



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolen i Hedmark
Avdeling for helse og idrettsfag

4AVS304

Line Arnesen og Mariann Lizette Moen
Veileder Anne With

Grensen mellom frivillighet og tvang

The boundary between voluntary and forced

Ord: 10237

Bachelor i sykepleie Kull 121 K

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

* JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv
Brage:

* JA

NEI

Eg husker så lite

*deler av meg er blitt borte
prøver å leite, men finn dei ikkje*

*Eit vaklande steg
eg treng ei hand
ei til å vise meg veg*

*Eg ser berre tåke
små ukjente glimt
eg kan ikkje huske
var dette meg?*

*Eg snur meg
løfter blikket og ser
mot eit gjenkjenneleg minne
Så verkeleg, så nært
Kan nesten kjenne himmel
i mine hender
prøver å holde det fast
eit minne så kjær*

Eg husker

*Eg husker
ein sommar
med musefletter
og kjole i himmelblått..*

Tekst; Anja-E

Innhold

1. INNLEDNING	4
1.1 Case	4
1.2 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema med problemstilling	5
1.3 Problemstillingens avgrensning	5
1.4 Oppgavens videre oppbygning og begrepsavklaring	6
2. METODEDEDEL	7
2.1 Beskrivelse av metode, kilder og valgt litteratur	7
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk	8
2.3 Kildekritikk	9
3. REDGJØRELSE AV SENTRALE TEMAER MED VÅR FORSTÅELSE	10
3.1 Autonomi og paternalisme	10
3.2 Frontallappdemens	11
3.3 ETIKK	11
3.3.1 Respekt	11
3.3.2 Integritet	12
3.3.3 Verdighet	12
3.3.4 Makt	13
3.3.5 Betydningen av etisk refleksjon	13
3.3.6 Velgjørenhetsprinsippet	14
3.3.7 Ikke – skade – prinsippet	14
3.3.8 Pliktetikk og konsekvensetikk	15
3.4 Samtale med demente	15
3.5 Pasientrettigheter	16
4. TEORETISK PERSPEKTIV	17
4.1 Kari Martinsen	17
4.2 Dorothea Orem	18
4.3 Sister Callista Roy	19
5. DRØFTING AV TEMAET	20
5.1 Personlig integritet	20
5.2 Kroppslig integritet	25
5.3 Sosial integritet	27
6. KONKLUSJON	32

6.1 Hvordan utføre integritetsbevarende sykepleie til pasienter med demens sykdom ved bruk av paternalisme?.....	32
LITTERATURLISTE.....	34

1. INNLEDNING

Denne oppgaven er skrevet av to sykepleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark. Dette er vår bacheloroppgave. Vi har fått tildelt tre temaer fra retningslinjer for bacheloroppgave, Høgskolen i Hedmark. Vi har valgt å skrive om bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom. Denne oppgaven er et litteraturstudium.

Tvang overfor personer med demens har i de siste ti årene fått stor oppmerksomhet i Norge. Forskning viser at tvang eller press under stell er blitt vanlig i norske sykehjem (Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde, 2011). Hjelpetrequende eldre mennesker er spesielt utsatt for krenkelser og trusler av sin integritet. Dette er fordi de ikke nødvendigvis har den styrken og den kraften som gjør at de kan velge å motstå andres maktbruk. Omsorgspersonene rundt dem har adgang til hjemmet eller rommet deres uten at de kan kontrollere hvor ofte de kommer (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

Gjennom oppgaven tar vi utgangspunkt i en egenerfart situasjon som belyser problematikken rundt bruken av tvang. Vi velger å skrive en fiktiv case.

1.1 Case

Mille Oppdal er 60 år, enke og bor på en lukket demensavdeling. Hun har fått diagnosen frontallapp demens. Hun har svikt i flere av egenomsorgsbehovene. Hun har betydelig nedsatt hukommelse og har ingen forståelse av at hun trenger hjelp. Stort sett sitter hun på rommet sitt og ser på TV. Mille har to sønner, en datter og fem barnebarn. De besøker henne ofte. Pårørende har kommentert den dårlige ernæringen og den dårlige personlige hygien til Mille. Hun var tidligere opptatt av familie, jobbet i en bank og spilte mye bingo med venner. Hun var kjent for å være opptatt av det sosiale og var mye sammen med barnebarna. Den siste tiden har hun blitt likegyldig. Når personalet tilbyr hjelp til morgenstell, blir hun ofte fornærmet. Ernæringen består av loff med sirup, kaffe og melk. Dette er det eneste hun vil spise. Hun røykte tidligere opptil 80 sigaretter og drakk daglig 8 liter melk. På avdelingen er det satt en holdningsplan. Hun får en røyk i timen, et glass melk og kaffe til måltidene. Mille har dårlige tenner og vil ikke utføre munnstell.

1.2 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema med problemstilling

Denne oppgaven er skrevet fordi vi finner temaet relevant da det blant annet er mye omtalt i media. Fra et sykepleiefaglig og etisk lys, er den aktuell å belyse. Bakgrunnen for valgt tema er erfaringer fra praksis. Observasjoner og opplevelser av etiske problemer i sykepleiepraksis har gjort oss undrende og interesserte i etikken ved sykepleien. Gjennom praksis har vi sett hvor viktig det er å ha kunnskap om tvang, da det er et aktuelt problem i sykepleien.

Bakgrunnen for at vi vil fordype oss i dette, og skrive denne oppgaven, er vårt møte med en pasient med frontallappdemens under en praksisperiode. Vi fant dette utfordrende og vanskelig. Vi ønsker å finne god sykepleie og bruk av paternalisme uten å krenke pasientens integritet ved å skrive denne oppgaven. Gjennom oppgaven skal vi med bruk av teori, forskning og egne erfaringer drøfte oss frem til om vi kan forsvare bruk av paternalisme. Hensikten med denne oppgaven er for oss å samle kunnskap, forskning og erfaringer så vi kan sette disse opp mot hverandre. Dette er på bakgrunn av at vi ønsker å utføre bedre sykepleie til denne pasientgruppen. På bakgrunn av case og begrunnelse for valg av problemstilling har vi kommet frem følgende problemstilling:

Hvordan utføre integritetsbevarende sykepleie til pasienter med demens sykdom ved bruk av paternalisme?

1.3 Problemstillingens avgrensning

Da temaet for oppgaven, som er nevnt tidligere er stor, har vi valgt å avgrense dette til bruk av paternalisme hos en pasient med frontallappdemens med omsorgssvikt på en lukket avdeling. Vi ønsker å få frem en overføringsverdi til andre pasientgrupper gjennom oppgaven. Oppgaven har gitte avgrensninger fra retningslinjer for bacheloroppgaver ved Høgskolen i Hedmark i forhold til antall ord, tidsaspekt og tema.

1.4 Oppgavens videre oppbygning og begrepsavklaring

Oppgaven består av en innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel og en konklusjon.

I kapittel 2 presenterer vi metodedelen vi har brukt i oppgaven. Her beskriver vi metoden, litteratursøk, kilder, valgt litteratur og kildekritikk.

Kapittel 3 er den teoretiske delen. Her presenterer vi vår forståelse av teori vi mener er viktig for å besvare problemstillingen.

I kapittel 4 presenterer vi tre sykepleieteoretikere som vi benytter oss av i oppgaven.

Kapittel 5 er oppgavens hoveddel, hvor vi reflekterer oss systematisk frem til svar på problemstillingen ved å sette teori og praksis opp mot hverandre. Vi har delt drøftingsdelen systematisk inn i tre deler: personlig integritet, kroppslig integritet og sosial integritet.

Kapittel 6 omfatter konklusjonen, der vil vi oppsummere oppgaven vi har skrevet og svare på problemstillingen.

Begrepene vil bli belyst underveis i oppgaven.

2. METODEDEDEL

Vi har valgt å gå frem med en bestemt fremgangsmåte. Dette gjør vi for å skape oss ny kunnskap eller for å etterprøve kunnskap. Dette hjelper oss å få holdbare data som kan belyse oppgaven vår på en faglig god måte (Dalland, 2007).

2.1 Beskrivelse av metode, kilder og valgt litteratur

Vi skriver en fordypningsoppgave som følger retningslinjene til Høgskolen i Hedmark for bacheloroppgave. Retningslinjene forteller oss at vi skal skrive en litteraturstudie som er å kvalitetsbedømme, granske og søke etter litteratur som er relevant for studiens formål. Kunnskapen vi finner, skal være bygget på innhenting og orientering av litteratur fra relevante fagbøker, forskningsartikler og en kritisk vurdering av disse (Dalland, 2007).

Denne oppgaven omhandler hvor grensen går for sykepleieren ved omsorg for en pasient med demens, med tanke på tvang og makt. Dette er ikke noe som kan måles eller tallfestes i noen grad for hvordan hver enkelt sykepleier føler at grensen til bruk av paternalisme går (Dalland, 2007).

