



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 – Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 1

Antall ord: 7219

Autonomi i sykehjem



Sammendrag

Hensikten med oppgaven var å finne fremgangsmåter som sykepleier kan anvende for å fremme pasienters autonomi i sykehjemmet. De siste årene har fokuset på autonomi og brukermedvirkning økt betraktelig. Dette viser seg blant annet gjennom en forskrift om verdighetsgarantier for eldre sykehjemsbeboere (2010) som trådte i kraft januar 2011. Benyttet metode er litteraturstudie. Den overordnede verdien for oppgaven er verdighet som da også vil være et sykepleieteoretisk område. Jeg har gjennom oppgaven funnet ut hvilke faktorer som begrenser utfoldelse av pasientautonomi og hva sykepleier kan gjøre for å fremme autonomi.

Summary

The purpose of this study was to find ways that nurses can use to promote patient autonomy in nursing home. The used method for this study is a literature study. The overall value of the task is dignity which also will be a nursing theoretical area. In recent years the focus on autonomy and user participation has increased significantly. I have through this study managed to find factors that limit patient autonomy and what the nurses can do to promote autonomy.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bagrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.	7
1.3 Avgrensing og presisering	7
1.4 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Begrepsmessig rammeverk.	8
2.1 Verdighet	8
2.2 Autonomi, brukermedvirkning og velgjørenhetsprinsippet	8
2.3 Institusjonalisering.....	10
2.4 Makt og relasjon	10
2.5 Kommunikasjon og kartleggingsverktøy.....	11
2.6 Holdninger	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Litteraturstudie.....	13
3.2 Forskningsetikk	13
3.3 Litteratur søk og valg av litteratur.	14
3.5 Kildekritikk.....	14
4.0 Resultatdel	15
5.0 Drøfting	16
5.1 Fokus på institusjonaliseringens betydning for autonomi.	16
5.2 Bevisstgjøring av sykepleierens holdninger.	19
5.3 Maktoverføringen og erkjennelsen av sykepleierens makt.	21
5.4 Kartlegging	23
6.0 Avslutning	25
7.0 Litteraturliste	26

Vedlegg: 1 Skjema - Oversikt over artikler

Vedlegg: 2 Skjema - Litteratursøk

1.0 Innledning

1.1 Bagrunn for valg av tema

I tidligere praksis både i sykehjem, hjemmetjenesten og i sykehus har jeg opplevd at eldre pasienter ikke blir hørt og at deres meninger, ønsker og valg ikke alltid blir akseptert som ytringer fra autonome individer. Dette har skjedd på tross av at pasientene har hatt sin samtykkekompetanse og sine kognitive evner intakt. Det kan etter min mening noen ganger oppleves som om pleien og omsorgen gjerne blir utført på pleiernes og institusjonens premisser og ikke på pasientens. I henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal grunnlaget for sykepleien som utføres være respekten for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet. Dersom en ser dette i forhold til Pasientrettighetsloven (1999) som sier noe om pasientens rett til medvirkning og samtykke til helsehjelp viser dette at det er sykepleiers oppgave å fremme verdighet og da også autonomi hos sine pasienter.

De siste årene har fokuset på autonomi og brukermedvirkning økt betraktelig. Dette viser seg blant annet gjennom en forskrift om verdighetsgarantier for eldre sykehjemsbeboere (2010) som trådte i kraft januar 2011. Forskriftens formål er å sikre en trygg, verdig og meningsfull alderdom for eldre som er under kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven. Jeg mener at dette viser at det er et behov for økt fokus på området og at det muligens har vært for lite av det til nå. I tillegg til den aktuelle forskriften presiserer St. melding 25 Mestring, mål og mening (2005-2006) ønsket om større uavhengighet og mer makt til pasientene, for og lettere oppnå økt selvbestemmelse.

Tall fra Statistisksentralbyrå (2004) viser at ca 41.000 bor på sykehjem i Norge. Da tallene er fra 2004 kan det være en økning i 2011, men det viser et omtrentlig omfang av pasientgruppen. Det er mange pasienter som har sykehjemmet som sitt hjem og det regnes med at omfanget vil nå nye høyder når eldre bølgen kommer i 2020. I følge St. melding 25 vil de fremtidige eldre ha en bedre økonomi, høyere utdanning en hva som er vanlig i dag. Dette vil i større grad føre med seg en forventning om å kunne bestemme mer over egen tilværelse.

Hjemmet anses som en arena hvor en skal kunne bestemme over eget liv. Et spørsmål en kan stille er at dersom en ikke får bestemme i eget hjem, hvor har en da råderetten? Jeg ønsker

gjennom oppgaven å finne ut hvilke faktorer som begrenser utfoldelse av pasientautonomi og hva sykepleier kan gjøre for å fremme autonomi. Samtidig vil jeg se på hvilken betydning dette vil ha for pasientens verdighet.

1.2 Presentasjon av problemstilling.

Problemstillingen blir da følgende:

Hvordan kan sykepleier fremme autonomi hos eldre pasienter i sykehjem?

1.3 Avgrensing og presisering

Gjennom oppgaven vil jeg ha fokus på eldre pasienter som bor i sykehjem, hovedsakelig somatisk avdeling. Videre må den eldre ha sine kognitive evner inntakt samt taleevne. Pasientgruppen jeg sikter til har råderett over eget liv og dermed også sin samtykkekompetanse. På grunn av oppgavens omfang og tidsaspekter vil fokuset i denne oppgaven være autonomi i hverdagslige situasjoner og ikke autonomi ved valg av medisinsk behandling.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgavens innhold er bestående av bakgrunn for valg av tema som bunner ut i en problemstilling. Avgrensing og presisering av tema som belyser inkluderingskriteriene for oppgaven og setter da en begrensing for oppgavens innhold. Videre vil det etterfølges av et teoretisk rammeverk hvor de ulike teoriene og begreper vil bli utdypet. Begrepene som er utdypet i denne oppgaven er verdighet, autonomi og brukermedvirkning, holdninger, institusjonalisering, kommunikasjon i relasjonen og makt og empowerment. Alle begrepene som er benyttet i det teoretiske rammeverket har en relevans for oppgavens innhold. Metoddelen viser til hvilken metode som er anvendt og det vil også fremkomme en oversikt over anvendte artikler og søkemotorer. I drøftedelen vil de viktigste resultatene diskuteres og teorien knyttes opp mot egne erfaringer fra praksis og funn fra artikler. Teorien knyttes opp mot egne erfaringer i praksis og funn fra artikler. Konklusjonen vil være en oppsummering av funnene som er gjort i oppgaven, samt inneholde svar på problemstillingen.

2.0 Begrepsmessig rammeverk.

2.1 Verdighet

Verdighet er en overordnet verdi i sykepleie. Det er en subjektiv og positiv følelse som oppstår når pasienten føler seg møtt, respektert og sett som et helhetlig menneske. (Bredland, Linge & Vik, 2002, Edlund, 2002) I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 1. står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet (Kristoffersen og Nortvedt, 2005). Det menneskelige og grunnleggende vi har i oss skal passes på og ikke krenkes. En krenkelse kan sammenlignes med å ydmyke en person og å få personen til å føle seg mindre verdt. Hvordan krenkelsen tolkes og vurderes er avhengig av den enkelte personens normer og verdier og kan også basere seg på tidligere erfaringer. Opplevelsen av en krenkelse vil være opp til hvert enkelt individ og er dermed også subjektiv (Kristoffersen og Nortvedt, 2005). Identitetens verdighet er en del av verdighetsbegrepet som knytter oss til oss selv som en integrert og autonom person, med en historie og fremtid av betydning i alle relasjoner til andre mennesker (Nordenfelt, 2004).

