



Hvilke etiske dilemmaer opplever sykepleieren på sykehjem i ernæringsarbeidet til pasienten med langtkommen demens?

Kandidatnummer: 619
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8984
Dato for innlevering: 22.04.2019

ABSTRAKT

Lovisenberg diakonale høyskole

Dato: 22.04.2019

Tittel:

Hvilke etiske dilemmaer opplever sykepleier på sykehjem i ernæringsarbeidet til pasienter med langtkommen demens?

Problemstilling:

Hvilke etiske dilemmaer opplever sykepleier på sykehjem i ernæringsarbeidet til pasienter med langtkommen demens?

Bakgrunn: Pasienten med langtkommen demens er i en særskilt høy ernæringsmessig risikogruppe uten adekvat hjelp fra sykepleieren. Sykepleieren på sykehjem har en selvstendig rolle i en hektisk hverdag med preget av mange gjøremål, meninger fra ulike hold og tidspress, inkludert i ernæringsarbeidet til pasienten med langtkommen demens.

Metode:

Dette er en litterær oppgave som har til hensikt å innhente og gjennomgå eksisterende teori og forskningslitteratur i den hensikt å best mulig svare på problemstillingen. Det blir anvendt forskningsartikler, med supplerende litteratur i en dr.gradsavhandling, faglitteratur, offentlige rapporter og styringsdokumenter for å kunne svare på problemstillingen.

Drøfting:

De etiske dilemmaene sykepleieren opplever i forskningslitteraturen blir analysert på bakgrunn av funn i teorien. Dilemmaer kan sees som krysspress situasjoner der sykepleieren opplever press fra ulike hold. Ved å identifisere disse og analysere hva som ligger bak de ulike pressnivåene kan sykepleieren bedre reflektere seg til et godt etisk handlingsvalg i situasjonen. Det må tas i betraktning at på bakgrunn av ulike individuelle erfaringer, verdier og psykologiske forhold vil sykepleiere oppleve etiske dilemmaer ulikt.

Konklusjon

Sykepleiere opplever press fra mange kanter på et sykehjem som ofte er preget av tidspress og mange arbeidsoppgaver, mange av de i ernæringsarbeidet til pasienten med langtkommen demens. Sykepleieren opplever krysspresset som etiske dilemmaer. Funn fra forskningslitteraturen sier at sykepleieren burde ha verktøyene til-, og tiden eller et arbeidsmiljø som oppfordrer til, etisk refleksjon i ernæringsarbeidet for å bedre sikre at hun tar gode etiske handlingsvalg i ernæringsarbeidet til pasienter med langtkommen demens.

Nøkkelord: Sykepleier, etikk, demens, ernæringsarbeid, sykehjem

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	1
1.2 Definisjon av sentrale begrep i oppgaven	2
1.3 Avgrensning av oppgaven	2
1.4 Oppgavens oppbygning	3
2. Teori	4
2.1 Demens	4
2.2 Ernæring	5
2.2.1 Ernæringsarbeid	5
2.2.2 Ernæringsarbeid til demenspasienten	6
2.2.3 Screeningsverktøy	6
2.2.4 Kunstig ernæring	7
2.3 Følelser og fornuft	7
2.3.1 Kunnskapsformer	8
2.3.2 Følelser og fornuft	8
2.4 Krysspressituasjoner i ernæringsarbeidet	10
2.4.1 Etisk refleksjonsmodell	10
2.4.2 Pressnivåer	10
2.4.3 Bak presset	11
2.4.4 Refleksjon	11
2.5 Sykepleierens funksjoner i ernæringsarbeidet	12
2.6 Etisk og juridisk rammeverk	13
2.6.1 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer	13
2.6.1 Lovverk	13
3. Metode	15
3.1 Litteratursøk	15
3.2 Annen relevant litteratur	16
3.3 Kvalitativ metode	16
3.4 Design	17
3.5 Kildekritikk	17
3.6 Etske overveielser	18
4. Forskningslitteratur	19
5. Drøfting	24
5.1 Pressnivåer	24
5.1.1 Press innenfra	24
5.1.2 Press nedenfra	26
5.1.3 Press ovenfra	28
5.1.4 Horisontalt press	30
6. Avslutning	32
Referanseliste	33

1. Innledning

Basert på nåværende beste estimat er det mellom 80.000 til 104.000 mennesker med demens i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018, s.128-129). Dette er ikke sikre tall, men det vi imidlertid kan si med stor sikkerhet er at andelen eldre bare vil øke de neste årene, og med dette andelen med demens. Mye tyder på vi kan forvente en dobling av antall mennesker med demens i Norge innen 2050 (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 135-136). Dette omtales ofte som ”eldrebølgen”. Pasienten med langtkommen demens er på grunn av symptomer relatert til lidelsen, som kognitiv svikt og hukommelsestap, i en særskilt høy ernæringsmessig risikogruppe uten å motta adekvat hjelp (Sortland, 2015, s. 139). Dette bidrar til at tallene for forekomsten av underernæring hos pasienter på sykehjem varierer mellom 10% til 60% (Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H, 2016, s. 301). Da rundt 80% av beboerne på sykehjem har en demenssykdom er det trygt å si at sykepleieren og pasienten med demens har mange møter i ernæringsarbeidet på denne arenaen (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 135).

Sykepleieren har en svært selvstendig rolle i ernæringsarbeidet på sykehjemmet. Hun har gjennom sin forebyggende og behandlende funksjon ansvaret for å hindre, avdekke og behandle pasienten (Jacobsen E. L. & Bye, A., 2015, s. 619-620). I en travel sykehjemshverdag med mange hjelpetrengende pasienter med langtkommen demens vil etiske dilemmaer bli en hyppig opplevelse, og som estimatene viser kan de bli langt hyppigere i de kommende årene. I denne litterærøppgaven vil jeg belyse de etiske dilemmaene sykepleieren opplever i ernæringsarbeidet. Jeg vil identifisere de, utforske hva som forårsaker de, hvordan sykepleieren opplever de på kroppen og hva hun kan gjøre for å sortere de ulike handlingsvalgene og forhåpentligvis komme frem til et godt etisk handlingsvalg.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Å kunne spise og drikke tilstrekkelig er et av menneskets grunnleggende behov (Mathiesen, J., 2015, s.127-128). Ved langtkommen demens vil ikke pasienten lenger kunne klare å opprettholde en god ernæringsmessig status uten hjelp og veiledning. Sykepleieren på sykehjem er gjennom sin forebyggende og behandlende funksjon i ernæringsarbeidet ofte den som står ansvarlig for å kompensere for pasientens psykiske og fysiske svikt (Jacobsen E. L. & Bye, A., 2015, s. 619-620). I dette møtet mellom sykepleieren og pasienten kan det oppstå etiske dilemmaer. Det er vanskelig å se for seg en sykepleier som ikke har opplevd et etisk

dilemma, i kraft av å ha en profesjon som kretser rundt mellommenneskelige interaksjoner virker dette uungåelig. I kommende år er det estimert at antallet og andelen demente på sykehjem vil øke, sykepleieren kan derfor i økende grad oppleve å stå i etiske dilemmaer i ernæringsarbeidet til denne pasientgruppen (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 135-136). For å bedre kunne takle disse situasjonene virker det naturlig å prøve å forstå dem, og for å forstå dem må de identifiseres. På bakgrunn av dette blir min problemstilling:

”Hvilke etiske dilemmaer opplever sykepleier på sykehjem i ernæringsarbeidet til pasienter med langtkommen demens?”

1.2 Definisjon av sentrale begrep i oppgaven

I teksten vil sykepleier og pasienten bli betegnet med henholdsvis pronomenerne ”hun” og ”han”. Dette for å unngå forvirring for leseren og sikre flyt i teksten.

Etisk dilemma. Et etisk dilemma oppstår når sykepleier har valget mellom to eller flere handlingsalternativer, der ingen virker opplagt riktig (Nordby, H., 2012, s. 38).

Etisk problem. Et etisk problem oppstår når det er usikkerhet i hva som er riktig eller galt å gjøre, og problemet ikke har en opplagt, selvinnlysende løsning (Nordby, 2012, s.37).

Pasient. Artikler og litteratur bruker begrepene ”pasient”, ”bruker” og ”beboer” litt om hverandre eksempelvis etter hvor pasienten mottar behandling. Beboer vil etter Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1, bokstav f (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) være en person som mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, for eksempel en pasient på sykehjem. Jeg velger likevel å konsekvent bruke begrepet ”pasient” i denne oppgaven, etter Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3, bokstav a (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), for å holde en rød tråd i oppgaven og unngå forvirring underveis.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Aldersbegrensning

Demens er en sykdom som oftest forekommer i 70-årsalderen, vanligvis ikke før fylte 80 år (Folkehelseinstituttet, 2018, s.128). Sykdommen kan forekomme tidligere, men dette er ikke vanlig. Jeg har ikke satt noen aldersbegrensning på pasientgruppen i denne oppgaven da det er *hvordan* sykepleieren opplever symptomene som oppstår på grunn av sykdommen i ernæringsarbeidet som står i hovedfokus. På bakgrunn av dette, og at jeg har avgrenset pasientgruppen til pasienter med *langtkommen demens*, har jeg i denne oppgaven derfor ikke funnet det hensiktsmessig med aldersbegrensning.

Langtkommen demens

Denne oppgavens formål er å utforske sykepleierens opplevde etiske dilemmaer i ernæringsarbeidet med pasienter som har moderat eller avansert demens. Det er i disse stadiene symptomene som setter pasient i ernæringsmessig risiko er mest uttalt, og derfor her de har størst behov for hjelp i å opprettholde en ernæringsmessig god status. Moderat og alvorlig demens blir i denne oppgaven samlet i betegnelsen *langtkommen demens*. Demensbegrepet blir videre utforsket i kapittel 2.1.

