



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse og idrettsfag

4AVS304

Robina Rinden og Shabana K. Rinden

Veileder: Åse Monica Leirvik

# Bruk av tvang i omsorgen for pasienter med demens

## The use of force in caring for dementia patients

Antall ord: 10417

Bachelor i sykepleie, kull 121

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 JA NEI

# INNHOLDSFORTEGNELSE

INNHOLDSFORTEGNELSE.....	1
1 INNLEDNING.....	3
1.1 Case og presentasjon av problemstilling.....	3
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	3
1.3 Begrepsavklaring.....	4
1.4 Avgrensning og oppbygging.....	4
2 METODE.....	6
2.1 Innsamling av litteratur og kildekritikk.....	6
2.1.1 Presentasjon av forskningsartikler.....	7
2.3 Anonymisering.....	7
3 PASIENTEN MED ALZHEIMERS SYKDOM OG DIABETES.....	8
3.1 Alzheimers sykdom.....	8
3.2 Å leve med Alzheimers sykdom.....	9
3.3 utfordringer i sykepleien til pasienter med Alzheimers sykdom.....	10
3.3.1 Ivaretagelse av pasientens integritet.....	10
3.3.2 Ivaretagelse av pasientens autonomi.....	10
3.3.3 Bruk av tvang.....	11
3.4 Hva er diabetes mellitus?.....	12
3.4.1 Hypo- og hyperglykemi.....	12
4 SYKEPLEIETEORETISK REFERANSERAMME.....	14
4.1 Kari Martinsens omsorgsteori.....	14
4.1.1 Omsorgens relasjonelle side.....	14
4.1.2 Omsorgens praktiske side.....	15
4.1.3 Omsorgens moralske side.....	15
4.2 Sykepleierollen sett ut i fra et maktperspektiv.....	15
4.3 Etikkk.....	16

4.3.1 Etske prinsipper .....	16
4.4 Etske teorier .....	17
4.6 Etisk refleksjonsmodell .....	18
5 HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE FORHOLDE OSS I EN SITUASJON DER EN PASIENT MED ALZHEIMERS SYDOM MOTSETTER SEG Å TA LIVSNØDVENDIG MEDISIN? .....	19
5.1 Forforståelse .....	19
5.2 Analyse.....	20
5.3 Handlingsalternativer .....	24
6 HANDLING.....	31
REFERANSELISTE .....	33

# 1 INNLEDNING

Vi vet at det er et faktum at bruken av tvang overfor pasienter med demens sykdom forekommer daglig her i landet. Det kan være alt i fra tvang i forbindelse med daglige aktiviteter til tvangsmedisinering (Kirkevold & Engedal, 2004). Vi ønsker derfor å presentere en case som belyser problemområdet.

## 1.1 Case og presentasjon av problemstilling

*Hanna er en 71 år gammel hjemmeboende dame som har utviklet en moderat grad av Alzheimers demens. I tillegg har hun en insulinavhengig diabetes type 1. Hun har vært bruker av hjemmesykepleien over en lengre tidsperiode, da hennes hukommelse gradvis har blitt dårligere, samt evnen til å løse problemer og se konsekvenser av valg hun tar. I det siste har Hanna daglig motsatt seg insulininjeksjoner, men likevel har samtlige i personalet i hjemmesykepleien valgt å sette insulinet ved bruk av fysisk tvang. Personalet opplever at Hanna utagerer mer og mer med sinne ved de daglige besøkene. Personalet vet ikke hvordan de skal gå frem for at insulininjeksjonene skal bli gitt på en måte som er forsvarlig og oppleves verdig av begge parter.*

På bakgrunn av case ønsker vi å presentere vår problemstilling som en etisk refleksjon:

*«Hvordan kan vi som sykepleiere forholde oss i en situasjon der en pasient med Alzheimers sykdom motsetter seg å ta livsnødvendig medisin?»*

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I henhold til høgskolens retningslinjer ble vi tildelt tre temaer for den avsluttende eksamen. Da vi fikk temaene falt det naturlig for oss å velge temaet «bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom» ettersom vi har vært aktive deltagere i et etikkprosjekt i en av våre tidligere praksisperioder. Derfor er etikk i sykepleien noe vi er svært opptatt av spesielt da vi begge har erfart at det er mange etiske utfordringer som sykepleieren kan møte på i sin arbeidshverdag. Vi har begge erfart at bruk av tvang oftere finner sted hos pasienter med demens sykdom, og som i følge personalet ”ikke vet sitt eget beste”. På bakgrunn av erfaringer med etikkprosjektet og erfaringer i andre praksissituasjoner er det å tenke etisk derfor blitt en del av vår tankeprosess når vi utøver sykepleie. Vi vil derfor nå benytte denne

muligheten til å videreutvikle våre kunnskaper om etikk, da vi tidligere ikke har hatt et slikt fokus på demens sykdom knyttet opp til tvang.

### **1.3 Begrepsavklaring**

For å få en større forståelse for hva problemstillingen innebærer ser vi det som nødvendig å begrepsavklare de sentrale begrepene omsorg og tvang.

Omsorg som begrep er vanskelig å definere ettersom begrepet er så omfattende, og derfor har vi hatt vanskeligheter med å finne en tilfredsstillende definisjon av begrepet i pensumlitteraturen. Vi velger derfor å basere vår definisjon av omsorg på Kari Martinsen som sier blant annet at «omsorg har med hvordan vi forholder oss til andre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv» (siteret i Kristoffersen, 2008). Ut i fra dette forstår vi omsorg som en handling som utføres i beste intensjon om å hjelpe en annen.

Vi forstår begrepet tvang som en handling der en person overfor en annen utfører handlingen, til tross for den andres manglende samtykke (Johnsen & Smebye, 2008).

### **1.4 Avgrensning og oppbygging**

I følge Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for bacheloroppgaven i sykepleier utdanningen, skal den avsluttende oppgaven i sykepleie inneholde et bestemt antall ord, i tillegg til at det settes krav til oppgavens oppbygging. Videre fortsetter vi oppgaven med en metodedel der vi først tar for oss valg av litteratur som vi stiller oss kildekritiske til. Deretter beskriver vår fremgangsmåte i vårt søk etter forskningsartikler som vi siden presenterer. Avslutningsvis i metodedelen tar vi for oss anonymisering i forhold til case.

Deretter kommer oppgavens teoridel som vi har valgt å dele opp i en pasient- og en sykepleieteoretisk del. For å spesifisere oppgavens innhold har valgt å avgrense teorien om demens sykdom til å omhandle pasienter med Alzheimers sykdom. Pasientteorien starter derfor med teori om Alzheimers sykdom og hvordan det er å leve med sykdommen. Vi tar siden for oss de ulike utfordringene i sykepleien til pasienter med Alzheimers sykdom. Vi har avgrenset utfordringene i sykepleien til pasienter med Alzheimers sykdom til det å ivareta integritet og autonomi, samt bruken av tvang i møte med pasienten. Disse utfordringene anses

å være de mest krevende og er i tillegg de som er mest relevante i forhold til vår case, da vi avgrensner bruken av tvang til når pasienten motsetter seg livsnødvendig medikamentbehandling. Videre ønsker vi å ha fokus på relasjonen mellom pasient og sykepleier i hjemmesykepleien og vi har derfor valgt å utelukke pårørende fra situasjonen. Vi fortsetter pasientteorien med en kort beskrivelse hva diabetes mellitus er, og velger så å avgrense sykdommen til diabetes mellitus type 1, som krever insulininjeksjoner. Vi avgrensner på denne måten for å bevare fokuset på Alzheimers sykdom og for å sette pasientsituasjonen på spissen. Vi har valgt å utelukke eventuelle senkomplikasjoner av diabetes mellitus type 1 da fokuset vårt er situasjonen her og nå.

Oppgaven fortsetter så med en sykepleierrelatert teoridel der vi starter med å ta for oss Kari Martinsens omsorgsteori og de ulike aspektene hun deler omsorgen inn i. Videre tar vi for oss sykepleierens rolle sett ut i fra et maktperspektiv. Deretter følger teori om etikk, der vi først tar for oss de etiske prinsippene etterfulgt av etiske teorier. Til slutt har vi presentert og beskrevet Aadlands etiske refleksjons modell. Gjennom denne etiske refleksjonsmodellen får vi muligheten til å analysere pasientsituasjonen på en systematisk og konstruktiv måte, som vil belyse situasjonen på en helhetlig måte. Vi valgte nettopp denne modellen fordi den er oversiktlig og forholdsvis enkel å forholde seg til (Aadland, 2000).

Vi tar så for oss oppgavens drøftingsdel som vi har valgt å dele inn etter Aadlands etiske refleksjonsmodell. Innledningsvis i dette kapitlet for oss forforståelsen etterfulgt av analyse, også handlingsalternativer. Avslutningsvis i denne oppgaven kommer konklusjonen som vi etter Aadlands etiske refleksjonsmodell har valgt å kalle for handling.

## **2 METODE**

Metoden sier noe om hvordan vi har gått frem for å innhente og etterprøve kunnskap. I henhold til retningslinjene for bacheloroppgaven i sykepleierutdanningen er metoden for denne avsluttende eksamensoppgaven en litteraturstudie. Det vil si at vi har innhentet og vurdert litteratur som er relevant og gyldig i forhold til valgt tema, case og problemstilling. Den utvalgte litteraturen har vi satt opp mot case og problemstilling for å kunne drøfte oss frem til en konklusjon (Dalland, 2007). Vi har i tillegg noen steder i oppgaven benyttet oss av egne erfaringer fra tidligere praksisperioder, da høgskolens retningslinjer åpner for dette.

