setter begrensninger i forhold til autonomi må man spørre seg selv om det vil være riktig å avvise pasientens rett til å ta egne avgjørelser på alt. Selv om det ligger begrensninger i autonomien og at det er mulig å forsvare paternalisme gir det ikke sykepleieren etisk fullmakt til å ta alle valg på vegne av pasienten. I møte med pasienter med Alzheimers sykdom bør det heller fokuseres på å observere pasienten og handle utfra

pasientens ønsker og gi pasienten muligheter for selvbestemmelse der det er mulig (Rokstad, 1999). Pasienter med Alzheimers sykdom har behov for tid til relasjonsbygging, styrking av tillit, orientering av realiteten rundt en situasjon og lytting av pasientens opplevelse. Dette fører ofte til aksept til situasjonen fra pasientens side og kan dermed redusere bruk av tvang. Selv om spørsmål om autonomi og inngripen med paternalistiske tiltak er etisk lettere å forsvare enn bruk av tvang handler det alltid om hvilken måte handlingene blir gjort på i form av å ikke svikte, lure eller krenke pasienten (Rokstad, 1999).

4.2 Verdier i konflikt

Vi har allerede sett at et etisk dilemma oppstår når en eller flere verdier kommer i konflikt med hverandre, og begge handlingsalternativene enten er ønsket eller medfører negative konsekvenser (Brinchmann, 2013). Ofte er det flere verdier som står på spill som omsorg, rettferdighet, lojalitet, kvalitet og respekt for integritet og selvbestemmelse er verdier som kan komme i konflikt, men også de etiske prinsippene kan komme på tvers av hverandre og danne konflikter (Eide & Adland, 2008).

Herr Andersen fikk for fire år siden diagnosen Alzheimers sykdom og har i de siste to årene bodd på skjermet enhet på sykehjem. Pleierne har lagt merke til at han den siste tiden har blitt spesielt urolig på formiddagen etter frokost. Han vandrer mye frem og tilbake i korridorene og gir uttrykk for stor indre uro. Noen av de andre pasientene påvirkes av dette og hele avdelingen merker endring i atmosfæren. I samråd med lege har sykepleierne på avdelingen kommet frem til at å gi herr Andersen beroligende medikamenter kan være en god løsning. Herr Andersen sliter med å forstå årsaken til at pleierne ønsker å gi han medikamenter og motsetter seg å ta imot. Sykepleierne på avdelingen bestemmer seg derfor for å knuse tablettene og gir herr Andersen medikamentet sammen med frokosten uten at herr Andersen er informert.

Skjult medisinerer ser ut til å være en av de mest utbredte typene av tvangstiltak i skjermet enhet. Studier viser også at det er større risiko for å bli utsatt for denne metoden i skjermede enheter enn i somatiske enheter. Det vises også at en vesentlig større andel av pasientene som fikk medikamenter skjult i mat eller drikke, fikk medikamenter av typen antipsykotika og angstdempende (Kirkevold, 2005).

Filosofen Sissela Bok (1979) retter søkelyset på en etisk diskusjon rundt slike «små bedrag» og spør om man utfra en etisk synsvinkel kan forsvare slike «hvite løgner». Etisk sett er det problematisk å forsvare noe som kan karakteriseres som bedrag. Dersom man ikke er så nøye på slike hendelser som å lure medikamenter i pasienter med Alzheimers sykdom, hva vil det si om vårt syn på deres menneskeverd og rettigheter? (referert i Slettebø, 2010). Hvis man tenker utfra plikтетikken skal man alltid fortelle sannheten, til tross for at sannheten kan såre eller støte enkeltpersoner. Immanuel Kant hevder blant annet at slike nødløgner aldri kan forsvares. Dette gjenspeiles i den imperialistiske tankegangen innen plikтетikk (Brinchmann, 2013).

