



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag.

Sykepleieres erfaringer med samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter i spesialisthelsetjenesten

En kvalitativ studie

Hanne-Kristin Eilertsen

Masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid. HEL-3963. Mai 2022.

Antall ord: 24715

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Et økende antall eldre som preges av sykdom, kan komme til å gjøre det mer utfordrende for helsepersonell å vurdere om pasientene har innsikt i eller kan vurdere konsekvensene av å ikke ta imot nødvendig helsehjelp eller behandling. Dette aktualiserer behovet for kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse. Hensikten med studien er å få innsikt i erfaringer som sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har med samtykke til helsehjelp og hvordan eller om de deltar i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse hos den geriatriske pasienten.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten med samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter?

Metode: Studien er kvalitativ og basert på fem intervjuer med sykepleiere som arbeider med geriatriske pasienter i spesialisthelsetjenesten. Intervjuene er analysert ved hjelp av tematisk analyse basert på Braun og Clarkes metode.

Resultat: Resultatene viser at sykepleierne ikke tenker over samtykkebegrepet i sitt daglige arbeid fordi de fleste geriatriske pasientene samtykker til helsehjelp. Sykepleierne vektlegger ivaretagelse av autonomi i samarbeid med den geriatriske pasienten. Dette handler mye om tilnærming og tilstedeværelse i pasientsituasjoner ved tilretteleggelse for tillits- og relasjonsbygging med pasientene. God kommunikasjon og informasjon vektlegges også med fokus på utfordringer som eldre pasienter kan ha relatert til sykdom og svekkelse. I situasjoner der pasienten ikke ønsker eller nekter behandling kan samtykket utfordres. Det blir da viktig for sykepleierne å finne alternative tilnæringsmåter som ikke som utsetter pasienten for tvang. Studieresultatene viser at sykepleierne hadde tilnærmet lik definisjon av begrepet samtykkekompetanse og at de deltar i tverrfaglig vurdering av samtykkekompetanse, i form av sin omgang med og observasjoner av pasientene. Sykepleierne ønsker mer fokus på temaet for å få økt kompetanse og kunne gi bedre omsorg til pasientene.

Konklusjon: Studien viste at alle sykepleierne hadde erfaringer med samtykkebegrepet og at de deltok indirekte i vurderinger av samtykkekompetanse med sin samhandling med og observasjoner av den geriatriske pasienten. Sykepleierne anser også behovet for mer kunnskap om samtykkebegrepet og vurdering av samtykkekompetanse som stort.

Nøkkelord: Sykepleiere, erfaringer, geriatriske pasienter, samtykke til helsehjelp, vurdering av samtykkekompetanse.

Abstract

Background and purpose: An increasing number of elderly people characterized by illness may make it more challenging for healthcare professionals to assess whether patients have insight into or can assess the consequences of not receiving the necessary healthcare or treatment. This raises the need for knowledge about the assessment of capacity to consent. The purpose of the study is to gain insight into the experiences that nurses in the specialist health service have with consent to healthcare and how or if they participate in the work of assessing the geriatric patient's capacity to consent.

Research topic: What type of experiences do nurses in the somatic part of the specialist health service have with consent to healthcare and assessment of the capacity to consent among geriatric patients?

Method: The study is qualitative and based on five interviews with nurses in the specialist health service who work with geriatric patients. The interviews are analyzed using methods of thematic analysis developed by Braun and Clarke.

Findings: The findings suggest that the nurses do not consider the concept of consent in their everyday work because most geriatric patients consent to healthcare. The nurses attach emphasis to attending to patient autonomy in collaboration with the geriatric patients. For the nurses, this deals to a large extent with their approach to and presence in patient situations when facilitating the building of trust and relationships with the patients. The nurses also attach emphasis to good communication and information focusing on challenges that elderly patient may have in relation to illness and impairment. In situations where the patient does not want or refuses treatment, consent can be challenged. In such cases, it becomes important for the nurses to find alternative approaches that do not expose the patient to coercion. The results of the study suggest that the nurses had almost the same definition of the concept of capacity to consent, and that they participate in interdisciplinary assessment of capacity to consent through their dealings with and observations of the patients. Furthermore, the nurses want more focus on the topic in order to increase their competence and be able to better care for the patients.

Conclusion: The study showed that all the nurses had experience with the concept of consent and that they participated indirectly in assessments of capacity to consent through their interaction with and observations of the geriatric patient. The nurses also consider that there is a significant need for more knowledge about the concept of consent and assessment of the capacity to consent.

Keywords: Nurses, experiences, geriatric patients, consent to healthcare, assessment of capacity to consent.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og hensikt.....	2
1.2	Problemstilling.....	3
1.3	Begrepsavklaringer.....	4
1.4	Oppgavens oppbygning.....	5
2	Tidligere forskning.....	6
3	Teoretisk utgangspunkt.....	10
3.1	Aktuelt lovverk og sykepleiefaglige retningslinjer.....	10
3.2	Teori og begreper.....	12
3.2.1	Den geriatriske pasienten.....	12
3.2.2	Kari Martinsens omsorgsteori.....	13
3.2.3	Autonomi.....	15
3.2.4	Paternalisme.....	16
3.2.5	Kommunikasjon.....	17
4	Forskningsdesign og metode.....	19
4.1	Kvalitativ forskningsmetode og vitenskapsteoretisk perspektiv.....	19
4.2	Forforståelse.....	22
4.3	Planlegging av intervju.....	24
4.3.1	Intervjuguiden.....	24
4.3.2	Rekruttering og utvalg.....	25
4.3.3	Etiske overveielser.....	26
4.4	Gjennomføring av intervjuer.....	28
4.5	Analysemetode og prosess.....	29
4.5.1	Valg av analytisk fremgangsmåte.....	29
4.5.2	Transkribering.....	30
4.5.3	Koding.....	31