Denne oppgaven består av pensumlitteratur som tildelt av Høgskolen i Hedmark, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og erfaringer fra praksis. For å støtte oss på annen litteratur enn pensumlitteraturen har vi også søkt etter fagartikler og forskning om temaet. Vi har hovedsakelig prøvd å forholde oss til primærlitteratur i denne oppgaven, som er original litteratur skrevet av forfatteren selv (Dalland, 2007). Vi har også brukt sekundærlitteratur som er en tolkning av andres arbeid. Da er litteraturen farget av deres verdier og holdninger (Dalland, 2007). Teorien vi har brukt, er også farget av vår forståelse og våre holdninger. Utfordringen vår med sekundærlitteraturen var å være kritisk til litteraturen da forfatteren har gjort seg opp en mening om andres arbeid. Vi har brukt teoriene til Kari Martinsen, Dorothea Orem og Sister Callista Roy.

Dalland (2007) beskriver relabilitet er beskrevet kort som pålitelighet, som handler om at det angis eventuelle feilmarginer og at målingene må utføres riktig. For å rette fokuset på problemstillingen har vi brukt selvvalgt litteratur. Vi har valgt å bruke boken til Rokstad (2006) med tittelen «Jeg vil ikke bli behandlet som en unge». Vi finner denne boken relevant da den omhandler paternalisme og autonomi ved pasienter med demens. Vi har også brukt artikler fra tidsskriftet i Sykepleien. Artikkelen «Bruk av tvang når behandling ikke hjelper» har vi brukt til å støtte oss på da den omhandler tvang og om dette er etisk riktig. Foruten både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur har vi valgt å bruke lovverk. Vi har valgt å bruke yrkesetiske retningslinjer og pasientrettighetsloven. Dette er litteraturen vi har valgt i forhold til oppgavens relevans.

2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Foruten pensumlitteratur har vi søkt forskningsartikler fra databaser og lånt bøker fra biblioteket. For å kvalitetssikre og vurdere om forskningsartiklene vi har funnet er gyldige og relevante, har vi valgt å bruke sjekklisten IMRAD. IMRAD er forkortelse for introduksjon som sier noe om hvorfor forfatteren valgte å gjøre denne studien, metode som beskriver hvordan studien er gjennomført, resultatet som beskriver funnene som er gjort og til slutt diskusjon som beskriver forfatterens egne meninger om resultatet og hva det betyr (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, 2008).

Vi har brukt PICO skjema for å finne gode søkeord, som vi har brukt til å søke i databaser. Databasene vi har søkt i er Helsebiblioteket, kunnskapsegget, sykepleien, Uptodate, BestPractise, Chinal og SveMed. De engelske søkeordene vi har brukt, er «Dementia», «paternalism», «person-centered-care», «nursing», «forced», «frontotemporal» og «ethics». De norske søkeordene vi har brukt er «demens», «etikk» og «tvang». Søkeordene ga oss mange treff, men mange av treffene omhandlet palliativ omsorg og atferdsproblemer, som ikke er relevant for vår oppgave.

2.3 Kildekritikk

For å beskrive kildekritikk bruker vi Dalland (2007) som beskriver det som en metode for å fastslå om kilden man bruker er sann ved å karakterisere og vurdere de kildene som brukes. For å vurdere forskningsartiklene vi har brukt har vi valgt å bruke Dalland (2007) sin teori om krav til hvor pålitelige kildene er og til hva som er relevant for problemstillingen vår. Vi har brukt litteratur som er fra nåtid, men også eldre litteratur. Den eldre litteraturen er fortsatt relevant i forhold til vår problemstilling da den omhandler frontallapp demens og paternalisme (Dalland, 2007).

Vi har funnet tre forskningsartikler som vi finner relevante. Alle forskningsartiklene er av nyere dato, to fra 2011 og en fra 2004. Metoden kommer tydelig frem i alle tre. To av forskningsartiklene er på engelsk. Dette kan bli et problem da feiltolkninger kan oppstå. Vi ser ikke på dette som et problem da begge behersker det engelske språket godt (Dalland, 2007).

Artiklene, vi har valgt å bruke, har vi funnet på Sykepleien og Chinal. Da vi søkte i Chinal med søkeordene «dementia» og «ethics», fikk vi opp 42 treff. På Chinal fant vi artikkelen «Person centered dementia care: an essential component of ethical nursing care» som er relevant til vår oppgave da den omhandler sykepleie til pasienter med demens. På Chinal fant vi også artikkelen «Awareness in dementia: Ethical and legal issues in relation to people with dementia» med 44 treff. Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den belyser problematikken rundt etikk. Da vi søkte på nettsiden til sykepleien med søkeordene tvang og demens, fant vi artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» med to treff. Denne artikkelen belyser bruk av tvang i sykehjem.

3. REDGJØRELSE AV SENTRALE TEMAER MED VÅR FORSTÅELSE

Dette kapittelet er vår teoridel. Her presenterer vi teori vi har samlet på bakgrunn av at vi finner den vesentlig og sentral i forhold til temaet og problemstillingen i oppgaven. Vi har valgt å sette opp teorien på en systematisk måte, før vi senere i oppgaven setter teorien opp mot hverandre.

3.1 Autonomi og paternalisme

Autonomi kan beskrives som selvregulering eller selvstyring. Autonomi vil si sykepleierens og pasientens selvbestemmelse. Det kan også beskrives kort som medbestemmelse.

Medbestemmelse er retten til å nekte behandling eller bestemme behandlingsformen. I dag kan ikke pasienter bestemme behandlingsformen selv da det er legen som bestemmer dette. En autonom vilje kan begrenses eller få muligheter, men selve autonomien kan ikke frarøves. Sykepleieren skal ha respekt for medbestemmelsen (Slettebø, 2009).

Paternalisme kan oversettes til far, eller far bestemmer. Paternalisme kan beskrives som å blande seg opp i en annen persons handlefrihet. Da rettferdiggjøres dette med begrunnelser som ikke har å gjøre med nytte, lykke, velvære, verdier eller interesser for personen som blir påtvungen noe. Når man mener at en person er ute av stand til å vurdere følgende av egen atferd selv, kommer ofte behovet for å gripe inn og hjelpe. Da griper man ofte inn for å hjelpe, slik at man hindrer at personen skader seg selv. Hvis pasienten selv mangler vurderingsevne, eller forutsetninger for å ta et autonomt valg, eller om pasienten er i fare om en ikke hjelper til, er forutsetninger for å gripe til med paternalistiske avgjørelser (Rokstad, 2006). Dilemmaer knyttet til situasjoner hvor sykepleieren må ta stilling til på den ene siden pasientens frihet og autonomi, og på den andre siden pasientens behov og velvære, er en situasjon helsepersonell, som behandler pasienter med demens, ofte står i (Rokstad, 2006).

3.2 Frontallappdemens

Navnet til frontallappdemens kommer av hvor i hjernen skaden sitter. De delene av hjernen som styrer over drifter, impulser og vår evne til å kunne tilpasse oss det sosiale er frontallappene. Vår evne til å kunne planlegge å vurdere, vår innsikt og noen av våre språkfunksjoner sitter også her. De tidligste symptomene på denne sykdommen er mangel på initiativ. Den som blir rammet, kan bare sitte stille og initiativløs uten å gjøre noen ting, dette gjør at de kan bli oppfattet som lat og uinteressert for pårørende. Hukommelsen og evnen til å forstå handling er intakt i en tidlig fase, men kan etter hvert utover i sykdomsløpet reduseres. Pasienten får vanskeligheter med å snakke og kan uttale ord galt, og de kan miste sammenhengen i setninger og samtaler. Ved langtkommen frontallappdemens kan språket mangle helt. Allerede tidlig i sykdommen kan man se at atferden endrer seg. Dette er noe som kan være veldig vanskelig for pårørende. Men hensyn til hygiene og påkledning kan personen virke likegyldig. Selv om pasienten blir fortalt at hun/han er syk, ser det ikke ut til at det går inn på pasienten. Det er også en mangel på sykdomsinnsikt. Det er vanlig å få en uhemmet trang til å spise, drikke og røyke i store mengder. Pasienten kan bli irritert over småting, og det blir vanskelig for personen å delta i sosiale sammenhenger. Pasienten kan virke deprimert, uinteressert, apatisk og bryr seg ikke om det som skjer i omgivelsene (Kirkevold, Brodtkorb, H Randhoff, 2008).

3.3 ETIKK

3.3.1 Respekt

Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal en sykepleier ha respekt for liv og egenverd. Respekt kan beskrives kort som høflighet. Sykepleieren skal lytte til det pasienten sier, og ta han eller hennes syn på alvor. Vi kan si at det er tre kjennetegn på respekt. Aktelse, ærefrykt og ærbødighet. Vi ser at respekt er å vise ærlighet og sannhet, vennlighet, hensynsfullhet, gi tid, være til stedet, sette seg ned, lytte, å vise at andre er betydningsfulle, vise oppmerksomhet ved å se, høre og berøre. Sykepleieren viser en holdning ved måten han eller hun møter pasienten. På denne måten vises også respekt (Slettebø, 2009). De yrkesetiske retningslinjene sier også noe om respekt: Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (NSF-2007: 7)

3.3.2 Integritet

Integritet kan beskrives som det å gjøre hel eller helhet, ukrenkelighet og uskadelighet.