Plikтетikken betraktes ofte som selve ryggraden i beskyttelse av menneskeverd, der for eksempel alle mennesker har plikt til å fortelle sannheten, uavhengig av konsekvensene. Allikevel er det viktig å få frem at de fleste til tross for plikten til å gjøre det rette, også ser seg nødt til å vurdere konsekvensene av å følge plikten (Brinchmann, 2013). Blant annet sier Bok (1979) at det er tilfeller der man allikevel må ty til en såkalt nødløgn for eksempel der helsepersonell ser at det er nødvendig å gi pasienten legemidler til tross for at pasienten motsetter seg dette (referert i Slettebø, 2010). Dette viser at det allikevel er viktig å tenke på tvers av plikтетikken og ta konsekvensetikken i betraktning og reflektere over hva slags reaksjoner herr Andersen få hvis det kommer frem at han har blitt gitt legemidler uten samtykke (Slettebø, 2010). Dette kan blant annet bryte ned tilliten til personalet og pårørende, noe som på sikt er en uheldig konsekvens for begge parter. Det er dermed vanskelig å stå i en situasjon der man må tenke over både plikten til å respektere herr Andersen autonomi, mens man samtidig har et ansvar for å tenke over det å skulle handle for hans beste og tenke konsekvenser av begge handlingsalternativer. Dette er et godt eksempel på verdier i konflikt som former et etisk dilemma (Slettebø, 2010).

Birkler (2003) skriver blant annet at mennesker som handler riktig i forhold til plikтетikken handler rett til tross for konsekvensene av handlingene (Brinchmann, 2013). Konsekvensetisk tenkning derimot sier at hvis konsekvensen av handlingen er positiv vil dette kunne rettferdiggjøre selve handlingen (Sneltvedt, 2013). Den norske filosofen Knut Erik Tranøy (2005) uttaler at medisinsk etikk vil være en blanding av plikтетikk og konsekvensetikk. Sykepleieren er nødt til å alltid tenke konsekvenser av ulike handlinger og valg, selv om

sykepleieetikken også handler om en rekke etiske plikter som må følges (referert i Brinchmann, 2013). Problemene innenfor pliktetikken ligger i hvordan pliktene er formulert slik at de utelukker unntak i tillegg til at de etiske pliktene innimellom kommer i konflikt med hverandre slik at det er vanskelig å velge hvilken plikt som skal rangeres høyest. For eksempel har sykepleiere plikt til å yte nødvendig helsehjelp hos herr Andersen, samtidig har vi plikt til å respektere hans rett til selvbestemmelse som en autonom person. Man må da stille spørsmål og reflektere over hvilken plikt som er mest viktig samtidig tenke konsekvensene av de ulike alternativene (Brinchmann, 2013).

Ifølge velgjørhetsprinsippet skal vi handle utfra hva som er det beste for pasienten. Dette er sett på som et prinsipp som hører sammen med konsekvensetisk tenkning der det er vanskelig å vite på forhånd hva slags konsekvenser våre handlinger vil ha, til tross for at vi ønsker det beste for pasienten (Rokstad, 1999). For eksempel kan det å holde tilbake informasjon rundt diagnosen Alzheimers sykdom i den begynnende fasen synes å være det beste for pasienten da man kan tenke at det vil spare pasienten for unødig uro og bekymring og at pasienten kanskje ikke har godt av informasjonen. Her er det viktig med etisk refleksjon og at sykepleieren resonnerer over problemstillingen. Et slikt utslag av velgjørhetsprinsippet bør man nemlig stille spørsmål ved da det ofte viser seg at pasienten opplever mestring ved å vite og få informasjon om sin egen diagnose. Etisk refleksjon er derfor svært viktig for å ta et veloverveid valg og for at sykepleieren skal kunne gjøre en forskjell for hver enkelt pasient (Rokstad, 1999).

Fru Larsen lider av langt utviklet Alzheimers sykdom. Hun bor på et sykehjem der hun tidligere har gitt uttrykk for å trives og har kommet godt overens med sykepleierne som er ansatt ved avdelingen. Fru Larsen har alltid vært en kvinne som er opptatt av hvordan hun tar seg ut og liker å ordne seg med rene og pene klær og smykker. Hun har i den senere tid slitt mer og mer med lekkasjer i form av urininkontinens, samtidig som symptomene på Alzheimers sykdom har blitt mer og mer fremtredende. Fra å være selvhjulpne viser det seg nå at hun til stadighet glemmer å skifte undertøy og utføre personlig hygiene. Sykepleierne oppdager at det stadig lukter urin av fru Larsen og at hun i den senere tid har hatt gjentatte urinveisinfeksjoner. Sykepleierne prøver å bruke relasjon og tillit til å hjelpe fru Larsen med stell, men fru Larsen har ingen interesse av å motta hjelp fra sykepleierne på avdelingen og bestemmer selv at hun ikke har behov for dette.