Integritet betyr helhet. Personlig integritet innebærer anerkjennelse og respekt for enkeltmenneskets identitet og selvforståelse. Å være selvstendig er noe som ligger dypt forankret i oss. At mennesket har en overordnet verdi vil også innebære en rett til å handle ut fra det en selv bestemmer (Kirkevold, 2008a). Gamle er spesielt utsatt for krenkelser av sin integritet på grunn av at de er avhengige av pleiepersonalets hjelp, tid, kompetanse og holdninger (Kirkevold, 2008a). For å kunne respektere en person må en se personen som enestående med egne tanker, følelser og meninger og ikke bare som en av de andre. Gjennom å vise interesse for pasienten viser en også respekt (Kristoffersen og Nortvedt, 2005).

2.2 Autonomi, brukermedvirkning og velgjørenhetsprinsippet

Det å være autonom betyr at man har en personlig rett til å handle fritt i saker som angår en selv. I helsevesenet innebærer autonomiprinsippet at pasientene i størst mulig grad skal ha medbestemmelse. Videre beskrives autonomi som et sentralt element i begrepet personlig integritet (NOU, 2004:18). At pasienten har en rett til å foreta egne avgjørelser fremkommer av Pasientrettighetsloven (1999) § 4-1 da helsehjelp bare kan gis dersom pasienten samtykker. Helsehjelp vil også kunne anses som sykepleie som har et ”pleie- og omsorgsformål” jfr. Pasientrettighetsloven (1999) § 1-3. Dette medfører også en plikt for helsepersonellet, som må

sørge for at denne rettigheten blir ivaretatt (Molven, 2009). At en har selvbestemmelse skal også innebære at en så langt som mulig tar kontroll over egen tilværelse (NOU, 2004: 18).

Autonomiprinsippet kommer også frem i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, da særlig i punkt 2.3 og 2.4. I punkt 2.3 står at sykepleieren skal respektere pasientens rett til å foreta egne valg, mens det i punkt 2.4 fremkommer at sykepleier skal fremme pasienters selvbestemmelse gjennom å sikre at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon. (NSF, 2001). I tillegg til dette setter pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A en begrensning for bruk av tvang ved at det finnes vilkår som må oppfylles for at tvang skal kunne finne sted. En må ha vedtak for å kunne bruke tvang noe som skal beskytte pasienters rett selvbestemmelse (Molven, 2009). I begrepet autonomi trekkes både medbestemmelse og medvirkning inn (NOU, 2004: 18).

Ved å sikre at pasienten medvirker vil en også bidra til å fremme autonomi (Brinchmann, 2005). Brukermedvirkning er til stede når en vektlegger pasientens egne erfaringer og ivaretar deres ønsker (Sosial og helsedirektoratet, 2005-2015). Brukermedvirkning vil i følge Norvoll (2009) ta utgangspunkt i at brukeren skal ta en aktiv rolle som deltager og medvirker i beslutningsprosessen, kontra det å være en passiv og ensidig mottaker av hjelp. Det vil si at den som mottar helsehjelp skal sikres mulighet til å påvirke den hjelpen han får. Bradshaw (2008) tilføyer at brukermedvirkning dermed dreier seg om at pasienten skal bli hørt, kunne kreve informasjon og ha mulighet til å fremme bekymringer. Gjennom økt brukerinnflytelse skal pasienten ha mulighet til å leve et meningsfylt og selvstendig liv til tross for sykdom eller funksjonstap (St. melding 25, 2005-2006).

Velgjørhetsprinsippet omhandler det å gjøre vel for pasienten (Brinchmann, 2005).

Velgjørheten som utføres av helsepersonell vil si at en skal forbygge skade eller onde. Det pasienten opplever som et onde skal fjernes og det som pasienten opplever som et gode bør fremmes. Velgjørhetsprinsippet er aktivt noe som vil si at en må utføre en handling for å kunne utføre velgjørhet (Slettebø, 2009).

2.3 Institusjonalisering

Garsjø (2008b) beskriver institusjonen som et avgrenset område av samfunnet, men at institusjonen også kan ses på som en organisasjon hvor mennesker samarbeider om en felles verdiskapning eller et resultat. Institusjonen er et slags samfunn utenfor samfunnet der mennesker kan tilbringe deler av livet. Vanligvis vil institusjoner ha både personell og beboere slik som på et sykehjem. Institusjonalisering vil si at adferdsmønstre plasseres i rammer og fastere former.

Institusjonene skal hovedsakelig fremme rollen som frisk. (Garsjø, 2008b). Goffmann (1967 I: Garsjø, 2008a) beskriver institusjonaliseringen som en krenkelsesprosess. Dette begrunner han med at institusjonens regler og rutiner må følges dersom pasienten skal unngå konflikter eller uenigheter med personalet. Sykehjemmenes målsetning bør være å tilby god og individuell tilpasset pleie og omsorg til sine beboere. Det skal være et godt og trygt sted å bo for mennesker som har dette som sitt hjem (Garsjø, 2008a).

2.4 Makt og relasjon

Makt defineres som det å kunne få gjennomslag for egen vilje i sosiale sammenhenger. Den som har mest makt i relasjonen, er den som har størst sannsynlighet for å få gjennomslag for sin vilje når det foreligger ulike interesser (Weber, 2000 I: Sydvoid, 2009). Avmakt kan da sees som det motsatte av makt og er situasjoner der grupper eller personer ikke får gjennomslag for sin vilje (Norvoll, 2009). Situasjoner hvor en ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre situasjonen er det som er karakteristisk for avmakt (Mathiesen 1982 I: Norvoll, 2009).

Å være i en relasjon vil si at en står i forbindelse til en annen. En relasjon består av minst to personer. Løgstrup har i sin tenkning et utgangspunkt om at mennesket alltid står i forhold til andre og at alle relasjoner vil være maktrelasjoner (Eide og Eide, 2009). I relasjonen kan man enten se pasientrollen og sykepleierrollen som symmetrisk eller asymmetrisk. I noen situasjoner er forholdet symmetrisk fordi pasienten har like mye makt som sykepleier. Andre ganger er det sykepleier som har mest makt og det er da makten er asymmetrisk. Det er spesielt i disse situasjonene det er viktig at sykepleier utøver moralsk forsvarlig sykepleie, samt at sykepleier ser på dette som en spesielt etisk utfordring (Slettebø, 2009).

Brody (1992 I: Slettebø, 2009) skriver at når en skal utøve en moralsk forsvarlig yrkesutøvelse er det tre faktorer som er viktige. Det første vil innebære at sykepleier vet om at hun besitter makt og erkjenner dette, videre skal makten deles mellom pasienten og sykepleieren ved at sykepleier skal informere pasienten slik at han kan velge det som er til det beste for ham. Det siste punktet er at makten skal være målrette ved at sykepleier skal vite hva hun vil og hvorfor dette er viktig å fremme for pasienten (Brody 1992 I: Slettebø, 2009).

Avhengighet til andre innskrenker muligheten til å foreta egne valg. Avhengigheten kan føre til at en gjør valg basert på hva den andre måtte ønske. Dette trenger ikke å være negativt dersom pasienten føler seg respektert (Natvig, 1997). All omsorg er avhengig av grunnleggende og gjensidig tillitt mellom den som yter tjenester og den som mottar. For å holde tillitten ved like må den som yter tjenester sette pasienten i stand til å realisere egne behov, verdier og ønsker (St. melding 25, 2005-2006). Paternalisme vil si at en foretar valg for en annen uten å forhøre seg med den det angår (Slettebø, 2009). Å møte pasienten med respekt, ta han på alvor og å la pasienten beholde en stor del av innflytelsen selv er det som kalles for empowerment. Empowerment går ut på å styrke pasientens makt og kontroll samtidig som en stimulerer til økt deltagelse i beslutningsprosessen. Empowerment kommer til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon og ved å akseptere pasientens beslutninger. Empowerment er begrunnet i etiske verdier som autonomi, respekt, likeverd og velgjørhetsprinsippet. (Eide og Eide, 2009)

2.5 Kommunikasjon og kartleggingsverktøy

Kommunikasjonen innad i relasjonen er preget av tegn og signaler. Tegnene og signalene kan enten de er verbale eller non verbale være sammensatte. Noe som vil si at de må fortolkes. En god pasientrettet kommunikasjon skal få frem pasientens perspektiv. Den skal bidra til en felles forståelse som er i tråd med pasientens egne verdier. Samtidig skal kommunikasjonen hjelpe pasienten til å dele makt noe som vil si å stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll der det lar seg gjøre (Eide & Eide, 2009). Å utføre en hjelpende kommunikasjon vil være bestående av å lytte, observere og fortolke, skape gode og likeverdige relasjoner. Samtidig som en skal møte den andres behov og ønsker på en god måte. Gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til å forstå pasienten som person (Eide og Eide, 2009).