### **2.1 Innsamling av litteratur og kildekritikk**

Foruten om pensumlitteratur fra sykepleiestudiet har vi benyttet oss av selvvalgt litteratur i form av faglitteratur og forskningartikler. Den selvvalgte faglitteraturen har vi søkt opp både gjennom høgskolens eget bibliotek og det lokale biblioteket. Vi var tidlig ute med å søke etter forskning, da vi av erfaring vet at det å finne gode og kvalitetssikrede forskningsartikler er tidskrevende. Vi startet søket etter forskningsartikkel på sykepleiedatabasen CINAHL med søkeordene: dementia, force, ethics. Resultatene av søket viste at det er relativt mye forskning med fokus på demens og tvang. Da det er sagt ønsket vi å finne en forskningsartikkel som vi kunne relatere til, og av den grunn valgte vi ut en norsk forskningsartikkel fra 2004. Deretter fortsatte vi artikkelsøket på sykepleien.no for å søke opp norsk forskning av nyere tid. Med søkeordene «demens og tvang» fant vi en relevant norsk forskningsartikkel fra 2011.

Det stilles krav til kildekritikk av utvalgt litteratur. Vi har stilt oss kildekritiske til relevans og gyldighet ved at vi har vurdert og karakterisert den utvalgte litteraturen som vi har benyttet oss av i oppgaven. Vi har valgt å benytte oss av sekundær litteratur i forhold til Kari Martinsens omsorgsteori. Dette er et bevisst valg da forfatterne tolker hennes omsorgsteori på en måte som gjør den mer forståelig og enklere å forholde seg til. Vi er derfor oppmerksomme på å stille oss kritiske når det bruk av sekundærlitteratur ettersom tolkningene kan tilføre eller frarøve teorien viktige poenger. I forhold til forskningsartiklene våre har vi stilt oss kildekritiske ved hjelp av kunnskapssenterets sjekklister for kvalitative studier. Vi erkjenner at den forskningsartikkelen som er i fra 2004 er noe gammel. Likevel anser vi denne som gyldig og relevant, da forskningsartikkelen fra 2011 tar opp den samme problematikken

rundt demens og tvang. Ergo, det har vært liten forandring de siste årene i forhold til demens og tvang i helsevesenet her i landet. Ettersom begge forskningsartiklene våre er i fra Norge anser vi dem som mer relevante enn forskning fra andre land med tanke på kulturelle forskjeller, og vi anser de av den grunn også som gyldige. Begge våre forskningsartikler tar sted i norske sykehjem, men overførbarheten er såpass stor at dette har ingen betydning for vår oppgave (Dalland, 2007).

### **2.1.1 Presentasjon av forskningsartikler**

Forskningsartiklene vi har valgt ut er «A study into the use og restraint in nursing homes in Norway» og «Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang».

Forskningsartiklene har intervju som metode og er begge kvalitative studier. I begge metodedelene kommer det tydelig frem hvem som har deltatt i studien, noe som forteller oss relevans og gyldighet. Det at begge forskningsartiklene har hovedforfattere som er sykepleiere gjør at vi anser dem som trygge å bruke i vår oppgave da forskningen er utført i fra et sykepleierperspektiv.

Begge forskningsartiklene belyser utfordringer i demensomsorgen knyttet til bruk av tvang i pleiesituasjoner. De sier begge at forekomsten av tvang i norske sykehjem er et faktum, og ved å øke kunnskapsnivået og deretter bruke den etter kjønn, vil kunne bidra til at bruk av tvang kan unngås.

## **2.3 Anonymisering**

For å overholde vår taushetsplikt i henhold til Helsepersonelloven (1999), har vi valgt og ikke nevne navnene til de ulike praksisplassene som vi har hentet våre erfaringer i fra. Vår case derimot, er inspirert og satt sammen av ulike praksiserfaringer og det er derfor ikke behov for anonymisering for å verne om enkeltpersoner.



### **3 PASIENTEN MED ALZHEIMERS SYKDOM OG DIABETES**

I dette kapitlet presenterer vi relevant teori tilknyttet Hannas Alzheimers sykdom og diabetes mellitus og hvordan sykdommene innvirker hennes hverdag. Videre belyses ulike behov og utfordringer som kan oppstå i relasjonen mellom Hanna og sykepleieren.

#### **3.1 Alzheimers sykdom**

Alzheimers sykdom er den demenstypen som forekommer oftest. Man skiller mellom tidlig og sen debut, der tidlig debut inntreffer før nådde 65 år og sen debut inntreffer etter fylte 65 år. Ved sen debut vil sykdommen progrediere langsommere enn ved tidlig debut (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008). Ved Alzheimers sykdom skjer det et gradvis tap av nerveceller, en såkalt nevrodegenerativ prosess, som fører til kognitiv svikt hos pasienten. Årsaken til Alzheimers sykdom er foreløpig ukjent, men man vet at genetisk disposisjon er en faktor (Dietrichs, 2009).

Ved Alzheimers sykdom reduseres pasientens kognitive funksjoner og vil over tid forverres. Denne demenstypen kan deles inn i mild, moderat og alvorlig grad. Ved moderat grad av Alzheimers sykdom vil pasienten få økende symptomer, hvor hukommelse og evnen til å orientere seg for tid svekkes tidlig i forløpet. Pasienten vil også oppleve å få svekket stedsans og evnen til å se konsekvensene av en handling vil ikke lenger være til stede. Videre vil pasienten oppleve en redusert evne til oppmerksomhet, språk, evne til abstraksjon, intellektuelle evner og det å forstå handling i rom. I tillegg forekommer også apraksi og agnosi. Med apraksi menes en redusert evne til å utføre praktiske handlinger, selv om pasientens forståelse for handlingen er til stede og funksjonsnivået er fullstendig. Agnosi er manglende evne til å huske og fastslå ulike objekters formål (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008).

Det eksisterer ingen kur for Alzheimers sykdom, men pasientens funksjonsnivå vil bedres ved å behandle sekundærsymptomer som f.eks. angst, depresjon og aggresjon. Det vil være aktuelt å starte opp med spesifikke legemidler som forsinker og i noen tilfeller bedrer symptomene, og da særlig ved denne typen demens. Det er derfor viktig at sykepleieren har kjennskap til

eventuelle bivirkninger og bruker sitt kliniske blikk for å fange opp disse (Dietrichs, 2009; Berentsen, 2008).

### **3.2 Å leve med Alzheimers sykdom**

Som et resultat av svekket hukommelse, agnosi og apraksi opplever pasienten at hverdagslige aktiviteter som f.eks. påkledning og matlaging vil oppleves som innviklet. Hverdagen blir preget av kaos ettersom det blir vanskelig å forstå omgivelsene og hva som skjer i dem, samtidig som stedssansen svikter. Pasienten vil også oppleve å få problemer med å huske hendelser som er av nyere tid, men hukommelsen vil senere også bli så svekket at det oppstår problemer med å huske det som har tatt sted lenger tilbake. Dette resulterer i problemer med læring ettersom evnen til å huske er nødvendig for å kunne ta frem materiale som allerede er lært, og innta ny lærdom. Et annet resultat av hukommelsessvikt vil være at pasienten ikke lenger innehar evnen til å planlegge fremover i tid. Dette påvirker de hverdagslige aktivitetene og problemløsning (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008).

Pasienter med Alzheimers sykdom kan forstå at noe er galt og vil derfor prøve å dekke over den tiltakende kognitive svikten. Mange opplever en utilstrekkelighet i forbindelse med kommunikasjon grunnet problemer med å finne og huske riktige ord, samt evnen til å forstå dem. Pasienten kan erfare språkproblemer som bl.a. langsom tale og problemer med uttalelsen, og kan derfor oppleve en usikkerhet og mange avbrytelser i samhandling med andre (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008).

Sykdommen kan gi opplevelsen av sorg og usikkerhet i forbindelse med et kontinuerlig tap av tidligere mestrede funksjoner. Pasienter med Alzheimers sykdom er derfor mer utsatt og opplever oftere depresjoner, hvor de føler tristhet, hjelpeløshet og motløshet. Angst er et symptom som ofte oppleves ved Alzheimers sykdom og kan beskrives som en indre uro hvor pasienten føler seg engstelig, men vet ikke hvorfor. Ved angst er det ingen logisk grunn til å engste seg, men pasientens opplevelse av frykt er likevel reell og til stede. Panikkangst forekommer også dersom pasienten opplever utrygghet tilknyttet redusert eller manglende forståelse av en oppstått situasjon. Situasjoner som oppleves som vanskelig og uoversiktlige kan bidra til angst hos pasienten. Under slike omstendigheter er det ikke uvanlig at pasienten

reagerer med forsvarsaggressivitet. Irritasjon, angst og aggressivitet kan også oppstå i situasjoner hvor det er vanskeligheter for pasienten og kommunisere (Berentsen, 2008).

### **3.3 utfordringer i sykepleien til pasienter med Alzheimers sykdom**

Her belyser vi de utfordringene som anses å være mest krevende å ivareta i sykepleien til pasienter med Alzheimers sykdom, og spesielt i Hannas situasjon.

#### **3.3.1 Ivaretagelse av pasientens integritet**

Begrepet integritet betyr helhet og det å være hel og uskadd. Dette innebærer at sykepleieren skal forebygge at pasienten påføres skader eller krenkes på noe vis. Videre kan integritet forstås som selvstendighet og uavhengighet der pasienten presenterer seg selv og sine meninger. Begrepet omhandler også de fysiske og psykiske grensene som pasienten innehar og at disse skal respekteres av sykepleieren. For og lettere kunne forstå integritet som helhet deles begrepet inn i kroppslig, personlig og sosial integritet (Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009).