Sykepleiere på sykehjem vil ofte stå ovenfor denne type situasjoner der man står fast i et dilemma som er knyttet til etiske verdier og prinsipper i konflikt med hverandre. Ofte må man ta stilling til pasientens autonomi og frihet til å velge selv på ene siden, mens man på andre siden må ta stilling til pasientens velvære og behov på lengre sikt (Rokstad, 1999). Her blir det en konflikt mellom autonomiprinsippet og velgjørenhetsprinsippet der Fru Larsens eget valg strider imot hva som vurderes som det beste for henne. Gjennom det kliniske og etiske skjønnet skal sykepleieren ta en vurdering av disse faktorene for å danne seg et bilde av pasientens mentale tilstand og at pasientens valg og ønsker stemmer overens med pasientens verdier og holdninger. En slik vurdering gjøres gjennom samtale og observasjon av pasienten (Brinchmann, 2013). På lik linje som samtykkekompetanse må pasientens autonomi vurderes i forhold til situasjonen. Assisterende helsedirektør Geir Sverre Braut sa i 2000 at autonomi varierer gjennom livet og avhenger av både alder og sykdom. Allikevel skal vi huske på at selv om dette varierer, er menneskeverdet og integriteten alltid konstant. (Referert i Brinchmann, 2013). Mennesker som ikke lenger er i stand til å ta autonome beslutninger på alle områder, har allikevel krav på at fysiske og mentale grenser respekteres. Det stilles høye krav til sykepleiere for å ivareta autonomien og integriteten hos pasienter som er svært sårbare (Brinchmann, 2013). Hva gjør vi i en slik situasjon der vår plikt til å respektere hennes autonomi strider imot vår plikt til å yte det beste for fru Larsen? Ofte vil en systematisk refleksjon, både hos hver enkelt sykepleier og i gruppen som et team, være til stor hjelp i slike situasjoner. Løsninger på etiske dilemmaer kan ofte la seg finne om man reflekterer over konflikten ved å være kreativ og gå dypere inn i dilemmaet (Eide & Aadland, 2008). I de typiske situasjonene der det blir et etisk dilemma står sykepleieren ovenfor en situasjon der pasientens motstand for helsehjelp ikke virker rasjonell, og kanskje minutter senere allikevel virker fornøyd med å ha mottatt hjelp. I slike tilfeller vil sykepleieren stå ovenfor en situasjon der det føles nødvendig å utføre helsehjelpen (Hem et al., 2010). Hvordan kan man reflektere seg frem til en løsning på dette dilemmaet uten å ty til tvangstiltak?

4.3 Etikdens bevisstgjøring og refleksjon

Etikk handler om tenkning om hva som moralsk sett er godt og rettferdig. Samtidig handler det om holdninger, verdier og ferdigheter både hos den enkelte sykepleier og sykepleierne som et team på arbeidsplassen der det er rom for etisk refleksjon. Det gjøres hver dag valg i

enkeltsituasjoner der sykepleieren bør være bevisst på sin egen handlemåte for å gi best mulig helsehjelp og ivareta brukerens integritet, verdighet og behov for trygghet (Eide og Aadland, 2008). Etisk teori gir oss ikke svar på hva som er riktig, men har som oppgave å stille spørsmål slik at vi kan reflektere og veie forskjellige alternativer mot hverandre. En slik refleksjon fremmer god praksis og kvalitet som igjen kan defineres som «det som er godt, rett og rettferdig for brukere, pasienter og pårørende» (Eide & Aadland, 2008). Hva slags refleksjon vi har gjort på forhånd vil påvirke hva slags holdninger og væremåter vi møter pasientene med. Spørsmålet må da være om våre holdninger og væremåter i møte med pasienter med Alzheimers sykdom vil være med på å redusere bruk av tvang?