4.5.4	Kategorisering	32
5	Analyseresultater	34
5.1	Sykepleieren legger til rette for samtykke	34
5.1.1	Tillits- og relasjonsbygging med fokus på pasientens autonomi	34
5.1.2	Kommunikasjon og samarbeid med pårørende	36
5.2	Når samtykket utfordres	37
5.2.1	Lirking og luring	37
5.2.2	Utfordrende situasjoner og bruk av tvang	39
5.3	Sykepleieres deltakelse i samtykkevurderinger	41
5.3.1	Begrepet samtykkekompetanse	41
5.3.2	Å spille hverandre gode	41
5.3.3	Behov for mer kunnskap	43
6	Drøfting	44
6.1	Sykepleieren legger til rette for samtykke	44
6.1.1	Tillits- og relasjonsbygging med fokus på pasientens autonomi	45
6.1.2	Kommunikasjon og samarbeid med pårørende	50
6.2	Når samtykket utfordres	53
6.2.1	Lirking og luring	53
6.2.2	Utfordrende situasjoner og bruk av tvang	55
6.3	Sykepleieres deltakelse ved vurdering av samtykkekompetanse	56
6.3.1	Begrepet samtykkekompetanse	56
6.3.2	Å spille hverandre gode	56
6.3.3	Kunnskapsbehov	58
7	Metodologiske refleksjoner	60
7.1	Oppsummering	62
	Referanseliste	64
	Vedlegg	68

1 Innledning

I Norge har antallet eldre økt jevnlig og beregninger viser at denne økningen vil fortsette i årene fremover. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at økningen i antallet eldre, er størst i aldersgruppen 67-79 med 15,7% i tidsrommet 2017-2022 (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2022). Andelen av personer fra 70 år og eldre vil utgjøre en stor del av disse.

Med en slik utvikling vil sannsynligvis andelen av eldre med kroniske og sammensatte lidelser, ha behov for og vil være avhengig av omsorg og hjelp fra ulike deler av helsetjenesten for å kunne klare seg i hverdagen. Organisering av tilpassede tjenestetilbud for eldre vil kreve helsepersonell med god kompetanse innenfor eldreomsorgen.

En mangeårig bakgrunn som sykepleier i spesialisthelsetjenesten, med omsorg for geriatriske pasienter, har blant annet lært meg viktigheten av å kunne gi god og tilpasset informasjon til denne gruppen uensartede brukere av helsetjenester. Mine erfaringer tilsier at tilpasset informasjon er en forutsetning for at pasientene kan få nødvendig innsikt i egen helsetilstand, slik at de kan være rustet til å ivareta seg selv ut fra det utgangspunkt de har.

Ivaretagelse av autonomi er et viktig prinsipp både i helsevesenet og i samfunnet generelt. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskrives at ved alle former for helsehjelp, er utgangspunktet at den som mottar hjelpen skal ønske dette og har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Helsepersonell er pliktige til å gi nødvendig informasjon til pasientene. Formålet med dette er å sikre at pasientene får den informasjon som er nødvendig, for at de skal kunne gi et informert samtykke til eller velge bort et behandlings- eller hjelpetilbud (Helsepersonelloven, 1999).

I mitt daglige arbeid med eldre personer i spesialisthelsetjenesten møter jeg stadig oftere pasienter som på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, ikke har kapasitet til eller forståelse for å kunne ta selvstendige avgjørelser angående egen helsetilstand og hjelpebehov. Dette kan føre til at vurdering av samtykkekompetanse er en oppgave som må utføres oftere ved tilbud om somatisk helsehjelp, for å sikre at hjelpen blir forsvarlig.

Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999) presiserer at det er den som har det faglige ansvaret for helsehjelpen som skal avgjøre om pasienten har samtykkekompetanse. Etter min erfaring fra den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, synes dette i dag å være et legeansvar. Ved økende omfang av slike vurderinger vil det være sannsynlig at det også kan komme til å inngå som en arbeidsoppgave for sykepleiere ved tverrfaglig samarbeid. Dersom slike endringer fører til endringer i ansvarsområder, anser jeg at det vil være behov for avklaringer av roller og funksjon.

Et økende antall av eldre pasienter og utredninger, som kan medføre endring i arbeidsoppgaver for sykepleierne, har vekket en interesse i meg til å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har med samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter. Gjøres samtykkevurderinger i det daglige arbeidet uten at det tenkes over og dokumenteres spesifikt?

1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt

Demografiske endringer, med et økende antall eldre og mindre bruk av sykehjemsplasser, som følge av samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), vil sannsynligvis bidra til at flere eldre med aldersrelaterte sykdommer og svekkelser vil ha behov for akutt sykehusinnleggelse. Sykehusene er forpliktet til å ta imot pasienter som trenger akutt helsehjelp, og endel eldre blir innlagt i sykehus som følge av uheldige hendelser forårsaket av mangel på tilsyn eller hjelp.

Vanlige aldersrelaterte og kroniske sykdommer som fører til sykehusinnleggelse er diabetes, kreft, hjertesvikt, nyresvikt og sykdommer som påvirker kognitiv funksjon slik som hjerneslag, demenssykdom og psykisk sykdom. Med alderen skjer det i tillegg svekkelse av sanser som syn og hørsel og svekkelser i bevegelsesapparatet som gir nedsatt mobilitet. Dette gjør gruppen av eldre ekstra sårbare når det kommer til ytre påvirkning (Wyller, 2015).