1.4 Oppgavens oppbygning

Denne litteræroppgaven er delt inn i seks hovedkapitler med tilhørende underkapitler der det er hensiktsmessig. Kapittel 1 består av innledning, presentasjon av tema og problemstilling, begrepsavklaring og oppgavens avgrensning. I kapittel 2 blir teori om sentrale temaer relevante for problemstillingen presentert. Jeg vil her gjøre rede for teori rundt demens, og ernæring, etikk, lovverk og sykepleierens funksjoner. Dette danner det teoretiske grunnlaget for diskusjonen i drøftingen. I kapittel 3 vil litteræroppgave som metode forklares, og litteratursøk, annen relevant litteratur, kvalitativ metode, design, kildekritikk og etiske overveielser presenteres. I kapittel 4 presenteres forskningslitteraturen som er anvendt i oppgaven i en artikkelmatrise med henholdsvis forfatter/årstall, tittel, tidsskrift, hensikt, design/metode og funn. Kapittel 5 er en drøftingsdel der jeg søker å svare på problemstillingen ved å bruke det teoretiske grunnlaget fra teorikapittelet til å belyse funn fra forskningsartiklene. I kapittel 6 prøver jeg etter beste evne å svare på problemstillingen med en kort avslutning som oppsummerer de viktigske momentene i oppgaven.

2. Teori

Litteraturinnhenting til denne litterær oppgaven tar utgangspunkt i problemstillingen. Jeg vil i dette kapitlet derfor presentere sentrale temaer og begreper som er sentrale og må utdypes for å kunne svare på problemstillingen. Da dette ikke er en tekst som har hovedfokus på sykdommen demens vil jeg ikke gå i dybden på sykdommen, men vil avklare utbredelse, sentrale begrep og symptomer som gjør seg gjeldende i ernæringsarbeidet med pasientgruppen. Ernæring og hvordan det er relevant til sykepleierens arbeid med pasienter med demens avklares. Jeg vil presentere en etikkdel for å belyse de etiske dilemmaene sykepleiere opplever. Gjennom Alteren (2011) vil jeg søke å forklare bakgrunnen for hvorfor sykepleiere opplever ulike etiske dilemmaer, og hvorfor de oppleves ulikt. Med Nordby (2012) blir ulike pressnivåer som fører til at sykepleieren opplever dilemmaene og verktøy for å analysere disse presentert. Sammen med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund, 2016), aktuelt lovverk og sykepleierens funksjoner utgjør disse grunnlaget for å kunne analysere og drøfte sykepleierens opplevelser av etiske dilemmaer fra forskningslitteraturen.

2.1 Demens

Demens er en progressiv og degenerativ sykdom som skyldes forandringer i hjernen. Det er ulike typer demenssykdom, som Alzheimer sykdom eller demens med lewylegemer, men for denne oppgavens målsetting samles de i samlebetegnelsen demens (Kirkevold et al., 2016, s.412-413). Videre vil jeg i denne teksten særlig fokusere på moderat og alvorlig demens, samlet i betegnelsen *langtkommen demens*, fordi pasienten i disse stadiene i større grad er avhengig av hjelp og veiledning fra andre til hverdagslige oppgaver, pleie, og særlig for denne oppgaven, ernæringsarbeid (Kirkevold, et al., 2016, s. 301-302). Prevalensen i befolkningen som lider av demens øker sterkt med alderen, dette gjør at sykepleieren ofte møter pasienten med langtkommen demens på sykehjem (Wyller, T. B., 2015, s. 287). Hver femte innbygger vil være minst 70 år i år 2050 (Sortland, 2015, s. 139). Det følger av dette at møtene mellom sykepleieren og pasienten med demens ikke vil avta. Demens karakteriseres ved at pasienten i ulik grad får gradvis reduserte kognitive evner og forandringer i emosjonell kontroll, sosial atferd, motivasjonen og personlighetsforandringer. Avhengig av hvor preget pasienten er av symptomene gjør disse symptomene at demenspasienten har en høy ernæringsmessig risiko for feilernæring uten adekvat hjelp, jo mer utpreget og flere symptomer jo høyere ernæringsmessig risiko. Demens diagnostiseres, forbindes ofte med, og kommer gjerne til

uttrykk med kognitiv svikt. Demens omfattes imidlertid også av ikke-kognitive mentale symptomer som samles under betegnelsen *atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD)* (Wyller, 2015, s.285-287). APSD inkluderer blant annet symptomer som irritabilitet og aggressivitet, depresjon, tilbaketrekning, apati, interesseløshet, rastløs motorisk atferd og endret spiseatferd (Wyller, 2015, s. 286). For mange pasienter og pårørende er det APSD-symptomene som er roten til størst lidelse ved demens da det for eksempel kan være vanskelig å mestre aggressivitet og irritabilitet, mens man ofte lettere kan tolerere og tilrettelegge for hukommelsessvikt eller vansker med å mestre praktiske gjøremål. Demens er ikke en kurativ sykdom (Wyller, 2015, 302-306). Medikamentell behandling rettet mot demens har i beste fall bare bremsende effekt på symptomene og utviklingen på noen typer av demens, og ikke-medikamentelle tiltak blir derfor hjørnesteinen i demensbehandlingen. Målsetningen med tiltakene er, i tråd med sykepleierens helsefremmende funksjon, å så langt det er mulig opprettholde pasientens funksjonsnivå og bidra til et godt liv (Jacobsen E. L. & Bye, A., s. 619). Miljøtiltakene kan omfatte alle aspekter av livet til pasienten og inkluderer hjelp til personlig hygiene og påkledning, hjelpemidler, fysisk aktivitet og tilrettelegging av måltider.

2.2 Ernæring

Under presenteres teori og sentrale begrep innen ernæring, hva som kjennetegner ernæringsarbeidet til pasienten med demens, ulike screeningsverktøy som gjør seg gjeldende i sykepleierens ernæringsarbeid på sykehjemmet, og til slutt presenteres begrepsavklaring rundt kunstig ernæring og hvordan det gjør seg gjeldende i ernæringsarbeidet.

2.2.1 Ernæringsarbeid

Ernæringsarbeid er et vidt begrep som ikke bare omfatter ernæringsarbeid ved sykdom og ernæring som en forebyggende funksjon (Helsedirektoratet, 2016, s.12). Ernæringsarbeidet er også arbeid rettet mot mennesker som mottar helse- og omsorgstjenester i alle faser og situasjoner av livet. Dette dekker hele spekteret fra generell tilrettelegging som kostveiledning for friske mennesker til behandling basert på diagnose og alt i mellom. I begrepet sikter *ernæring* til kosthold, som i dagligtalen er mat- og drikkevarer som utgjør den daglige føden (Sortland, 2015, s.17). For at sykepleieren skal kunne utøve en forsvarlig praksis må hun ha en dypere forståelse av ernæring, og vi bruker begrepet ernæringsfysiologi om matens sammenfatning, fordøyelse og funksjon i kroppen, samt konsekvensene av underernæring

Ernæringsarbeidet er i denne litteræroppgavens sammenheng derfor sykepleiers utøvelse av ernæringsfysiologien i arbeidet med pasienter med langtkommen demens.

2.2.2 Ernæringsarbeid til demenspasienten

I ernæringsarbeidet til demenspasienten er det et sammensatt bilde med flere faktorer som må tas i betraktning for å kunne tilby forsvarlig behandling. Tiltakene vil variere ut i fra hvilke symptomer og hvor fremtredene symptomene på demens er. I tillegg til å forebygge under- og/eller overvekt har måltidene en viktig funksjon i miljøbehandlingen av demenspasienter (Helsedirektoratet, 2016, s. 200-201). Måltidene bør kompensere for manglende funksjon og burde tilrettelegges med fokus på deltagelse og mestring for den enkelte for å styrke mestringsfølelsen. Det er flere fordeler med å i størst mulig grad selv kunne delta i måltidet, som å kunne opprettholde egenverd, kontroll og verdighet (Sortland, 2015, s.189).

Demenssymptomer som agnosi, apraksi, svekket læreevne og svekket oppmerksomhet kan imidlertid gjøre ernæringsarbeidet utfordrende for sykepleieren og øvrig helsepersonell. Overordnet er personalets holdninger, bevissthet og ansvarlighet til ernæringsarbeidet viktig (Sortland, 2015). Med manglende kunnskap og interesse kan pasientens ernæringsstatus forverres. I henhold til lovverket (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), men også i tråd med sykepleierens *ledende funksjon*, er det sykepleierens oppgave å følge opp personalets bevisstgjøring til ernæringsarbeidet så vel som sin egen. I tillegg til faktorer relatert til demens må individet tas i betraktning. Et levd liv med egne opplevelser gir personlige preferanser til mat og måltid, ernæringsarbeidet burde derfor så langt som mulig tilpasses den enkelte pasients ønsker og matkultur (Sortland, 2015, s. 139-142).

2.2.3 Screeningsverktøy

For å kunne forebygge, avdekke og behandle tegn på sykdom og feilernæring skal pasienter på sykehjem vurderes for ernæringsmessig risiko, i utgangspunktet en gang per måned (Helsedirektoratet, 2016, s. 140). Sykepleieren bruker ulike screeningsverktøy for å innhente mål relatert til ernæring. Vanlige mål er vekt, BMI og kalori- og væskeinntak. *BMI* (Body Mass Index), eller *KMI* (kroppsmasseindeks på norsk) er en formel som viser balansen mellom høyde og vekt (Sortland, 2015, s. 142). BMI er en generell indikator på ernæringsmessig helse og velvære basert på gjennomsnittlig verdier i befolkningen og må derfor behandles som en veiledende indikator på ernæringsmessig helsestatus da det vil være

individuelle forskjeller hos pasienter som gjør at en normal BMI ikke nødvendigvis forteller hele sannheten om helse og velvære.