En studie av Somboontannont og medarbeidere (2004) der det er tatt i bruk videoopptak av bade- og dusjesituasjoner viser blant annet at pleierens atferd bidro til å utløse eller dempe aggresjon hos pasienter med demenslidelse i sykehjem. Da pleieren opererte med konfronterende kommunikasjon, mangel på respekt for pasientens følelsesmessige liv og ikke minst dårlig tid og forberedelse på hva som skulle skje økte aggresjonen hos pasienten. Men ved å ikke bruke tvang (der man ikke holdt fast pasienten i en hånd eller arm), ble aggresjonen hos pasienten redusert (referert i Hem et al., 2010). Andre studier der man har undersøkt ulike strategier, alle basert på hensyn av etikk, kan en sykepleier fortelle om strategier der det ikke ble brukt tvang men heller ble fokusert mest mulig på hvordan sykepleieren opptrer i sin rolle med forklaring og støtte ovenfor resten av personalet slik at man sammen kan reflektere over hvordan man kan bruke ulike og individuelle tilpassende metoder for å møte pasienter med engstelig eller aggressiv adferd, uten å gi beroligende medikamenter. Det kan derfor se ut som at det handler om tilnæringsmåter man bruker for å møte pasienter med Alzheimers sykdom. Det viser seg også at det er svært viktig å støtte de ansatte på å reflektere over disse ulike metodene for å møte pasienten på best mulig måte (Lejman et al., 2013).

4.3.1 Verktøy for refleksjon

Etisk refleksjon er en metode vi kan bruke for å belyse eller komme til bunns i moralske spørsmål (Eide & Aadland, 2008). La oss se på situasjonen mellom fru Larsen og sykepleierne og bruke SME-modellen for å reflektere over situasjonen. Vi tar utgangspunkt i de ulike spørsmålene SME-modellen er bygget på (Nortvedt, 2012).

Når man tar i bruk denne type modell må man først og fremst klargjøre om det foreligger et etisk problem og hva som er *det etiske problemet og fakta i situasjonen*. Da kan man vurdere om det er noe som kan gjøres for å løse problemet ved å se på om situasjonen inneholder klare aspekter av rett og galt eller godt og vondt for de berørte partene. Hvis problemet kategoriseres som et etisk problem må man gå videre og se på fakta i den enkelte situasjon (Nortvedt, 2008). Det vi vet, og også det vi ikke vet, av fakta i saken er viktig å komme til bunns i da det kan ha betydning for vår drøfting og valg av handling. Vi kan for eksempel spørre oss selv hvorfor fru Larsen ikke ønsker hjelp i stellsituasjon. Er det kognitiv svikt grunnet sykdommen eller er det andre årsaker? (Nortvedt, 2008).

Hvem er så de *berørte partene* i situasjonen? Konsekvensetikken er særlig opptatt av dette, i forhold til hvem, hvor mye og hvordan. Det er graden av berørthet som skal vektlegges og det legges stor vekt på det totale resultat av fordeler og ulemper (Nortvedt, 2008). Her er det både fru Larsen selv, sykepleierne på avdelingen og de andre beboerne på avdelingen som er de berørte parter. Deretter må vi stille spørsmål ved hvilke verdier som står på spill. Dette er viktige hensyn å ta i etisk refleksjon (Nortvedt, 2008). Fru Larsens autonomi og rett til selvbestemmelse kommer her i konflikt med blant annet hennes integritet og verdighet. Med bakgrunn for hva vi vet og erfarer fra tidligere kontakt med fru Larsen kan vi tenke at dersom fru Larsen fortsatt var frisk er ikke dette en situasjon hun hadde ønsket å være i. Det å ikke få ta vare på sin egen personlige hygiene slik at det får konsekvenser i form av sjenerende lukt og fare for infeksjoner vil være å bryte med fru Larsens integritet og verdighet om man fokuserer på kun ivaretagelse av autonomi. Som sykepleier vil man i denne situasjonen også ønske å gjøre fru Larsen vel og hjelpe henne med det som er nødvendig og autonomien vil dermed komme i konflikt med sykepleierens velgjørenhet (Nortvedt, 2008).