Å lytte aktivt til den en kommuniserer med er den ferdigheten som anses som den viktigste for å få til en god kommunikasjon. Aktiv lytting innebærer å rette oppmerksomheten mot den en kommuniserer med. Gjennom små verbale oppmuntringer viser en at man er til stede og

følger med (Eide og Eide, 2009). I inkomstsamtalen kan pasientens behov kartlegges og innarbeides i pleieplaner. I tillegg kan pasientene få informasjon om hvordan hverdagen på sykehjemmet er og at det er lov å medvirke og stille krav uten at det vil få konsekvenser for pleien som blir gitt (Berge og Lorentsen, 2003).

Den etiske beslutningsmodellen er en etisk beslutningsmodell som går ut på å ta finne løsninger på etiske problemer. I modellen skal en beskriver situasjonen og det etiske problemet, deretter å klargjøre hvem som er partene i situasjonen. En må i modellen gjøre rede for de etiske og strukturelle begrensningene, finne ut hva som er alternativene og hvilken betydning disse har for de involverte partene. Når modellen er utfylt skal tiltakene vurderes og eventuelt endres til det bedre (Bolmsjø, Sandman & Andersson, 2006).

IPA (individuelle prioriterte aktiviteter og gjøremål, og indre og ytre relasjoner) tilretteleggeren er en metode som skal få frem den enkelte pasients verdier, verdsatte aktiviteter, ønsker og behov. Målet med metoden er å utvikle holdninger og rutiner i praksis for å nå pasienters individuelle livskvalitetsmål. Metoden skal fremme integritet, respekt og verdighet noe som også vil resultere i økt livskvalitet. IPA tilretteleggeren går ut på at pasientene i sykehjemmet får utdelt en fagperson som skal være deres koordinator. Pasienten skal ha regelmessige samtaler med koordinatoren for å kartlegge og avklare eventuelle livskvalitetsmål. I samhandling med pasienten skal koordinator komme frem til hvor viktig målet er for pasienten. Målene rangeres da fra 1 til 5 hvor 1 vil være lite viktig og 5 vil være svært viktig. Videre skal det vurderes om målet er nådd og i hvilken grad. (Berge og Lorentsen, 2003)

2.6 Holdninger

Holdninger kan defineres som generell varig positiv eller negativ følelse ovenfor en person objekt eller et tema. Det er tankene og følelsene og meningene en har om en person som skaper en holdning til personen (Solvoll, 2005). En holdning kan inneholde tre ulike komponenter som kjennetegnes gjennom ABC-modellen. A- står for affect og reflekterer følelsene. B- står for behavior som vil si adferden en utfører. C- står for cognition og oversettes som tanker. Holdningene kan påvirkes av kunnskaper, gjennom å forsvare seg selv, men kan også bli påvirket av andres meninger og handlinger (Renolen, 2008). Holdningene kan bidra til å påvirke det en faktisk ser noe som kan bidra til at observasjonene en foretar blir selektive. Dette vil påvirke informasjonen en har og hva en vektlegger ved den (Solvoll, 2005).

3.0 Metode

Aubert sitert i Dalland (2007) beskriver metode som en fremgangsmåte eller et middel som skal bidra til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. En hvilken som helst måte som tjener dette formålet vil kunne defineres som en metode. Samtidig skal metoden fortelle noe om hvordan en skal gå frem for å finne kunnskapen eller etterprøve kunnskap som allerede eksisterer (Tranøy 1986 I:Dalland, 2007). Metoden er verktøyet som benyttes for å finne ut av det en undersøger, og skal være til hjelp ved innsamling av data (Dalland, 2007).

3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven har jeg benyttet en systematisk litteratur studie som metode for å belyse det valgte emnet. Forsberg og Wengstrøm (2008) henviser til Mulrow og Oxmans definisjon av en systematisk litteratur studie; "En systematisk litteraturstudie er en studie som har et klart formulert spørsmål som utgangspunkt og som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analyseres relevant forskning" (Forsberg og Wengstrøm 2008 s.31). Å arbeide systematisk vil innebære å undersøke ulike sider ved et fenomen (Dalland, 2007). En forutsetning for å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes studier av god kvalitet (Forsberg og Wengstrøm, 2008). I oppgaven mener jeg å ha funnet studier av god kvalitet og som er relevant for området. Allikevel har tidsfristen satt sin begrensning, da særlig i forhold til innhenting og gjennomgang av litteratur noe som sannsynligvis har ført til at jeg ikke har funnet all tilgjengelig litteratur på området. Dette kan si noe om at det ikke er mulig å arbeide helt systematisk med en oppgave med disse begrensningene. Svakheter ved litteraturstudiet er at mye av litteraturen som blir benyttet er sekundærlitteratur, det vil si at det baserer seg på litteratur som allerede er blitt tolket og omformulert fra før (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.2 Forskningsetikk

Når en foretar en litteraturstudie vil det være vesentlig å respektere forfatteren og ikke plagiere det han har skrevet. Plagiat vil si å ta informasjon fra forfattere, for deretter å oppgi det som sitt eget (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Jeg har derfor fokusert på hvordan en henviser til de ulike kildene i oppgaven. Det finnes etiske komiteer som skal veilede forfatterne rundt forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier. Når oppgaven

inneholder intervju med personer er det vanlig å få godkjenning av etisk komité (Dalland, 2007) De fleste studiene jeg har benyttet er godkjent av etisk komité.

3.3 Litteratur søk og valg av litteratur.

Jeg har benyttet ProQuest, Swemed og Cinhal som søkemotorer til å søke på artikler. Søkeordene som er benyttet er: "Autonomy", "Dignity", "Elderly", "Older people", "Respect", "Communication", "Integrity", "Nursing", "Participation", "Ethical problems", "Nursing home", "Ethical care", "Attitude".

ProQuest Medicale Library er den søkemotoren jeg har benyttet mest. For å få frem kombinasjonene av søkeordene og fremgangsmåten som er benyttet har jeg laget en tabell. Tabellen inneholder aktuelle søkeord, søkekombinasjoner og antall treff fra ProQuest Medicale Library. Tabellen ligger som vedlegg (Se vedlegg 2).

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere litteraturen som er benyttet (Dalland, 2007). I oppgaven har jeg forsøkt å benytte primærlitteratur, samt bøker og artikler av nyere dato. Hovedsakelig har jeg ikke benyttet bøker som er eldre enn 10 år. Noe av litteraturen er eldre enn 10 år, men er tatt med i oppgaven fordi jeg mener det som fremkommer i denne litteraturen fremdeles er relevant per dags dato. Bøkene som er eldre enn 10 år er blant annet Sykepleie etikk av Randi-Susanne Natvig (1997). Denne er benyttet som supplement på grunn av at hun hovedsakelig vektlegger autonomi i hverdagen og ikke ved valg av behandling. Jeg har benyttet en rapport av Berge og Lorentsen fra 2003 "Livskvalitet i sykehjem" som er tatt med på grunn av rapportens funn av IPA tilretteleggeren. Jeg har også benyttet en del forskning fra tidsskrifter da Dalland (2007) skriver at den nyeste forskningen finnes i tidsskriftene. Det er hovedsakelig sykepleietidsskrifter som er benyttet som eksempelvis Nursing Ethics og Vård i Norden. Artiklene har også blitt vurdert ut fra om de er referert bedømte noe som sier noe om artiklenes validitet.