2.2.4 Kunstig ernæring

Kunstig ernæring er et fellesbegrep for flere typer ernæring som av ulike grunner ikke inntas av pasienten på det som i dagligtale ville blitt sett på som et ”normalt” kosthold (Sortland, 2015, s. 251-257). Enteral ernæring er en fellesbetegnelse på ernæring som gis via mage-tarmkanalen. Sondeernæring er et fellesbegrep for mat i flytende form som administreres enteralt via sonde, eksempelvis nasogastrisk ernæringssonde (eller PEG-sonde (perkutan endoskopisk gastrostomi) (Sortland, 2015, s. 251-257). Parenteral ernæring er næringstilførsel som ikke går via munnen eller mage-tarm-kanalen, men administreres intravenøst gjennom kroppens blodårer (Sortland, 2015, s. 13). Sondeernæring anses generelt som en mer skånsom administreringsform for pasienten enn parenteral ernæring, er ofte rimeligere og muliggjør at pasienten kan opprettholde en normal mage-tarmfunksjon da ernæringen, selv om kunstig administrert, passerer gjennom mage-tarmkanalen. I tillegg vil pasienten få andre fordeler av enteral ernæring som at immunforsvaret i tarmen styrkes. Når pasienten med langtkommen demens er i livets slutfase er oppstarting av sonde- eller intravenøs ernæring vanligvis ikke aktuelt (Helsedirektoratet, 2016, s. 45). Det finnes i midlertidig unntak, pasienten kan ha en allerede eksisterende sonde inn i slutfasen, eller tilfeller hvor det er usikkerhet om videre prognose. Intravenøs væsketilførsel i slutfasen av livet er omdiskutert (Helsedirektoratet, 2016, s.45). Tørre lepper og munn er hovedårsaken til tørste og dette lindres nødvendigvis ikke av intravenøs væsketilførsel.

2.3 Følelser og fornuft

Alteren (Alteren, J., 2011) utforsker forholdet mellom følelser og fornuft, samspillet dem i mellom og hvordan de kan gjøre seg gjeldende i etiske dilemmaer, hovedsakelig basert på verker av Aristoteles og Nussbaum. Under følger en presentasjon av ulike kunnskapsformer, der teoretisk-vitenskapelig-, ferdighets- og praktisk kunnskap blir forklart, før forholdet mellom fornuft og følelser og hvordan dette gjør seg gjeldende for hvordan sykepleieren opplever og tolker det etiske problemet blir presentert.

2.3.1 Kunnskapsformer

Når en sykepleier handler i en pasientsituasjon gjør hun det i et samspill av ulike forståelsesformer, disse kan deles i tre ulike kunnskapsformer; *Teoretisk-vitenskapelig kunnskap* (Episteme), *ferdighetskunnskap* (techne) og *praktisk kunnskap* (fronesis) (Alteren, 2011). *Teoretisk-vitenskapelig kunnskap* er kunnskap utviklet fra det Aristoteles kaller ”evige sannheter”. For en sykepleier i ernæringsarbeidet vil dette være kunnskap ervervet fra skole og litteratur som sykdomslære, anatomi, konsekvensene av underernæring, lære om kommunikasjon og juss. Dette er kunnskap med klar årsakssammenheng, som at en pasient med et høyt inntak av kalorier sammen med inaktivitet med tiden vil utvikle overvekt. Teoretisk-vitenskapelig kunnskap er begrunnet mening og utgangspunktet for det er fornuft. Det er allerede kjent og kan derfor læres. *Ferdighetskunnskap* er kunnskap som omhandler håndverket og produksjon. Dette er sykepleierens tenkning om hvordan hun eksempelvis skal utføre helt konkrete prosedyrer, eksempelvis å administrere sondeemat til pasienten med langtkommen demens. Ferdighetskunnskapen er bundet til og av den praktiske situasjonen sykepleieren befinner seg i og blir ervervet gjennom tid og sammen med teoretisk-vitenskapelig kunnskap. Denne formen for kunnskap har i nyere tid blitt kalt ”taus kunnskap” da den, i motsetning til teoretisk-vitenskapelig kunnskap, ofte bare eksisterer i den enkeltes hode og ikke kan leses til i litteraturen (Alteren, 2011). *Praktisk kunnskap* ble av Aristoteles beskrevet som ”klokskap”. Kunnskap som erverves over tid gjennom erfaring og øvelse, som bygger på både teoretisk-vitenskapelig kunnskap og ferdighetskunnskap. Ved mengdeeksponering til enkeltsituasjoner blir sykepleier i stand til å treffe gode handlingsvalg i ulike situasjoner. Vi kan si at sykepleieren har et ”godt skjønn” i situasjonen eller at hun har utviklet en god sykepleiefaglig dømmekraft. Praktisk kunnskap hjelper sykepleieren til å skille ut relevant og irrelevante sider ved en pasientsituasjon når hun tar et valg om hvordan hun vil hjelpe.

2.3.2 Følelser og fornuft

Alteren (2011) sier at alle tre kunnskapsformene blir sammenstilt i sykepleierens overveielse av hvordan hun skal handle i en gitt situasjon. Selv om kunnskapsformene alene på sett og vis representerer sykepleierens fornuft i profesjonsutøvelsen er sykepleieren også et menneske med følelser, egne erfaringer og verdier som ikke kan skilles fra fornuft og er derfor en del av ervervingen av kunnskapsformene. I den profesjonelle yrkesutøvelsen veves fornuft og følelser sammen, og forholdet mellom disse skaper et sammensatt og komplisert handlingsrom for sykepleieren. Følelser har i vestlig filosofi tradisjonelt sett vært noe

underordnet fornuften, noe mindre pålitelig enn fornuften (Alteren, 2011). Vi er i midlertidig alltid påvirket av følelsene våre, de kan til en grad undertrykkes, men aldri bli skrudd helt av og burde derfor tas med i betraktningen av hvordan den enkelte oppfatter en situasjon.

Følelser har en hensikt og er rettet mot noe, hvordan de kommer til uttrykk og i hvilken grad avhenger imidlertid av hvordan den enkelte ser hva følelsen er rettet mot, som er en individuell opplevelse basert på den enkelte sykepleiers levde liv og erfaringer. Vi ser helt enkelt ikke alltid det samme i en situasjon. Sykepleierens forståelse av en situasjon kan bli mangelfull hvis følelser overses eller undertrykkes. Hun kan ha manglende medfølelse for pasienten eller undertrykke følelsene i så stor grad at dette fører til at hun ikke ser eller oppfatter alle sider ved situasjonen, og derfor hvordan hun handler i situasjonen. Dette kan imidlertid slå begge veier. Sykepleieren kan være så i følelsenes vold at det farger henne i den grad at hun ikke ser sammenhengen mellom det hun vet er rett og det hun vet hun bør gjøre i situasjonen. Følelsene kan i slike situasjoner skape det Alteren kaller faglig og moralsk blindhet.

Alteren (2011) bruker et eksempel for å sette sammen delene til en helhet. En sykepleier skal hjelpe en smertepåvirket pasient opp av sengen. Hun vet med *teoretisk-vitenskapelig kunnskap* at mobilisering kan øke smertene, men vet samtidig at konsekvensene ved å ikke mobilisere pasienten med tiden kan føre til økte smerter. Sykepleieren som er overmannet av følelser og ikke vil gi pasienten økte smerter lar pasienten ligge, med konsekvensen at pasienten med tiden blir mer smertepåvirket. Sykepleieren som har manglende følelse for pasientens smerter tar ikke hensyn til pasienten når hun bruker *ferdighetskunnskap* til å mobilisere med resultat at pasienten vegrer seg neste gang. Sykepleieren kan imidlertid forstå pasientens følelser og samtidig holde en avstand til den, sanse at pasienten er smertepåvirket, bruke *ferdighetskunnskap* modifisert med følelsenes sensitivitet til å mobilisere pasienten skånsomt opp av sengen. Med tid og eksponering til situasjonen kan dette bli til *praktisk kunnskap*. Følelser og fornuft burde sammenfalle i en middelvei, vi kan forstå en annen persons følelser uten selv å føle den. Sykepleieren opplever ofte dilemmaer i krysningen mellom følelser og fornuft. Ved å forstå pasientens smerter i fornuften kan sykepleieren holde en avstand til pasienten selv om hun blir berørt av følelsene.

2.4 Krysspressituasjoner i ernæringsarbeidet

Under følger en presentasjon av Nordby (Nordby, 2012) sin etiske refleksjonsmodell. Nordby (2012) deler presset sykepleieren opplever i etiske dilemmaer inn i ulike pressnivåer etter hvem eller hva som utøver presset på henne. Etter å ha identifisert de ulike pressnivåene skal sykepleieren tolke om presset er begrunnet, og må da ta i betraktning hva som ligger *bak presset*. Praktiske og individuelle psykologiske forhold kan stå i motsetning til egen oppfatning av hva som er det riktige valget og gjøre det komplisert å gjøre ta en avgjørelse, sykepleieren må derfor gå inn i *refleksjon* for å komme til et overveid, etisk riktig handlingsalternativ

2.4.1 Etisk refleksjonsmodell

Når sykepleieren opplever et etisk dilemma oppstår et krysspress med minst to ulike handlingsvalg. Presset sykepleieren opplever må komme fra et sted. Nordby (2012) identifiserer fire pressnivåer som er aktuelle for sykepleieren i sykehjem. Ifølge Nordby må det etiske problemet identifiseres for å kunne forstå og møte de på en god måte. Det er også praktisk med en inndeling for å kunne å ha klar oppfatning av hvem og hva sykepleieren skal forholde seg til, og hvilke ulike interesser og behov som ligger bak handlingsvalgene. Modellen er ment for å hjelpe sykepleier å rydde i mentalt vanskelige situasjoner i arbeidslivet.

2.4.2 Pressnivåer

Nordby (2012) deler pressnivåene inn i fire ulike pressnivåer. *Press innenfra* er en subjektiv opplevelse. Dette er sykepleierens egen oppfatning og forventning fra seg selv om hva som føles som det riktige handlingsvalget i en situasjon. Dette vil naturligvis være forskjellig fra person til person. *Press nedenfra* betegner press om hva som er riktig handlingsvalg fra synsvinkelen til pårørende til pasienten og fra pasienten selv. *Press ovenfra* betegner de reglene og prosedyrene som styrer arbeidshverdagen i en sykehjemsavdeling. Denne type press har ofte et innslag av et usymmetrisk maktforhold som ikke er i sykepleierens favør. *Horisontalt press utenfra* betegner en form for symmetrisk press fra parter som ikke har et formelt maktforhold i forhold til sykepleieren. Dette kan være sykepleiere og andre kollegaer og samarbeidspartnere i avdelingen eller andre steder.