Kroppslig integritet innebærer det å bevare pasientens fysiologiske funksjoner. Det vil si å ivareta nåværende funksjoner ved å styrke helsefremmende og forebyggende aktiviteter, samt det å støtte opp under kroppens naturlige legende funksjon. For å ivareta pasientens personlige integritet er det grunnleggende at retten til selvbestemmelse blir respektert. Det er også viktig å oppleve det å bli sett og hørt på en måte som anerkjenner og bekrefter det unike hos den enkelte pasient. Dette gjelder også respekten for pasientens selvforståelse. Ivaretagelse av sosial integritet innebærer at pasienten opplever at den sosiale, kulturelle og etniske bakgrunnen blir anerkjent og respektert. Det inkluderer forståelse for hvordan pasienten oppfatter seg selv i den sosiale sammenheng (Kirkevold, 2008).

#### **3.3.2 Ivaretagelse av pasientens autonomi**

Det er flere faktorer som må være til stede for å kunne vurdere om en pasient er autonom og er evnet til å ta autonome valg. De faktorer som må vurderes er om pasienten er kompetent, er konsistent i ønske, har fått adekvat informasjon og er fri fra ytre press (Slettebø, 2002).

For å vurderes som autonom stilles det krav til at pasienten er kompetent til å ta selvstendige valg. Om pasienten er kompetent kan vurderes ut i fra tre kjennetegn. Det første kjennetegnet

er at pasienten er evnet til å uttrykke stabile ønsker. Flere faktorer kan redusere denne evnen, som redusert bevissthet, ambivalens, tankeforstyrrelser og nedsatt korttidshukommelse. Det andre kjennetegnet er at pasienten forstår hva valget innebærer, konsekvenser av det og fordeler og risiko knyttet i forbindelse med valget som å godta eller frastå en eventuell behandling. Det tredje kjennetegnet er evnen til å sette fordeler og ulemper opp i mot hverandre, slik at pasienten er i stand til å bearbeide informasjon (Slettebø, 2002).

For at pasienten skal kunne foreta et autonomt valg er det nødvendig med helhetlig informasjon i forkant. Informasjonen som er mottatt skal ha vært tilpasset den enkelte pasient slik at den er lett forståelig. Det vil si at informasjonen skal ha vært konkret og faglig korrekt, uten personlige innvendinger fra sykepleieren. Pasienten skal også være informert om mulige konsekvenser av behandlingen, samt hvilke konsekvenser som kan oppstå hvis behandlingen velges bort (Slettebø, 2002).

Videre må den autonome pasienten ha et bestemt ønske som vedvarer over tid, også etter at nødvendig og tilstrekkelig informasjon er blitt gitt og konsekvensene er forstått. Sist, men ikke minst skal pasienten være fri fra ytre press når valget foretas (Slettebø, 2002).

### **3.3.3 Bruk av tvang**

Ut i fra psykisk helsevernloven (1999) er tvang definert som gitt «undersøkelse, behandling, pleie og omsorg... uten at det er gitt samtykke». Bruk av tvang har i de siste årene blitt belyst som et problemområde, da det viser seg at tvang brukes uten at det foreligger et rettmessig juridisk grunnlag for handlingene (Johnsen & Smebye, 2008).

For at samtykket kan anses som gyldig må pasienten ha fått informasjon om sin helsesituasjon og hva helsehjelpen som tilbys innebærer. Dette betyr at pasienten må ha forstått hva det samtykkes til. I omsorgen til pasienter med Alzheimers sykdom kan nettopp dette være en utfordring som et resultat av de kognitive forandringene sykdommen medbringer. En del av utfordringen ligger i måten informasjonen blir gitt på, da det skal være relaterbart og forståelig for pasienten (Johnsen & Smebye, 2008).

Gitt samtykke kan på et hvert tidspunkt trekkes tilbake, og da vil ikke den påtenkte helsehjelpen lenger være juridisk rettmessig. Hvis pasienten velger å trekke tilbake samtykke

er det sykepleierens oppgave å informere om eventuelle konsekvenser valget medfører (Pasientrettighetsloven, 1999).

### **3.4 Hva er diabetes mellitus?**

Diabetes mellitus er en ervervet kronisk stoffskiftesykdom som resulterer i hyperglykemi. Det forhøyede glukoseinnholdet i blodet skyldes sviktende sekresjon eller redusert virkning av insulin, eller en kombinasjon av disse. Sykdommen deles hovedsakelig inn i diabetes type 1- og type 2 (Os & Birkeland, 2009; Ribu, 2008).

Diabetes type 1 utvikles over år, men sykdomsdebuten er ofte akutt eller subakutt.

Forekomsten er hyppigst hos yngre mennesker og det vanligste er en sykdomsdebut i ungdomsårene. Patologisk skyldes sykdommen et opphør av insulinproduksjonen som et resultat av en autoimmun reaksjon mot betacellene i de langerhanske øyene i pankreas. I tillegg til det forhøyede blodglukoseinnholdet stilles diagnosen ofte ut i fra symptomer som vekttap, redusert allmenntilstand, økt vannlating og tørste. Pasienter med diabetes type 1 er avhengig av insulinbehandling som oftest gis i form av subcutane injeksjoner. Målet med insulinbehandling er at pasienten skal oppnå best mulig stabil regulering av blodglukosen slik at hypo- og hyperglykemi unngås (Os & Birkeland, 2009; Ribu, 2008).

#### **3.4.1 Hypo- og hyperglykemi**

Hypoglykemi vil si en tilstand der blodglukosen synker under det som er normalt for pasienten. Oppstår oftest som en følge av for høy insulindose som fører til et raskt fall av blodglukosenivået. Pasienten vil da oppleve føling og de første symptomene som fremtrer ved denne tilstanden er hodepine, sultfølelse og kaldsvetting. Dersom ikke denne tilstanden korrekteres raskt vil også uro, redusert bevissthet, koma og kramper etter hvert oppstå. Inntak av raske karbohydrater etterfulgt av langsomme karbohydrater er behandlingen ved hypoglykemi (Os & Birkeland, 2009; Ribu, 2008).

Hyperglykemi er et resultat av manglende eller utilstrekkelig insulinbehandling der pasienten får et forhøyet blodglukosenivå. Det oppstår en osmotisk diurese som en konsekvens av dette og pasienten vil derfor miste store mengder væske gjennom vannlating, noe som resulterer i dehydrering. Ved insulinmangel vil det etter hvert oppstå en metabolsk acidose grunnet

leverens produksjon av ketonlegemer, som igjen fører til elektrolyttforstyrrelser. Disse konsekvensene av hyperglykemi vil kunne føre til coma diabeticum. Dette er en tilstand som kan utvikle seg i løpet av timer eller dager, hvor symptomer som magesmerter, kvalme med tilhørende brekninger og rødlig hudfarge er vanlig. Kroppen vil prøve å kompensere for den metabolske acidosen og pasienten vil derfor hyperventilere og acetonlukt fra ånden vil forekomme. Pasientens bevissthet vil ved denne tilstanden svekkes gradvis inntil koma inntre (Os & Birkeland, 2009; Ribu, 2008).

## **4 SYKEPLEIETEORETISK REFERANSERAMME**

Her presenterer vi sykepleieteori som vi anser som relevant for å belyse sykepleierens rolle og utfordringer i forbindelse med omsorg for pasienter og bruk av makt.

### **4.1 Kari Martinsens omsorgsteori**

I Kari Martinsens sykepleieteori er omsorg det overordnede målet. Herunder vektlegger hun det relasjonelle, det praktiske og det moralske i sykepleien. Martinsen understreker at dersom omsorgen skal oppleves som genuin, er det nødvendig at sykepleieren innehar en holdning som anerkjenner og imøtekommer pasienten ut i fra situasjonen hun befinner seg i (Kristoffersen, 2008).

Martinsen mener at vi som mennesker er alle avhengige av hverandre i form av relasjoner. Dette er avhengighetsrelasjoner som blir tydeliggjort når pasienten av ulike årsaker ikke lenger er selvhjulpent. Videre sier hun at en slik avhengighet ikke er begrenset til en behovssituasjon, men at det eksisterer i alle situasjoner ettersom menneskets liv alltid vil være utlevert på en eller en annen måte overfor det mennesket (Kirkevold, 1992; Kristoffersen, 2008).

Martinsen er opptatt av den svake pasientgruppen som inkluderer de som ikke klarer å sikre seg den hjelpen som er nødvendig og de som ikke har potensiale til å gjenvinne tapte funksjoner og selvstendighet. På bakgrunn av dette mener Martinsen at sykepleieren skal handle ut i fra sin faglige merforståelse til det beste for pasienten. Dette kan beskrives som myk maternalisme som også kan forstås som svak paternalisme (Kirkevold, 1992; Kristoffersen, 2008).

#### **4.1.1 Omsorgens relasjonelle side**

Den relasjonelle siden kjennetegnes av et mellommenneskelig forhold som baseres på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Omsorgen er som tidligere nevnt et overordnet mål, men er også en inneboende grunnholdning som sykepleien skal ytes ut i fra. Dette innebærer bl.a. at sykepleieren skal anerkjenne og ha en forståelse for den enkelte pasients situasjon, da dette er en nødvendighet for å kunne handle omsorgsfullt. For å kunne forstå den andre mener

Martinsen at det må være noe som binder partene i relasjonen sammen. Det vil si en type fellesskap som f.eks. bygger på samme normer, regler og verdier. Slik kan man si at sykepleierens forståelse vokser ut i fra felles opplevde erfaringer i relasjonen med pasienten, eller på bakgrunn av tidligere pasienterfaringer. Sykepleieren forventer seg ikke noe til gjengjeld i omsorgsrelasjonen (Kirkevold, 1992).