Hvilke *lover og eventuelle retningslinjer* er aktuelle i denne situasjonen? Som sykepleiere må vi her ha kjennskap til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere der essensen av kapittel 2 er aktuelt i denne situasjonen: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasient – og brukerrettighetsloven sier at «Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens

selvbestemmelsesrett» (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

Når vi har kartlagt verdiene som står på spill, de berørte partene og hvilke lovverk og retningslinjer som er gjeldene må vi vurdere hva slags *handlingsalternativer* vi har. Formålet med å reflektere etisk er at vi skal sitte igjen med en handlingsplan for hvordan vi kan løse situasjonen til pasientens beste (Nortvedt, 2008). En slik *konklusjon* bygger på at vi har drøftet problemet hvor den vesentlige informasjonen har blitt vektlagt. Vi skal ha lyttet til de berørte parter, satt handlingsalternativer opp mot hverandre og sett på hvilke plikter vi har og mulige konsekvenser av våre valg (Eide & Eide, 2012).

4.3.2 Omsorgsetikk og sykepleieansvar

For å kunne forstå at hvordan handlinger utfra verdier og menneskesyn i omsorgen henger sammen med evnen vi har til å reflektere over etiske problemstillinger er det viktig å vite hvordan vi kan benytte omsorgsetisk teori i vårt arbeid og ta det med inn i praksis. Å være profesjonell handler om engasjementet i det man arbeider med. Det å investere noe i seg selv i møtet med en annen part der man er forpliktet til å yte sitt beste for den man skal hjelpe er en profesjonell holdning og væremåte (Martinsen, 2000). Ofte nedprioriteres omsorgsetiske hensyn i samfunnet og i helsetjenester på grunn av stadig større kompleksitet, endringstempo og markedsideologisk tenkning. Dette gjør at sykepleieren må være etisk bevisst og ha en solid dømmekraft i arbeidet sitt. En reflektert praksis fremmer moralsk praksis og det bør skapes arenaer for jevnlig etisk refleksjon alle steder der sykepleie utøves (Norsk sykepleieforbund, 2011).

I omsorgsetikken ser man på relasjonen mellom sykepleieren og pasienten og at det er denne relasjonen som skaper det moralske fundamentet der moralen gir seg til kjenne i hvordan vi møter hverandre og handler ovenfor hverandre (Brodtkorb, 2011). Kari Martinsen er svært opptatt av moral i sin omsorgsteori og baserer seg på et *kollektivistisk* menneskesyn der alle mennesker blitt sett på som avhengig og sårbare (Slettebø, 2009). Den enkelte sykepleier skal ha et ansvar om å erkjenne det faglige og det etiske i møte med en pasient som er avhengig og sårbar. Dette knyttes sterkt til nærhetsetikken og Kari Martinsen dimensjon om relasjonell omsorg der den sosiale relasjonen mellom to mennesker er i fokus. Utøvelse av sykepleie skal ifølge Kari Martinsen basere seg på en moralsk praksis der sykepleieren er bevisst på viktige

verdier som gjensidighet og ansvar for den svake (Slettebø, 2009). Diakonisse og sykepleielærer Elisabeth Hagemann skrev i etikkboken sin allerede i 1936 at en sykepleier er nødt til å se helheten og ikke bare pasienten som en diagnose. I hver enkelt situasjon er det et lidende menneske og sykepleierens ansvar handler om å være klar til å yte omsorg på en slik måte hver enkelt pasient har behov for (referert i Martinsen, 2000).