4.0 Resultatdel

Det vil nå komme en presentasjon av hovedfunnene som fremkommer i drøftedelen.

Å innføre gode rutiner i sykehjem vil fremme autonomi (Lewis, sitert I: Välimäki, et. al, 2001) Arbeidsmiljøet og hvordan avdelingen styres har innvirkning på pasienters autonomi (Jakobsen & Sørli 2010). Et økt fokus på pasientens rettigheter sammen med rom for faglige diskusjoner og et godt arbeidsmiljø kan bidra til holdningsendringer (Askautrud og Ellefsen, 2008). For å oppnå økt bevissthet kan etiske dilemmaer diskuteres på refleksjonsmøter noe som kan bidra til bevisstgjøring (Bolmsjø, et. al., 2006, Solum, Slettebø & Hauge, 2008). Til å løse etiske dilemmaer kan en sette opp det etiske dilemmaet i et etisk beslutningsskjema for å komme frem til en løsning (Bolmsjø, et. al., 2006). Ved å forklare og forhandle med pasienter kan en forhindre krenkelser og dermed ivareta autonomi (Slettebø, 2003). Dersom en opplever at kolleger krenker verdigheten til pasienter kan det å si fra være noe som kan bidra til bevisstgjøring (Heijkenskjöld, Ekstedt & Lindwall, 2010). Inkomstsamtalen kan fremme autonomi gjennom fokus på pasientens ønsker og behov (Askautrud & Ellefsen, 2008) IPA modellen kan gjennom å kartlegge livskvalitetsmål fremme integritet, respekt og verdighet, noe som kan resultere i økt livskvalitet (Berge og Lorentsen, 2003). For en mer utfyllende presentasjon av hovedartiklene (se vedlegg 1).

5.0 Drøfting

5.1 Fokus på institusjonaliseringens betydning for autonomi.

I praksis har jeg har sett ulike reaksjoner på hvordan enkelte mennesker har opplevd sin ”nye” tilværelse ved sykehjemmet. Å flytte fra eget hjem kan være en stor overgang både i forhold til å flytte fra kjente omgivelser, men også i forhold til å måtte tilpasse seg rutiner, døgnrytme og nye måter å utføre daglige gjøremål på (Hauge, 2008). I praksis har jeg opplevd at enkelte pasienter tilpasset seg rutinene raskt, mens det for andre har vært en langt større utfordring. Det å flytte inn i en institusjon som et sykehjem kan nok for enkelte oppleves som noe godt og trygt, mens for andre kan det faktisk oppleves som om deres autonomi på alvor trues. Dette støtter også Jakobsen og Sørli (2010) som kom frem til at noen pasienter mente at rutinene var til hinder for deres autonomi, mens andre mente at dette også var en nødvendighet.

I verdighetsgarantien (2010) kommer det frem at selvbestemmelse og individuelt tilpassede tjenester skal fremkomme så langt det er mulig. Forskriften er bygget opp rundt verdigrunnlaget om å sikre den enkeltes integritet og verdighet. Dette innebærer blant annet retten til selvbestemmelse, individuelt tilpassede tjenester med mulighet til aktiv medvirkning. Målet med forskriften er å sikre den enkeltes trygghet og muligheten til et meningsfullt liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette viser at det foreligger et økt fokus på området, men ved at tjenestene skal fremkomme ”så langt det er mulig” viser at det finnes begrensninger som kan være til hinder for dette. For å kunne fremme pasientautonomi og sette dette på dagsorden er det viktig at sykepleier er bevisst og har kunnskaper om hva som vil hemme autonomi (Askautrud og Ellefsen, 2008).

I følge Heijkenskjöld, et. al, (2010) kan pasienter krenkes dersom prosedyrer og sykepleierens oppgaver har større betydning enn pasientene. Dette støtter også Blasco, Tadd & Ferrer, (2005) som legger til at dette kan føre til at den personlige integriteten svekkes. At den personlige integriteten svekkes vil også innebære at identitetens verdighet krenkes noe som tilsier at det også vil være en trussel for pasientenes verdighet. Samtidig kan rutiner bidra til å skape trygge og faste mønster i hverdagen (Hauge, 2008).

Selv om institusjonaliseringen i utgangspunktet skal fremme det friske mennesket mener Garsjø (2008a) at det er syke rollen som blir fremmet i dagens institusjoner. Pasientene i institusjonen skal innse at de er syke, samtidig som de skal være føyelige, snille og adlyde ordrer fra pleiepersonalet (Garsjø, 2008a). Dette er også noe jeg har erfart i praksis da pasientene som setter spørsmålstegn ved pleien som blir utført, kan oppleves som ”vanskelige” eller ”krevende” pasienter. Dette blir spesielt forsterket dersom pasientene krever noe utenom det ”gitte”, og spesielt dersom dette ikke samstemmer med personalets allerede etablerte rutiner.

På mange måter kan en tenke at det optimale vil være å avskaffe alle rutiner og styre institusjonen på pasientenes premisser. Samtidig kan jeg ikke forestille meg at dette er helt realistisk. Slik jeg ser det, er sykepleier avhengig av ulike rutiner, for å få gjennomført alt som skal gjøres i løpet av en dag. Likevel finnes det sykehjem som mener å ha klart dette i praksis. Lottehjemmet er et sykehjem hvor det er pasientene som bestemmer. Her er det fokuset på brukermedvirkning og autonomi som kommer i første rekke og ikke sykepleierens praktiske oppgaver i løpet av en dag. Sykehjemmet baserer seg dermed på en individuellrettet pleie, hvor pleien blir lagt opp til hver enkelt og at pasientenes meninger er hovedfokuset i hverdagen. Poenget er at sykehjemmet skal bli mer som hjemmet de hadde fra før og at den siste levetiden skal være en fin tid (Rambøl og Hellebust, 2010). Jeg mener det er mulig å ta momenter fra Lottehjemmet og sette ut i praksis på andre sykehjem. Momentene som kan anvendes i praksis vil da være et større fokus på brukermedvirkning og autonomi og mindre fokus på rutinene. I følge Slettebø (2003) bør sykepleieren være profesjonell i utøvelsen av sykepleie, noe som også vil innebære og fokusere på kvalitet fremfor å prioritere innlærte rutiner.

Jeg mener at det helt klart kan oppstå situasjoner hvor institusjonaliseringen setter begrensninger. Begrensningene kan være relatert til politiske føringer, økonomiske rammebetingelser og verdier innad i institusjonen (Kristoffersen og Breievne, 2005). En pasient som er på sykehjem grunnet funksjonsvikt vil eksempelvis være i full stand til og selv avgjøre når han skal legge seg. Likevel kan dette være vanskelig da bemanningen er større på kveldsvaktene enn på nattevaktene. De som da trenger hjelp til kveldsstell kan ikke alltid velge selv når de skal få hjelp, fordi mangel på hjelp kan gjøre dette umulig (Kirkevold, 2008b). Årsaken til at pasienten da kan påføres krenkelser trenger ikke å være mangel på vilje eller omsorgsevne hos den enkelte, men kan skyldes rammer som i for liten grad gir sykepleier mulighet til å yte den pleien den enkelte trenger (Kristoffersen og Breievne, 2005).

Det at personalet ikke har mulighet til å tilby kveldsstell etter den enkeltes ønsker på grunn av lav bemanning vil da være innslag av systemmaktens innflytelse, som det vil være vanskelig for sykepleier alene å gjøre noe med.