#### **4.1.2 Omsorgens praktiske side**

Omsorg er også en praktisk handling, noe Martinsen understreker sterkt i sin omsorgsteori. Her er omsorgshandlingene drevet av den gitte situasjonen og pasientens tilstand. Omsorgen tar utgangspunkt i sykepleierens helhetlige forståelse og er knyttet til det å tilstrebe det «enkle» i pleiesituasjonen (Kirkevold, 1992). Med dette mener Martinsen at «En pleiesituasjon bør vi tilstrebe å gjøre så enkel som mulig, og ikke bruke unødvendig mange fremmede gjenstander og ord» (sitert i Kirkevold, 1992, s. 133). Det er sykepleierens faglige og etiske vurderinger som skal gi grunnlaget for omsorgshandlingene (Kirkevold, 1992).

#### **4.1.3 Omsorgens moralske side**

Den moralske siden av omsorgen er knyttet til det faktum at relasjoner i sykepleien er preget av makt og avhengighet. Derfor må sykepleieren i sin omsorg være bevisst makten slik at den kan utøves på en moralsk ansvarlig måte. Dette praktiseres ut i fra Martinsens prinsipp om ansvaret for de svake. Videre knyttes den moralske siden til fornuften, som er en kombinasjon av rasjonalitet og emosjonelle og relasjonelle vurderinger. I tillegg må det tas hensyn til den gitte situasjonen og partene som er involvert, samt etiske verdier og normer. Sykepleieren uttrykker fornuft i omsorgen gjennom samhandling og dialog, der moralsk praksis læres gjennom erfaringer, diskusjoner, innlevelse og refleksjon (Kirkevold, 1992).

### **4.2 Sykepleierollen sett ut i fra et maktperspektiv**

Makt er i utgangspunktet et nøytralt begrep og kan ses på som sykepleierens mulighet og evne til innflytelse på pasienten. Maktforholdet mellom sykepleier og pasient kan av den grunn både være symmetrisk og asymmetrisk. I de situasjoner der sykepleieren er den som har mest makt er det viktig å være bevisst sin maktposisjon slik at den ikke misbrukes. Samtidig må pasientens evne til å utøve makt ikke undervurderes, men må respekteres av sykepleieren (Slettebø, 2009). Paternalisme er en måte sykepleieren kan utnytte sin maktposisjon på. En kan si at paternalisme er å ta valg på vegne av pasienten, uten pasientmedvirkning eller gyldig



samtykke til dette. Man skiller mellom sterk og svak paternalisme. Sterk paternalisme kan kun utøves dersom pasienten er i fare for seg selv og andre, og kan anses som bruk av tvang. Svak paternalisme kan utøves der pasienten av ulike grunner ikke evner å ta gode og forsvarlige avgjørelser på egen hånd (Slettebø, 2009).

## **4.3 Etikk**

Kort sagt er etikk moralens teori. Innenfor etikk finnes det fire likeverdige prinsipper som fungerer som et rammeverk når vi står overfor et etisk problem eller dilemma. De fire prinsippene er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Prinsippene er ment som løsningsforslag, hvor de reflekteres over og veies for og i mot hvilke av dem som skal vektlegges i den gitte situasjonen (Brinchmann, 2010).

### **4.3.1 Etiske prinsipper**

Prinsippet om velgjørenhet defineres som plikten til å gjøre godt mot andre mennesker, mens ikke skade-prinsippet blir definert som plikten til og ikke skade andre (Brinchmann, 2010). Formålet med begge prinsippene er at handlingene som sykepleieren velger å utføre eller ikke å utføre skal være til beste for pasienten. Prinsippet om velgjørenhet og ikke skade er derfor konsekvensetiske prinsipper, som også ofte blir omtalt sammen (Slettebø, 2002).

Beauchamp og Childress beskriver prinsippene slik: Ikke skade-prinsippet er et passivt prinsipp som innebærer at sykepleieren ikke påfører pasienten lidelse, sykdom eller skade. Mens ikke skade-prinsippet er passivt, krever velgjørenhetsprinsippet at sykepleieren utfører en aktiv handling. Dette prinsippet innebærer at sykepleieren skal forebygge at lidelse, sykdom eller skade påføres pasienten. Sykepleieren skal derfor eliminere disse og utføre handlinger som fremmer goder hos pasienten (referert i Slettebø, 2002).

Prinsippet om rettferdighet underlegger plikten til å behandle alle pasienter med likt utgangspunkt likt, samt fordele tilgjengelige ressurser rettferdig. Likevel kan det forekomme pasientsituasjoner der forskjellsbehandling kan rettferdiggjøres for å oppnå samme resultat av behandlingen (Brinchmann, 2010; Slettebø, 2002). Rettferdighetsprinsippet omhandler også

sykepleierens evne til å handle upartisk. Dette innebærer at sykepleieren ikke bevisst skal gjøre forskjell på grunn av pasientbakgrunn o.l. (Slettebø, 2002).

Prinsippet om autonomi innebærer sykepleierens plikt til å respektere den autonome pasientens valg. Prinsippet innebærer at pasienten har rett til medvirkning og fullstendig innsyn i egen helse- og livssituasjon. Sykepleieren skal respektere den autonome pasientens valg også dersom pasienten ikke ønsker behandling (Brinchmann, 2010).

#### **4.4 Etske teorier**

Her vil vi presentere ulike etiske teorier som er relevante for vår case og problemstilling.

Nærhetsetikk omhandler relasjoner og det samspillet som skjer i mellom to individer. Det er ikke i de generelle normer og regler den etiske begrunnelsen ligger, men i den enkeltes forståelse av situasjonen. For er man ikke var for den den andres situasjon, klarer man ikke å se hvilke verdier som står på spill. Innenfor nærhetsetikken står derfor egne verdier, holdninger og følelsenes betydning sentralt for å være evnet til å se hvor grensene går og gjenkjenne at faglige og etiske verdier står på spill. Det er i tillegg viktig at sykepleieren er var og sensitiv på den enkelte pasients grenser, da alle mennesker er forskjellige og har ulike intimsone. Nærhetsetikken prøver å gi svar på hva det etiske er og er derfor en måte å tilnærme seg moralsk praksis, der fokuset er relasjonen mellom individene og hvor det konkrete samspillet blir satt i sentrum (Brinchmann, 2010).

Innenfor pliktetikken skiller vi mellom indre og ytre plikter. Indre plikter tar utgangspunkt i inne boende fornuft, mens ytre plikter styres av påvirkninger utenfra som f.eks. religion, lover og regler. Når sykepleieren handler ut i fra pliktetikken er fokuset kun på handlingen og ikke konsekvensene av den (Brinchmann, 2010).

Fokuset innenfor konsekvensetikk er rettet mot mål og konsekvenser som en gitt handling vil gi. En handling kan derfor rettferdiggjøres på grunnlag av gode konsekvenser, som nytte, lykke eller lyst. Sykepleieren vurderer innenfor konsekvensetikk hvilken handling som gir pasienten mest mulig nytte, og vurderer deretter denne som etisk korrekt. I tillegg stilles det krav til at handlingen kan forsvares i henhold til lover og regler (Brinchmann, 2010).

## 4.6 Etisk refleksjonsmodell

Aadlands etiske refleksjonsmodell er et verktøy for å løse etiske problemer og dilemmaer på en systematisk og konstruktiv måte. Modellens hensikt er å skape en bevisstgjøring gjennom refleksjon, som vil bidra til økt situasjonsforståelse. Ut i fra den økte situasjonsforståelsen skal sykepleieren etter beste skjønn og evne komme frem til et handlingsalternativ, som bedrer og i beste fall eliminerer problemet eller dilemmaet (Aadland, 2000).

Denne etiske refleksjonsmodellen er systematisk inndelt i fire ulike punkter. Det første punktet er *forforståelsen* som gir en situasjonsbeskrivelse på bakgrunn av de involverte partenes opplevelse av problemet eller dilemmaet. Forforståelsen gir en beskrivelse av situasjonen og hvem de involverte er. Samtidig belyser den både åpne og skjulte normer og verdier, som deretter rangeres ut i fra hva som anses som viktigst og ivareta i den oppståtte situasjonen. *Analyse* er det andre punktet og studerer selve situasjonen ut i fra bakgrunnskunnskap og ut i fra ulike etiske teorier. Bakgrunnskunnskapen går ut i fra hva faglitteraturen, fag- og forskningsartikler, det offentlige osv. sier om liknende situasjoner. De ulike etiske teoriene bidrar til å angripe situasjonen fra forskjellige synsvinkler slik at bredden av situasjonen belyses. Det tredje punktet er *handlingsalternativene* som tar for seg mulige og realistiske handlingsvalg, som vurderes ut i fra forpliktelser og konsekvenser. Handlingsalternativene skal ses i lys av de normene og verdiene som er rangert, og det alternativet som ivaretar de rangerte normene og verdiene vil være det mest riktige i den gitte situasjonen. *Handling* er det siste punktet i den etiske refleksjonsmodellen hvor valgt handlingsalternativ blir satt ut i praksis og siden evalueres (Aadland, 2000).

## **5 HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE FORHOLDE OSS I EN SITUASJON DER EN PASIENT MED ALZHEIMERS SYDOM MOTSETTER SEG Å TA LIVSNØDVENDIG MEDISIN?**

Her vil vi ved hjelp av Aadlands etiske refleksjonsmodell som vi har presentert i teorikapittelet drøfte oss frem til eventuelle handlingsalternativer som kan gi oss et svar på vår problemstilling.