Kari Martinsen mener i sin teori at sykepleieren har en avgjørende rolle for å utøve omsorg ettersom sykepleieren kan bestemme innholdet i omsorgen utfra sin egen forståelse av situasjonen. Det kan forøvrig stilles spørsmål ved å basere utøvelse av omsorg og sykepleie på bakgrunn av en omsorgsteori som argumenterer for svak paternalisme, men vi skal samtidig være klar over at Martinsen som oftest vektlegger sykepleie til pasienter som er hjelpetrequende og avhengige og at det i slike tilfeller kan være positivt at sykepleieren evner å se pasientens behov uten at pasienten må fortelle det selv (Slettebø, 2009). Det er nettopp her det blir vanskelig da vi i slike situasjoner må passe på å opprettholde respekten for pasienten. En sårbar og hjelpetrequende pasient er avhengig av noen som kan ivareta sine rettigheter da vedkommende ikke klarer det selv (Slettebø, 2009). Sykepleieren har et ansvar når det gjelder å vurdere pasientens kompetanse til autonomi og samtykke, og bruk av tvang begrunnes ofte med at det er til pasientens beste. Det er dog grunn til å lure på om sykepleiere er de rette til å definere hva som er pasientens beste. Det kreves faglig kompetanse for å forstå pasienter med Alzheimers sykdom og det krever evne til å reflektere etisk over slike dilemmaer. Er det grunn til å tro at pasienter med redusert samtykkekompetanse og autonomi opplever bruk av tvang som en mindre krenkelse av integritet? Det er vel heller slik at de aller fleste mennesker, uavhengig av sykdom og diagnose, vil oppleve det som en alvorlig inngripen og krenkelse ved å bli utsatt for bruk av tvang. I verste fall kan det være slik at pasienter med Alzheimer sykdom opplever bruk av tvang som en sterkere krenkelse enn andre, nettopp fordi de ikke forstår hva som skjer (Johnsen & Smebye, 2008).

Pasienter med Alzheimers sykdom som bor i sykehjem er en sårbar pasientgruppe der det er svært viktig å handle moralsk og ta utgangspunkt i respekten for den svake og ta ansvar der den svake ikke klarer å ta vare på egne rettigheter og vilje (Slettebø, 2009). De er i en situasjon der de kan utvikle angst og vrangforestillinger, bli rammet av depresjon, mistenksomhet og forvirring. Dette bidrar til følelsen av å ikke ha kontroll over sin egen situasjon og forsterker hjelpeløshet. Ofte har de problemer med hukommelse og problemer

med å utrykke og fastholde sine egne ønsker og behov. Det å ikke bli forstått av sykepleieren som møter pasienten kan føre til verbal og fysisk motstand (Hem et al., 2010). Sykdom kan føre til fortvilelse slik at pasienten lukker seg og ikke ønsker å ta imot hjelp. I forsøket på å møte pasienten er sykepleieren nødt til å ta frem en god tone og en positiv holdning til pasientens bekymring (Martinsen, 2000). Hvis vi reflekterer over og klarer å leve oss inn i situasjonen til en sårbar pasientgruppe ser vi hvor enormt viktig det er at sykepleieren har grunnverdier og holdninger som møter pasienten med omsorg, respekt og verdighet. Som tidligere studier viser er måten vi møter pasientene på avgjørende for om situasjonen kan vippe over til å bruke tvang i pleiesituasjoner der det ikke er nødvendig hvis man hadde vært bevisst på etisk refleksjon (Hem et al., 2010).

For å kunne klare å reflektere etisk i vanskelige situasjoner må sykepleieren ha faglig og etisk kompetanse til å kunne gjøre dette. Det å ha trening i å gjennomføre etisk refleksjon er sentralt i det faglige skjønnet der man utvikler evne til å oppdage hva som står på spill hos andre. Det handler om å bli god på å reflektere ved å lytte aktivt, se hvordan den andre parten berøres og hvilke verdier som møtes i konflikt. I tillegg har sykepleieren ansvar for å kunne oppdage de juridiske og moralske aspektene og vurdere hvilke handlingsmuligheter som er til stede. Alle disse aspektene og evnen til å se hvordan våre handlinger og væremåte påvirker andre kan defineres som god sykepleie og omsorg. Kompetanse om faget og etikken er viktig fordi verdiene som står på spill ofte har uklare grenser og konsekvenser av handlinger er sjeldent gitt som et entydig svar på forhånd (Eide & Aadland, 2008).