2.4.3 Bak presset

Nordby (2012) beskriver en form for etisk refleksjonsmodell sykepleiere og andre helsefagarbeidere kan bruke i bearbeidingen av etiske problemstillinger. I modellen må sykepleieren selv vite når hun opplever et etisk dilemmaet. Etter å ha identifisere de ulike pressnivåene som er nevnt over er det viktig at sykepleieren tar stilling til om presset er begrunnet, det gjør hun ved å avdekke hva som ligger bak de ulike nivåene. Nordby (2012) deler disse inn de tre kategorier. *Regler* er definerte prosedyrer som er handlingsveiledende, gjør seg gjeldende i form av diverse rutiner og prosedyrer i arbeidshverdagen. Det kan eksempelvis være at pasientene skal screenes for ernæringsmessig risiko gitte dager annenhver uke, eller mer overordnede politiske føringer som at sykehjemmet skal drives innenfor budsjettet. *Enkeltpersoners oppfatninger* er i motsetning til regler ikke generelle normer eller juridisk bindende, men basert på enkeltpersoners forventninger til sykepleierens handlingsvalg. Eksempelvis pårørendes formening om beste medisinske behandling for en pasient. Disse er ofte uttalte og utgjør brorparten av press nedenfra. *Verdier og preferanser* er ”alt det andre”, mindre rasjonelle oppfatninger som ikke nødvendigvis er sanne. Nordby (2012) beskriver disse som spesielt utfordrende da de kraft av å ikke nødvendigvis være rasjonelle er vanskelige å argumentere mot.

2.4.4 Refleksjon

Refleksjon skal lede sykepleieren til en oppfatning av hva som er rett handling i kraft av hva som er riktig å gjøre ved å veie alternativene mot hverandre (Nordby, 2012). Praktiske og psykologiske forhold kan stå i motsetning til egen oppfatning av hva som er det riktige valget og gjøre det komplisert å gjøre ta en avgjørelse. Sykepleieren kan anse et handlingsalternativ som riktig fordi det er i tråd med gjeldende retningslinjer, eksempelvis at pasienten skal screenes for ernæringsmessig risiko en gang i måneden (Helsedirektoratet, 2016), men da er det ikke nødvendigvis en konklusjon sykepleieren fatter på eget etisk grunnlag. Dette handlingsalternativet kan også være etisk riktig, eller et annet alternativ kan være etisk riktig (Nordby, 2012). Det er derfor ikke måten en etisk oppfatning begrunnes som avgjør om den er etisk begrunnet, men hvordan sykepleieren selv oppfatter vurderingen som er avgjørende, altså ikke bare riktig men etter eget skjønn etisk riktig. Å gå imot generelle prosedyrer fordi det ikke føles etisk riktig kan derfor være en form for *positiv sivil ulydighet*. Det er nødvendigvis ikke en automatikk i at en handling som blir utført i henhold til gjeldende prosedyre også er etisk vurdert (Nordby, 2012).

2.5 Sykepleierens funksjoner i ernæringsarbeidet

Sykepleierens rolle i ernæringsarbeidet til pasienten med langtkommen demens er omfattende og variert. Flere av sykepleierens funksjoner inngår i arbeidet, men for å svare på problemstillingen, og som forarbeid til drøftingsdelen, vil jeg her fokusere på sykepleierens *forebyggende- og behandlende funksjon* (Jacobsen E. L. & Bye, A., 2015, s. 619). Overordnet er sykepleiers *særegne funksjon*:

«Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov». (Norsk Sykepleierforbund, 2016)

Virginia Henderson mener sykepleieren må ha en oversikt over hvilke behov den enkelte pasient må få oppfylt for å kunne gi god pleie og omsorg, og setter opp fjorten behov hun mener er grunnleggende for mennesker (Mathiesen, J., 2015, s.127-128). I sykepleierens ernæringsarbeid til pasienten med langtkommen demens er særlig *å kunne spise og drikke tilstrekkelig*, og *å kunne uttrykke følelser, behov, frykt og lignende gjennom kommunikasjon med andre* særlig viktige å observere for å vurdere for om pasienten kan ivareta sine grunnleggende behov, og derfor hva sykepleieren kan hjelpe pasienten med. Pasienten med langtkommen demens er en pasientgruppe som er spesielt utsatt for underernæring (Wyller, 2015, s. 286). På grunn av kognitiv svikt, APSD-problematikk og andre symptomer som kan gjøre seg gjeldende for pasienter med langtkommen demens, som blant annet gjør det vanskelig for pasienten å uttrykke sine behov og følelser, gjør dette pasientgruppen særlig avhengig av sykepleierens hjelp for å få dekt sine grunnleggende behov. Gjennom sykepleierens *forebyggende funksjon* hjelper hun pasienten med langtkommen demens ved å identifisere mulige problemer før de oppstår eller utvikler seg til å bli alvorlige problemsituasjoner (Holter, I. M., 2015, s. 108) Dette gjør hun eksempelvis ved å screene for ernæringsmessig risiko (Jacobsen E. L. & Bye, A. Kap 23 s.638 i Holter red). På bakgrunn av screeningsarbeidet kan hun eksempelvis avdekke at pasienten er underernært, og gjennom sin *behandlende funksjon* igangsette tiltak som at pasienten burde ha ro under måltidet eller mer næringstett kosthold (Jacobsen E. L. & Bye, 2015, s. 620-621). Målet er å sikre en så god ernæringsstatus for pasienten som situasjonen tilsier at er mulig.

2.6 Etisk og juridisk rammeverk

Under blir det etiske og juridiske rammeverket som er aktuelle i denne litteræroppgaven og gjør seg gjeldende i sykepleierens ernæringsarbeid til pasienter med langtkommen demens presentert.

2.6.1 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer

I Norge bruker vi ICNs etiske regler for sykepleiere som grunnlag for våre yrkesetiske retningslinjer (International Council of Nurses, 2007). Det er et sett med etiske retningslinjer som bygger på sykepleierens fire grunnleggende ansvarsområder, *å fremme helse, å gjenopprette helse, forebygge sykdom og lindre lidelse*. Retningslinjene blir gjort kjent for alle som går gjennom sykepleiefaglig utdanning i Norge, skal derfor være velkjent for alle sykepleiere uansett okkupasjon og vil derfor kanskje være vårt felles referanse- og utgangspunkt i etikken. Retningslinjene er et sett med holdnings- og handlingsnormer, og er slik sett ikke et sett regler for hvordan sykepleieren skal ”oppføre” seg (International Council of Nurses, 2007). Det er heller ikke et oppslagsverk som gir konkrete handlingsalternativer, men mer til refleksjon og en overordnet etisk ”guide” til det daglige profesjonsarbeidet. Retningslinjene er delt i fire hovedelementer; sykepleieren og *mennesket, -sykepleierpraksis, - profesjon og –medarbeidere*. Sykepleieren er eksempelvis personlig ansvarlig for at hennes egen sykepleierpraksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleieforbund, 2016, punkt 1.3), og har et faglig og etisk veiledningsansvar overfor medarbeidere (Norsk sykepleieforbund, 2016, punkt 4.2). I ernæringsarbeidet til den langtkommen demente pasienten møter sykepleieren mange etiske dilemmaer. Når demenssykdommen blir mer uttalt i den langtkommende fasen blir symptomer som kognitiv svikt og APSD-forstyrrelser mer uttalt (Kirkevold, et al., 2016, s. 424-425). Sykepleieren skal allikevel etter retningslinjene eksempelvis ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, men samtidig respektere pasientens rett til selvbestemmelse (Norsk sykepleieforbund, 2016,). Dette kan bli utfordrende for sykepleieren å sjonglere og kan resultere i etiske dilemmaer, Hvis det skulle oppstå interessekonflikt mellom pårørende og pasient skal sykepleieren prioritere pasientens hensyn (Norsk Sykepleieforbund, 2016, punkt 3.4).

2.6.1 Lovverk

I konteksten av sykehjemmet er det helse- og omsorgstjenesteloven som legger de overordnede rammene for drift og forsvarlige helse- og omsorgstjenester som sykehjemmet,

og derfor sykepleieren som jobber der, må forholde seg til (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sykepleierens profesjon er regulert i helsepersonelloven, hvor vi eksempelvis finner hovedregelen om forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Formålet til loven er å bidra til sikkerhet for pasienter, tillit til helsepersonell og selve helse- og omsorgstjenesten, og under dette sykehjemmet. Pasientens rettigheter er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven, eksempelvis retten til et verdig omsorgstjeneste tilbud og et nødvendige omsorgstjenestetilbud (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1a). Pårørende har flere rettigheter, men for denne oppgavens formål vil jeg trekke frem rettigheter som gjør seg gjeldende i etiske dilemmaer hvor sykepleieren opplever press fra pårørende. I tillegg til pårørendes rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-2), vil jeg spesielt fokusere på retten til å medvirke i valg for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1), rett til å bli hørt på vegne av pasienten i spørsmål om helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6) og retten til å bli hørt når pasient ikke klarer å formidle et ønske om spørsmål som gjelder livsforlengende behandling (Pasient- og brukerrttighetsloven § 4-9).

3. Metode

Denne bacheloroppgaven er en litteræroppgave. En litteræroppgave er en fremgangsmåte for gjennomgang av eksisterende, hovedsakelig sykepleiefaglig, forskning og faglitteratur som har til mål å belyse problemstillingen min (Dalland, O., 2007, s.81). Jeg har hovedsakelig valgt utforskningsartikler som relevant til problemstillingen, med supplerende litteratur i en dr.gradsavhandling (Alteren, J., 2011), faglitteratur, offentlige rapporter og styringsdokumenter. Jeg har etter beste evne, og så langt det lar seg gjøre, kun benyttet meg av primærlitteratur.

3.1 Litteratursøk

Litteræroppgave som metode innebærer systematisk søking av litteratur, med kritisk granskning og sammenligning av denne (Dalland, O., 2007). Forskningsartiklene ble innhentet med utgangspunkt i forskningsdatabasene CINAHL og PubMed fordi de indekserer sentrale tidsskrift innen sykepleie- og helsefag. CINAHL er en internasjonal database som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. PubMed inneholder tidsskriftartikler fra medisinske og helsefaglige tidsskrifter. En artikkel ble funnet med søkemotoren Google Scholar som viser vitenskapelig litteratur og henvisninger. Hensiktsmessige søkeord med sentrale begreper relatert til temaet og problemstillingen min ble brukt systematisk i ulike kombinasjoner for å finne frem aktuelle forskningsartikler. Artiklene ble så gjennomgått, aktuelle artikler beholdt og artikler som av ulike grunner ikke bidro til å svare på problemstillingen eller ikke tilfredstilte inklusjonskriteriereier ble tilsidesatt.