Samtidig finnes det tiltak sykepleier kan utøve for å bedre slike situasjoner. Dette kan skje gjennom å forklare eller forhandle med pasienten og på denne måten komme frem til en løsning som er til pasientens beste uten at pasienten føler seg krenket (Slettebø, 2003). Ved å forklare omstendighetene vil han kunne få nødvendig forståelse for situasjonen, enten det relateres til inntak av mat, utførelse av personlig hygiene eller som i eksempelet ovenfor i forbindelse med kveldstell og legging. Ved å opprette forståelse kan en dermed unngå at pasienten får en følelse av at dette er en avgjørelse som ble tatt "over hodet" på ham. En annen løsning kan være å forhandle med pasienten og inngå kompromisser (Slettebø, 2003). Dette kan skje ved at pasienten får hjelp til kveldsstell på et tidligere tidspunkt, slik at det bare er for nattevakten å hjelpe pasienten i seng. Da kan pasienten sitte lenger oppe noe som fremmer hans ønske og dermed også medvirkning og autonomi. Forklaring og forhandling er enkle tiltak som nødvendigvis ikke er tidkrevende, men som kan ha betydning for pasientenes autonomi og verdighet.

Å innføre gode rutiner kan fremme autonomi i sykehjem. Lewis (sitert I: Välimäki. et. al., 2001) beskriver ulike metoder som kan bidra til at den eldre pasient i sykehjem kan påvirke avgjørelser ved organisasjonen. Eksempler på dette kan være pasientforening og velkomstkommité, mat og aktivitets komiteer, avis / nyhetsskriv og muligheten for å kunne stemme over ulike saker. Lewis mener at disse metodene kan styrke beboernes medvirkning og selvbestemmelse som igjen gjør dem mer involverte i eget liv. Dette kan også være rutiner som sykepleier kan gjøre noe med, gjennom eksempelvis å innføre en rutine på å ha innkomstsamtale med pasientene for å kartlegge deres ønsker og behov. Dette kan fremme autonomi. Ved å fremme pasientens autonomi gjennom å gi dem større innflytelse i avgjørelser som gjelder deres pleie vil pasientene bli mer involverte i de daglige rutinene (Mullins og Hartley, 2002). Dette tilsier at opprettholdelse av autonomi også vil kunne bidra til større brukermedvirkning.

I følge avdelingssykepleierne ble rutinene på sykehjemmene ikke ansett som noen stor fare for pasienters autonomi, men at tidspresst og mangel på såkalte gode rutiner kunne virke hemmende (Askautrud og Ellefsen, 2008). Sykepleierne derimot opplevde at betingelsene for praktisering av brukermedvirkning var knyttet til det tjenestetilbudet pasienten ble tilbudt, noe

som også vil innebære de strukturelle rammene rundt institusjonen. Det dreide seg om selve organiseringen av tjenestetilbudet, personalressurser og tid (Sydvold, 2009). Da medvirkning også kan anses som en del av autonomibegrepet vil dette ha en betydning for pasientens autonomi. Sydvold (2009) kom frem til at utfordringene knyttet til institusjonaliseringen og de strukturelle rammene, lettere kunne løses dersom brukermedvirkning også ble tatt opp på ledernivå. Dette tilsier at ledelsen ved sykehjemmet må sette fokus på området dersom en skal foreta ”større” endringer av rutiner på sykehjemmet. Sykepleier kan informere ledelsen om rutinenes innvirkning på den enkelte avdeling slik at ledelsen kan rette fokuset mot institusjonaliseringens betydning for pasientenes autonomi.

5.2 Bevisstgjøring av sykepleierens holdninger.

I følge Askautrud og Ellefsen (2008) er holdninger blant personalet en av de største utfordringene relatert til pasienters autonomi. Holdninger omfatter hvordan en føler, handler og tenker om en person (Renolen, 2008). Det tilsier at sykepleierens holdninger vil være et viktig område når sykepleieren har den makten som hun har i relasjonen til pasienten. Dersom holdningene er negative, i den forstand at sykepleieren handler negativt ovenfor sine pasienter, vil dette være det som er mest utslagsgivende for pasienters autonomi. Samtidig som det en tenker og føler også vil ha betydning for hvordan en handler.

Det kan virke som om pleierne som krenker pasientenes verdighet gjemmer seg bak velgjørhetsprinsippet, noe som tilsier at de ikke selv ser noe galt i handlingen de utfører. Dette kan relateres til at sykepleier ikke ser betydningen av det å ta beslutninger på vegne av pasientene og dermed gjør det for dem (Heijkenskjöld, et. al., 2010). I studien til Solum, et. al. (2008) kom det frem at det ofte viste seg å bli en konflikt mellom autonomi og velgjørhetsprinsippet.

Et eksempel på hverdagslige situasjoner i sykehjemmet kan være under morgenstellet hvor pasienten trenger hjelp til påkledning. Sykepleier står da mellom to valg. Enten å la pasienten velge antrekk selv eller overstyre pasienten ved å velge et antrekk sykepleier selv synes er fint. Dette blir ofte gjort i beste mening og velgjørhetsprinsippet ligger gjerne til grunne for handlingen. Det å bli oversett eller ignorert på denne måten beskriver Heijkenskjöld, et. al. (2010) som objektivisering, noe som også vil være en krenkelse av pasientens personlige integritet. Objektiviseringen kommer frem ved at personellet tar over oppgaver som pasientene kan gjennomføre selv, uten å forhøre seg med pasienten først (Heijkenskjöld, et.

al., 2010). En slik form for krenkelse kan også true pasientens autonomi ved at pasienten ikke blir anerkjent som person da hans meninger ikke anses å være av betydning. På denne måten kan også verdighetens identitet krenkes noe som også vil være til hinder for autonomi.

Sykepleier kan fremme autonomi ved å akseptere at pasienten har størst kompetanse om seg selv og sine ønsker (Välimäki, et. al 2001, Slettebø 2009). Det å ikke respektere pasientens autonomi vil være det samme som å ikke respektere menneskets iboende verd og vil kunne ses i sammenheng med å behandle pasienten som et objekt (Slettebø, 2003). Samtidig vil også objektiviseringen være en form for paternalisme og dermed også det motsatte av empowerment.

For å fremme autonomi og foreta en holdningsendring er det viktig at sykepleiere sier i fra dersom de ser andre sykepleiere som krenker pasientene. Slik kan sykepleierne som krenker pasientene bli bevisste på sine egne handlinger, og dermed også foreta holdningsendringer (Heijkenskjöld, et. al., 2010). Å si fra om slike hendelser er viktig etter som holdninger også kan påvirkes av andres meninger. Det kan imidlertid være en utfordring å gjennomføre dette i praksis da det kan skape splid i personalgruppen. Årsaken til det er at det kan oppstå situasjoner hvor sykepleier som krenker kan føle at det blir satt spørsmålstegn ved hennes faglige vurderinger. Likevel har sykepleier et ansvar for å ha fokus på hva som krenker pasienten både når det gjelder egne vurderinger og de vurderingene som blir gjort i personalgruppen. Ved å bli mer bevisst på egne holdninger kan sykepleier endre tankemåten sin som også vil bidra til at en ser situasjonene annerledes og dermed også føre til endring i handlingene.

Et økt fokus på pasientenes rettigheter, et godt arbeidsmiljø og rom for faglige diskusjoner er noe Askautrud og Ellefsen (2008) mener å være vesentlig for å skape gode holdninger hos personellet. Selv om dette er noe rettet til ledelsen, som må legge til rette for det faglige miljøet, kan også hver enkelt sykepleier bidra til å rette fokuset mot pasientens rettigheter.

I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieren et ansvar med å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2001). Dette vil da også kunne relateres til pasientenes rettigheter. På en annen side kom Solum, et. al., (2008) frem til at selv om helsepersonellet var godt kjent med pasientens rett til selvbestemmelse var det ikke alltid at dette fremkom i deres handlinger. Tidspresset og rutinene kan også ha en innvirkning på dette, men det kan stilles spørsmål om de som ikke respekterer pasienters autonomi vet hvilken betydning autonomi kan ha for pasientenes verdighet og integritet.