I omsorgsetikken står verdier som nærhet, relasjon og omsorg sentralt. Hensynet til den nære relasjonen står i fokus på den ene siden, mens på den andre siden ser vi mer av de tradisjonelle retningene som pliktetikken og konsekvensetikken. Aadland hevder at begge disse sidene er nødt til å være med i en etisk refleksjon der sykepleieren har et moralsk ansvar for alle aspektene (referert i Brodtkorb, 2011). Det er viktig å ha med seg denne bredden da man skal vurdere etikken og bidra til å resonere seg frem til et verdivalg og avklare retning for en omsorgsfull og faglig god sykepleie i praksis. Både rettigheter, plikter og prinsipper må tas i bruk i prosessen når vi skal løse etiske utfordringer (Brodtkorb, 2011). Den enkelte sykepleier har ansvar for sine handlinger, men det må også gis et signal fra samfunnet om hvilke verdier som må vektlegges av helsepersonell. Derfor er etisk diskusjon så viktig og bør løftes frem på et overordnet samfunnsmessig plan (Rokstad, 1999). Hva slags holdninger som

ligger i samfunnet vil prege oss som møter den enkelte pasient med Alzheimers diagnose. Det å få et bevisst forhold til vårt eget menneskesyn virker derfor nødvendig for å møte de etiske utfordringer som demensomsorgen daglig byr på (Rokstad, 1999).

Utfordringene i etikken må møtes med refleksjon, bevissthet, dialog og undring. Våre vurderinger, valg og gjennomføring av handlinger i etiske perspektiv vil alltid by på utfordringer, men med et utgangspunkt for nærhet og respekt for enkeltindivid må sykepleieren ha evne til å reflektere over hva som er det rette eller gale ovenfor pasienten for å redusere bruk av tvangstiltak. Sykepleieren er til syvende og sist er ansvarlig for sine etiske valg og etisk delaktighet (Rokstad, 1999). Dette vil si omsorg med hårfine balanser, uklare grenser og vanskelige vurderinger. «Omsorgen for andre, kjærligheten til nesten er det mest fundamentale for våre liv og det naturligste av alt. Og likevel er det så vanskelig» (Martinsen, 1993, s. 10).

5. Konklusjon

Gjennom teori og drøfting har vi prøvd å finne svar på vår problemstilling; Hvorfor er etisk refleksjon viktig for å redusere bruk av tvang i demensomsorgen? I vårt arbeid har vi funnet ut at etikkfaget er et vidt og et vanskelig tema der man må ta hensyn til mange ulike prinsipper og nyanser. I etikken finnes det ingen entydig fasit på hva som er rett og galt, og de ulike prinsippene gjør at det nettopp er refleksjon og bevissthet som blir viktig.

For å reflektere over etiske dilemmaer har vi funnet ut at det er viktig at sykepleieren har evne til å reflektere over vanskelige etiske utfordringer for å klare å håndtere det i praksis. Vi har funnet ut at dette krever både faglig og etisk kompetanse og en bevisstgjøring av vår egen væremåte og våre innerste verdier. Vi ser viktigheten av å være reflektert i arbeidet og ikke minst det å kunne reflektere sammen med kollegaer på arbeidsplassen. Vi har blant annet sett på bruk av refleksjonsmodeller som et nyttig verktøy i etisk refleksjon. I forhold til tidligere erfaring og praksis har vi ikke vært kjent med denne type verktøy, og ser derfor at det gjerne kan fokuseres mer på etisk refleksjon ute i arbeidslivet. Vi har gjennom vårt arbeid blitt gjort oppmerksomme på vår egen bevissthet i forhold til etisk refleksjon og ser at dette vil være svært viktig for oss senere i arbeidslivet, ikke bare i arbeid med pasienter med Alzheimers sykdom, men overalt i alle pasientgrupper. Vi har også lært mye om dybden i omsorg i forbindelse med det å være bevisst på egne holdninger.