Eldre som preges av sykdom, kan gjøre det mer utfordrende for helsepersonell å vurdere om pasientene har innsikt i eller klarer å vurdere konsekvensene av å ikke ta imot nødvendig hjelp. Vurdering av samtykkekompetanse blir da viktig for å kunne gi informasjon på en tilrettelagt måte, og å ta gode beslutninger for og sammen med pasienten.

«Hvilke erfaringer har sykepleiere i somatisk spesialisthelsetjeneste med samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse hos geriatrike pasienter?».

1.3 Begrepsavklaringer

Geriatriske pasienter: Den geriatrike pasienten kjennetegnes ikke først og fremst av alder, men av helseproblemets kompleksitet. Dette innebærer samtidig tilstedeværelse av flere sykdommer eller lidelser (komorbiditet) og redusert funksjonsnivå for pasienten. Hvis en pasient har mange kroniske sykdommer, bruker mange medisiner og har et redusert funksjonsnivå defineres pasienten som geriatrik uavhengig av alder (Wyller, 2015). Den geriatrike pasienten betegnes i oppgaven som en eldre pasient med sammensatt sykdomsbilde innlagt i somatisk spesialisthelsetjeneste og begrepene geriatrik og eldre pasient brukes om hverandre.

Samtykke til helsehjelp: Hovedregelen for samtykke til helsehjelp er at hjelpen bare kan gis når pasienten har akseptert dette, etter å ha fått nødvendig informasjon om sin egen helse-tilstand og hva hjelpen innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For å kunne samtykke til helsehjelp må pasienten ha samtykkekompetanse.

Det finnes ulike former for samtykke. I oppgaven har jeg ikke vektlagt å skille mellom dem bortsett fra i drøftingskapitlet, der dette gjøres i forbindelse med funn fra resultatene. Benevnelser for samtykkeformer er informert samtykke, uttrykkelig samtykke og stilltiende/underforstått/implisitt samtykke. Samtykket kan være uttrykkelig når pasienten sier direkte ja eller nei til helsehjelpen eller stilltiende når pasientens være- eller handlemåte tilsier at pasienten godtar hjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2, 1999). Som utgangspunkt for problemstillingen vektlegges min forståelse av begrepet, som er at personer selv skal kunne si ja eller nei til behandling eller helsehjelp.

Samtykkekompetanse: Samtykkekompetanse vil si at pasienten har evne til å forstå hva han/hun faktisk sier ja eller nei til (Aldring og helse, 2020). Vurdering av samtykkekompetanse skjer ved samtale med pasienten, der det kartlegges hva pasienten forstår og har innsikt i angående egen helsetilstand og hjelpebehov. Pasienten må kunne resonnerer rundt egen helse og være i stand til å vurdere konsekvensene av de valg de tar. Det stilles ikke krav til at pasienten tar objektivt rasjonelle valg, men at pasienten ikke er så påvirket av sykdom at han/hun ikke klarer å ta valg og holde fast ved disse.

Det finnes kartleggingsverktøy som hjelp og støtte til spørsmålsformuleringer for å gjøre vurderinger av samtykkekompetanse. Avgjørelsen skal begrunnes skriftlig i eget dokument i pasientjournalen og legges frem for pasient og nærmeste pårørende. De skal informeres om at de har klagerett. I oppgaven omhandler det å ikke være samtykkekompetent som å ha manglende evne til å ta avgjørelser i spørsmål som angår egen helsehjelp.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av syv kapitler inkludert innledningen. I kapittel to presenterer jeg tidligere forskning med relevante artikler for oppgavens problemstilling. Kapittel tre inneholder teoretisk utgangspunkt, som sammen med kapittel to vil gi en oversikt over teori og kunnskap som er lagt til grunn for oppgaven. Metodekapitlet er kapittel fire. Her presenterer jeg metodevalg for datainnsamling, forskningsdesign, valg av analysemetode og forskningsetiske vurderinger. I kapittel fem presenteres resultatene. Jeg har valgt å skille resultatpresentasjonen og drøfting av funn i håp om at dette vil gjøre presentasjonen oversiktlig. I kapittel seks drøfter jeg resultatene opp mot tidligere forskning, det teoretiske utgangspunktet og annen relevant litteratur. Dette gjøres for å prøve å besvare problemstillingen som er utgangspunktet for oppgaven. Oppgaven avrundes med kapittel syv der jeg gjør metodologiske refleksjoner, oppsummering og konklusjon etter gjennomført masteroppgave.

2 Tidligere forskning

Mine søk etter tidligere forskning om temaet sykepleiere og samtykkekompetanse ble gjort i databasene Oria, Swemed, Cinahl, Google Scholar og Idunn. Oria ga mange artikkeltreff, men få inneholdt kvalitativ forskning som jeg fant relevant for problemstillingen. SweMed og Cinahl ga få eller ingen funn, noe jeg tolker som at det finnes liten forskning på temaet. De fleste søkene ble gjort tidlig i prosessen, men det har blitt gjort nye søk i samarbeid med bibliotekar de siste måneder før ferdigstilling av oppgaven.

Artiklene som presenteres i oppgaven ble funnet etter søk på PubMed, Idunn og i referanselistene til relevante artikler. Søkeordene som ble brukt i ulike kombinasjoner var: sykepleiere, erfaringer, deltakelse/rolle, samtykke, samtykkeprosess og geriatrisk/eldre. På engelsk ble nurses, experiences, participation/role, consent/concense, assessment og geriatric/elderly brukt. Søkeordet geriatrisk pasient ga få treff og ble utvidet til eldre pasienter underveis. I mangel av funn på nordisk forskningslitteratur ble studier fra land som kan være sammenlignbare med norsk praksis inkludert. Artiklene er publisert i tidsrommet 2013-2019.