Begrepet integritet sier noe om personens psykiske og fysiske grenser og at disse grensene skal respekteres. En person som presenterer seg selv med egne meninger, en person som har uavhengighet og selvstendighet beskriver en person med integritet (Slettebø, 2009).

Opplevelsen av integritet, å føle seg hel, kan bli svekket etter hvert som man blir eldre og blir avhengig av hjelp fra andre. Andersson (1994) kom frem til i sin studie at integritet kan ha følgende betydninger en tilstand av helhet, en personlig sfære og visse moralsk verdifulle karakteregenskaper (Fjørtoft, 2009).

Andersson mener at integritet i betydningen helhet kan brukes synonymt med helse ved at helse kan vise en slik balanse. Ved sykdom eller skade er personen utsatt for å oppleve psykisk og fysisk ubalanse. Ved å ivareta personens helhet er vi nødt til å se hele mennesket og alle sidene ved personens situasjon. Kari Martinsen mener dette er å vise aktelse for livet. Det er viktig at vi respekterer pasientens ønsker og behov. Hva som føles som er trussel på integriteten, kan være individuelt. Men det vi vet, er at sykdom eller skade kan skape en sårbarhet som vi må ta hensyn til (Fjørtoft, 2009).

3.3.3 Verdighet

Verdighet er en viktig grunnleggende verdi som sykepleieren må ivareta hos pasienten. Å vise verdighet til en pasient, som er i en sårbar situasjon, og som kan være utsatt for å bli krenket, er svært viktig. Pleietrengende pasienter står i en sårbar situasjon og får på en måte livet sitt invadert av fremmede. Det er menneskesynet vårt som viser oss hvordan vi møter denne sårbarheten på (Fjørtoft, 2009).

De to sykepleieforskere, Walsh og Kowanko, har gjort en studie hvor de ønsker å finne ut hva sykepleiere og pasienter legger i ordet verdighet. Da kom de frem til at respekt, privatliv, kontroll og å fokusere på å se brukeren som menneske var felles svar for begge gruppene. Sykepleierne var opptatt av å kunne ta seg god til hver enkelt pasient. Pasientene mente også at humor og muligheten til selv å kunne velge er viktig (Fjørtoft, 2009).

3.3.4 Makt

Makt delen inn i forskjellige former. En av disse er faglig makt. Faglig makt har utviklet seg som en følge av våre ferdigheter og kunnskaper, og den kommer til uttrykk igjennom både praksis og teori. Alle sykepleiere har denne makten. Sykepleierne skaper makt gjennom sine overbevisninger, personlighet, og holdninger (Slettebø, 2009).

Når vi snakker om etikk er makt et ord vi ikke kommer utenom. Ved å bruke makt påvirker vi andre mennesker. Når vi møter andre mennesker kan de oppleve at sykepleieren befinner seg i en maktposisjon. Når dette er tilfellet er det viktig at vi utviser en forsvarlig og moralsk sykepleie. Sykepleiere har ofte en vilje og fagkunnskaper, pasienten selv ikke har. Det viktig at sykepleieren bruker denne makten på en riktig og forsvarlig måte (Slettebø, 2009).

3.3.5 Betydningen av etisk refleksjon

For å kommunisere godt og yte god omsorg er etisk bevissthet en forutsetning. Evnen til å reflektere over hvordan man som fagperson bør forholde seg til en situasjon, og oppfatte hva som moralsk sett står på spill, er etisk bevissthet. Etikk kan kort defineres som refleksjon på en systematisk måte over moralske spørsmål man møter i praksis, i lys av normer og verdier i de etiske retningslinjene og fagets formål. For at beslutningene man tar skal være så velbegrunnet og gode som mulig, er etisk refleksjon viktig. Etisk refleksjon bidrar til og er viktig for å ivareta pasienten eller de pårørende på best mulig måte. Etisk refleksjon kan også bidra til at personen selv, som en hjelper, kan føle seg trygg i rollen sin, ha betydning for beslutningen og resultatet. Etisk refleksjon kan gi en følelse av å fremstå med faglig tyngde og integritet i møtet med pårørende og pasienter. Formålet med etisk refleksjon er å synliggjøre de etiske problemene som vi ikke så lett tenker over, oppdager eller ser. For å ta veloverveide avgjørelser i en situasjon med etisk vanskelige spørsmål, er det viktig med kommunikasjon med andre. De etisk vanskelige spørsmålene bør tas etter diskusjon med en eller flere personer. En forutsetning for at et etisk problem skal bli tilstrekkelig belyst, er ofte god kommunikasjon med berørte parter. På denne måten kan pårørende, eller andre berørte parter, føle seg ivaretatt når det gjelder synspunkter og interesser. For å ha en god kommunikasjon i praksis er det flere refleksjonsmodeller som kan være til hjelp (Eide & Eide, 2008).

3.3.6 Velgjørenhetsprinsippet

Velgjørenhetsprinsippet beskrives kort som at man skal gjøre andre mennesker vel og godt. Før i tiden var det vanlig at sykepleiere overkjørte sine pasienter fordi de mente at det visste hva som var best for pasienten på bakgrunn av at de var fagpersonell. Autonomiprinsippet spiller en stor rolle i dag. Dagens pasienter har kunnskap og informasjon lett tilgjengelig. De har også kunnskap om hva de har rett på (Slettebø, 2009).

Det er viktig å ha evne til å kunne se pasientens situasjon i sin helhet og gode fagkunnskaper for at sykepleieren skal kunne handle til det beste for pasienten (Slettebø, 2009).

3.3.7 Ikke - skade - prinsippet

Det at vi ikke skal skade pasientene er en del av vårt arbeid. Vår oppgave er å beskytte dem fra å oppleve unødig lidelse og smerte. Om konsekvensene kommer som en følge av sykepleierens avgjørelser kalles for et konsekvensetisk prinsipp som er en del av ikke – skade – prinsippet. Konsekvensene skal være til det beste for pasienten (Slettebø, 2009).

I ICNs etiske retningslinjer (2006) står det at sykepleiereren har fire grunnleggende ansvarsområder. Disse er å fremme helse, gjenopprette helse, lindre lidelse, og å forebygge sykdom (Slettebø, 2009).

3.3.8 Pliktetikk og konsekvensetikk

Plikter som sykepleieren bør forholde seg til er pliktetikk. En handling som vi er blitt pålagt til å måtte gjøre av oss selv beskriver en plikt. Immanuel Kant var en filosof som var et forbilde for den moderne pliktetikken. Han skilte mellom hensynet til konkrete goder som er knyttet til bestemte situasjoner og en handlings etisk motivasjon (Henriksen & Vetlesen, 2000).

Konsekvensetikken har mer fokus på hva handlingen, som vi utfører, vil føre til. Handlingen er riktig om det vi utfører skaper gode resultater. Formålet med konsekvensetikken er at problemet skal få en god løsning. Det negative med konsekvensetikken, er at vi ikke alltid vet hva som på forhånd blir konsekvensen av våre handlinger (Lingås, 2000).

3.4 Samtale med demente

For å gjøre kontaktforholdet mer hensiktsmessig og verdig og for å gjøre kommunikasjonen med demente mer tilfredsstillende, er forventninger og holdninger en viktig faktor. Ofte blir eldre mennesker betraktet som umyndige og ubehjelpelige når de har vist seg tegn på hukommelsessvikt eller forvirring. Mange går over til talebruken man bruker overfor små barn da de snakker med eldre mennesker. Det er viktig å ikke snakke om, men til pasienter med demens. Hvert menneske er et unikt individ. Sykepleieren skal behandle og betrakte hver pasient som en spesiell og særskilt person. Dette kalles også individualiseringsprinsippet (Heap, 2000).

I kommunikasjonen med demente er det viktig å være til stede. En trygghets- og holdningsmessig karakter er krav til sykepleieren som blir omsorgspersonen i denne situasjonen. Å ta imot og høre hva pasienten uttrykker av følelser, er viktig. Hvis det er en flom av sterke irrasjonelle uttrykk, skal ikke dette stanses. Ved å bli hjulpet til «å få alt ut» og å bli hørt på, kan pasienten bli tryggere og roligere. Den store angsten skal gis mulighet til å uttrykkes på en sterk måte, ikke dekkes til. Følelser skal ikke korrigeres, da ingen følelser er riktige eller gale. Pasienten har følelsene inni seg og de oppleves. På akkurat det tidspunktet som de oppstår, er de pasientens virkelighet (Heap, 2000).