Etiske dilemmaer er noe som alltid vil oppstå i en sykepleiers hverdag. Jakobsen og Sørлие (2008) kom frem til at personellet hadde et behov for å kunne diskutere etiske situasjoner i hverdagen, men at pleiekulturen kunne ha en innvirkning på om dette var mulig. Dersom det allerede foreligger en aksept for å utføre uetiske handlinger blant personellet og at personalgruppen er lukket for etiske diskusjoner, kan det være vanskeligere for personellet å ta opp saker, på grunn av usikkerheten rundt hvordan en blir møtt (Jakobsen og Sørлие, 2008, Solum, et. al.2008). Dette viser hvordan gruppens holdninger kan påvirke fagmiljøet. Hovedårsaken til avvik ved etiske dilemmaer vil være mangel på kunnskap og kompetanse hos personellet. Dersom sykepleier mangler kunnskaper, må kompetansen vurderes for så å styrkes (Bolmsjø, et. al., 2006). Når det oppstår etiske dilemmaer i hverdagen er det behov for en optimal strategi.

Gjennom den etiske beslutningsmodellen kan en finne konstruktive løsninger på problemene. Modellen er viktig for det er et konkret tiltak som kan tas i bruk og anvendes i praksis. I følge Kirkevold (2008b) bruker sykepleiere i dag altfor liten tid på refleksjon som verktøy, for å utvikle egen kompetanse. En forutsetning for å kunne gjennomføre modellen er at det kreves støtte fra ledelsen ved at det settes av tid slik at refleksjonsmøtene kan gjennomføres i en travel hverdag. Videre vektlegger Bolmsjø et. al. (2006) viktigheten av diskusjon rundt målene for pleie, relevante etiske prinsipper og basis verdier som nødvendig for etisk kreativitet og kompetanse. Det vil da være viktig å styrke den enkeltes etiske kunnskaper og kompetanse på området gjennom refleksjon slik at en også blir mer bevisst til egne holdninger. Dette er noe som kan finne sted gjennom muntlige rapporter i hverdagen så vel som på refleksjonsmøter i regi av ledelsen. Totalt sett er dette noe som kan åpne for diskusjon i personal gruppens, samt forhindre uetiske handlinger.

5.3 Maktoverføringen og erkjennelsen av sykepleierens makt.

Relasjonen vil være negativ for pasienten dersom en ikke anerkjenner pasienten for dens beslutninger. Dette tilsier at kvaliteten på relasjonen er avgjørende for hvordan en opplever seg selv. Relasjonen mellom pasient og sykepleier er også avgjørende for pasientenes selvopplevelse av livet som meningsfylt eller meningsløst (Hovdenes, 2002). Hvis en ikke blir sett eller hørt i situasjonen vil det føre til at en ikke føler seg anerkjent. Det er ikke til å

komme uten om at andres syn og meninger vil reflektere i hvordan en ser og oppfatter seg selv.

I følge Weber (2000 sitert i: Sydvold, 2009) må det skje en omfordeling av makt i relasjonen for å få frem selvbestemmelse. Dette støtter også Slettebø (2009) og legger til at sykepleieren må erkjenne sin makt dersom makten skal være positiv. Slik kan en arbeide mot en mer symmetrisk maktfordeling, kontra et asymmetrisk forhold hvor sykepleier har mest makt. Overføringen av makt skjer hovedsakelig gjennom dialog (Brandstad, 2003). Gjennom overføring av makt fra sykepleier til pasient kan pasienten få en følelse av at avmakt reduseres (Norvoll, 2009). Maktoverføringen kan forekomme gjennom å lytte til pasientene, men også gjennom å kartlegge pasientens behov og hva som er viktigst for ham.

Maktoverføring kan også skje gjennom formidling av informasjon. Dersom sykepleier mener hun vet det som er til det beste for pasienten kan hun forsøke å overføre sine kunnskaper. Da kan det være at pasienten velger å gjøre det som er faglig riktig, uten at sykepleieren har krenket pasienten. Slik oppnås et mer likeverdig maktforhold hvor pasienten vet det som er til det beste for seg selv (Slettebø, 2009). Maktoverføringen skal bidra til at pasienten skal bli mer delaktig i egen situasjon og dermed opprette en følelse av kontroll noe som også kan bidra til økt verdighet og empowerment. Ved at pasienten deltar mer og får en følelse av kontroll kan dette også fremme autonomi og brukermedvirkning.

Daglig hjelper sykepleier pasienter i intime situasjoner som ved personlig hygiene og wc besøk (Slettebø, 2009). Det er i slike situasjoner at sykepleier kan misbruke sin makt hvis hun ikke er klar over hvilken makt hun har og ikke bruker denne på en forsvarlig måte. Forsvarlig makt vil si å respektere pasienten og hans selvbestemmelsesrett samt å fremme det som er til det beste for pasienten (Slettebø, 2009). I følge Franklin, Ternstedt & Nordenfelt (2006) er det vanskelig for pasientene å spørre om hjelp til toalettbesøk og lignende da dette var noe de skammet seg over. Dersom personellet i tillegg ikke lyttet til dem kunne det gjøre det enda verre. Det å ikke klare seg selv blir ofte opplevd som negativt på grunn av at dette ikke samstemmer med våre normer og idealer (Solvoll, 2005).

Sykepleier må være lydhør for pasientens opplevelse av avhengighet til personellet (Kirkevold, 2008a). Dette tilsier at sykepleier må være bevisst på avhengighetsforholdet. Det kan gjøres ved å observere pasienten så vel som å lytte til hva pasienten sier. Den mest brukte beskrivelsen for brukermedvirkning er at personellet lyttet til pasientene. Dette kan bidra til en følelse av kontroll og anerkjennelse (Eldh, Ekman & Ehnfors 2010). Det kan oppleves

krenkende dersom personalet tror de vet pasientens behov og erfaringer bedre enn pasienten selv (Eldh, et. al., 2010). At pasientens makt blir styrket og at han opplever å bli respektert for sine beslutninger kan bidra til empowerment som vil fremme pasientens autonomi.

5.4 Kartlegging

I relasjonen mellom sykepleier og pasient kan det og ikke ville ha mat eller ikke ønske å gjøre anbefalte treningsøvelser være eksempler på autonome valg. I stedet for å benytte paternalisme eller objektivisering i slike situasjoner kan en forsøke å kartlegge årsaken til hvorfor pasienten ikke ønsker dette. At pasienten ikke vil spise kan være relatert til dårlig munnstatus, kvalme eller andre årsaker. Samtidig presiserer Mullins og Hartley (2002) at det å motivere pasienter til å gjøre det riktige ikke vil være til hinder for autonomi, mens derimot paternalisme hovedsakelig ikke skal benyttes (Slettebø, 2009). Dersom en bare godtar at pasienten ikke spiser uten å kartlegge årsaken vil en bryte velgjørhetsprinsippet og sitt faglige ansvar.

I følge Askautrud og Ellefsen (2008) kan inkomstsamtalen være et tiltak som kan fremme pasientens autonomi. For at pasienter skal få gjennomslag for sine beslutninger er det viktig å sette av tid til pasientene slik at en blir oppmerksom på hva som er pasientens egne ønsker. (Heijkenskjöld, et. al., 2010). Dette kan eksempelvis skje gjennom inkomstsamtalen hvor sykepleieren blir bedre kjent med pasienten, noe som også kan føre til at sykepleier føler en større tilknytning i relasjonen. En relasjon som kan bidra til en individuellrettet pleie har positiv effekt på pasientenes velbefinnende (Blasco, et. al., 2005). Det å bli mer bevisst på pasientens behov gjennom inkomstsamtalen kan også i seg selv bidra til å fremme pasientens autonomi og verdighet.