Eksklusjonskriteriene omfatter at artikkelen er eldre enn 10 år for å sikre oppdatert litteratur, at artikkelen ikke er fagfellevurdert og/eller ikke utgitt av et anerkjent tidsskrift for å kunne stole på resultatene og at den ikke bidrar vesentlig til å svare på problemstillingen.

Presentasjon av søkehistorikk for forskningslitteraturen vises under i tabell 3.1.

Tabell 3.1. Søkehistorikk

Nr.	Dato søkt	Artikkel	Database	Søkeord	Avgrnsning	Ant. Treff inkl. artikkel
1.	16.12.2018	Bryon, E., Casteriè, B. D. & Gastmans, C. (2012)	CINAHL	Dementia AND nutrition AND ethics	Ikke eldre enn 10 år Fagfellevurdert	13

2.	16.12.2018	Hammar, L. M., Swall, A. & Meranius, M. S. (2016)	CINAHL	Dementia AND ethics AND mealtimes	Ikke eldre enn 10 år Fagfelleverdert	2
3.	4.12.2018	Goldberg, L.S & Altman, K.W. (2014)	PUBMED	Advanved dementia AND feeding tubes	Ikke eldre enn 10 år Fagfelleverdert Species: human Review	19
4.	4.12.2018	Kuven, B. M. & Giske, T. (2015)	GOOGLE SCHOLAR	Demens + etikk + sykepleier + ernæring	Ikke eldre enn 10 år Fagfelleverdert	99+

3.2 Annen relevant litteratur

Denne oppgaven utforsker temaet etiske dilemmaer. For å kunne analysere disse har det derfor vært viktig å oppdrive faglitteratur som kan belyse hvilke faktorer som setter sykepleieren i en situasjon som gjør at etiske dilemmaer oppstår, og verktøy for å kunne analysere opplevelsen av, og selve dilemmaet. Nordby (Nordby, H., 2012) bidrar med litteratur om krysspress-situasjoner og en etisk refleksjonsmodell. I doktorgradsavhandlingen «*Følelser er fornuft*» (Alteren, 2011) utforsker Alteren (2011) etikk og etiske dilemmaer sykepleieren opplever med bakgrunn i teoretisk-, ferdighets- og praktisk kunnskap og kryssingen mellom begrepene følelser og fornuft. Denne avhandlingen og Nordby (2012) sammen med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2016), som er sykepleiernes felles referanse- og utgangspunkt i etikken, utgjør grunnmuren i oppgavens etiske faglitteratur. Offentlige retningslinjer i Kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2016) presenterer retningslinjer for ernæringsbehandling og kosthold i helseinstitusjoner og blir i så måte et sentralt dokument for sykepleiers rolle og utøvelse i ernæringsarbeidet til personer med demens, og er derfor aktuell for denne oppgaven. *Psykisk helse i Norge* (Folkehelseinstituttet, 2018) bidrar med oppdatert statistisk oversikt over utbredelsen av demens og andre begreper brukt i oppgaven.

3.3 Kvalitativ metode

Gjennom prosessen med å innhente og vurdere litteratur til denne litteræroppgaven ble i all hovedsak studier med kvalitativ design inkludert i oppgaven. Med unntak av Goldberg og

Altman (2014), har både Kuven og Giske (2015), Bryon et al. (2012), Hammar et al. (2016) og Alteren (2011) et hovedsakelig kvalitativt design i sine studier. I kvalitativ forskning viser ordet *Kvalitet* til egenskapene eller kvalitetene med det som studeres (Dalland, 2007, s. 82-87). Kvalitative metoder kjennetegnes blant annet ved at den går i dybden og innhenter mye opplysninger om få ting, i motsetning til kvantitativ forskning som tenderer til å gå i bredden og innhenter lite opplysninger om mange ting. Det er en innsamlingsmetode av data for å beskrive et fenomen, som eksempelvis nøkkelordet ”følelser” fra problemstillingen som ikke er like intuitivt å innhente ved kvantitativ metode.

3.4 Design

Problemstillingen min omhandler begrep som hvilke *følelser* sykepleieren *opplever*. I den formuleringen ligger det naturlig en fenomenologiske tilnærming til kvalitativ metode (Postholm, M. B., 2010, s. 41-45 *fenomonologi*). I en fenomenologisk tilnærming til kvalitativ forskning er man blant annet opptatt av å undersøke konkrete erfaringer i spesifikke situasjoner og kontekster. Siden erfaringen ofte ikke kan observeres direkte av forskeren, så vil ofte samtale med informanten, den som har erfaringen, i form av intervju være en vanlig måte å samle inn data. Litteraturinnsamlingen inkludert i oppgaven min har derfor en overvekt med kvalitativ forskning med en fenomenologisk tilnærming, og artiklene bruker ofte fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Fokusgruppeintervjuet har stor utbredelse innen helsefag og sykepleiefaglig forskning. Ulike former for intervju gir ulike forskningsredskaper for forskeren (Postholm, 2010, s. 68). Fokusgruppeintervjuet har til hensikt å samle kvalitative data en eller flere grupper informanter og belyse avgrensede temaer gjennom diskusjoner i disse gruppene.

3.5 Kildekritikk

Å være kritisk til den innhentede litteraturen betyr å vurdere og kritisere kildene for å fastslå om de er sanne (Dalland, 2007, s.64). Forskningsartiklene Bryon et al. (2012), Hammar et al. (2016) og Goldberg & Altman (2014) er studier foretatt i henholdsvis Nederland, Svergie og U.S.A. og dette kan tenkelig medføre tolkningsfeil i overføringen av begrep, drift av helsevesen og kulturelle aspekter fra utenlands til norsk helsevesen. De tre artiklene er skrevet på engelsk som kan gi feil i oversettelse, tolkning og forståelse av enkelte ord. I Hammar et al. (2016) er noen av informantene helsearbeidere, ikke sykepleiere, og kompetansenivået de

tolker situasjonene gjennom kan muligens derfor ikke være de samme som for en sykepleier. Overføringsverdien er imidlertid i opplevelsene som oppleves av dem. Dette er en litteraturstudie, og i kraft av dette gir potensielt min tolkning av andres verker grobunn for feiltolkninger. Det benyttes sekundærkilder i oppgaven som også potensielt gir opphav til overføringsfeil fra primær-, til sekundærkilde, til meg. Artikkelen til Bryon et al. (2012) er i konteksten av et sykehus, ikke sykehjem, men da de opplevde etiske problemene og pasientgruppen er de samme og informantene er sykepleiere anser jeg at overføringsverdien av følelsene og de etiske dilemmaene sykepleierne opplever relaterer til problemstillingen min allikevel er gode. Ingen av forskningsartiklene er eldre enn ti år. Siden det medisinske feltet er i kontinuerlig endring og denne litteræroppgaven bygger på disse er det viktig å ha oppdatert kunnskap for å styrke tekstens validitet. Jeg har inkludert en forskningsartikkel med kvantitativt design. Den gir et overblikk over litteraturen på sitt område, men bidrar også med gode betraktninger til drøftningskapittelet.

3.6 Etiske overveielser

Lovisenberg diakonale høgskoles retningslinjer for skriving av bacheloroppgave og retningslinjer for kildehenvisning har blitt fulgt i denne teksten. Jeg har ikke brukt eksempler fra egne erfaringer i denne teksten, det er derfor ingen fare for at taushetsplikten har blitt brutt.

4. Forskningslitteratur

Under følger valgte forskningsartikler kort presentert i en artikkelmatrise (Tabell 4.1.).

Tabellen inkluderer forfatter og årstall, tittel, hvilket tidsskift de er utgitt i, hensikten med studien. Design/metode og sentrale funn.

Tabell 4.1. Artikkelmatrise

N r.	Forfatter / årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Bryon, E., Casteriè, B. D. & Gastmans, C. (2012)	'Because we see them naked' - Nurses experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH)	Bioethics. 26(6), 285-295	Utforsker sykepleieres erfaringer i møte med sykehusinnlagte pasienter med demens, spesielt i overveiningen om pasienten skal få aministrert kunstig ernæring- og væskebehandling.	Kvalitativ metode: spørreskjema brukt til å selektere 21 sykepleiere fra ni sykehus til intervju.	Sykepleierne har sterke overbevisninger om begrepet "god behandling", kollegaer, pårørendes og andre parters verdier og forventninger ble også overveid av sykepleiere i behandling av demenspasienter. Å "bli berørt" av en situasjon kan gi insentiv til god behandling, men kan også gjøre sykepleieren sårbar for moralsk stress. I etiske dilemmaer må sykepleierne ha støtte i form av egen refleksjon

						og et arbeidsmiljø som støtter opp om åpen dialog og etisk refleksjon med involverte parter.
2	Goldberg, L.S & Altman, K.W. (2014)	The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review	Clinical interventions in aging. 2014(9), 1733-1739	Studien utforsker uenigheten i bruk av, og når, enteral ernæringsstøtte skal anvendes til pasienter med dysfagi der etiske, moralske, religiøse og medisinske betraktninger kommer inn i bildet.	Kvantitativ metode: systematisk litteraturgjenomgang som resulterte i ti artikler fra 1998-2008.	Ingen evidens på at PEG-innleggelse hos demenspasienter med dysfagi gir forlenget levetid eller bedre livskvalitet. Artikkelen diskuterer også livskvalitet i forhold til pårørende og andre aspekter som kan påvirke valget om enteral ernæring. Pårørende burde få informasjon tilpasset deres kunnskapsnivå da et eventuelt valg om å ikke gi pasienten PEG eller enteral sonde kan mistolkes som at pasienten ikke vil få mat eller omsorg. Andre tiltak