3.5 Pasientrettigheter

Alle mennesker har rett til helsehjelp, men de kan også nekte å ta imot behandlingen de blir tilbudt (Slettebø, 2009). For å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp som er nødvendig og som mangler samtykkekompetanse, har loven et eget kapittel, 4A «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen». Hvis en pasient mangler samtykkekompetanse, og nekter nødvendig helsehjelp, kan pleieren gi somatisk helsehjelp da kapittel 4A gir rettsgrunnlag til dette. Et informert samtykke må foreligge for at helsehjelpen kan gis. Dette samtykke vil si at pasienten har fått den nødvendige informasjonen som trengs om innholdet i helsehjelpen og sin helsetilstand. Det er viktig at pasienten har forstått hva dette innebærer (Demensinfo, 2009).

4. TEORETISK PERSPEKTIV

Vi har valgt å støtte oss på tre sykepleieteoretikere vi finner relevante til vår oppgave.

4.1 Kari Martinsen

Martinsen beskriver omsorg som sykepleiens verdigrunnlag og som det fundamentale i sykepleien. Hun mener at omsorg baserer seg på prinsippet om å ta ansvar for de svakeste, som et moralsk begrep. Martinsen oppfatter at mennesker er fundamentalt avhengige av hverandre. Hun mener at dette kommer ekstra frem ved perioder med lidelse, sykdom eller funksjonssvikt. Svaret på denne avhengigheten er i følge Martinsen omsorg. Fenomenet omsorg beskrives som et praktisk, relasjonelt og moralsk begrep. Det beskrives kort som å bry seg om andre mennesker. Omsorg blir også beskrevet som omtanke, ettersyn og beskyttelse. For å vise, eller gi omsorg, trenger sykepleieren en evne til å kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Det er sykepleierens ansvar å skape en trygghet. Den tryggheten som er nødvendig for det aktuelle tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient (Slettebø, 2009).

Omsorg og respekt har mye til felles, og det er derfor naturlig å sette de to sammen. Man kan si det slik at respekt for menneskers liv og integritet er å vise omsorg. Det finnes flere definisjoner på omsorg. Man kan si at det å vise omsorg i praksis betyr å bry seg om den andre, og kunne se hva den andre personen har behov for. Kari Martinsen trekker frem tre aspekter ved omsorgsbegrepet. I det relasjonelle begrepet ligger det at omsorg er en samhandling mellom mennesker. I det praktiske begrepet menes konkrete situasjonsbetingede handlinger som er basert på å se hva som er det beste for pasienten. I det moralske begrepet ligger det et ansvar for våre medmennesker, spesielt de svakeste (Fjørtoft, 2009).

4.2 Dorothea Orem

Orem har en sykepleieteori som bygger på tre deler. De tre delene er teorien om sykepleiesystem, egenomsorg og egenomsorgssvikt. Orem mener at god sykepleie er å erstatte personens manglende egenomsorg der personen selv ikke klarer å ivareta denne. Sykepleierens mål er at personen skal oppleve uavhengighet i egenomsorgen hvis dette lar seg gjøre. I de tilfeller hvor dette ikke er mulig, er det sykepleierens oppgave og mål å lindre og stabilisere personens tilstand. I sin sykepleieteori setter hun tre etiske normer høyt som er definert som respekt, ansvar og evne til å observere. Hun mener at sykepleieren må respektere det unike mennesket og dets væremåte, men dette er likevel ikke til hinder for at sykepleieren kan prøve å påvirke personen til en mer helsefremmende atferd. Orem er også opptatt av at sykepleieren må skape gode relasjoner til pasienten. Hun nevner at det er viktig å bruke et aktivt kroppsspråk, for eksempel god øyekontakt. Hun legger stor vekt på at sykepleieren må være kunnskapsrik og faglig dyktig, slik at det er lett og fange opp problemene til pasienten. Hun mener derfor at observasjon, refleksjon og vurdering av pasienten er svært viktig for å utøve god sykepleie. Orem sier at sykepleieren skal være ansvarsbevisst. Dette forklarer hun som at sykepleieren skal se på seg selv som forsvarlig med kunnskaper og tekniske ferdigheter (Cavanagh, 2008). Det er i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene vi har i dag hvor det heter at sykepleieren har ansvar for å utøve sykepleie innenfor sitt kompetanseområde (NSF, 2007). Orem ser på sykepleie som en kunst og en vitenskap (Cavanagh, 2008).

4.3 Sister Callista Roy

Sister Callista Roy har en sykepleieteori som beskriver at sykepleieren skal manipulere pasienten og omgivelsene rundt han slik at situasjonen blir helsefremmende. Dette er en holdning som kan være farlig, men med en stor etisk bevissthet av sykepleieren, vil faren for maktutøvelse som ikke kan forsvares, minskes. Manipulering kan beskrives som å få en annen person til å handle på en bestemt måte, uten at personen selv er klar over det. Her kommer begrepet autonomi inn, da retten til autonomi hos den enkelte pasient blir borte. Sykepleieren har en plikt til å informere pasienten om tiltakene som skal iverksettes og hvorfor tiltakene er viktig for pasienten. Når informasjonen er gitt, er det opp til pasienten selv om han eller hun vil følge tiltakene som er blitt foreslått. Om sykepleieren manipulerer frem disse tiltakene, kan pasienten føle seg lurt til å gjøre det sykepleieren mener er best, uten informasjon om hvorfor dette er viktig. Sykepleiere har en kraft i rollen, som de sitter i, til å påvirke pasienter i den retningen hun eller han selv vil, eller mener er best. Dette kalles sosial makt. Selv om tanken er god og sykepleieren gjør dette for å gjøre det til det beste for pasienten, er det ikke etisk riktig. Pasientene har en rett til å ha selvbestemmelse over sin kropp og sitt liv, og også over de tiltak og den sykepleien som tilbys. Sykepleieren er med på å dele makten ved å la pasientene selv bestemme over eget liv og egen kropp. Da kommer sykepleier og pasient sammen frem til den sykepleien som er best for pasienten, formet i et fellesskap (Slettebø, 2009).

5. DRØFTING AV TEMAET

Som tidligere nevnt, skal vi i denne delen ta for oss teori vi har brukt i teoridelen. I dette kapitlet skal vi granske teorien fra ulike synsvinkler. Dalland (2007) beskriver drøfting som «hensikten med drøftingen er å oppøve evnen til systematisk og kritisk refleksjon om hvordan kunnskap blir til». Vi har valgt å dele drøftingsdelen inn i tre kapitler etter de grunnleggende prinsippene til pasientens helhet og integritet. Vi har valgt å fokusere på den personlige, kroppslige og sosiale integritet (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008). Vi har valgt dette fordi dette gir oss en struktur som hjelper oss å ha en rød tråd gjennom hele oppgaven, og som vil gi oss svar på problemstillingen.

5.1 Personlig integritet

Etter at Mille fikk diagnosen frontallappdemens har hun ikke lenger klart å ivareta sine egenomsorgsbehov. For å ivareta Milles personlige integritet må vi respektere og anerkjenne henne som en unik person med sin særegne selvforståelse og identitet. For at Mille skal føle at hennes personlige integritet er ivaretatt, er det viktig at vi har respekt for hennes selvbestemmelse, innenfor kapasiteten og rammene hun har. Som sykepleiere må vi erkjenne og ta hensyn til at Mille tar sine egne valg og vurderinger, utfra det hun selv finner betydningsfullt og den sosiale konteksten hun er en del av. I denne situasjonen er dette vanskelig. På den ene siden vil vi la Mille ta sine egne valg hvor hun selv bestemmer hva hun ønsker. På den andre siden vet vi at det vi ønsker for henne, er viktig for å ivareta hennes helse (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

Det er flere forhold som kan true Milles integritet. For å finne sykepleie som fremmer Milles integritet, må vi kartlegge forhold som kan true hennes integritet. Da utføres det en systematisk undersøkelse som viser oss hvilke aspekter ved Milles situasjon som er spesielt utsatt for integritetskrenkelse. Det at vi ikke anerkjenner og ser hennes personlighet, men behandler henne som et objekt, er en viktig årsak til krenkelse av hennes integritet. Det er viktig at vi ser Mille som en person, ikke bare sykdommen eller situasjonen hun er i (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008). Om vi ikke ser Mille som en person, men som et objekt har vi erfart at integriteten krenkes. Under en praksisperiode observerte vi en sykepleier som ikke snakket til pasienten, men om. Sykepleieren hadde ikke øyekontakt med pasienten

og forklarte ikke hva hun skulle gjøre eller hvorfor. Da opplevde vi at pasienten ble usikker, og trass. Pasienten fortalte oss senere at hun opplevde situasjonen som et overgrep. Vi støtter oss på forskning som viser at pasienter med demens er sårbare. Da er det viktig å ha god kommunikasjon. Uten denne gode kommunikasjonen kan pasienten utvikle en angst. Om vi ikke ser Mille som den hun er med en god kommunikasjon kan hun utvikle en redsel, mistenksomhet og en følelse av mangel på kontroll (Hem, H. M., Gjerberg, E., Pedersen, R., Førde, R., 2010). Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) mener at det er viktig å ikke bare være opptatt av diagnosen, eller hva de andre omsorgspersonene har fortalt oss. Vi må bli kjent med Mille som den personen hun er.