Jeg fant mange artikler som omhandlet samtykke ved forskning. Disse ble av meg vurdert som ikke relevante for oppgaven, fordi forskning vektlegger en annen og utvidet form for samtykke enn medisinsk behandling. Samtykke ved forskning krever at deltakeren er grundig informert og har omfattende forståelse av hva deltakelse innebærer. Helseforskningsloven §13 (2008) definerer et slikt samtykke som: «enhver frivillig, spesifikk, informert og utvetydig viljesytring fra deltakeren der vedkommende ved en erklæring eller tydelig bekreftelse gir sitt samtykke til (...)». I følge Axson (2019) er det gjort mer forskning på samtykke ved forskning enn på informert samtykke i klinisk sammenheng.

Jeg fant også noen artikler om samtykke ved demenssykdom som jeg ikke valgte å ta med i oppgaven, til tross for at flere eldre rammes av demenssykdom i tillegg til andre somatiske sykdommer. Artiklene ble ikke tatt med fordi de fleste av dem omhandlet personer med demenssykdom som bor i egne hjem og sykehjem (primærhelsetjenesten). Ettersom sykepleiere som arbeider med vurdering av samtykkekompetanse i sykehjem har en annen og bedre kjennskap til beboerne enn det som sykepleierne i spesialisthelsetjenesten vil kunne ha til pasientene, vil funnene i disse artiklene ikke være direkte sammenlignbare med funn fra spesialisthelsetjenesten.

I mine søk etter relevante artikler fant jeg få som omhandlet sykepleieres deltakelse i samtykkevurdering av eldre pasienter og ingen artikler som direkte omtalte geriatriske pasienter. Artiklene som ble valgt og som omhandler sykepleieres rolle ved samtykkevurderinger, ansees allikevel som relevante fordi samtykkevurderinger ofte gjøres i forbindelse med eldre pasienter som har et sammensatt sykdomsbilde. Artiklene om eldre og samtykke som er valgt ut bruker ikke benevnelsen geriatrisk pasient, men ansees som relevante fordi de omhandler eldre i spesialisthelsetjenesten.

En kvalitativ studie av Axson, Giordano, Hermann og Ulrich (2019) hadde som formål å forstå og evaluere sykepleieres deltakelse i prosessen med informert samtykke i klinisk behandling. Studien bygger på intervjuer av 20 sykepleiere med gjennomsnittlig arbeidserfaring på 12 år fra ulike fagområder i spesialisthelsetjenesten. Denne studien undersøkte sykepleierens kunnskaper om, erfaringer med, forståelse av og bekymringer ved informert samtykkeprosess. Bakgrunnen for studien var at informert samtykke ansees for å være grunnleggende for pasientenes autonome beslutningstaking, men studien viste at det er mye som er ukjent rundt denne prosessen i spesialisthelsetjenesten.

Axson et.al (2019) beskriver at flere av sykepleierne som deltok i studien mente at pasientsikkerhet er direkte knyttet til pasientens forståelse av informert samtykke. Sykepleierne må derfor være forberedt på å delta i prosessen, for på denne måten å kunne hjelpe og ivareta pasientene. Halvparten av deltakerne fremhevet at sykepleierne ikke har en klart definert rolle, opplæring om temaet eller klart avgrensede retningslinjer ved samtykkeprosessen. Tre store roller i direkte pasientarbeid er allikevel fremtredende: sykepleieren som talsmann for pasienten, som formidler for pasienten og som administrator der innhenting av samtykke inngår som en rutineoppgave.

I følge Axson et.al er sykepleierne de som jobber tettest opp mot pasientene og samtidig er de mellomledd i interaksjon mellom pasienter og leger. På denne måten får de muligheter til å lære om og delta i prosessen med informert samtykke. I artikkelen fremkommer det også at det er mangel på generell etikkopplæring og spesielt om den etiske delen av samtykkekompetansevurdering. Den etiske delen innebærer størst mulig ivaretagelse av pasientautonomi og hvordan sykepleieren sikrer seg at pasienten ikke blir skadelidende av vedtak som fattes. Sykepleiere står ofte overfor etiskvanskelige spørsmål der de kjenner seg usikre (Axson et al, 2019).

Faison (2018) gjorde en systematisk litteraturgjennomgang av 15 artikler fra USA. Målet var å evaluere litteraturen og vurdere relevant kunnskapsgrunnlag i forhold til behov for endring av rutiner og praksis. Hensikten var å kunne innføre en sykepleiedrevet protokoll for vurdering av informert samtykke. Bakgrunnen for studien var at det i nåværende praksis ikke oppnås en felles beslutningstaking mellom pasienter og helsepersonell ved gjennomføring av kirurgiske inngrep og medisinsk behandling. Med innføring av protokoll ønsket man å forbedre sykepleiers deltakelse, påvirke resultatene for pasientene og oppmuntre til samarbeid mellom profesjoner ved beslutningstaking.

Sykepleierne er vant til prinsippene og gjennomføringen av prosessen ved innhenting av samtykke til helsehjelp, fordi det er en del av deres daglige rutine ved innleggelser. De har allikevel ikke en klart definert rolle i arbeidet fordi det ikke finnes retningslinjer for dette. Litteraturgjennomgangen viste at sykepleiere hadde flere roller i prosessen med informert samtykke: de var advokat, formidler og vitne for pasientene.