						<p>som å tilpasse medisinliste for å finne alternativer som ikke utgjør en kvelningsfare burde også undersøkes i overveielser om innleggelse av sonde.</p>
3	<p>Hammar, L. M., Swall, A. & Meranius, M. S. (2016)</p>	<p>Ethical aspects of caregivers' experience with persons with dementia at mealtimes</p>	<p>Nursing ethics, 23(6), 624-635</p>	<p>Studien vil belyse helsearbeideres erfaringer i ernæringsarbeidet med dementepasienter .</p>	<p>Blandingsmetode med to ulike metoder for datainnhenting: Kvalitativ del med fokusgruppintervju på starten og slutten av de 6 ukene studien pågikk. Informantene er sju helsearbeidere i fire avdelinger på et sykehjem for demente i Sverige. Kvantitativ del der vekt og matinntak ble målt av</p>	<p>Helsearbeiderne opplevde flere etiske dilemmaer i servering og matning av demenspasientene. De har kunnskap men ikke tid til å bruke den i praksis som fører til dårlig selvtillit og samvittighet, de føler seg alene og underbemannet i ernæringsarbeidet og ønsker å søke støtte hos ansvarlig sykepleier og ulike strategier for å oppnå matro blir diskutert. Helsearbeidere har kunnskap</p>

					ni demenspasienter på avdelingen over studietiden.	om ernæringsarbeid men strukturelle utfordringer og tidspress hindrer dem i å kunne inkorporere den i praksis. Vekttap og utilstrekkelig næringsinntak i den kvantitative delen støtter opp om denne konklusjonen.
4	Kuven, B. M. & Giske, T. (2015)	Når mor ikke vil spise – Ethiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem	Nordic Journal of Nursing Research, 35(2), 98-104	Utforsker etiske dilemmaer sykepleiere i sykehjem opplever i behandlingen av feilernærte demenspasienter.	Kvalitativ metode: deskriptiv design. Fokusgruppe intervju med 3-4 deltagere i hver gruppe av totalt 15 sykepleiere fra seks ulike sykehjem i tre fylker i Norge.	Informantenes etiske dilemmaer ble analysert og delt inn i fem etiske hoveddilemmaer : 1. Dårlig samvittighet eller overgrep mot pasienten. 2. Hensyn til pasient eller pårørende. 3. Faglig skjønn eller nasjonale retningslinjer. 4. Ro og tid i måltidet eller vekttap for pasienten. 5. Refleksjon i fellesskap eller faglig usikkerhet. De etiske

						<p>dilemmaene blir analysert med utgangspunkt i krysspress-situasjoner. Sykepleiere var ofte usikre på riktig handlingsvalg i komplekse situasjoner, refleksjon kan hjelpe sykepleieren med å sette ord på dilemmaet, som er nødvendig for å foreta riktig handlingsvalg. Sykehjem må sette etikk på dagsorden og legge til rette for refleksjonsgrupper. Det er behov for mer kunnskap om effekten av systematisk refleksjonsarbeid knyttet til ernæringsarbeidet, og oppfølging av pasienter og pårørende når pasienten kommer i mellomfasen.</p>
--	--	--	--	--	--	---

5. Drøfting

For å kunne analysere og drøfte problemstillingen min, *hvilke etiske dilemmaer opplever sykepleiere på sykehjem i ernæringsarbeidet med pasienter med langtkommen demens*, vil jeg i dette kapittelet søke å bruke funnene fra teorikapittelet til å belyse funn fra forskningsartiklene. Jeg har delt inn kapittelet etter Nordby (2012) sine pressnivåer som utgangspunkt for drøftingen av dilemmaene. I kraft av at jeg diskuterer dilemmaer, som må ha mer enn et pressnivå, vil inndelingen tidvis være mest av praktisk art da det er hensiktsmessig og naturlig å drøfte pressnivåene mot hverandre underveis.

5.1 Pressnivåer

I et etisk dilemma opplever sykepleieren å havne i et krysspress mellom ulike handlingsvalg. Siden det etiske dilemmaet må bestå av flere handlingsalternativ har jeg valgt å dele de etiske dilemmaene fra forskningslitteraturen inn i pressnivåer som presentert i teorikapittelet. Nordby (2012) legger til grunn at det er fire pressnivåer som er aktuelle for sykepleieren i sykehjemmet.

5.1.1 Press innenfra

Press innenfra betegner sykepleierens subjektive opplevelse av hvordan det er å handle riktig i ernæringsarbeidet (Nordby, 2012). Sykepleierne i Kuven & Giske (2015) opplevde ofte en følelse av utilstrekkelighet i ernæringsarbeidet med demenspasienter, særlig relatert til situasjoner der demenspasienten ga uttrykk for at de ikke ville spise. Informantene fortalte at dette ble mer uttalt når pasientene var i det de omtalte som ”mellomfasen”, perioden mellom god helse relativt til sykdommen og ”sluttfasen” der livet går mot slutten. Demens er en progressiv og degenerativ sykdom, og det følger med dette at symptomene blir mer uttalt med tiden som setter demenspasienten i høyere ernæringsmessig risiko progressivt med levetid (Kirkevold et al., 2018). I Bryon et al. (2011) beskriver sykepleierne at til tross for alle aspektene involvert i ernæringsarbeidet til demenspasienter er deres viktigste prinsipp ”å gi god omsorg” til demenspasienten. Omsorg forstås her som både emosjonell omsorg og behandling. Dette er forankret blant annet i sykepleierens *særegne funksjon* og i sykepleierens forsvarlighetskrav overfor pasienten (Norsk sykepleieforbund, 2016; Helsepersonelloven, 1999, § 4 forsvarlighet). Den største drivkraften bak dette prinsippet om å gi god omsorg var opplevelsen av å ”bli berørt” av situasjonen pasienten befinner seg i (Bryon et al., 2011). Opplevelsen kunne ofte spores tilbake til møtet mellom pasienten og sykepleieren der

sykepleieren observerer og interakterer med pasienten, og gjennom møtet opplever hun å sympatiserer sterkt med han. Den subjektive følelsen av å bli berørt kunne gi utslag i en rekke følelser som kunne være vanskelig for sykepleieren å ignorere, som frustrasjon over å ikke strekke til eller en følelse av urettferdighet på vegne av pasienten når de var i uenighet om et behandlingsvalg legen foretok. Alteren (2011) skriver at i situasjoner hvor sykepleieren er sterkt eller svakt påvirket av følelser kan dette gi en mangelfull forståelse av situasjonen. Hun kan være så farget av følelsene, eller motsatt undertrykke dem i så stor grad, at det kan påvirke dømmekraften hennes. Disse situasjonene kan skape det Alteren (2011) kaller faglig og moralsk blindhet. Den sterke følelsen av å ”bli berørt” av pasienten som kan farge sykepleierens subjektive opplevelse av hva som er riktig handlingsvalg gjorde at sykepleieren var villig til å gjøre alt for å kunne gi det hun mener er verdig omsorg overfor pasienten, og gjorde dem i stand til å kunne stå mellom det som oppleves som legens feildømming og hva som er til pasientens beste hvis de var uenige i et behandlingsvalg (Bryon et al., 2011). Dette er i tråd med at respekten for det enkeltes menneske liv og iboende verdighet etter de yrkesetiske retningslinjene og pasientens rett til et verdig tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenesteloven (Norsk sykepleieforbund, 2016; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1, første ledd, bokstav b). På en side er dette et gode i form av det Nordby (2012) kaller *positiv ulydighet*. Det kan være et gode at sykepleieren gjør opprør mot press fra andre kanter og følger presset innenfra da det ikke nødvendigvis er noen automatikk i at en handling utført i henhold til gjeldende regler også er etisk riktig. På den andre siden kan det slå uheldig ut. Sykepleierens egne forventninger og preferanser til hvordan de burde handle i en situasjon kan hjelpe henne til å fokusere på pasientens opplevelser og ønsker, men kan imidlertid også oppleves som slitsomt over tid (Kuven & Giske, 2015). Dette er uheldig da manglende interesse i ernæringsarbeidet kan resultere i at pasientens ernæringsstatus forverres (Sortland, 2015). I første omgang er sykepleierens personlige ansvarlig for at hennes egen praksis er faglig, etisk og juridisk ansvarlig (Norsk Sykepleieforbund, 2016, punkt 1.3). Som en del av sykepleierens ledende funksjon i ernæringsarbeidet har sykepleieren også et faglig og etisk veiledningsansvar for at ernæringsarbeidet blir godt utført overfor kollegaer på sykehjemmet (Norsk sykepleieforbund, 2016, punkt 4.2). Sykepleierens og det øvrig personalets holdninger, bevisstgjøring og ansvarlighet til ernæringsarbeidet er derfor overordnet viktig for å sikre god ernæringsstatus hos pasienten med langtkommen demens.

5.1.2 Press nedenfra

Dette er press på sykepleieren som i de fleste tilfeller utøves av pasienten og pasientens pårørende (Nordby, 2012). I jussen finner vi hovedregelen om pasientens rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig omsorgstjenestetilbud i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 2-1 a). Pasienter med langtkommen demens kan ha symptomer som svekkede kognitive evner og svekket oppmerksomhet som gjør at de i situasjoner ikke har samtykkekompetanse. Pårørende til denne pasientgruppen har flere rettigheter, men for denne diskusjonen vil jeg i tillegg til pårørendes rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-2), spesielt trekke frem retten til å medvirke i valg for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1), rett til å bli hørt på vegen av pasienten i spørsmål om helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6) og retten til å bli hørt når pasient ikke klarer å formidle et ønske om spørsmål som gjelder livsforlengende behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9). I tillegg til lover og regler er det mange etiske prinsipper sykepleieren må ta hensyn til. Sykepleieren skal eksempelvis respektere pasientens rett til selvbestemmelse (Norsk sykepleieforbund, 2016, 2.5), men samtidig ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleieforbund, 2016, punkt 2.3). Dette er retningslinjer som ikke nødvendigvis er lett å balanseres i ernæringsarbeidet til pasienter med langtkommen demens, og det reflekteres i eksempler fra forskningslitteraturen hvor press nedenfra er et særskilt vanskelig pressnivå for mange sykepleiere. I Kuven & Giske (2015) oppgir informantene å oppleve etiske dilemmaer i den daglige matingen av pasienten. Dilemmaet sto mellom å ”lokke og lure” i pasienten mat eller stoppe når pasienten ga uttrykk for det. Her måtte sykepleierne ta stilling til om det var etisk riktig å gjennom sykepleierens forebyggende og behandlende funksjon ”lokke og lure” i pasienten den daglige ernæring nødvendig for å opprettholde god ernæringsmessig status og slippe dårlig samvittighet, eller respektere pasientens autonomi og ønsker (Sortland, 2015; Jacobsen & Bye, 2015). En sykepleier sa hun på bakgrunn av lang fartstid i jobben hadde sluttet å ”lokke og lure” mat i pasientene i mellomfasen om de ga uttrykk for at de ikke orket mer da erfaringen hennes tilsa at hun i disse tilfellene skulle la ”naturen gå sin gang” (Kuven & Giske, 2015). Vi kan kanskje mene at hun utøver det Alteren (2011) kaller *praktisk kunnskap*, godt skjønn ervervet med tid og erfaring i situasjonen. Praktisk kunnskap skal hjelpe sykepleieren med å skille ut relevante og irrelevante sider med situasjonen. Sykepleiere med lang fartstid er imidlertid også bare mennesker med sine individuelle følelser og erfaringer, det er derfor ingen automatikk i at lang fartstid gjør at sykepleieren innehar god praktisk kunnskap i sykepleieprofesjonen.