Om Milles bekymringer eller meninger ikke respekteres, eller høres, trues integriteten hennes. Vi må også huske at Mille kan ha frykt for å dele sine meninger, da hun kan føles seg truet av at dette kan resultere i at helsehjelpen blir dårligere. Da er det viktig at vi inviterer Mille til å fortelle oss hva hun selv ønsker og gir inntrykk for at dette er noe vi ønsker å høre. Vi kjenner ikke til Milles muligheter, erfaringer, evner eller behov bedre enn Mille selv. Dette er det viktig at vi også viser, da en holdning om at vi vet dette bedre enn henne selv, kan gi en uheldig effekt, da det kan oppleves som krenkende. Om vi viser denne holdningen kan Mille oppleve det som krenkende, mangel på respekt eller som å bli overkjørt. I forhold til hva Mille selv uttrykker at hun ønsker eller mestrer, er det viktig at vi ikke setter for store krav da det kan medføre at hun ikke føler seg respektert (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

Når vi skal utføre integritetsbevarende sykepleie til Mille, ser vi som sagt på den ene siden at Mille selv skal ta valg utfra det hun selv ønsker (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008). På den andre siden mener Orem at god sykepleie er å erstatte personens manglende egenomsorg, der personen selv ikke klarer å ivareta denne (Cavanagh, 2008). Setter vi dette mot hverandre ser vi utgangspunktet til disse meningene er like. Orem setter tre etiske normer høyt. Disse etiske normene er ansvar, respekt og evne til å observere. Hun mener at sykepleieren må respektere det unike mennesket og dets væremåte, men dette er likevel ikke til hinder for at sykepleieren kan prøve å påvirke personen til en mer helsefremmende atferd (Cavanagh, 2008).

Orem mener at pasienten skal oppleve uavhengighet i egenomsorgen. På bakgrunn av at Mille har frontallappdemens, har hun ikke lenger forståelse for viktigheten av ivaretagelse av egenomsorgsbehovene (Cavanagh, 2008). Vi velger å støtte oss på Martinsen som beskriver omsorgsbegrepet med tre aspekter, der det ene aspektet er konkrete situasjonsbetingede handlinger som er basert på å se hva som er det beste for pasienten (Fjørtoft, 2009). Som sykepleiere føler vi ansvar for å påvirke Mille til en mer helsefremmende atferd ved at hun ivaretar sin personlige hygiene. Mille ønsker ikke å utføre munnstell, håndvask eller dusj. Vi ønsker å hjelpe Mille med hjelp til å dusje uten å krenke den personlige integriteten. For å utføre denne sykepleien, kan vi støtte oss på Martinsen som mener at alle mennesker er avhengige av hverandre og at den sterkeste skal ta ansvar for den svakeste (Fjørtoft, 2009). I denne situasjonen er vi i en sterkere posisjon da vi sitter med helse og kunnskap som Mille ikke har. Hvis vi støtter oss på teorien til Sister Callista Roy, kan vi bruke manipulering på Mille for å utføre sykepleien. Dette kan vi utnytte ved å lure pasienten til å utføre helsefremmende tiltak (Slettebø, 2009). Hvis vi bruker manipulering, går vi imot prinsippene til Martinsen som mener at omsorg er omtanke, ettersyn og beskyttelse (Fjørtoft, 2009). Vi sitter med kunnskapen om at god hygiene er helsefremmende, men også kunnskap om at vi vil krenke den personlige integriteten til Mille hvis vi utfører denne formen for sykepleie. Ved bruk av makt, påvirker vi Mille. I vårt møte med henne kan vi som sykepleiere bli sett på som mennesker i en maktposisjon. I slike situasjoner er det viktig at vi utviser en moralsk og forsvarlig sykepleie. Som sykepleiere har vi ofte fagkunnskaper og vilje som Mille selv ikke har, og det er viktig at vi bruker dette på en riktig og forsvarlig måte (Slettebø, 2009).

Hvis pasienten selv mangler vurderingsevne, eller forutsetninger for å ta et autonomt valg, eller om pasienten er i fare om en ikke hjelper til, er forutsetninger for å gripe til med paternalistiske avgjørelser (Rokstad, 2006). Paternalisme, som kan oversettes til «far bestemmer», kan brukes i denne situasjonen da Mille står i fare for å miste tennene sine ved mangel på munnstell, og hun står i fare for å miste den sosiale kontakten da hun ikke ønsker å møte andre mennesker grunnet mangel på god hygiene. Selv om vi ønsker å utføre helsefremmende sykepleie for Mille, kan dette føre til det motsatte. For å forhindre at det motsatte skjer, støtter vi oss på Sister Callista Roy. For å utføre sykepleien, kan vi, i følge Sister Callista Roy, manipulere Mille til å utføre stell ved å lure henne til å tro at det er det hun selv ønsker. Dette kan true integriteten hennes hvis vi manipulerer uten kunnskap og en god hensikt. Med kunnskapen og erfaring fra sykepleiefaget kan vi manipulere Mille til å utføre

stell på bakgrunn av kunnskap om en helsefremmende effekt (Slettebø, 2009). Fra en annen side ser vi at hvis ikke møtet mellom oss som sykepleiere og Mille understøtter hennes integritet og verdighet, hjelper det ikke om pleien er nødvendig. Hjelpen, som vi utfører, kan da bidra til overgrep og krenkelse (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008)

Mennesker reagerer individuelt på utfordringene som oppstår i løpet av livet. Mestring retter seg mot både affektive, kognitive og atferdsmessige prosesser. Disse er forbundet godt sammen. Når man får en alvorlig sykdom, preges opplevelsen av sykdommen av hvem man er og mange andre faktorer fra fortid og nåtid. Forholdet til andre mennesker kan også bli involvert. Mestring beskrives kort som å forholde seg hensiktsmessig til egne reaksjoner og situasjoner. Mille har fått en alvorlig diagnose som påvirker livet hennes i en stor grad. En vanlig reaksjon på dette er sinne eller trass. Når vi tilbyr Mille hjelp til stell og dusj, er hun likegyldig og kort i svarene. Dette kan være hennes måte reagere på både diagnosen og hele situasjonen hun er i. Om vi ikke lytter eller viser forståelse for reaksjonen eller følelsene Mille uttrykker, respekterer vi ikke Mille (Eide & Eide, 2008). Som sykepleiere vet vi av erfaring at pasienter kan utløpe følelser mot oss, som nødvendigvis ikke er rettet mot oss. Vi har erfart en pasient som reagerte med sinne ved en sykehusinnleggelse. Pasienten kjeftet på sykepleieren, noe sykepleieren tok personlig. Pasienten forklarte senere at han var redd og reagerte derfor med sinne mot personen som var nærmest i det øyeblikket.

For at vi skal klare å se Mille bak fasaden, er det viktig at vi har kunnskap om hva det vil si å være hjelpetrengende, gammel og avhengig av andre (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008). For å oppnå god sykepleie uten å krenke Milles personlige integritet, kan vi bruke god kommunikasjon. Det er viktig å ikke snakke om, men til henne. I kommunikasjonen med Mille er det viktig å være til stede. Det er viktig at vi har en trygghetsmessig og holdningsmessig innstilling da vi blir omsorgspersonene i denne situasjonen. Å ta imot og høre hva Mille uttrykker av følelser er viktig (Heap, 2000). For å kunne nå frem hos Mille, er kommunikasjon en av de viktigste redskapene vi har for å kunne kartlegge hennes situasjon. Det kan være en utfordring å samtale med demente. De kan ha problemer med å få frem sine ønsker og har ofte vanskelig for å finne de «rette» ordene. Det er viktig å møte Mille der hun er. Som sykepleier er det viktig å kartlegge hvordan Mille selv opplever sin situasjon, og hvilke behov hun ønsker hjelp til å opprettholde. I denne situasjonen ønsker ikke Mille hjelp til å opprettholde noen av behovene. Hun ønsker heller ikke samtale med noen av de ansatte

på avdelingen. Svarene er korte, og det er vanskelig å få øyekontakt med henne. Orem mener at sykepleieren må skape gode relasjoner til pasienten. Hun nevner at det er viktig å bruke et aktivt kroppsspråk, for eksempel god øyekontakt (Cavanagh, 2008). Som nevnt tidligere har vi erfaringer om hvor viktig kommunikasjon er. Kroppsspråk er veldig viktig da det tydelig viser våre holdninger. Øyekontakt er et godt eksempel på kroppsspråk. Et eksempel på ulempen med mangel på øyekontakt er erfaringen vi har med sykepleieren som ikke hadde øyekontakt med pasienten under et stell. Dette viste oss styrken og svakheten ved god øyekontakt. Pasienten følte seg som tidligere nevnt overkjørt og krenket. Dette er en klar svakhet da pasientens integritet ikke ble respektert. Gjennom denne erfaringen så vi den uheldige effekten dårlig kommunikasjon både verbalt og aktivt kroppsspråk har for pasienten. For å understreke fordelen med øyekontakt støtter vi oss på Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008) som beskriver viktigheten av øyekontakt med demente pasienter. De beskriver mangel på øyekontakt som krenkelse av den gamles integritet.