### **5.1 Forforståelse**

I tidligere presentert case har vi blitt kjent med Hanna. Hun er en eldre dame med Alzheimers sykdom av moderat grad og har av den grunn tiltagende kognitiv svikt. Det betyr blant annet at Hanna ikke alltid har forståelse for den situasjonen hun befinner seg i og settingen rundt. Hennes evne til å forstå konsekvenser av eventuelle valg hun foretar, er i stor grad redusert (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008). I tillegg har Hanna diabetes type 1 som er insulinkrevende, men har gjentatte ganger motsatt seg livsnødvendige insulininjeksjoner. Dersom Hanna ikke får insulin vil det resultere i et forhøyet og ustabil blodglukosenivå som i verste fall kan føre til coma diabeticum (Os & Birkeland, 2009; Ribu, 2008). På bakgrunn av disse kunnskapene og sin merforståelse har samtlige av personalet i hjemmesykepleien valgt å sette insulininjeksjoner mot hennes vilje. De gangene Hanna motsetter seg insulininjeksjoner står sykepleieren overfor et etisk dilemma. Et etisk dilemma er en problemstilling der definerende kjennetegn er blant annet at alle handlingsalternativer fører med seg et likt uønsket utfall og usikkerheten om hvilken av handlingene som er rett (Slettebø, 2010). Sykepleieren kan på den ene siden velge å sette injeksjonene ved bruk av tvang på bekostning av Hannas integritet. På den andre siden kan sykepleieren velge å ivareta Hannas selvbestemmelsesrett ved at hun respektere Hannas ønske om og ikke motta insulinbehandling, noe som da vil resultere i en forverret helsetilstand (Kirkevold, 2008; Slettebø, 2002; Slettebø, 2009).

På bakgrunn av situasjonsbeskrivelsen ser vi at det er flere verdier og normer som sykepleieren må ta hensyn og stilling til, både i forhold til Hanna og seg selv. For Hanna vil det være av stor betydning å bli behandlet som en autonom person, da det innebærer at hun får oppleve verdiene kontroll og mestring, forutsigbarhet og mulighet til å bruke sin selvbestemmelsesrett. Hannas opplevelse av verdiene trygghet og tillit vil være viktige for at

sykepleieren skal kunne bidra til velgjørenhet å forebygge og unngå skade. Sist, men ikke minst vil det være viktig for henne å føle seg rettferdig behandlet gjennom anerkjennelse og respekt i fra sykepleieren. I tillegg til verdier og normer er det aktuelle lover som skal overholdes og yrkesetiske retningslinjer sykepleieren må ta stilling til (Brinchmann, 2010; Slettebø, 2002).

På bakgrunn av gjennomgåtte verdier og normer som er satt inn under ulike etiske prinsipper, samt aktuell lovgivning og yrkesetiske retningslinjer forstår vi det slik at dersom vi prioriterer samtlige prinsipper vil det kunne bidra til en endring som gagnar både Hanna og sykepleieren. Vi anser at prinsippene om autonomi, velgjørenhet og ikke skade vil bidra til denne gunstige endringen. I alle situasjoner må vi forholde oss til lovgivningen som det overordnende, men vi må også som sykepleiere alltid etter beste evne etterstrebe det å handle etter de yrkesetiske retningslinjene. Ut i fra vår forforståelse ser vi at noen av verdiene og normene glir under mer enn et prinsipp, og det vil derfor være behov for en analyse av situasjonen slik at helheten blir tydeliggjort.

## **5.2 Analyse**

I analysen vil vi ved hjelp av vår bakgrunnskunnskap og de ulike etiske teoriene drøfte Hannas situasjon og dilemmaet sykepleieren står overfor. Vi tar først for oss handlingen der sykepleieren forholder seg til situasjonen ved å bruke tvang for å kunne sette insulininjeksjonen.

Det å ha Alzheimers sykdom medbringer som beskrevet et progredierende tap av kognitive funksjoner. Dette kan bidra til at Hannas hverdag er preget av sorg og usikkerhet i forbindelse med tap av kontroll og mestring, som betyr at hun befinner seg i en sårbar og utrygg posisjon. Alzheimers sykdom påvirker også Hannas evne til hukommelse og det å forstå omgivelsene og hva som skjer i dem. Hun vil derfor ikke ha forutsetninger for å kunne forstå sykepleierens bruk av tvang og hensikten med den. Dette vil gi en opplevelse av angst og kaos, som forsterker den sårbare og utrygge posisjonen hun allerede befinner seg i (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008). Ved Alzheimers sykdom er det ikke uvanlig at slike uoversiktlige situasjoner fører til forsvarsaggressivitet, noe som kan forklare at Hanna utagerer med sinne. Vi ser her at mangel på forutsigbarhet også vil ha andre konsekvenser. Opplevs situasjonen som

uforutsigbar vil det resultere i en manglende følelse av kontroll og mestring (Berentsen, 2008). Dersom sykepleieren ikke tilrettelegger for disse verdiene i sykepleien, vil ikke Hanna ha de rette forutsetningene eller mulighet for å ta i bruk sin selvbestemmelsesrett.

Sykepleierens bruk av tvang eliminerer dermed respekten for Hannas valg og rett til selvbestemmelse, samt anerkjennelse for henne som en autonom person og er derfor ikke i samsvar med autonomiprinsippet (Slettebø, 2002). Sykepleieren har foretatt valg på vegne av Hanna uten hennes samtykke eller medvirkning, til tross for at hun i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er samtykkekompetent. Dette samsvarer da heller ikke med rettferdighetsprinsippet som sier at alle skal bli behandlet rettferdig. Hanna skal derfor i utgangspunktet behandles og anerkjennes som enhver annen person med samtykkekompetansen i behold, noe som innebærer at valget om og ikke motta insulinbehandling skulle vært respektert (Slettebø, 2002).

Vi har beskrevet at integritet kan forstås som selvstendighet, uavhengighet og fysiske og psykiske grenser, og bruk av tvang og mangel på respekt for Hannas autonomi er derfor en direkte krenkelse av hennes integritet. Hannas opplevelse av krenkelse er desto større ettersom bruken av tvang foregår i hennes eget hjem, og frarøver det dets trygge rammer. Mangel på trygghet vil føre til økt usikkerhet og uro (Berentsen, 2008). Samtidig oppstår det en mangel på anerkjennelse overfor Hanna som person, da hun verken blir sett eller hørt (Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009). Dette fører til en uforutsigbar og uoversiktlig situasjonsopplevelse, og vil medføre manglende kontroll som igjen vil bidra til fravær av trygghet i situasjonen og tillit til sykepleieren. Hver og en av ovennevnte faktorer kan utløse forsvarsaggressivitet, og kan derfor ha bidratt til at Hanna utagerer stadig oftere med sinne (Berentsen, 2008).

Ut i fra sykepleierens ståsted i situasjonen ser vi viktigheten av at Hanna får insulininjeksjonene da de er livsnødvendige, og dersom behandlingen uteblir vil det føre til alvorlige konsekvenser for hennes helsetilstand (Os & Birkeland, 2009; Ribu, 2008). Sykepleieren har en ytre plikt til å overholde helsepersonelloven (1999) som blant annet sier at man skal yte nødvendig og forsvarlig helsehjelp. I tillegg til lovverket må sykepleieren forholde seg til de yrkesetiske retningslinjene. Disse retningslinjene er basert på sykepleiefagets grunnverdier og vi anser de derfor som indre verdier og plikter. Til sammen

skal lovverket og de yrkesetiske retningslinjene sørge for at sykepleierens praksis er juridisk, faglig og etisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

Vi forstår både viktigheten og nødvendigheten av at Hanna får sine daglige insulininjeksjoner, men vår bakgrunnsforståelse for sykepleierens bruk av tvang i situasjonen tilsier at handlingen kun var drevet på bakgrunn av plikt i henhold til helsepersonelloven (1999). I Hannas tilfelle har bruken av tvang i sykepleien ført til en hverdag preget av krenket integritet, uforutsigbarhet og mangel på trygghet og tillit til sykepleieren. Vi ser at bruken av tvang i sykepleien bryter med prinsippene om velgjørenhet og ikke skade, da den utøvde sykepleien har medbragt Hanna mer ondt enn goder. Og i følge konsekvensetikken kan en handling kun rettferdiggjøres dersom utfallet gir nytte, lykke eller lyst for pasienten. Sykepleierens bruk av tvang kan derfor heller ikke forsvarliggjøres på bakgrunn av konsekvensetisk tenkning (Brinchmann, 2010; Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009). Videre kan ikke sykepleierens handling forsvarliggjøres dersom vi tar stilling til hva pasientrettighetsloven sier om samtykke og retten til selvbestemmelse. Loven beskriver at pasienten på ett hvert tidspunkt kan trekke tilbake et gitt samtykke eller motsette seg behandling, enten det uttrykkes verbalt eller nonverbalt. Utrykkes dette kan ikke den påtenkte helsehjelpen lenger forsvarliggjøres og da heller ikke utføres, for uten et gyldig samtykke opphører det juridiske grunnlaget for handlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). De yrkesetiske retningslinjene forteller oss at sykepleieren skal respektere pasientens rett til å ta egne valg, og de støtter dermed opp under hva pasientrettighetsloven sier om gyldig samtykke. Sykepleierens mangel på respekt og hensyn for Hannas gjentatte ytringer er dermed et brudd på pasientrettighetsloven, og samsvarer heller ikke med de yrkesetiske retningslinjene eller autonomiprinsippet (Brinchmann, 2010; NSF, 2007; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I følge Kari Martinsen er omsorg en inneboende grunnholdning og det overordnede målet i sykepleien. Ved bruk av tvang blir Hannas hverdag preget av krenket integritet og mangel på respekt og trygghet i eget hjem. Den manglende anerkjennelsen og forståelsen for Hanna og hennes situasjon vil bidra til økende mistillit. Dersom Hanna mangler tillit til sykepleieren svekkes relasjonen betydelig, og grunnlaget for en god samhandling vil derfor elimineres. Det mellommenneskelige forholdet i relasjonen er derfor avgjørende for omsorgen, da det er med på å gi en opplevelse av gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Sykepleieren har dermed ikke i

følge Kari Martinsens omsorgsteori utøvd genuin omsorg i sykepleien (Kirkevold, 1992; Kristoffersen, 2008).