Ifølge Faison var det flere av studiene de undersøkte som fremhevet at en standard for praksis kan hjelpe sykepleiere til å arbeide i henhold til etiske retningslinjer. Sykepleierne er forpliktet til å vite om pasientenes juridiske rettigheter, men starter noen ganger prosessen uten å kjenne godt nok til disse. Kontinuerlig etikkopplæring er et mål for å inkludere samtykkeprosessen og det etiske perspektivet vektlegges ifølge Faison i flere av artiklene. Selv om litteraturgjennomgangen var tilstrekkelig til å konkludere med at det trenges en endring, påpekes det at det trenges mer forskning og beviser på området (Faison, 2018).

Til tross for kulturelle forskjeller fra Norge, har jeg valgt å inkludere en kvalitativ studie fra et privat sykehus i Indonesia. I denne studien ble det gjort semistrukturerte intervjuer med syv ledere i tillegg til fokusgruppediskusjoner med 27 sykepleiere (Susilo, Van Dalen, Scherpbier, Tanto, Yuhanti & Ekawati, 2013). Norge og Indonesia ser ut til å ha relativt likt hierarkisk profesjonssystem, der legene har hovedansvar ved informert samtykke. Både Norge og Indonesia har forankringer i lovverk, der autonomi og informert samtykke vektlegges ved gjennomføring av enhver medisinsk prosedyre.

Susilo et al. (2013) vektlegger sykepleieres rolle i prosessen med informert samtykke ved klinisk behandling på sykehus i Indonesia. Sykepleieres forberedelse til og faktorer som påvirker rollen, har fått liten oppmerksomhet i en hierarkisk felleskultur på sykehusene. Selv om hovedansvaret for informert samtykke til medisinske prosedyrer ligger hos leger, delegeres det ofte til sykepleierne etter at legene har informert pasientene i forkant av behandling (Susilo et al., 2013).

Vidre viser Susilo et al. til at sykepleierne har flere roller i prosessen med informert samtykke. De er ledere, vitner, informasjonsgivere og talsmenn for pasienten, der talsmannsrollen sees på som den mest sentrale. Dette skyldes at sykepleieres og legers rolle ikke blir sett på som komplementære og likeverdige. For å være forberedt til disse oppgavene bør sykepleiere tilegne seg kommunikasjonsferdigheter og klinisk, juridisk og etisk kunnskap. Studien understreker allikevel at forberedelser og erfaringer ikke er tilstrekkelig alene. Endringer i sykehuskultur og -politikk og pasientens forståelse av informasjon er også påkrevd.

I disse tre artiklene som omhandler informert samtykke og innhenting av samtykke til helsehjelp hos eldre pasienter, er det påvist mange likheter når det gjelder sykepleieres rolle ved samtykkevurderinger. De viser alle at sykepleierne ikke har en klart definert rolle, men derimot mange. Rollene som utpeker seg er: å være pasientens talsmann, bindeledd mellom pasienten og annet helsepersonell for å formidle pasientens ønsker og behov, være vitne når samtykkevurderinger gjennomføres og administrator for alt det praktiske rundt vurderinger. I alle disse rollene er pasienten i fokus og de jobber for og sammen med pasienten.

Jeg har ikke funnet studier fra Norden eller Europa som omhandler sykepleieres rolle ved vurdering av samtykkekompetanse og jeg anser det derfor nødvendig med mer kunnskap om temaet. Resultater fra studiene mener jeg underbygger behovet for å gjennomføre min masteroppgave.

3 Teoretisk utgangspunkt

Under bearbeiding og analysering av datamaterialet pekte begrepene autonomi, paternalisme og kommunikasjon seg tidlig ut for å kunne belyse problemstillingen i oppgaven. Jeg har valgt å presentere disse begrepene som en del av prosjektets teoretiske utgangspunkt, sammen med Kari Martinsens omsorgsteori og aktuelt lovverk som omhandler samtykke og samtykkekompetanse.

3.1 Aktuelt lovverk og sykepleiefaglige retningslinjer

Ettersom samtykke til helsehjelp og samtykkekompetanse er knyttet sammen med hverandre har jeg valgt å samle lovverk, sykepleieres yrkesetiske retningslinjer og beskrivelse av samtykkekompetanse i et kapittel.

Regelverket som omhandler samtykke og samtykkekompetanse er samlet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), heretter også referert til som Pbrl. Formålet med loven er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Ivaretagelse av respekten for enkeltpersoners liv, integritet og menneskeverd står sentralt (Pbrl. § 1-1). Hovedregelen for all helsehjelp er at hjelpen bare kan gis med pasientens samtykke, hvis det ikke foreligger en lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pbrl. §4-1). Samtykket kan trekkes tilbake og er bare gyldig hvis pasienten har samtykkekompetanse.

Når det gjelder pasienter og brukeres rett til medvirkning og informasjon ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester, presiseres det i lovens kapittel 3 at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker eller pasient (Pbrl. § 3-1). Bruker eller pasient skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, herunder informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (Pbrl § 3-2). Loven omfatter også pårørende som skal informeres dersom pasienten eller brukeren samtykker til dette eller at forholdene tilsier det (Pbrl § 3-3).

Samtykkekompetanse er et juridisk-medisinsk begrep og handler om pasientens juridiske rett til å ta frivillige og gjennomtenkte beslutninger på egne vegne. Begrepet er dermed knyttet til det å ha respekt for pasientens autonomi. Ved å se på autonomi som en rettighet, både juridisk og etisk, har pasienten krav på å få sine valg respektert (Slettebø, 2013). Det presiseres i lovverket hvem som har samtykkekompetanse Hovedregelen er at alle personer over 16 år har samtykkekompetanse med mindre annet følger etter annen lovbestemmelse (Pbrl. §4-3). Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Vurdering av samtykkekompetanse gjøres av den som yter helsehjelpen og har faglig behandlingsansvar for pasienten. «Helsepersonell skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp» (Pbrl. § 4-3). Når samtykkekompetansen vurderes til å mangle, må dette begrunnes, dokumenteres skriftlig og føres i pasientens journal slik at vurderingen er etterprøvable.