Mille kan få en følelse av å være i en svak posisjon da omsorgspersonene rundt henne har faglig kompetanse, noe som kan vises gjennom makt (Slettebø, 2009). I samtale med Mille er det viktig at vi gir informasjon om sykepleien vi ønsker å gi. Det viktig at Mille forstår informasjonen som er gitt. Det er satt en holdningsplan i forhold til sykepleie til Mille på avdelingen, er det allerede bruk av makt, da Mille ikke får drikke eller røyke i de mengdene hun selv ønsker. Fordelen med å la Mille røyke, drikke eller spise så mye hun ønsker er at vi ivaretar integriteten. Ulempen blir at det kan ha en helseskadelig effekt (Eide & Eide, 2008).

5.2 Kroppslig integritet

Kroppslig integritet handler om alt fra å styrke forebyggende aktiviteter til å bevare hudens integritet. Det er relevant å se på denne dimensjonen av integritetsbevarende sykepleie i møte med Mille, da kroppen hennes forandrer seg med alderen. Når alderen øker, øker også faren for å bli utsatt for sykdommer. Mindre bruk av kroppen kan øke denne aldringsprosessen. I høy alder er helsefremmende tiltak veldig viktig. For å ivareta Milles kroppslige integritet innebærer ikke å bare fokusere på kroppen som en fysiologisk organisme. Kroppen er grunnleggende for opplevelsen av eksistensen, av livet og at funksjonsendringer og helsesvikt kan forandre personens oppfattelse av sitt liv og seg selv. Kroppen er uatskillelig fra den vi er som menneske og person, den er en sanselig kropp, en helhet. Dette gjør at aldring og sykdom kan oppleves som en trussel mot selvforståelsen og identiteten. Dette gjør at den kroppslige dimensjonen er nær knyttet til den personlige integriteten (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

Her vil vi, som ved den personlige integriteten, kartlegge forhold som kan true Milles kroppslige integritet. Alle mennesker har et allmennmenneskelig behov for et personlig rom, og kan oppleve det som krenkende eller truende når noen trer inn i dette personlige rommet uten tillatelse. I Milles situasjon vil hun ikke ha hjelp til personlig hygiene. For å ivareta den kroppslige integriteten til Mille må vi da ha tillatelse til å tre inn i det personlige rommet hennes, for å kunne fungere som en hjelper ved for eksempel å dusje. En uheldig effekt av å tre inn i det personlige rommet til Mille er for eksempel at hun må kle av seg foran fremmede, eller berøring av kroppen. Dette kan oppleves som svært truende og krenkende. For å snu dette til en heldig effekt kan den kroppslige integriteten for eksempel ivaretas ved at hjelperen er av det samme kjønn som pasienten (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

Da opplevelsen av det personlige rom er individuelt og kan forandres ved sykdom eller aldring, er det viktig at vi snakker med Mille om dette. Ved en samtale kan vi få informasjon om hvor grensen for hennes personlig rom går. Vi må respektere dette rommets grenser for at opplevelsen av kroppslig integritet skal ivaretas. Et eksempel på å krenke integriteten er om vi går inn i Milles rom uten å banke på, ved å røre tingene eller klærne hennes eller andre private eiendeler uten tillatelse. Mange omorganiserer rommet til pasientene for å gjøre arbeidssituasjonen bedre for dem selv. Dette kan gi en uheldig effekt hos Mille da vi ønsker å

respektere hjemmet hennes. Ved å vise respekt for hennes situasjon, kan vi forebygge forverring av forvirringen da det ikke blir ukjent - eller forandret struktur - for Mille. Rommet, som Mille har på avdelingen, er hennes hjem. Det er viktig at vi som sykepleiere ivaretar følelsen av at rommet på avdelingen er hennes hjem, ikke bare vår arbeidsplass (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

Løgstrup beskriver alle menneskers krav på et helt personlig indre rom for urørlighetssonen. Martinsen beskriver urørlighetssonen som respekt for andre menneskers grenser og at vi med en faglighet skal ta hensyn til den. I stellesituasjonen med Mille står vi i fare for å krenke urørlighetssonen. Urørlighetssonen er grensen for hvor det enkelte mennesket setter en grense for avstanden og nærheten til andre mennesker. Da Mille ikke ønsker hjelp til dusj og stell, vil vi krenke den kroppslige integriteten ved å utføre stellet. Ved å krenke den kroppslige integriteten krenker vi samtidig det personlige rom. Hvis vi krenker Milles integritet, påfører vi henne skade. Selv om vi i utgangspunktet mente det for å hjelpe henne, kan det utvikle seg til en skade og overgrep som kan være vanskelig å lege. Integritet er noe sårbart og urørlig som ikke må krenkes. Vi støtter oss på Martinsen som skriver at den etiske fordringen er å beskytte det sårbare. For å oppnå det, utfordres den profesjonelle fagligheten (Austgard, 2010).

Manglende respekt, som for eksempel latterliggjøring av Mille, kan oppleves som en trussel mot integriteten. Manglende respekt understreker den makten vi har og muligheten for overgrep som ligger i forholdet mellom pasient og sykepleier. Risikoen for manglende respekt er høy hos pasienter med demens og kognitiv svikt. Det er en viktig sykepleieoppgave å begrense truslene mot integriteten til pasienten for å sikre at den ivaretas. Dette er vanskelig i situasjonen til Mille, da vi skal utføre helsefremmende sykepleie. Uten tillatelsen fra Mille er det vanskelig å ivareta den kroppslige integriteten ved hjelp til personlig hygiene. For å klare å utføre integritetsbevarende sykepleie ved bruk av paternalisme, er det å etablere en ivaretakende relasjon en viktig forutsetning. Mille er i en svekket og sårbar situasjon hvor hun er avhengig av at vi kjenner henne som person og at vi kan ivareta hennes behov og interesser når hun selv ikke klarer det. For noen kan det å ha kontakt med enkelte sykepleiere som de kjenner som enkeltpersoner, og ikke som sykepleiere, være viktig. Hvordan pasienten ser på dette er det viktig å ha informasjon om for å kunne ivareta den enkeltes integritet (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

5.3 Sosial integritet

For å ivareta den enkeltes integritet, eller helhet, er det viktig å ta hensyn til pasientens sosiale kontekst. Da må sykepleieren respektere og kjenne til vedkommende etniske, sosiale og kulturelle bakgrunn. Sykepleieren skal kjenne til hvor pasienten står i forhold til sin sosiale kontekst. For å kartlegge den sosiale konteksten hos Mille, må vi finne hvor den kommer fra og hva den plasserer seg innenfor. Dette vil igjen påvirke Milles mål og verdier, og hvordan hun ser på begrepene aldring, helse og sykdom. Vi ser at Milles sosiale integritet er tett forbundet med familien, da hun setter barn og barnebarn høyt. Mille ser det ikke som viktig å være en del av det sosiale på avdelingen. Familien besøker henne ofte, noe Mille har gitt uttrykk for at er veldig hyggelig. Nettopp fordi familien er stor og ofte kommer på besøk, kan Mille bevare følelsen av å være en del av familien (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

Sister Callista Roy setter stor vekt på den sosiale integriteten som påvirker hvordan mennesker tilrettelegger seg i forskjellige roller som oppstår gjennom livet (Slettebø, 2009). Når vi møter Mille, er hun i hjemmet sitt og vi er på arbeidsplassen vår. Vi er i to forskjellige roller som møter hverandre. I vår rolle som sykepleiere i uniform kan Mille føle seg truet av vår sosiale makt (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008). Løgstrup beskriver makt ved å skrive at alt av menneskelig samvær vil si selvutlevering. Han skriver at det er et makt- og avhengighetsforhold i alle relasjoner. Ved en samtale med en annen utleverer vi noe av oss selv og ved det gjør vi oss selv sårbare. Løgstrup skriver at den enes utlevering er den andres makt. Da Mille våger seg frem til å utlevere seg selv til oss, er det en risiko for henne ved at vi automatisk får en makt. Denne makten står vi fritt til å bruke slik vi selv ønsker. Vi kan velge å bruke makten til å skade Mille, eller å bruke den til det beste for henne. Hvordan vi velger å bruke denne makten bestemmes av holdningene våre. I vårt møte med Mille vil vi gjøre det tydelig at vi har en holdning og et ønske om å bruke denne makten til det beste for henne (Austgard, 2010). Vi ble bevisste på betydningen av gode holdninger da vi leste artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» der en pleier beskriver en situasjon hvor pasienten opplevde å bli «spylt» da hun fikk hjelp til dusj (Hem, H. M., Gjerberg, E., Pedersen, R., Førde, R., 2010). Sister Callista Roys teorier om manipulering kan sees på som en dårlig holdning da manipulering kan brukes negativt. Denne holdningen kan være farlig, men Roy forsvarer manipulering forutsatt en faglig forsvarlighet og en stor etisk bevissthet (Slettebø, 2009).