Vi tar videre for oss handlingen der sykepleieren velger og ikke sette insulininjeksjonene. I de situasjonene der sykepleieren respekterer Hannas motsettelse av insulinbehandling, blir hennes selvbestemmelsesrett ivaretatt. Hun blir da sett og hørt, og sykepleierens valg anerkjenner dermed Hanna som person. Med andre ord blir hennes integritet ivaretatt. Vi ser her at valget sykepleieren har tatt er i tråd med hva pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier om gyldig samtykke og hva autonomiprinsippet sier om retten til selvbestemmelse (Brinchmann, 2010).

Da dette er sagt vil vi påpeke at sykepleierens valg ikke kan forsvarliggjøres dersom vi ser helheten av situasjonen. Hanna har som nevnt kognitiv svikt som følge av Alzheimers sykdom og har derfor ikke evnen til å se eller forstå hvilke konsekvenser uteblitt insulinbehandling vil føre med seg. I tillegg vil den tiltagende hukommelsessvikten kunne føre til at Hanna ikke husker hva som har blitt sagt fra en tid til en annen. Det betyr i praksis at hun i det ene øyeblikket kan motsette seg behandling, for så i det andre øyeblikket stille seg uforstående til dette (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008).

Dermed sier vår bakgrunnsforståelse oss at sykepleierens valg om og ikke å gi insulinbehandling, ikke kan støttes opp under av helsepersonelloven. Loven sier at sykepleieren skal ut i fra sine kvalifikasjoner utøve forsvarlig sykepleie til pasienten (Helsepersonelloven, 1999). Etersom sykepleieren i Hannas situasjon kun har handlet ut i fra hva lovverket sier om samtykke og den indre plikten til å følge autonomiprinsippet, har ikke sykepleien forutsetning for å bli helhetlig (Brinchmann, 2010). Sykepleieren har her gått bort i fra de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleieren selv må ta ansvar for at den utøvede sykepleien er juridisk, faglig og etisk forsvarlig. Det vil si at dersom sykepleien skal ha forutsetninger for å bli helhetlig, må sykepleieren erkjenne i sin praksis at det juridiske, faglige og etiske må ses i sammenheng (NSF, 2011). Når dette ikke ses i sammenheng er ikke sykepleieren evnet til å se helheten og vil dermed overse viktige og relevante faktorer. Det blir derfor tydelig for oss at dersom ikke sykepleieren erkjenner sitt personlige ansvar for en forsvarlig utøvelse av sykepleien, faller dermed forutsetningene bort for å kunne reflektere over og vurdere hva konsekvensene for uteblitt insulinbehandling innebærer for Hanna (NSF,



2007). Med andre ord strider sykepleierens valg også i mot konsekvensetisk tenkning og prinsippet om velgjørenhet og ikke skade, da konsekvensene for valget ikke er til Hannas beste, men faktisk skader henne ved å forverre helsetilstanden (Brinchmann, 2010; Slettebø, 2002)

### **5.3 Handlingsalternativer**

Ut i fra vår situasjonsanalyse ser vi at bruk av tvang eller uteblitt insulinbehandling ikke er gunstige løsninger for hverken Hanna eller sykepleieren. Vår forskningsartikkel, «pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang», belyser hvor liten marginen faktisk er mellom frivillighet og tvang, og hvor fort en frivillig situasjon kan snus til det motsatte. I følge artikkelen viser tidligere studier til faktorer som bidrar til motstand hos pasienter med demens. Disse faktorene er blant annet konfronterende kommunikasjon, mangel på respekt for pasientens opplevelse og følelser, dårlig tid og mangel på planleggelse i forkant av pleiesituasjoner (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). I tillegg sier nærhetsetikken at dersom sykepleieren ikke er var på helheten av situasjonen klarer hun ikke å fange opp Hannas grenser eller hvilke verdier som står på spill (Brinchmann, 2010). Vi innleder derfor drøftingen av handlingsalternativene med ulike omstendigheter som sykepleieren må ta hensyn til i forhold til Hanna og hennes Alzheimers sykdom.

Behovene til pasienter med demens kan komme til uttrykk gjennom deres atferd. Derfor må sykepleieren være var på hvilke uttrykk som kommer til syne, og tilnærme seg Hanna med respekt for å klare å identifisere og imøtekomme hennes behov for omsorg gjennom sykepleien (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). I følge Kari Martinsen er omsorg en inneboende grunnholdning, noe som skal gjenspeiles i sykepleierens handlinger. Det vil si at omsorgen uttrykkes både i måten sykepleieren møter Hanna på, og hvordan sykepleieren velger å utføre sykepleiehandlingene. Omsorg i sykepleien krever derfor at sykepleieren må være engasjert, har innlevelse og har evnen til moralsk og faglig vurdering (Kristoffersen, 2008).

Forskningsartikkelen viser til at det ikke nødvendigvis er motstand mot selve sykepleierens handling som forekommer, men at motstanden oppstår som et resultat av måten handlingen blir utført på (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). Vi erkjenner derfor at omsorg som

grunnholdning er en forutsetning for å kunne møte Hanna på en måte som kan forsvares juridisk, faglig og etisk. Det innebærer blant annet at sykepleieren må være bevisst sine egne verdier og hvilke holdninger som kommer til uttrykk i pleiesituasjonen (Kristoffersen, 2008).

Vår bakgrunnsforståelse av Hanna og hvilken innvirkning Alzheimers sykdom har på henne og hverdagsopplevelsen, tilsier at sykepleieren må ta visse hensyn i sin fremgangsmåte i møte med henne. Det som sykepleieren blant annet må ta hensyn til i møtet med Hanna er det faktum at hennes evne til kommunikasjon er redusert. Dette inkluderer at Hanna har vanskeligheter med å finne og huske riktige ord og forstå betydningen av dem. Hun kan blant annet oppleve språkproblemer som langsom tale og problematisk uttalelse av ord.

Sykepleieren må derfor være bevisst og ta hensyn til dette i møte med Hanna (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008). Det vil si at Hanna trenger tid til å forstå hva som blir sagt og til å kommunisere. Det at sykepleieren gir Hanna tid viser forståelse og hensyn, som anerkjenner Hanna som person ved at hun blir sett og hørt. Dermed får Hanna muligheten til å ytre sine meninger, og gjør det mulig for henne å kunne medvirke i egen pleiesituasjon og føle kontroll. Sykepleieren ivaretar dermed hennes integritet og autonomi (Brinchmann, 2010; Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009).

Forskningsartikkelen sier at etablering og ivaretagelse av tillit og trygghet i relasjonen er avgjørende for å utføre de påtenkte sykepleiehandlingene (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). En av utfordringene som kan påvirke etableringen og ivaretagelsen av relasjonen er kommunikasjonen mellom Hanna og sykepleieren. Derfor ser vi det slik at sykepleieren må ta hensyn til at Hanna har svekket korttidshukommelse, da det vil prege kommunikasjonen og dermed relasjonen. Det innebærer som tidligere nevnt at Hanna ikke alltid husker fra det ene øyeblikket til det andre, og at hun vil ha vanskeligheter med innta informasjon, spesielt i en allerede uoversiktlig situasjon (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008). Generelt oppleves kommunikasjon med pasienter med demens sykdom som utfordrende. Dette er fordi den verbale kommunikasjonen ikke gir pasienten det samme inntrykket og forståelsen som før. Derfor må sykepleieren være bevisst sin egen væremåte overfor Hanna for at kommunikasjonen skal lykkes. I tillegg er det viktig at sykepleieren uttrykker seg tydelig, konkret og kortfattet, og forsterker det verbale med det nonverbale (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008; Seierøe-Szatkowski, 2004). Dette er noe omsorgsteorien til Kari Martinsen kan relatere til i forhold til den praktiske siden av omsorgen. Den sier at man skal etterstrebe

det enkle i hver situasjon, som blant annet innebærer at sykepleieren ikke skal bruke mange fremmede gjenstander eller ord (Kirkevold, 1992). Vår forskningsartikkel understreker viktigheten av at sykepleieren må ta seg tid til å etablere en relasjon med pasienten. Med dette forstår vi hvor avgjørende kontinuitet er for å bygge opp en relasjon med Hanna, som er basert på gjensidighet, trygghet og tillit. En relasjon basert på trygghet og tillit kan oppnås dersom hjemmesykepleien blant annet tilrettelegger for kontinuitet i sykepleien, ved at det er de samme sykepleierne som kommer hjem til Hanna. For Hanna skaper dette forutsigbarhet som innebærer en opplevelse av kontroll og oversikt i egen situasjon. Dette skaper trygge rammer rundt situasjonen og deretter tillit til sykepleieren (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). På denne måten blir begge parter trygge på hverandres atferd og kroppssignaler som gjør sykepleieren evnet til å fange opp Hannas behov og grenser, enten de uttrykkes verbalt eller nonverbalt (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008; Seierøe-Szatkowski, 2004). Sykepleieren kan dermed med sin varhet overfor Hannas kroppssignaler imøtekomme hennes behov og grenser, og på den måten forebygge at en frivillig situasjon snus til en situasjon preget av motstand og tvang (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010).