Sykepleierne opplever ofte press nedenfra fra pårørende om at pasienten skal innta ernæring som et etisk dilemma (Kuven & Giske, 2015). Pårørende gir uttrykk for at det er vanskelig å akseptere minskende næringsinntak hos pasienten og akseptere tanken på at pårørende skal dø. De kunne kreve at sykepleier skule ”lokke og lure” i pasienten mat i situasjoner der sykepleier anså at pasienten var mett av dage, eller som en av informantene sier:

«...det er det som er vanskelig. . . slutter å spise for naturen går sin gang og pasienten vil takke for seg, og vi ser det og ikke pårørende» (Kuven & Giske, 2015).

Sykepleierens etiske retningslinjer sier at i tilfeller hvor det oppstår konflikt mellom pårørende og pasient skal pasientens hensyn prioriteres (Norsk Sykepleieforbund, 2016, punkt 3.4). I disse tilfellene er imidlertid ikke alltid pasientens ønsker enkle å innhente, og sykepleieren må da sette seg inn i hva pasientens ønske er på hans vegne. I Nordbys refleksjonsmodell (Nordby, 2012) må sykepleieren ta stilling til om presset hun opplever er begrunnet ved å granske hva som ligger *bak presset*. Størstedelen av press nedenfra kommer fra det Nordby (2012) kaller *enkeltpersoners oppfatninger*. Disse er ikke generelle normer og ofte ikke juridisk bindende oppfatninger som eksempelvis lovene i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999), men uttalte meninger og krever derfor at sykepleieren må fortolke meningene grundig for å forstå meningen bak presset. Sykepleierne opplevde i en del tilfeller press fra pårørende i spørsmål om pasienten burde bli satt på sondeernæring som et etisk dilemma (Kuven & Giske, 2015). I tilfeller der pårørende ble informert om at sondeernæring ikke ble anbefalt for deres nære og kjære kunne dette ble mistolket av pårørende (Goldberg & Altman, 2014). Ingen sondeernæring til pasienten kunne av pårørende bli tolket som å bety det samme som ”ingen omsorg” og ”ingen mat” til han. Med enkelte unntak er oppstart av sonde- eller intravenøs ernæring kontraindisert til pasienter med langtkommen demens i livets slutfase (Helsedirektoratet, 2016, s. 45). På et sykehjem i Kuven & Giske (2015) ble eksempler med unntak fra denne regelen diskutert, der begrepet ”pårørendemedisin” ble brukt om tilfeller der helsearbeidere etter press fra pårørende satt pasienten på for eksempel intravenøs ernæring. Det ble i disse tilfellene ikke vurdert som et hensiktsmessig tiltak for pasienten, men mest av hensyn til pårørendes mening. Sykepleieren kan i disse situasjonene oppleve å bli satt i et tungt etisk dilemma mellom ulike pressnivåer som ikke nødvendigvis har et klart handlingsvalg; press nedenfra fra pårørende som bare vil det beste for sine nærmeste men ikke besitter samme teoretisk-vitenskapelig kunnskap eller

objektiv dømmekraft som sykepleieren, press innenfra om eget faglig skjønn, og press ovenfra om gjeldende retningslinjer om kunstig ernæring til pasienter i slutfasen eller legens forordning.

5.1.3 Press ovenfra

Press ovenfra betegnes av de lover, regler og prosedyrer som er styrende for sykepleierens arbeidshverdag på et sykehjem (Nordby, 2012). Helse- og omsorgstjenesteloven er lovverket som legger de overordnede rammene for drift og forsvarlige helse- og omsorgstjenester som sykehjemmet, og derfor sykepleieren som jobber der, må forholde seg til (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sykepleieren må i tillegg forholde seg til press ovenfra fra overordnede lovverk i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999) og pasient og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Kosthåndboka er et eksempel på veiledende retningslinjer for sykepleieren i ernæringsarbeidet til pasienter med langtkommen demens (Helsedirektoratet, 2016). Den gir veiledende retningslinjer i ernæringsarbeidet og er styrende for sykepleieren i ernæringsarbeidet. De overnevnte lover og retningslinjer kan oppfattes som press ovenfra i et etisk dilemma. De legger i stor grad rammene for sykepleierens hverdag i sykehjemmet og er derfor det vanligste pressnivået (Nordby, 2012).

I Hammar et al. (2016) er et av hovedfunnene at informantene ikke har tilstrekkelig tid til å utføre de oppgavene de er pålagt å gjøre på en tilfredsstillende forsvarlig måte, dette resulterer i etiske dilemmaer som i hovedsak skyldes press fra organisatoriske strukturer som møter press innenfra. Da miljøtiltak er den viktigste hjørnesteinen i demensbehandlingen, og behandlingen så langt det er mulig burde tilpasses den enkelte pasient blir ernæringsarbeidet nødvendigvis tidkrevende (Wyller, 2015). "Tid" blir av sykepleierne i Kuven & Giske (2015) ikke beskrevet som et etisk dilemma i seg selv, men som et praktisk problem grunnet organisatoriske føringer som utløser etiske dilemmaer da sykepleierne ble tvunget til å prioritere arbeidsoppgaver i avdelingen. Informantene i Hammar et al. (2016) opplever ofte situasjoner med ernæringsarbeid til pasienter med demens hvor de har god kjennskap til den enkelte og innehar tilsynelatende kunnskapen til å kunne yte forsvarlig og god omsorg i ernæringsarbeidet til pasientene, men manglet tilstrekkelig tid og/eller bemanning til å implementere kunnskapen i praksis. Flere symptomer relatert til pasienter med langtkommen demens som svekket hukommelse og svekket appetitt, men også APSD-symptomer, gjør

ernæringsarbeidet spesielt utfordrende for sykepleieren (Sortland, 2015). Ro og god tid rundt måltidet er ikke bare viktig for å forebygge underernæring, men er også en viktig del av miljøbehandlingen til demenspasienter (Wyller, 2015). Å utføre forsvarlig ernæringsarbeid som er forenelig med godt helse- og omsorgsarbeid til denne pasientgruppen er derfor ressurs- og tidkrevende, noe som kan kollidere med organisatoriske krav som resulterer i etiske dilemmaer.

Kuven og Giske (2015) beskriver lignende etiske dilemmaer som oppstår i kravet om økt effektivitet og sparing ovenfra, kontra sykepleierens egne krav til faglig integritet og -skjønn. I ernæringsarbeidet jobber sykepleierne på sykehjem med systematisk kartlegging av pasientenes ernæringsstatus med ulike screeningsverktøy (Sortland, 2015, s. 142). Sykepleieren forebyggende funksjon er sentral i dette arbeidet (Jacobsen E. L. & Bye, A., 2015, s. 619). Det utføres jevnlig screening, BMI- og vektmålinger av pasientene for å forebygge, behandle og evaluere effekten av tiltak på pasientens ernæringsstatus. Veiing av pasienter som gikk mot livets slutt var et etisk dilemma som ble beskrevet av sykepleierne (Kuven & Giske, 2015). Veiingen kunne oppleves som smertefull og ubehagelig for pasienten. Vektmåling opplevdes dermed også ubehagelig for sykepleieren, men manglende dokumentering eller en lav BMI kunne resultere i et avviksvarsel i systemet, selv om det var forventet at pasienten var undervektig på grunn av alvorlig sykdom og hadde kort forventet levetid. Sykepleierne beskrev dokumentering av innhentede mål som et dilemma mellom deres egen faglige dømmekraft og lojalitet til rutinen. Sykepleieren i dette etiske dilemmaet vet med *teoretisk-vitenskapelig kunnskap* at mobiliseringen for å veie pasienten kan medføre smerter for pasienten (Alteren, 2011). Hun kan bruke *ferdighetskunnskap* til å gjøre mobiliseringen så skånsom som mulig. Hun har imidlertid vært i lignende situasjoner før, derfor kan hennes ervervede *praktiske kunnskap* si til henne at smertene og ubehaget mobiliseringen vil skape for pasienten kanskje ikke er verdt det for å oppfylle den rutinemessige prosedyren som er pålagt henne å utføre. Sykepleieren veier her pressnivåene opp mot hverandre, reflekterer over hva som ligger bak presset og vil på bakgrunn av dette komme nærmere en konklusjon om hva som er det riktige etiske handlingsvalget i situasjonen (Nordby, 2012).

5.1.4 Horisontalt press

Horisontalt press betegnes som en form for symmetrisk press fra parter som ikke har et formelt maktforhold i forhold til sykepleieren (Nordby, 2012). Avhengig av organisatoriske forhold som bemanning og struktur på arbeidsplassen vil disse variere, men jeg vil her fokusere på horisontalt press på sykepleieren fra andre sykepleiere. Selv om det er en viss usymmetri i maktforholdet inkluderer jeg også avslutningsvis et avsnitt om press fra helsefagarbeidere da sykepleieren opplever et horisontalt press i situasjoner hvor begge profesjonene i utgangspunktet kan utføre ernæringsarbeidet i situasjonen.