I inkomstsamtalen kan en benytte momenter fra IPA tilretteleggeren, hovedsakelig for å kartlegge pasientens livskvalitetsmål. Gjennom å finne ut hvilke områder pasienten karakteriserer som viktigst i sin tilværelse finner en også ut hva som er den største trusselen for hans autonomi. Dette kan igjen føre til at en blir mer bevisst på pasientens ønsker noe som kan bidra til å fremme autonomi. For at både IPA tilretteleggeren og inkomstsamtalen skal ha noen effekt er det viktig at resultatet blir dokumentert slik at også resten av personalet kan få kjennskap til hvordan pleien skal utføres. Samtidig vil det være vesentlig å foreta en oppdatering av inkomstsamtalen når pasienten har vært beboer ved sykehjemmet en stund for å evaluere om pasienten får opprettholdt sine livskvalitet mål eller om det må foretas

endringer. Gjennom samtaler, aktiv lytting og observasjon av pasientene kan sykepleier bidra til en mer individuelltilpasset sykepleie. Pleien blir da i større grad utført på pasientens premisser (Kirkevold, 2008b). Ved at pleien og omsorgen foregår på pasientens premisser vil det styrke målet om økt autonomi og verdighet.

6.0 Avslutning

Målet med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kunne fremme autonomi. Det er noe jeg mener å ha funnet flere svar på. Sykepleier har gjennom sin profesjon et ansvar til å fremme autonomi og verdighet noe som også kommer frem i de yrkesetiske retningslinjene. Å se pasienten som et medmenneske innebærer også å respektere pasienten og da også hans beslutninger. Selv om sykepleier har en plikt til å sikre medvirkning og innhente samtykke i pleiesituasjoner viser det seg at tidspress, institusjonalisering og mangel på gode rutiner kan være til hinder for dette. Forskning viser at institusjonaliseringen setter begrensinger for utfoldelse av autonomi og at ledelsen har mye å si for endring av ”større” rutiner. Allikevel kan sykepleier gjennom å forklare og forhandle bidra til å fremme pasienters autonomi. I tillegg kan sykepleier fokusere på de gode rutinene samt vise fleksibilitet i allerede etablerte rutiner. Et økt fokus fra både sykepleier og ledelse kan bidra til å fremme autonomi.

Holdninger hos personellet ble gjennom forskning ansett som en stor trussel for pasienters autonomi. For å kunne fremme autonomi kreves det kunnskaper om hva som hemmer. Gjennom etiske refleksjonsmøter og etisk refleksjon i hverdagen kan en få til en bevisstgjøring som også vil resultere i holdningsendringer. Sykepleier kan her bidra til å fremme autonomi ved å si fra dersom hun ser andre sykepleiere som krenker pasientene. Gode holdninger hos personellet kan være fremmende for autonomi på grunn av det vil reflektere i måten en handler på.

Gjennom overføring av makt kan sykepleieren bidra til økt kontroll hos pasientene noe som også vil resultere i empowerment og dermed også fremme autonomi. Inkomstsamtalen og kartlegging av livskvalitetsmål, samt dokumentasjon og oppdatering av disse målene vil være viktige tiltak for å fremme autonomi. Ved å foreta etiske refleksjonsmøter og faglige diskusjoner i hverdagen kan personalet øke sine kunnskaper noe som kan resultere i bevisstgjøring og holdningsendring. Gjennom oppgaven viser jeg til tiltak som sykepleier kan gjennomføre i praksis som helt klart bidrar til at pasienters autonomi fremmes samt at verdighet opprettholdes.

7.0 Litteraturliste

- Askautrud, M. & Ellefsen, B. (2008). Autonomi i sykehjem - en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis. *Vård i Norden*. No. 90. Vol.28 No, 4.
- Berge, A.R. & Lorentsen, Ø. (2003). Livskvalitet på sykehjem - Resultater og erfaringer fra forsøk med livskvalitetsorienterte individuelle planer som styrende for tilbudet til den enkelte beboer. *Rehab - Nor*. Hentet fra: <http://www.rehab-nor.no/pdf/livskv.sykehj.2003.pdf>
- Blasco, S., Tadd, W. & Ferrer, J.A. (2005). Dignity and older people: The voice of professionals. [Elektronisk utgave] *Quality in Aging*: June 2005; 6,1
- Bolmsjøl, I.Å., Sandman, L. & Andersson, E. (2006). Everyday Ethics In The Care Of Elderly People. [Elektronisk utgave] *Nursing Ethics* Vol 13. No 3
- Bradshaw, P. L. (2008). Service user involvement in the NHS in England: genuine user participation or a dogma – driven folly? [Elektronisk utgave] *Journal and Nursing Management*, 16, 673 – 681.
- Brandstad, A. (2003). Fra monolog til dialog. Fra en maktform til en annen? I: H. A. Hauge & M.B. Mittelmark (Red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Bredland, E.L., Linge, O.A. & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet - ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brinchmann, B.S. (RED.) (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo: Gyldendal Norske Forlag

- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet- ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eldh, A.C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2010). A comparison of the concept of patient participation and patient`s descriptions as related to healthcare definitions. [Elektronisk versjon] *Interventional Journal of Nursing Terminologies and classifications* No. 1 Vol. 21- 21-32.
- Eldre [Bilde] (2010) hentet fra:
http://www.google.no/imgres?imgurl=http://www.hero.uio.no/bilder/eldre.jpg&imgrefurl=http://www.hero.uio.no/&usq=__TPb0fK_fWfdagPgTXPnMOSGXM2w=&h=549&w=389&sz=23&hl=no&start=0&zoom=1&tbnid=RPkFsrH55SMUKM:&tbnh=113&tbnw=80&ei=RClATY7wlcagOq_lqLQL&prev=/images%3Fq%3Dautonomi%2Bgammel%2Bmann%26hl%3Dno%26sa%3DG%26biw%3D1024%26bih%3D485%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:10,18&itbs=1&iact=hc&vpx=226&vpy=12&dur=11356&hovh=267&howw=189&tx=87&ty=126&oei=RClATY7wlcagOq_lqLQL&page=1&ndsp=20&ved=1t:429,r:1,s:0&biw=1024&bih=485
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematisk litteraturstudier*. Stockholm: Författerna och Bokforlaget Natur och kultur.
- Franklin, L-L., Ternestedt, B-M. & Nordenfelt, L (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. [Elektronisk versjon] *Nursing Ethics* 13 (2) 130-146
- Garsjø, O. (2008a). *Institusjon som hjem og arbeidsplass- et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Garsjø, O. (2008b). *Institusjonssosiologi- perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Rahnhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Heijkenskjöld, K.B., Ekstedt, M. & Lindwall, L (2010). The patient`s dignity from the nurse`s perspective. [Elektronisk versjon] *Nursing ethics* 17 (3) 313-324
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Høringsnotat: Endringer i kommunehelsetjenesten- et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg: Verdighetsgarantien*. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/H%C3%B8ringsnotat%20verdighet%2028%20juni%2009.pdf
- Hovdenes, G.H. (2002). Pleier – pasient - relasjonen i sykehjem – tilintetgjørelse eller virkelighetsgjørelse. [Elektronisk versjon] *Vård i Norden*, No 65 Vol. 22 No. 3, 21-26.
- Jakobsen, R & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. [Elektronisk versjon]. *Nursing Ethics* 17 (3), 289-300.
- Kirkevold, M. (2008a). Den gamles integritet. I: M. Kirkevold, K Brodtkorb & A.H. Rahnhoff (2008). *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2008b). Individuell sykepleie: Sentrale perspektiver. I: M. Kirkevold, K Brodtkorb & A.H. Rahnhoff (2008). *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen N.J. & Breivne G. (2005) Lidelse, håp og livsmot. I: N. J Kristoffersen (Red.), F. Nortvedt, & E-A. Skaug (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N. J. Kristoffersen (Red.), F. Nortvedt, & E-A. Skaug (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Mullins, L.C. & Hartley, T. M. (2002). Residents` Autonomy- Nursing Home Personell`s Perceptions. [Elektronisk versjon] *Journal of Gerontological Nursing*. 2002 (2); 28, 2

- Nordenfelt, L. (2004). The Varieties of Dignity [Elektronisk versjon] *Health Care Analysis*. Vol 12. No 2