Videre må sykepleieren være bevisst sin maktposisjon for å unngå maktmisbruk, da relasjonen mellom sykepleier og pasient, i følge Kari Martinsen, er et makt- og avhengighetsforhold. Med denne holdningen har sykepleieren de rette forutsetningene for å kunne utøve sin praksis i samsvar med Kari Martinsens prinsipp om ansvaret for de svake (Kirkevold, 1992; Kristoffersen, 2008; Slettebø, 2009). De etiske prinsippene om autonomi, velgjørenhet og ikke skade støtter opp under dette utgangspunktet, samtidig som prinsippet om ansvaret for de svake igjen støtter opp under de nevnte etiske prinsippene. Vi forstår det slik at dersom denne holdningen og tenkemåten er en del av sykepleierens refleksjoner og vurderinger i møte med Hanna, vil det bidra til at sykepleieren er i stand til å forholde seg til henne på en måte som er juridisk, faglig og etisk forsvarlig (Brinchmann, 2010; NSF, 2011; Settebø, 2002).

Ut i fra tidligere rangerte verdier i forforståelsen ville det vært naturlig for oss å gå for løsningen der Hannas motsettelse av insulinbehandling blir imøtekommet og respektert av sykepleieren. På bakgrunn av plikt- og konsekvensetisk tenkning ser vi at denne handlingen ikke kan forsvarliggjøres hverken juridisk, faglig eller etisk, da det vil resultere i nedsatt helsetilstand og i verste fall død (Os & Birkeland, 2009; Ribu, 2008). Vi erkjenner

selvfølgelig at selve bruken av tvang i Hannas situasjon ikke er juridisk forsvarlig. Dermed er bruken av tvang heller ikke den rette løsningen, men med ny kunnskap og faglig merforståelse kan sykepleieren forholde seg til Hannas motsettelse av insulinbehandling på en ny og forsvarlig måte. Vi står derfor ikke lenger overfor et etisk dilemma ettersom vi har eliminert de definerende kjennetegnene som er nevnt i forforståelsen. Vi står derimot overfor et etisk problem som lar seg løse (Brinchmann, 2010). Videre vil vi på bakgrunn av den nye kunnskapen vi til nå har tilegnet oss gjennom drøftingen av Hanna og hennes situasjon drøfte oss frem til alternative måter for sykepleieren å forholde seg til det som nå er et etisk problem.

Når sykepleieren opplever at Hanna motsetter seg insulinbehandling må hun i denne situasjonen, i følge Kari Martinsen, bruke sin faglige merforståelse for å snu situasjonen. Med faglig merforståelse mener Kari Martinsen at sykepleieren har en fagkunnskap som ikke Hanna har. Vi forstår dermed at sykepleierens faglige merforståelse baseres på kunnskaper om Hannas sykdommer, lovverket og etikk, samt tidligere erfaringer med Hanna eller andre liknende situasjoner. Det betyr at sykepleieren kan på bakgrunn av disse og sin situasjonsforståelse, vurdere å handle ut i fra hva hun mener er til det beste for Hanna, som i dette tilfelle er å gi insulinbehandling. Dette er det Kari Martinsen betegner som myk maternalisme (Kirkevold, 1992; Kristoffersen, 2008). Da det er sagt, betyr det ikke at sykepleieren kan gå helt bort i fra autonomiprinsippet. Sykepleieren må derimot forsøke å etterstrebe at konsekvensene av et tilsidesatt etisk prinsipp blir minimale. Selv om autonomiprinsippet ikke lenger veier tyngst, forstår vi det slik at det blir desto viktigere at sykepleieren ivaretar Hannas integritet, og hennes autonomi så langt det lar seg forsvarliggjøres (Brinchmann, 2010). Når sykepleieren anvender sin faglige merforståelse overfor Hanna, betyr det i praksis, at sykepleieren likevel skal anerkjenne Hanna og hennes situasjon. Dette oppnår sykepleieren ved å sørge for at Hanna får ytre sine meninger slik at hun blir sett, hørt og forstått (Brinchmann, 2010; Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009).

Vi forstår det slik at å oppleve tvang vil være en traumatisk opplevelse for Hanna og vi ser derfor viktigheten av at sykepleieren hindrer dette. Som tidligere drøftet må sykepleieren være var overfor Hannas kroppssignaler slik at hun kan fange opp tegn på at Hanna er i ferd med å motsette seg insulinbehandling. Dermed kan sykepleieren gjennom sin varhet stoppe i tide. Sykepleieren kan deretter med sin merforståelse hindre at den frivillige pleiesituasjonen går over grensen og ender i tvang, men allikevel oppnår å gjennomføre insulinbehandlingen

(Brinchmann, 2010; Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). Ut i fra sin merforståelse vet sykepleieren hvilke omstendigheter hun er nødt til å ta hensyn til omkring Hanna og hennes situasjon. Det vil si at hun tar i bruk sine kunnskaper på en slik måte at Hanna opplever anerkjennelse i situasjonen, blir sett og hørt slik at sykepleierens intensjoner oppleves som genuine (Kirkevold, 2008; Kristoffersen, 2008; Slettebø, 2002; Slettebø, 2009).

Det innebærer at sykepleieren må være kreativ når motstand oppstår og deretter finne nye fremgangsmåter for oppnå at Hanna ikke lenger motsetter seg insulinbehandlingen. Det betyr at sykepleieren må benytte seg av sine kunnskaper og ferdigheter slik at hun kan forholde seg til Hannas motstand fra ulike innfallsvinkler (Brinchmann, 2010; Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). I en kommentar til vår forskningsartikkel ble dette beskrevet på en slik inspirasjonsrik måte at vi ønsker å referere til deler av den. I kommentaren står det blant annet at bruken av tvang kan unngås hvis sykepleierne mestrer å kjøre «slalåm» mellom sine inneboende kunnskaper og ferdigheter, og i tillegg handler ut i fra personlige egenskaper som varme, nærhet og tålmodighet (Kjelberg,05.01.2011) .

Ut i fra foregående drøfting forstår vi det slik at sykepleieren må stanse sykepleiehandlingen å ta seg tid til å reflektere over og vurdere situasjonen på nytt når Hanna viser tegn til begynnende motstand. På denne måten ivaretas både integritet og autonomi ved at sykepleieren anerkjenner Hannas meninger og respekterer hennes grenser (Brinchmann, 2010; Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009). Samtidig gir det sykepleieren muligheten til å ta et skritt tilbake for å kunne se den forandrede situasjonen i sin helhet. Slik kan sykepleieren reflektere over hva i situasjonen som bidro til den endrede atferden hos Hanna. Dette vil medføre at sykepleieren kan tilnærme seg situasjonen ut i fra en ny innfallsvinkel, og hun tar dermed tilbake muligheten til å fullføre Hannas insulinbehandling (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). Mulige innfallsvinkler hos Hanna i forhold til hennes situasjon kan være at sykepleieren setter seg ned og forklarer Hanna kort og forenklet viktigheten av insulinbehandlingen (Berentsen, 2008). Ved at sykepleieren tar seg tid til henne, anerkjenner og imøtekommer hun Hanna på en slik måte at sykepleierens omsorg oppleves som genuin (Brinchmann, 2010; Kirkevold, 2008; Kristoffersen, 2008; Slettebø, 2009). Dermed vil Hanna kunne oppfatte sykepleierens hensikter som gode og til det beste for henne (Slettebø, 2002). I tillegg vil sykepleierens bruk av tid og bevissthet i kommunikasjonen dem i mellom bidra til at Hanna erkjenner viktigheten av insulinbehandlingen og dermed samtykker til

insulininjeksjonen. Med en slik innfallsvinkel vil det innebære at sykepleieren handler i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999). I tillegg til aktuelt lovverk handler sykepleieren også i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011), som sier sykepleieren skal fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser. Innfallsvinkelen ivaretar samtidig Hannas integritet og da spesielt prinsippet om autonomi på en forsvarlig måte (Brinchmann, 2010; Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009).

Sykepleieren må som beskrevet tidligere bruke kontinuerlig varhet i relasjonen for å være evnet til å evaluere innfallsvinkelen underveis. Dette er viktig ettersom Hannas Alzheimers sykdom innvirker på hennes evne til å forstå den gitte informasjonen og situasjonen i sin helhet (Berentsen, 2008; Rokstad, 2008). Dersom Hanna fortsatt mangler forståelse vil sykepleieren være evnet til å fange opp dette raskt. Vi ser det slik at dersom sykepleieren ikke er var på Hannas kroppssignaler vil hun kunne oppleve sykepleieren som pågående, da hennes meninger og fysiske og psykiske grenser hverken blir anerkjent eller respektert.

Konsekvensene av dette er krenkelse av både integritet og autonomi, som igjen vil medføre at Hanna får en mistillit til sykepleieren (Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009). Ut i fra vår forståelse setter dette Hanna i en uoversiktlig situasjon som vil kunne bidra til utagerende atferd og dermed umuliggjøre utførelsen av insulinbehandlingen (Berentsen, 2008).