I forhold til Mille kan manipulering ha både fordeler og ulemper. Fordelen med manipulering av Mille er den helsefremmende effekten. Om vi manipulerer Mille på bakgrunn av kunnskapen vi har som sykepleiere kan vi ivareta egenomsorgsbehovene hennes. Ulempen kan være at Mille opplever manipuleringen som krenkende. En uheldig effekt av manipulering er at vi som sykepleiere overkjører Milles meninger og følelser. Vi kan støtte oss på Sister Callista Roy for å utføre manipuleringen da vi kan forsvare den med faglighet og kunnskap. På en annen side kan dette føre til krenkelse av Milles integritet. Som sykepleiere ser vi på dette som et etisk dilemma da vi har to eller flere valgmuligheter uten at den ene er bedre enn den andre. På den ene siden ivaretar vi Milles helse og egenomsorg, på den andre siden ivaretar vi integriteten hennes (Slettebø, 2009). Vår egenerfaring understreker forståelsen vi har av begrepet av manipulering. Vi observerte under en praksisperiode en samtale mellom en sykepleier og en pasient. Pasienten hadde et ønske om å flytte hjem, noe som ikke var mulig. Sykepleieren svarte «jada, men nå skal vi spise først». Dette ga pasienten et inntrykk om at hun skulle få komme hjem om hun spiste et måltid først. Vi opplevde ikke at sykepleieren gjorde dette bevisst, men med vår forståelse av begrepet manipulerte eller lurte hun pasienten til å spise opp maten sin. Den heldige effekten av dette eksempelet er at sykepleieren hadde kunnskap om viktigheten av ernæring. Pasienten fikk i seg de næringsstoffene kroppen trenger. Den uheldige effekten her er at pasienten satt igjen med en følelse av å bli lurte. Pasienten hadde inntrykket av at om hun spiste opp maten, skulle hun få komme hjem. Da maten var spist opp fikk ikke pasienten komme hjem. Dette førte til at pasienten følte at hun ikke ble respektert. Pasienten satt igjen med en skuffelse og en følelse av å bli krenket.

Vi støtter oss også på Martinsen som beskriver holdninger i relasjonen med pasienten. Martinsen skriver: «*Med min holdning kan jeg gjøre den andres liv truende eller trygt. Det er derfor en fordring til oss om å ta vare på det liv som tilliten legger i vår hånd*» (Jensen et al., 1990, s. 71). Når vi møter Mille, stilles vi overfor to muligheter. Vi kan ta vare på tilliten, eller å ødelegge tillitsforholdet. For å vise tillit til Mille, må vi utlevere oss. Vi må våge oss frem for å bli imøtekommet. Mennesker møter hverandre normalt med tillit. Mistillit kommer fra særlige grunner og omstendigheter. I denne situasjonen er Mille i en særlig situasjon. Hverdagen, omgivelsene, kroppen og følelsene til Mille er forandret. For å bli tillit verdig, kan vi vise holdningen vår gjennom stemmen vår, hendene våre eller blikk. Vi kan også vise at vi er oppriktig interessert i Mille. Om Mille opplever interessen som uekte kan det oppstå mistillit.

Vi må være autentiske, ekte. I møtet med Mille er det en utfordring å skape tillit om vi bruker paternalisme for å utføre helsefremmende tiltak. Ved paternalistisk omsorg kan ikke sykepleieren vise den oppriktigheten, sårbarheten eller sensitiviteten som er nødvendig i relasjonen. Om vi bruker paternalisme fratrar vi muligheten Mille har til å delta i beslutninger om egne livsmuligheter. Vi begrunner det med at vi vet hva som er best for Mille på bakgrunn av kunnskap, men tar ikke hensyn til henne. Vi gjør da Mille maktesløs (Jensen et al., 1990).

Når vi møter Mille, vet vi at relasjoner kan være basert på forskjeller eller likheter. Dette kalles symmetriske og komplementære relasjoner (Eide & Eide, 2008). Som tidligere nevnt, sitter vi med en makt da vi har kunnskap Mille ikke har. Da er det viktig å huske at Mille også har kunnskap. Hun kjenner kroppen og sin egen situasjon. Dette kan problematiseres og diskuteres da hun har frontallappdemens og hennes evne til å vurdere, planlegge og tilpasse seg er nedsatt. Ved frontallappdemens er hukommelsen ofte nedsatt. Med disse symptomene er det vanskelig å vurdere om Mille har forståelse for situasjonen hun er i. Et viktig symptom er likegyldighet, noe som kan gjøre det vanskelig å få frem hva Mille føler eller tenker (Kirkevold, Brodtkorb, H Randhoff, 2008). En symmetrisk dialog vil si at partene i dialogen veksler mellom de ulike posisjonene. Disse posisjonene kan beskrives som at den ene styrer og behersker den andre og tar ansvar i situasjonen. Den ene overlater styringen og ansvaret til den andre. I dialog med Mille er det vanskelig å få til veksling mellom disse, da Mille kan opptre likegyldig og uinteressert. Da vi sitter med kunnskap om kommunikasjonsteorier, kan vi styre samtalen. Om vi ikke tar styringen over samtalen kan Mille oppleve oss som uinteresserte. Det viser også en holdning som kan skape mistillit (Eide & Eide, 2008).

Relasjonen, som vi skaper overfor Mille, kan være asymmetrisk eller symmetrisk. Da partene danner likeverdige relasjoner er det en symmetrisk relasjon. For å danne en symmetrisk relasjon med Mille er det viktig at begge parter har respekt for hverandre. I vårt forhold med Mille ønsker vi at autoritet, kontroll og makt er jevnt fordelt. Dette er vanskelig å oppnå da er i forskjellige situasjoner og posisjoner. En forutsetning for symmetri er at det er en balanse i forholdet hvor begge parter opplever hverandre som jevnbyrdige. Da Mille er i en posisjon hvor hun er pasient med en sykdom, og vi er sykepleiere i en arbeidssituasjon, er ikke det ikke en balanse i forholdet. Det er nettopp det motsatte, som er asymmetri. I situasjonen i forhold til Mille har vi kontroll og makt over henne. Vi kan beskrive situasjonen som et foreldre-barnforhold. I den situasjonen kan den ene føle seg usikker, liten, opprørsk eller trassig, mens vi i

foreldreposisjonen kan føle oss selvsikre, store, autoritære eller moralske. I forholdet mellom oss som sykepleiere og Mille som pasient ligger asymmetrien i rollefordelingen. Vi har en rolle som hjelpere, og Mille er pasienten som mottar og trenger hjelp. Vi er i en rolle som profesjonelle sykepleiere og sitter med en kompetanse Mille per definisjon ikke har. For å danne et helhetlig bilde av situasjonen, må vi få Mille i en form for dialog. Mille kjenner best hvordan sykdommen og situasjonen oppleves. Som tidligere nevnt, opptrer Mille som likegyldig, noe som gjør det vanskelig å holde en dialog. Forholdet mellom oss og Mille består av gjensidig avhengighet. Vi er avhengige av at Mille har tillit til oss og hun er avhengig av vår omsorg. Da vi sitter i en omsorgsrolle, kan vi bli sett på som viktige personer som har stor innflytelse, makt og styrke. Da Mille ikke vil utføre stell eller dusjing, står vi overfor et kinkig problem. Hvis vi tvinger Mille til å utføre dette, bruker vi tvang og makt, noe som ikke er en god løsning. Samtidig er det viktig at Mille har god hygiene. Det er vi som vet hva som trengs, men det er Mille som må utføre det. Målet vårt er å utføre sykepleie i en likeverdig relasjon, hvor Mille bevarer sin integritet og ansvaret for sin egen helse (Eide & Eide, 2008).

For å utføre denne sykepleien - uten å krenke integriteten - støtter vi oss på Martinsen som beskriver svak paternalisme som et utgangspunkt for sykepleiere. Martinsen beskriver svak paternalisme som å ta ansvar da den svake selv ikke klarer å hevde viljen sin. Ulempen ved svak paternalisme kommer frem om sykepleieren tar over for mye av ansvaret for pasienten. Dette kan skje ved at sykepleieren bestemmer for pasienten selv om pasienten selv er i stand til å ta valget selv. Martinsen forsvarer svak paternalisme om det kan rettferdiggjøres. I situasjonen med Mille ser vi at på den ene siden er svak paternalisme en fordel for henne da egenomsorgsbehovene ivaretas. På den andre siden kan dette føre til en ulempe for Mille da vi kan overkjøre henne ved å ta avgjørelser der hun er i stand til det selv (Slettebø, 2009).