Avgjørelsen av om en pasient har samtykkekompetanse gjelder bare for den aktuelle situasjonen pasienten vurderes for. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis. Helt bortfall innebærer at pasienten ikke har samtykkekompetanse i helsespørsmål hvor pasientene må vurdere konsekvensene av valgene de tar. Delvis bortfall innebærer at pasientene har begrensninger i enkelte avgjørelser som gjelder helsehjelp. Bortfall av samtykkekompetanse er ikke permanent, men kan endre seg over tid med situasjoner og tilstander i pasientens liv. Pasienten kan miste samtykkekompetansen for så å få denne tilbake ved ny vurdering hvis situasjonen endrer seg.

Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 4A-1) omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg hjelpen. Formålet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Vedtak om helsehjelp skal og kan bare fattes etter at det er gjort en helhetsvurdering og om tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Når det gjelder lovverk der pasientens rettigheter samsvarer med helsepersonellens plikter, dekkes dette av Helsepersonelloven (1999). Formålet med loven er å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. I § 7 beskrives at helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Nødvendig helsehjelp skal gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke og motsetter seg hjelpen, med de begrensninger som er omtalt i Pasient- og brukerrettighetsloven §4-9.

I følge §10 pålegges den som yter helse- og omsorgstjenester å gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Informasjonen skal gis av den som helseinstitusjonen utpeker til dette. Formålet er å sikre at pasient eller bruker av helsetjenester får den informasjon som er nødvendig for at de skal kunne gi et informert samtykke til eller kunne velge bort et behandlings- eller hjelpetilbud.

I tillegg til lovverket har sykepleierne yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Retningslinjene er grunnlaget for all yrkesutøvelse som sykepleiere deltar i og sykepleiere er forpliktet til å utøve sykepleieomsorg forankret i retningslinjene. Utøvelsen av omsorg for pasientene defineres slik:» Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere pkt.2, 2014).

Det vektlegges også at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. I retningslinjene presiseres det at: «Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse» (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere pkt.2.6, 2014).

3.2 Teori og begreper

I de følgende avsnittene beskriver jeg den geriatrike pasienten før jeg forteller om Kari Martinsens omsorgsteori og deretter begrepene autonomi, paternalisme og kommunikasjon.

3.2.1 Den geriatrike pasienten

Å være gammel pasient er ikke ensbetydende med å være geriatrik pasient, men det ene kan lede til det andre. Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2014) skiller mellom den gamle og den geriatrike pasienten med følgende beskrivelser:

«Den gamle pasienten er et gammelt menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at han eller hun kommer i kontakt med helsevesenet» (Ranhoff, 2014, s. 79). Den typisk geriatrike pasienten beskrives slik: «En geriatrik pasient har både aldersforandringer, kroniske sykdommer og funksjonssvikt» (Ranhoff, 2014, s.80)., men trenger ikke å ha alle tre komponentene samtidig. Pasientene er ofte preget av skrøpeligheit og det blir viktig å gjøre en helhetlig tilnærming til disse pasientene for å kunne ivareta helse og funksjon best mulig (Wyller, 2015).

I tillegg til å ha sykdommer eller svekkelser i syn eller hørselsom hemmer kommunikasjon med den gamle pasienten, kan pasientene også ha kognitive svekkelser. Sykdommer og tilstander som ofte kommer med alder og gir sårbarhet, er kognitiv svikt i form av demenssykdom og akutt bevissthetsforstyrrelse i form av delirium. Ved demenssykdom skjer en svekkelse i hukommelse i tillegg til svikt i andre kognitive funksjoner som dømmekraft, planlegging og tenking. Ved delirium skjer en bevissthetsforstyrrelse og man oppdager ofte en nyoppstått kognitiv svikt. Hvis begge tilstandene opptrer samtidig er de ikke lett å skille fra hverandre (Wyller, 2015). Begge disse tilstandene vil kunne påvirke den geriatrike pasientens evne til å samtykke til helsehjelp.

I forhold til at gruppen av gamle og geriatrike pasienter har økende levealder, komplekse sykdomsbilder, fare for svekkelse og skrøpeligheit og medikamentforbruk som kan påvirke deres forutsetninger for å gi samtykke, er det viktig at helsevesenet vektlegger kunnskap om samtykkekompetanse og vurdering av denne.

3.2.2 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen, norsk sykepleier, professor og filosof, har laget en anerkjent omsorgsteori. Den betraktes som en filosofisk/fenomenologisk teori og har blitt mye brukt i undervisning. Martinsen betrakter ikke teorien som en sykepleieteori, men mer som en omsorgsfilosofi. Hovedideen bak teorien er at omsorg og etikk er fundamentet for all sykepleieutøvelse.

Teorien skiller seg fra andre og tradisjonelle sykepleieteorier og representerer en alternativ oppfatning av sykepleiefaget (Kirkevold, 2010). Selv om filosofien betraktes som filosofisk, anser jeg den til å være relevant for praksisfeltet og alle pasientgrupper som er i en situasjon hvor de mottar omsorg.

Teorien vektlegger omsorgsbegrepet. Omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv og dermed for sykepleiens verdigrunnlag. Martinsen definerer omsorgsbegrepet slik: «Rent språklig er vårt omsorgsbegrep sammensatt av «om» og «sorg». Det er beslektet med det tyske ordet «sorgen» som kan oversettes med «omtenksomhet», «å bekymre seg for». «Sorg» betyr mer å sørge *for* enn å «sørge» (Martinsen, 2003, s.68). Hovedtesen er at sykepleierens omsorg bygger på en relasjon der sykepleieren skal ivareta den andre part til dens beste. Sykepleieren blir da en stedfortreder som har fokus på å ta vare på den andre parts liv og interesser. Dette krever sansende åpenhet, tyding og handlinger basert på faglig og moralsk skjønn (Kirkevold, 2010).