Hva det horisontale presset består av vil variere ut i fra hvilken kultur som har fått utviklet seg på sykehjemmet (Kuven & Giske, 2015). I Bryon et al. (2012) diskuterer informantene hvilken opplevelser de har til hvordan meningene til andre sykepleiere på avdelingen preger sykepleieren i situasjoner hvor det skal avgjøres hvorvidt en pasient skal settes på kunstig ernæring eller ei. Opplevelsene var delte. Noen sykepleiere opplevde uenighet innad i sykepleierstaben, der ulike grupperinger av sykepleiere hadde ulik oppfatning, både prinsipielt og situasjonsavhengig, om når kunstig ernæring skulle administreres. Dette kunne skape situasjoner med gjensidig irritasjon over, og uforståelse av hverandres meninger. Alteren (2011) sier vi former meninger på bakgrunn av individuelle erfaringer og iboende verdier. Erfaringer, verdier og følelser kan vanskelig skilles fra fornuften, så selv om sykepleierne deler felles profesjon ser vi helt enkelt ikke alltid dilemmaer på samme måte. Denne type press som ikke nødvendigvis er "sanne" og er mindre rasjonelle oppfatninger betegner Nordby (2012) som *verdier og preferanser*. De kan oppleves spesielt utfordrende for sykepleieren å argumentere mot og forstå da de er urasjonelle av natur. Slike situasjoner kan oppleves hindrende fordi de er vage og skaper forvirring rundt hvilken policy avdelingen skal følge, som i eksempelet i Bryon et al. (2011). Dette kan med tid oppleves som slitsomt og demotiverende for sykepleieren som igjen kan slå uheldig ut fordi manglende interesse kan gå på bekostning av pasientens ernæringsstatus (Sortland, 2015).

Sykepleiere på sykehjem kan oppleve å stå alene i sine bekymringer i etiske dilemmaer rundt pasientens ernæringstilstand (Kuven & Giske, 2015). De er ofte eneste sykepleier på avdelingen med mange arbeidsoppgaver og har lite tid til refleksjoner og diskusjoner. Eksempler i forskningslitteraturen viser at sykepleierne mener det er en styrke i å kunne diskutere etiske dilemmaer, enten i en organisert eller uformell form. En gruppe sykepleiere i Kuven & Giske (2015) hadde en organisert form for refleksjonsgruppe på arbeidsplassen hver

fjortende dag som de mente de hadde stort fagpersonlig utbytte av, og hjalp dem til å fatte bedre kliniske løsninger. Uformelle refleksjonsmøter der sykepleiere uten å ha faste rammer for utvekslingen av bekymringer og erfaringer har imidlertid også en verdi (Bryon et al., 2012). Betingelsen for om sykepleieren opplever møtet som positivt er at det er rom for åpen diskusjon. Dette er uavhengig av om deltagerne nødvendigvis deler den samme preferansen for et handlingsvalg eller ikke da åpenhet rundt etiske dilemmaer der sykepleierne har ulike meninger stimulerer sykepleieren til å se situasjonen fra en annen synsvinkel. Refleksjon skal lede sykepleieren til en oppfatning av hva som er rett handling i kraft av hva som er riktig å gjøre ved å veie alternativene mot hverandre (Nordby, 2012). Til syvende og sist er det pasienten som yter godt av sykepleierens overveide, etiske refleksjon.

Sykepleierne i Kuven & Giske (2015) beskrev et presspunkt der de følte at andre medarbeidere, og da særlig pleieassistenter, vikarer og andre i mindre stillingsprosenter, ikke alltid kunne bli stolt på at utførte ernæringsarbeidet tilfredsstillende. Hovedproblemet var at de "gav opp" for fort i ernærings situasjoner. Dette resulterte i at sykepleierne, til tross for tidspress og mange andre arbeidsoppgaver som ventet på å bli utført, ofte endte opp med å ta disse oppgavene selv for å sikre at pasientene fikk forsvarlig hjelp i ernæringsarbeidet. Informantene i Hammar et al. (2016), hvor mange er helsefagarbeiderne, mente imidlertid at de hadde god kunnskap om ernæring og om mulig bedre kjennskap til pasientene, men enten ikke tilstrekkelig tid til å sette kunnskapen ut i praksis eller utilstrekkelig hjelp fra sykepleier på avdelingen. Kanskje besitter sykepleieren sterkere teoretisk-vitenskapelig kunnskap i ernæringsarbeidet, og har derfor en høyere kompetanse enn helsefagarbeideren (Alteren, 2011). De besitter også ferdighetskunnskap i ernæringsarbeidet, også kalt "taus kunnskap" da den ikke kan leses til men befinner seg i den enkeltes hode (Alteren, 2011). Sykepleieren har i midlertidig en ledende funksjon overfor medarbeidere på sykehjemmet, og i dette et ansvar for å veilede og delegere medarbeidere i ernæringsarbeidet (Sortland, 2015, s. 139-142). Sykepleieren burde på bakgrunn av dette kunne veilede og lære opp kollegaer i teoretisk-vitenskapelig og ferdighets-kunnskap til å bli selvdrevne medarbeidere som kan stoles på til å utføre ernæringsarbeidet, men fordi de ikke er tilstrekkelig på avdelingen til å tilegne seg kunnskapen velger sykepleieren å gjøre arbeidet selv som bidrar til etiske dilemmaer.

6. Avsluttning

I denne litterærøppgaven har jeg forsøkt å belyse hvilke etiske dilemmaer sykepleieren opplever når de utfører ernæringsarbeid til pasienter med langtkommen demens på sykehjem. Det er etter beste estimat mellom 80.000 – 104.000 mennesker med demens i Norge i dag, og mye tyder på at vi kan forvente en dobling av antall mennesker med demens innen 2050. Gjennom sin forebyggende og behandlende funksjon har sykepleieren på sykehjem et stort og selvstendig ansvar i å sikre en god ernæringsmessig status til pasienten med langtkommen demens. Teorien viser at utfordringene i ernæringsarbeidet vanskeliggjøres av at symptomene relatert til demens som kognitiv svikt og APSD-symptomer setter pasienten med langtkommen demens i en særdeles høy ernæringsmessig risiko uten adekvat hjelp. Sykepleieren opplever press til å ta ulike handlingsvalg i ernæringsarbeidet fra eksempelvis pårørende og pasienter, eget subjektive skjønn og organisatoriske strukturer som resulterer i mange og varierte etiske dilemmaer. Dilemmaene kan identifisere og deles inn i ulike pressnivåer etter hvem eller hva som utøver presset på henne, slik at de kan analyseres for å se hva som ligger bak presset og gi sykepleieren oversikten til å reflektere seg til det gode etiske handlingsvalget. Vi har også sett hvordan samspillet mellom følelser og fornuft ligger bak sykepleierens opplevelse av det etiske dilemmaer. Å være sterkt påvirket av, eller undertrykke følelser, i etiske dilemmaer kan begge føre til at sykepleieren har en mangelfull forståelse av situasjonen som kan påvirke dømmekraften hennes. Sammen med de ulike kunnskapsformene sykepleiere i ulik grad har ervervet, og ulike verdier og preferanser den individuelle sykepleieren innhaver, gjør dette at sykepleiere kan oppleve etiske dilemmaer ulikt.

Denne litterærøppgaven viser at sykepleiere opplever press fra mange kanter på et sykehjem som ofte er preget av tidspress og mange arbeidsoppgaver, mange av de i ernæringsarbeidet til pasienten med langtkommen demens. Dette setter sykepleieren i et krysspress og opplever etiske dilemmaer. Forskningslitteraturen sier at sykepleieren burde ha verktøyene til-, og tiden eller et arbeidsmiljø som oppfordrer til, etisk refleksjon i ernæringsarbeidet for å bedre sikre at hun tar gode etiske handlingsvalg i ernæringsarbeidet til pasienter med langtkommen demens.

Referanseliste

- Alteren, J. (2011). *Følelser er fornuft – Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst*(Doktoravhandling, Universitetet i Nordland). Hentet fra:
<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/141582>
- Bryon, E., Casteriè, B. D. & Gastmans, C. (2012). 'Because we see them naked' - Nurses experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH). *Bioethics*. 26(6), 285-295.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2010.01875.x>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. Utg.). Oslo. Gyldendel akademiske.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_e2018.pdf
- Goldberg, L. S & Altman, K. W. (2014). The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review. *Clinical interventions in aging*. 2014(9), 1733-1739.
<https://dx.doi.org/10.2147/CIA.553153>
- Hammar, L. M., Swall, A. & Meranius, M. S. (2016). Ethical aspects of caregivers' experience with persons with dementia at mealtimes. *Nursing ethics*, 23(6), 624-635.
<https://doi.org/10.1177/0969733015580812>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-22-76). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Kommune>
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndsboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og*

omsorgstjenesten. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Av 2. Juli 1999 nr. 64. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_10

Holter, I., M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I Holter, I., M.(Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleier*. (5.utg., s. 107-117). Oslo. Cappelen Damm Akademisk.

International Council of Nurses. (2007). ICNs etiske regler for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

Jacobsen E. L. & Bye, A. (2015). Ernæring. I Holter, I., M.(Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleier*. (5.utg., s. 619-673). Oslo. Cappelen Damm Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H. (2016). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg.). Oslo. Gyldendal Akademisk

Kuven, B. M. & Giske, T. (2015). Når mor ikke vil spise – Etiske dilemmaer i møte med underernærte mennesker med demens i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 98-104. <https://doi.org/10.1177/0107408315578593>

Mathiesen, J. (2015). Hva er sykepleie?. I Holter, I., M.(Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleier*. (5.utg., s. 119-141). Oslo. Cappelen Damm Akademisk.

Nordby, H. (2012). *Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=brukerrettighetsloven>

Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2. Utg.) Oslo. Universitetsforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken. Sinn – Kropp – Samfunn*. (2. Utg.) Oslo. Gyldendal Akademisk

Sortland, K. (2015). *Ernæring – Mer enn bare mat og drikke*. (5. utg.). Bergen. Fagbokforlaget.

Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. (2. Utg.). Oslo. Gyldendal akademiske.