- Norvoll, R. (2009). Makt og avmakt I: E. Brodtkorb, & M. Rugkåsa, (RED.). *Mellom mennesker og samfunn - sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Natvig, R-S. (1997). *Sykepleie- etikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- NOU (2004:18). *Personlig autonomi og sårbarhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2004/nou-2004-18/7/7.html?id=418739>

- NSF (2001) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 07. februar 1999. Nr. 63*. Hentet fra http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasient*&&

- Rambøl I. B. & Hellebust, A.M. (2010). Kunsten å skape et hjem. I: Verdighet i eldreomsorgen. *Fagbladet*. hentet fra <http://www.fbdesken.com/fagbladet/PDF/TEMA/Temahefte-2010-18.pdf>

- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
 - Slettebø, Å. (2003) Etiske aspekter ved sykepleie som ”praksis”. [Elektronisk versjon] *Vård i Norden* Publ.no 69 Vol. 23 no 3- 16-20
 - Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og Etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
 - Solum, E.M., Slettebø, Å. & Hauge, S. (2008). Prevention of unethical actions in nursing homes. [Elektronisk versjon] *Nursing Ethics*, 15 (4).
 - Solvoll, B-A., (2005) Identitet og egenverd. I: N. J Kristoffersen (Red.), F. Nortvedt, & E-A. Skaug (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
 - Statistisk sentralbyrå (2004). Flere eldre mottar hjemmesykepleie. Hentet fra <http://www.ssb.no/ssp/utg/200504/05/>
 - St. melding. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDF_S.pdf
 - Sosial- og helsedirektoratet. (2005-2015). ... *og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sydvold, W. (2009) *Sykepleierens forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste*. Hentet fra: http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/2009/MPH_2009-6_Sydvold_091204.pdf
- Verdighetsgarantien (2010) *Forskrift om verdig eldreomsorg av 12. September 2010*. Hentet fra <http://www.lovdata.no/cgi->

[wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html&emne=verdighetsgaranti*&&](http://wift.wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html&emne=verdighetsgaranti*&&)

- Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Scott, P.A., Arndt, M., Dassen, T., Lemonidou, C., et.al. (2001). The role of CNS` s in promoting elderly patients` autonomy in long-term institutions: Problems and implications for nursing practice and research. [Elektronisk versjon] *Clinical nurse specialist*, Vol 15, no. 1:7-14.

Vedlegg 1

Tittel: Forfatter: Tidsskrift: Årstall:	Hensikt: Problemstilling(er)	Metode: (Metode,design,utvalg, Måleinstrumenter)	Resultat/funn	Styrker/ Svakheter
<p><i>Autonomi I sykehjem: En beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet I praksis.</i></p> <p>Askautrud, M. og Ellefsen, B. (2008)</p> <p><i>Vård i Norden</i></p>	<p>Finne ut hvordan avdelingssykepleier (AS) forholder seg til autonomiprinsippet i sykehjem.</p> <p>Finne ut hva som hemmer og fremmer beboerautonomi.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på kvalitative forskningsintervjuer.</p> <p>Utvalget bestående av 12 avdelingssykepleiere fra 12 forskjellige sykehjem.</p>	<p>Hemmende for beboerautonomi: kognitiv svikt, frykt for konflikter, personellens holdninger, fagkompetanse, språkferdigheter , avdelingens rutiner og ressurser. AS kunne bidra til å fremme autonomi gjennom bevisstgjøring av personellet i forhold til beboerens rettigheter, faglige veiledning og oppfølging. Samarbeide med pårørende og det og skape et arbeidsmiljø preget av åpenhet, trygghet og faglige diskusjoner kan fremme pasientautonomi.</p>	<p>En styrke er at artikkelen er godkjent av etisk komité.</p> <p>Deltagerantallet er noe lavt (12 AS).</p>
<p><i>Prevention of unethical actions in nursing homes.</i></p> <p>Solum, E.M., Slettebø, Å., & Hauge, S. (2008)</p> <p><i>Nursing Ethics</i></p>	<p>Finne ut hvordan personellet empatiserte i daglig dialog, og sammen reflekterte for å nå etisk korrekte avgjørelser i den daglige pleien av pasienter.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på intervjuer og observasjoner.</p> <p>Utvalget bestående av 7 sykepleiere fra ett sykehjem.</p>	<p>Pleierne syntes det var vanskelig å velge mellom etiske verdier, særlig velgjørenhetsprinsippet og autonomi. Pasientene ble ofte ignorert. Praktiske oppgaver kunne bli benyttet som unnskyldning for å slippe nærvær med pasientene. Personellet reflekterte over etiske problem i hverdagen, uten å være klar over det. Pleiekulturen hadde en aksept av å ikke utføre handlinger som var til pasientens beste. Etisk refleksjon bør derfor forekomme i daglig dialog på sykehjemmet.</p>	<p>Godkjent av etisk komité.</p> <p>Få deltagere i studien.</p>

<p><i>Everyday ethics in the care of elderly people.</i></p> <p>Bolmsjø, Å, I., Sandman, L. & Andersson, E. (2006)</p> <p><i>Nursing Ethichs.</i></p>	<p>Beskrive et etisk miljø i sykehjem for eldre og benytte en avgjørelsesmodell for å belyse etiske situasjoner i miljøet.</p>	<p>Kvalitativ metode basert på intervjuer og observasjoner.</p> <p>Studien foregikk på et svensk sykehjem, 12 pasienter og personell ved sykehjemmet var deltagere i studien.</p>	<p>Gode avgjørelser er avhengig av en dialog med resten av personalet. De etiske problemene bør bli identifisert og diskutert på refleksjonsmøter. Det presenteres en tabell som kan benyttes for å vurdere de etiske problemene. For å kunne håndtere hverdagslige etiske problemer på en konstruktiv måte er bevisstgjøring og forslag til andre løsningsmetoder av betydning. En meningsfull diskusjon om mål for pleien og bevisstgjøring av felles verdier vil være av betydning for kreativitet og utvikling av kompetanse på dette området.</p>	<p>Godkjent av etisk komite.</p> <p>Få deltagere.</p>
<p><i>The patient`s difnity from the nurse`s perspective.</i></p> <p>Heijkenskjöld, K.B., Elstedt, M. & Lindwall, L. (2010)</p> <p><i>Nursing ethics</i></p>	<p>Finne ut av hvordan sykepleier opplevde pasienters verdighet.</p>	<p>Hermenautisk metode er brukt for å få et realistisk bilde av virkeligheten og for å få en ny forståelse av sykepleieres erfaringer omkring verdighet hos pasientene.</p> <p>Utvalget er bestående av 12 sykepleiere.</p>	<p>Verdighet blir opprettholdt ved å se pasienten som et medmenneske. Verdigheten kan bli krenket gjennom objektivisering. Ved å vise at en lytter til pasienten kan en opprette tillitt og verdighet. Å gi pasienten muligheten til å ta initiativ og beslutninger om egen pleie kunne fremme verdighet. Sykepleier bør varsle dersom andre pleiere krenke pasientene skal for å hindre tap av verdighet.</p>	<p>Godkjent av etisk komité.</p> <p>Få deltagere i studien.</p>

Vedlegg 2

SØKEORD**ANTALL TREFF**

Autonomy	9519
Autonomy AND older people	120
Autonomy AND older people AND nursing	33
=	<i>1 relevant artikkel</i>
Autonomy AND respect	338
Autonomy AND respect AND communication	35
=	<i>1 relevant artikkel</i>
Integrity	8163
Integrity AND elderly	62
Integrity AND elderly AND nursing	8
=	<i>2 relevante artikler</i>
Participation	19450
Participation AND elderly	202
Participation AND elderly AND nursing	30
=	<i>1 relevant artikkel</i>
Participation AND dignity	36
=	<i>1 relevant artikkel</i>
Ethical problems	376
Ethical problems AND nursing home	5
=	<i>2 relevante artikler</i>

Ethical care =	19 <i>1 relevant artikkel</i>
Attitude AND elderly	509
Attitude AND elderly AND nursing home =	55 <i>3 relevante artikler</i>