Teorien fremhever tre viktige aspekter ved omsorgsbegrepet: en relasjonell, en moralsk og en praktisk side. Siden omsorg er et relasjonelt begrep krever det at det er minst to personer involvert og at vi som mennesker er gjensidig avhengige av hverandre i et felleskap. Omsorgen viser seg da som en persons svar på den andre personens avhengighet hvor solidaritet og gjensidighet kommer til syne. Martinsen fremhever at: «Med min holdning kan jeg gjøre den andres liv truende eller trygt. Det er derfor en fordring til oss om å ta vare på det liv som tilliten legger i vår hånd» (Martinsen, 2005, s.143). Det relasjonelle fordrer et nært og åpent forhold mellom partene og en form for fellesskap, gjensidighet og solidaritet må være til stede uten at omsorgsgiver forventer å få gjenytelse for den omsorg som gis.

Det moralske aspektet er overordnet og viser seg i måten man utøver sykepleie på. Moral handler om det som er rett og galt i praktisk utøvelse av sykepleie, og det overordnede prinsippet er å ta ansvar for og ivareta de svake og syke. Her må man være bevisst maktaspektet i relasjon mellom pasient og sykepleier, slik at makt kan håndteres på en forsvarlig måte. Det praktiske aspektet er relatert til konkrete handlinger og situasjoner hvor pasienten ikke har ressurser til å mestre egenomsorg selv. Sykepleiers handlinger må baseres på en forforståelse av hva som er til beste for pasienten, slik at pasienten får en følelse av anerkjennelse og ikke blir umyndiggjort.

Martinsen omtaler det omsorgsarbeid som foregår i spesialisthelsetjenesten for vekstomsorg. «Vekstomsorg vil si omsorgsarbeid knyttet til omsorg der en forventer større selvhjelpenhet hos mottakeren» (Martinsen, 2003, s.77). Omsorgen er først og fremst rettet mot at pasientens behov for omsorg skal opphøre og at pasienten skal oppnå egenomsorg.

3.2.3 Autonomi

Begrepet autonomi er av gresk opprinnelse og er sammensatt av ordene «auto» som betyr «selv» og «nomos» som betyr «lov, styring eller regulering». Satt sammen til et begrep blir dette selvregulering eller selvstyring (Slettebø, 2013). Begrepet har blitt benyttet innenfor ulike områder og har tilnærmet lik betydning innenfor alle felt. Det ble først brukt i Hellas om selvråderetten til uavhengige hellenske bystater, der innbyggerne laget egne lover uavhengig av nasjonalstaten og andre bylover. I senere tid har begrepet handlet mer om personlige forhold og har blitt brukt innenfor filosofi og etikk. Det omhandler da enkeltpersoners evne til å bestemme over seg selv og stå til ansvar for sine handlinger (Husebø & Flo, 2020).

Filosofen Immanuel Kant fremholdt at autonomi er noe grunnleggende som danner mennesket. Det å være et menneske innebærer at man er et autonomt vesen. Ingen kan ta fratas egen autonomi, bare retten til å ta avgjørelser om egen person. En person betegnes som autonom når grunnlaget for personens handlinger er personens egne grunner. En begrenset forståelse av autonomi er respekt for medbestemmelse. Medbestemmelsen kan gis eller begrenses, men ikke autonomien i seg selv. Man kan kanskje si at man gir begrensede muligheter til å utøve en autonom vilje, men man kan ikke frarøve noen autonomi i seg selv (Slettebø, 2013). For å kunne ta autonome valg kreves det at pasienten får tilstrekkelig og forståelig informasjon. Helsepersonell kan fremme pasientautonomi ved god dialog, støtte, råd og omsorg.

Pasientautonomi er et av de mest fremtredende etiske prinsipper i helsevesenet og står sterkt som et moralsk ideal og norm for personer som mottar ulike former for helsehjelp. Pasientautonomi har en etisk side, hvor et sentralt prinsipp er at enkeltmennesket skal vernes mot å bli behandlet mot sin egne vilje. Noen ganger velger pasienten løsninger som er i strid med helsepersonellens anbefalinger og dette kan sette helsepersonellet i etiske dilemma. Dette gjelder spesielt ved kritiske og mulig livstruende situasjoner for pasienten (Bahus, Friis & Mesel, 2018).

Pasientautonomi kan forstås på tre ulike måter: som et prinsipp, som en egenskap eller som en rettighet. Betraktet som et prinsipp bør pasientens ønsker og behov respekteres når medisinske eller sykepleiefaglige avgjørelser skal tas. På denne måten fremmes pasientens rett til selv å foreta valg (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2014). Hvis man betrakter pasientautonomi som en egenskap, knyttes det til pasientens evne til å handle ut fra egne planer og ønsker.

Her vil helsepersonell kunne oppleve at pasienter kan ha varierende grad av autonomi ut ifra hvilken tilstand de er i. Det kan i enkelte tilfeller være riktig å gå imot pasienten vilje og autonomi i situasjonen, for å sikre og fremme autonomi på lang sikt. Ved å se på autonomi som en rettighet, både juridisk og etisk, har pasienten krav på å få sine valg respektert (Slettebø, 2013).