Velgjørenhetsprinsippet vil si at man skal gjøre andre mennesker godt og vel. For at vi som sykepleiere skal kunne handle til det beste for pasienten er det viktig at vi som helsepersonell har gode fagkunnskaper, og at vi har en evne til å kunne se pasientens situasjon i sin helhet. Vi støtter oss på dette da vi ønsker å utføre sykepleie hos Mille. Vi ønsker å handle til det beste for Mille ved å hjelpe henne til god hygiene. Vi støtter oss på de etiske retningslinjer fra 2006 der det står at sykepleierne har fire grunnleggende ansvarsområder. Disse er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Ved å støtte oss på de etiske

retningslinjene, kan vi forsvare sykepleien vi ønsker å utføre. På den andre siden har vi ikke-skade-prinsippet som kort beskriver at vi ikke skal skade pasienten. Vi skal beskytte pasienten for fare. Dette kan tolkes på to måter i situasjonen til Mille, da vi på den ene siden beskytter Mille ved å hjelpe henne med egenomsorgsbehovene og på den andre siden beskytter integriteten hennes ved å ikke tvinge eller lure henne til det. For å finne en god sykepleie ved å støtte oss på ikke-skade-prinsippet, må vi finne en balanse mellom disse, så vi kan utføre sykepleien ved å beskytte både integriteten og egenomsorgsbehovene (Slettebø, 2009). For å forsvare sykepleien vi ønsker å utføre, støtter vi oss igjen på Orem som mener at god sykepleie er å erstatte pasientens manglende egenomsorg om pasienten selv ikke klarer å ivareta denne. Mille klarer ikke lenger ivareta egenomsorgsbehovene, da blir dette lagt til vårt ansvar som sykepleiere (Cavanagh, 2008).

For å kommunisere godt og yte god omsorg er etisk bevissthet en forutsetning. Evnen til å reflektere over hvordan man som fagperson bør forholde seg til en situasjon og oppfatte hva som moralsk sett står på spill er etisk bevissthet. For å yte god sykepleie til Mille, har vi gjennom oppgaven satt teori, forskning og praksis mot hverandre. For å bruke denne kunnskapen er etisk refleksjon viktig. For å ivareta Mille på en best mulig måte, er etisk refleksjon et godt redskap. Da vi skal ta en beslutning på hvordan vi på best mulig måte kan hjelpe Mille, vil vi bruke gode og velbegrunnede etiske refleksjoner. Etisk refleksjon hjelper oss ikke bare med å ta en god beslutning, men også til at vi selv som sykepleiere kan føle oss trygge i rollen vår, trygge på de beslutningen vi tar og slik kunne forsvare resultatet og rettferdiggjøre det. Dette bidrar til at vi kan stå igjen med en følelse av å fremstå med integritet og en faglig tyngde i møtet med både Mille og hennes pårørende. Om vi ikke bruker etisk refleksjon i vårt møte med Mille mener vi på bakgrunn av vår forståelse av etisk refleksjon at vi ikke får brukt fagkunnskapen vi sitter med. For å bruke kunnskapen vi sitter med er etisk refleksjon viktig. Om vi ikke bruker etisk refleksjon setter vi heller ikke kunnskapen opp mot hverandre og får da heller ikke brukt den (Eide & Eide, 2008).

6. KONKLUSJON

Konklusjonen er den avsluttende delen av vår oppgave. I denne delen skal vi oppsummere den nye kunnskapen vi har fått gjennom denne oppgaven. Vi skal oppsummere hvordan kunnskapen gir oss svar på problemstillingen. Vi skal i denne avslutningsdelen beskrive hvordan vi vil svare på problemstillingen og hvilke kunnskaper vi fortsatt mangler. For å finne svaret på problemstillingen har vi reflektert over det vi har skrevet i oppgaven, for å kunne formulere en kortfattet konklusjon. Vår konklusjon består av refleksive vurderinger. Vi har brukt Mille som et hjelpemiddel gjennom oppgaven å skal nå se overføringsverdien til pasientgruppen (Dalland, 2007).

6.1 Hvordan utføre integritetsbevarende sykepleie til pasienter med demens sykdom ved bruk av paternalisme?

Gjennom denne oppgaven har vi tilnærmet oss ny kunnskap om sykepleie til pasienter med demens. For å komme frem til en konklusjon har vi oppsummert funnene våre fra den personlige, kroppslige og sosiale integriteten.

Gjennom drøftingen kom vi frem til at vi må ivareta og respektere pasientens valg og meninger for å ivareta den personlige integriteten. Vi som sykepleiere må vise en god holdning med interesse for pasientene. God kommunikasjon og øyekontakt er viktig. Vi må også gi god informasjon. For å ivareta den kroppslige integriteten må vi respektere pasientens personlige rom og urørlighetssonen. Den sosiale integriteten ivaretas ved å ta hensyn til pasientens sosiale kontekst. Det er også viktig å skape tillit, symmetri og å følge de etiske prinsippene. Etisk refleksjon må til for å gi god sykepleie. Når vi setter sammen disse ser vi viktigheten av helheten. Den ene ivaretas ikke uten den andre. Energibalansen er også en del av helheten til menneskets integritet. Energibalanse kan beskrives som det grunnleggende for alt liv. Om vi krenker pasientens energibalanse kan dette true opplevelsen av eksistens (Kirkevold, Brodtkorb, H Randhoff, 2008).

For å forsvare paternalisme i stell med pasienten, har vi gjennom refleksjon kommet frem til at vi kan bruke svak paternalisme for å utføre integritetsbevarende sykepleie til pasienter med demens. For å begrunne våre valg har vi reflektert oss frem til at en etisk plattform, kunnskap, ferdigheter og faglighet forsvarer svak paternalisme. Videre diskuterer vi oss frem til at vi kan forsvare Sister Callista Roys teorier om manipulering om det blir brukt på en forsvarlig og faglig måte. Manipuleringen kan brukes om det er til det beste for pasienten. Ved etisk refleksjon kan faglig kunnskap om blant annet respekt, holdninger og kommunikasjon forsvare manipulering og samtidig ivareta integriteten. For å understøtte manipuleringen har vi også brukt teoriene til Dorothea Orem og Kari Martinsen da de støtter at sykepleieren tar over ansvaret eller avgjørelser om pasienten ikke er i stand til dette selv (Slettebø, 2009).

Da vi reflekterte over det vi har skrevet i denne oppgaven, så vi overføringsverdien den har. Den nye kunnskapen vi har tilnærmet oss kan brukes når vi skal utføre sykepleie til flere pasientgrupper.

LITTERATURLISTE

Selvvalgt litteratur er merket med stjerne.

*Austgard, K.(2010). *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Cappelen forlag.

*Cavanagh, J. (2008). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Universitetsforlaget.

Dalland, O.(2007)

Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal akademiske.

*Demensinfo. (2009). *Når pasienten motsetter seg helsehjelp – dette sier loven*. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Eide, H. & Eide, T. (2007).

Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2 utg.

Fjørtoft. A.K. (2006).

Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforlaget

*Heap, K. (2000)

Snakk med meg. Å samtale med eldre. Kommuneforlaget.

*Henriksen & Vetlesen. (2000). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i samarbeid med mennesker*. Gyldendal akademisk.

*Jensen, K., Engelsrud, G, Lauvdal, T., Løvlie, I., Martinsen, T., Eriksen, R.T., Rønning, R. (1990) *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal Norsk forlag AS.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A H, Siegert, H M og Langdalen, A. (2008). Geriatrisk sykepleie (2008) Oslo: Gyldendal akademisk.

*Lingås, G, L. (2000). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.

*NSF. (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler* (Vol. 2/01). Oslo: Forbundet. (NSF-serien).

*Rokstad. (2006)

«Jeg vil ikke bli behandlet om en unge» Etiske refleksjoner knytte til behandling av personer med demens. Forlaget Aldring og helse. 2 utgave.

Slettebø, Å. (2009).

Sykepleie og etikk. Gyldendal Norsk Forlag AS. 5 utgave.

*Bokmålsordboka. (2010). Universitetet i Oslo. Lokalisert på

<http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=rett&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>

*Brinchman, S. B. (2012). Bruk av tvang når behandling ikke hjelper. Sykepleien. Lokaliser på

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/etikk/807946/bruk-av-tvang-nar-behandling-ikke-hjelper>

*Engedal, K. (2002). Professor med demens på hjernen. Tidsskriftet. Lokaliser på

<http://tidsskriftet.no/article/608157>

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

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

*Thornton, L., R.N., B.N., M.ED. (2011). *Person-centered dementia care: An essential component of ethical nursing care*. Canadian Nursing Home (2011). Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a8e7b493-9309-46e4-9651-d93cc38db576%40sessionmgr114&vid=13&hid=110>

*Woods, B., Pratt, R. (2005). *Awareness in dementia: Ethical and legal issues in relation to people with dementia*. University of Wales Bangor (2004). Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fac13b66-037b-4867-a4d0-6553e525c1b2%40sessionmgr12&vid=5&hid=119>