Vi har funnet ut at etisk refleksjon kan være med på å utvikle en slik bevissthet rundt bruk av tvang og dermed også bruke den etiske og faglige kompetansen til å finne gode tilnæringsmåter og andre handlingsalternativer enn tvangstiltak. Gode holdninger i sykepleiefaget dannes gjennom refleksjon og stadig utvikling av erfaringer og kunnskap om omsorgsteorien og etikken som fag. Vi tror at dette danner en viktig grunnmur i våre sykepleieverdier der vi er styrket til å ta ansvar for handlinger vi kan stå inne for. Vi har funnet ut at det å ha kunnskap om og finne strategier om hvordan man kan håndtere et etisk dilemma kan hjelpe oss med å være profesjonelle og omsorgsfulle i pleien vi yter for en svak pasientgruppe og at en slik bevisstgjøring vil være med på å redusere bruk av tvang i demensomsorgen.

Litteraturliste:

Aldring og helse Nasjonal kompetansesenter (s.a). *Jeg vil ikke bli behandlet som en unge*. Lokalisert på <http://www.aldringoghelse.no/bokhandel/rettssikkerhet-og-etikk/jeg-vil-ikke-bli-behandlet-som-en-unge>

Alsvåg, H. (2011). Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (red.). *Sykepleieboken 2. Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (3. utg., s. 417-450). Oslo: Akribe AS.

Alzheimer's request (2014) Lokalisert 17. april 2015 på <http://www.demensperspektiv.net/alzheimers-request/>

*Austgard, K. (2010.) *Omsorgsfilosofi i praksis*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg., s.350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bertelsen, A. K. (2012). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (1.utg., s.313-336). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brinchmann, B. S. (2013). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brinchmann, B. S. (2013). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg., s. 117-132). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brinchmann, B. S. (2013). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg., s. 55-66). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk.. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red). *Sykepleieboken 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4. utg., s. 306-327). Oslo: Akribe AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Eide, T. & Aadland, E. (2008). *Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

*Flaten, B. (s.a). *Samtykke og samtykkekompetanse*. Lokalisert 30. April 2015, på <http://ndla.no/nb/node/74673>

*Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015. Den gode dagen*. (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Oslo: GAN Grafisk AS.

*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. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2011/01/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

*Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ilkjær, I. (2011). Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4.utg., s. 721-741). Oslo: Akribe AS.

Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). Tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1. utg., s. 207-231). Oslo: Akribe AS.

*Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Medisin og vitenskap*. 1346-1348.

Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1192223>

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. – A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie sykepleie, bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 207-280).

Kunnskapssenteret. (2015). MeSH på norsk og engelsk. Lokalisert på

<http://helsebib.computas.no/>

Kunnskapssenteret. (2015). *PICO-skjema*. Lokalisert på

http://www.helsebiblioteket.no/_attachment/54710

*Leijman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20 (3), 248-262. Lokalisert på:

<http://nej.sagepub.com.ezproxy.hihm.no/content/20/3/248.full.pdf>

*Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Tano.

*Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

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

Molven, O. (2011). Helsepersonells rettigheter og plikter. I I. M. Holter & T. E. Mekki. (Red). *Sykepleieboken 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4.utg., s. 328-346). Oslo: Akribe AS.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Lokalisert på

http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/_attachment/191369?_ts=149c326f521

*Nordtvedt, P. (2008). *Sykepleierens grunnlag. Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Nordtvedt, P. (2012) *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICN's etiske regler*. (Rev. Utg.). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Pasient – og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §4 og §4A. (2014).

*Rokstad, A. M. M. (1999). «Jeg vil ikke bli behandlet som en unge». *Etiske refleksjoner knyttet til behandling av mennesker med demens*. Lokalisert på http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2014102706006

Rokstad, A. M. M. (2014). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1. utg., s. 27-45). Oslo: Akribe AS.

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

Slettebø, Å. (2010). Juridiske rammer og etiske utfordringer. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg., s. 169-179). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slettebø, Å. (2013). Etiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann. (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg., s. 42-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sneltvedt, T. (2013). Konsekvensetikk. I B. S. Brinchmann. (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3.utg., s. 67-78). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Tranevåg, O., Petersen K. A. & Nåden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: A metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20 (8), 861-880. Lokalisert på: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:692838/FULLTEXT01.pdf?frbrVersion=9>

*Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.