Ettersom sykepleierens forsøk på å påvirke Hannas samtykke til insulinbehandlingen ikke lyktes, men i stedet bidro til at hun utagerte med sinne må sykepleieren igjen stanse handlingen. Deretter må sykepleieren reflektere over og vurdere situasjonen på nytt slik at hun finner frem til enda en ny innfallsvinkel og dermed nok en gang får muligheten til å utføre insulinbehandlingen. Nå som sykepleieren må forholde seg til Hannas utagerende atferd kan hun i følge vår forskningsartikkel jobbe seg i gjennom den utagerende atferden på en konstruktiv måte (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). Vi forstår det slik at sykepleieren derfor må sette seg inn i Hannas følelsesmessige tilstand, slik at hun blir sett, hørt og forstått selv i en situasjon preget av utagerende atferd (Kirkevold, 2008). Det betyr at sykepleieren må være engasjert og ha innlevelse, slik at hennes tilstedeværelse og væremåte gjenspeiler hennes omsorg på en slik måte at Hanna opplever sykepleierens omsorgshandling som genuin (Kristoffersen, 2008; Kirkevold, 1992). Dersom omsorgshandlingen oppleves som genuin vil Hanna få en økende tillit til sykepleieren og relasjonen dem i mellom styrkes. Når tilliten i relasjonen ivaretas, åpnes muligheten for at sykepleieren nå kan bruke sine

kunnskaper og kreativitet til å jobbe seg gjennom Hannas utagerende atferd (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). Ut i fra sin kunnskap og kreativitet kan sykepleieren nå gjennom tilpasset kommunikasjon lede Hanna ut av den følelsesmessige tilstanden hun befinner seg i. Dette kan gjøres ved at sykepleieren bevisst distraherer Hanna slik at fokuset gradvis snus fra pleiesituasjonen der utageringen først oppsto til noe positivt som Hanna kan relatere til. Vi har selv erfart i fra tidligere praksisperioder at slik kreativ nytenkning har positiv effekt på situasjoner med utagerende atferd. Vi har da ledet pasientens fokus over på noe som vi vet er av verdi for pasienten. Det kan være å rette fokuset på eiendeler som er knyttet til pasientens minner, såkalt reminisensarbeid, som vil gi en opplevelse av trygghet (Hanssen, 2008). Vår forskningsartikkel støtter opp under vår erfaring, da den sier at pleierne maktet å stå i situasjonen, og ut i fra pasientens perspektiv og kreativ tenkning fant de frem til nye innfallsvinkler (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). Ut i fra denne innfallsvinkelen gir sykepleieren Hanna tid og muligheten til å roe seg ned, og sykepleieren kan igjen forsøke å utføre insulinbehandlingen. Slik vi ser det vil Hanna enten samtykke til dette eller igjen motsette seg insulininjeksjonen. Dersom Hanna samtykker til insulinbehandlingen har denne innfallsvinkelen bidratt til at sykepleieren har fått utført sin plikt som samsvarer med aktuell lovverk og yrkesetiske retningslinjer, samtidig som Hannas integritet og autonomi har blitt ivarettatt på en forsvarlig og profesjonell måte (Brinchmann, 2010; Helsepersonelloven, 1999; NSF, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Slettebø, 2009).

Dersom Hanna enda en gang motsetter seg insulinbehandlingen som tilbys, mener vi at dersom det lar seg gjøre bør sykepleieren reise derifra for og ikke bli for pågående som kan oppleves som krenkende. Slik får dem begge mulighet til å distansere seg følelsesmessig fra situasjonen. Sykepleieren må selvfølgelig informere Hanna om at hun kommer tilbake senere. Ved at sykepleieren faktisk er evnet til å stoppe i tide, hindrer denne innfallsvinkelen at situasjonen ender i opplevelsen av frustrasjon og tvang. Dette bidrar til at både sykepleieren og Hanna under neste besøk kan forholde seg til hverandre med «blanke ark», og igjen kan starte forfra med eventuelle nye innfallsvinkler dersom det er nødvendig (Førde, Gjerberg, Hem & Pedersen, 2010). Også denne innfallsvinkelen ivaretar Hannas integritet og autonomi på en måte som kan forsvarliggjøres juridisk, faglig og etisk (Helsepersonelloven, 1999; NSF, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

## 6 HANDLING

Vi har gjennom denne avsluttende eksamen i sykepleie drøftet og analysert en pasientsituasjon for å finne frem til et svar på vår problemstilling: «*Hvordan kan vi som sykepleiere forholde oss i en situasjon der en pasient med Alzheimers sykdom motsetter seg å ta livsnødvendig medisin?*»

Vi har kommet frem til at det er flere verdier og normer som sykepleieren må ta hensyn og stilling til, både i forhold til seg selv og Hanna. Det var nødvendig for oss å ta disse i betraktning for å kunne drøfte oss frem til et svar på problemstillingen. Videre har kommet frem til at sykepleieren må ta hensyn til ulike omstendigheter for å kunne forholde seg til Hanna og hennes situasjon på en juridisk, faglig og etisk måte. De omstendighetene som sykepleieren til enhver tid må ta stilling og hensyn til er pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999). I tillegg må sykepleieren alltid ha yrkesetiske retningslinjer (2011) og etiske verdier og prinsipper med seg i sin sykepleiepraksis (Brinchmann, 2010; Slettebø, 2002). Andre viktige omstendigheter som må tas hensyn til er hvilken innvirkning sykdommene har på Hanna og hennes situasjon. Vi ser det er avgjørende at sykepleieren innehar denne bakgrunnskunnskapen for å kunne se helheten og dermed får sykepleieren de rette forutsetningene for å kunne forholde seg til Hannas motsettelse av insulinbehandlingen.

Sykepleieren må være evnet til å anerkjenne den «demente» som en person for å ivareta integritet og autonomi. Omsorg som grunnholdning er derfor en absolutt nødvendighet, da det bidrar til etablering av tillit og trygghet i relasjonen, som er avgjørende for at sykepleieren skal ha forutsetninger til å forholde seg til Hanna på en forsvarlig måte (Brinchmann, 2010; Kirkevold, 2008; Slettebø, 2009).

Det er mangelen på kunnskap som bidrar til tvang i pleiesituasjoner, og vi har kommet frem til at sykepleieren må ha riktig og tilstrekkelig bakgrunnskunnskap for å kunne forholde seg til Hanna på en måte som bidrar til tillit og trygghet. Vi vil støtte opp denne oppdagelsen med forskningsartikkelen «A study into the use of restraint in nursing homes in Norway», der det kommer frem at det er nødvendig med en økt bevissthet blant helsepersonell når det kommer



til bruken av tvang. Artikkelen viser videre til at for å oppnå økt bevissthet er det nødvendig med økt kunnskapsnivå på området (Kirkevold & Engedal, 2004).

Vi har kommet frem til at uteblitt insulinbehandling ikke er den rette måten å forholde seg til Hanna på når hun motsetter seg behandling, da det ikke kan forsvarliggjøres ut i fra lovverket, faglighet eller etiske prinsipper og teorier (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; NSF, 2011). Ettersom vi eliminerte det ene løsningsforslaget står sykepleieren igjen med kun bruk av tvang som eneste måte å forholde seg til Hanna på. Sykepleieren står derfor ikke overfor et etisk dilemma, men et etisk problem (Brinchmann, 2010). Selv om sykepleieren plikter å gi insulinbehandling kan ikke bruken av tvang forsvares på noen måte i denne situasjonen. Sykepleieren må i stedet bruke forskjellige innfallsvinkler for å forsøke å påvirke Hanna til å samtykke til insulinbehandling. Tilpasset informasjon til Hanna for å skape forståelse for konsekvensene av motsettelsen, jobbe seg gjennom utagerende atferd ved hjelp av distraksjon og reminisensarbeid og skape en distanse da situasjonen blir overveldende, er alle innfallsvinkler som sykepleieren kan bruke som verktøy for å forholde seg til Hanna på en forsvarlig måte (Hansen, 2008). Dette krever kontinuerlig refleksjon, vurdering, handling og evaluering i situasjonen på bakgrunn av sykepleierens merforståelse. Ved en slik kreativ tenkning vil sykepleieren kunne utføre insulinbehandlingen, som er til Hannas beste, uten å måtte ty til tvang. Denne tilnæringsmåten er i samsvar med lovverket og er faglig og etisk forsvarlig, samtidig som den bidrar til at sykepleieren forholder seg til Hanna på en slik måte som bidrar til en god pleieopplevelse.

Svaret på vår problemstilling er derfor det Kari Martinsen betegner som *myk maternalisme*. Vi anser derimot at slik kreativ bruk av kunnskap innenfor sykepleiefaget er en kunst, og velger derfor å betegne dette som *kunstnerisk omsorg* (Kjelberg, 05.01.2011).

## REFERANSELISTE

\*Aadeland, E. (2000). Veiledning i etiske dilemmaer. I A.-L. Teslo (Red.), *Mangfold i faglig veiledning - for helse- og sosialarbeidere* (s. 163-178). Oslo: Universitetsforlaget.

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2010). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2.utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2010). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2.utg., s. 116-131). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Dietrichs, E. (2008). Nevrologiske sykdommer. I D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes & O. Røise (Red.), *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg., s. 385-408). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.) [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

\*Førde, R., Gjerberg, E., Hem, M.H., & Pedersen, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 5(4):294-301. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0007

Hansen, I. (2008). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 4. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>.

\*Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (s. 207-231) Oslo: Akribe.

Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I M Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

\*Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004). A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *British Journal of Nursing*, 13 (15): 902-5. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fe32eb60-bdf7-40cb-9be9-c34171b2e062%40sessionmgr13&vid=5&hid=14>

\*Kjelberg, T. (05.01.2011). Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang#archive>

Kristoffersen, N. J. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Oslo: NSF.

Os, I., & Birkeland, K. I. (2009). Endokrine sykdommer. I S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes & O. Røise (Red.), *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg., s. 285-309). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4-1. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#4-1>.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4-2. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#4-2>.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4-3. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#4-3>.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4-4. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#4-4>.

Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. § 1-2. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/>.

Ribu, L. (2008). Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3 – Klinisk sykepleie* (s. 471-520). Oslo: Akribe.

\*Rokstad, A. M. M. (2008). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe.

\*Sejrerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens – Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk* (3. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

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

Slettebø, Å. (2010). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., s. 42-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Wogn-Hensriksen, K. (2008). Personer med demens – Møte og samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Kommunikasjon* (s. 87-113). Oslo: Akribe.

\* tilsvarer selvvalgt litteratur.