Den juridiske siden av begrepet omfatter den lovfestede rettigheten pasientene har, i form av selvbestemmelsesrett og medvirkning i avgjørelser. Innenfor helsefagene og medisinsk etikk forstås autonomibegrepet som pasientens rett til selv å bestemme over egen kropp og medisinsk behandling. Pasienten har frihet til å ta valg som er av betydning for eget liv og helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienter har i dag langt større mulighet til å medvirke til beslutninger om behandling og hjelp, enn det de hadde før Pasient- og brukerrettighetsloven ble iverksatt.

Når det gjelder behandling og helsehjelp må man nok se på begrepet pasientautonomi mer som en medbestemmelsesrett eller et valg som tas sammen med helsepersonell, enn som en total selvbestemmelsesrett. Medbestemmelse dreier seg da om retten til å være med på å bestemme behandlingsform eller retten til å avstå fra behandling. Medbestemmelse brukes oftest ved retten til å avstå. Det er viktig at helsepersonell fremme pasientens valgfrihet på best mulig måte. Hvis pasienten er sårbar og trenger hjelp til å ta valg, er det viktig at det er pasientens ønsker som legges til grunn og at valget ikke blir tatt på bakgrunn av helsepersonellens kunnskaper og ressurser (Slettebø, 2013).

3.2.4 Paternalisme

Paternalisme kommer fra det greske ordet «pater» som betyr «far bestemmer» eller «faderlighet». Begrepet viser til et forhold hvor en person har makt over en annen, noe som gjør at paternalisme og makt er nært forbundet. Sykepleieren har usynlig makt over pasienten på bakgrunn av sin fagkunnskap og i form av sin yrkesutøvelse.

Sykepleieren må være seg bevisst det asymmetriske forholdet og kunne sette seg i pasientens situasjon (Martinsen, 2005). Makt og avhengighet utspiller seg i relasjoner gjennom måten vi følelsesmessig er til stede på i forholdet til den andre. Situasjoner der paternalisme anvendes, er når pasienten mangler forutsetninger for eller vurderingsevne for å kunne ta autonome valg, eller at pasientens liv og helse er i fare hvis man som helsepersonell ikke griper inn (Rokstad, 2006).

Kari Martinsen (2005) forklarer paternalisme med mild overtalelse. I helsefaglig sammenheng betyr dette at helsepersonell avgjør hva som er best for pasienten i motsetning til at pasienten får bestemme selv. Da overstyres pasientens ønsker og valg.

I artikkelen «Pasientautonomi som etisk rettesnor -en kritisk gjennomgang» (2002) definerer Bjørn Hofmann inndelingen av begrepet paternalisme som myk og hard paternalisme. Myk paternalisme tillater ulike former for sosial kontroll så lenge det ikke krenker eller reduserer pasientens autonomi. Hard paternalisme aksepterer under gitte vilkår at personers autonomi reduseres og den deles inn i svak og sterk paternalisme. Svak paternalisme aksepterer at personers autonomi reduseres under gitte vilkår knyttet til personlige egenskaper, tilstand, kunnskap og ytre påvirkning. Denne formen for paternalisme reduserer tilsynelatende pasientens autonomi. Den sterke paternalisme har som mål å beskytte eller hjelpe en person selv om det skjer mot personens autonome vilje og reduserer pasientautonomi reelt. Dette innebærer at man setter seg som formynder overfor pasienten med det utgangspunkt at det alltid er sykepleieren som vet best. Da blir det ikke tatt hensyn til pasientens meninger og ønsker. Autonomi og paternalisme er ikke begreper som ekskluderer hverandre gjensidig og de er heller ikke uttømmende begreper (Hofmann, 2002).

Martinsen (2003) fremholder at det er ønskelig med svak paternalisme i spenningsfeltet mellom autonomi og paternalisme, slik at sykepleieren kan bruke sin faglige merforståelse på en måte som har til hensikt å gagne den enkelte pasient i størst mulig grad. Det vil si at sykepleiere i noen situasjoner trekker pasienten aktivt med i beslutninger som omhandler pasienten, mens i andre og kanskje vanskelige situasjoner kan det være best om pasienten får slippe å ta stilling til det som kan være vanskelig å håndtere.

Martinsen er opptatt av det etiske spørsmålet ved pasientens autonomi og mener at paternalisme skal ikke være en lettvinnt løsning, men at sykepleiers faglighet skal være til beste for pasienten. Et av de etiske dilemma sykepleier må forholde seg til i slike situasjoner, er forholdet mellom autonomi og velgjørenhet (Slettebø, 2013).

3.2.5 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «communicare» som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i eller ha forbindelse med (Eide & Eide, 2007). For å kommunisere kreves det tilstedeværelse av to parter som står i en relasjon til hverandre.

Relasjon kommer fra det latinske ordet «relatio» som betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen, og brukes ofte om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Gjennom kommunikasjon lærer man å kjenne den andre part og å få forståelse for behov og ønsker (Eide & Eide, 2007). I oppgaven vil relasjon og kommunikasjon inngå i sykepleiers forhold til pasienter, pårørende og arbeidskolleger.

Kommunikasjon innbefatter en verbal og nonverbal del som det er viktig å være seg bevisst i relasjoner. De tegn og signaler vi gir er enten verbale eller nonverbale og må fortolkes fordi det ikke er åpenbart hva den andre tenker og føler (Eide & Eide, 2007). Selv om det verbale språket i mange situasjoner er entydig, så kan det nonverbale signalisere noe annet og ordene får da ny betydning. For å kunne forstå hverandre bedre, forutsetter det at sykepleiere er bevisste og kommuniserer med pasientene slik at det blir samsvar mellom det verbale og det nonverbale språket. Hvis man klarer å bruke nonverbale ferdigheter kan man vise overfor pasienten at man hører, ser og forstår. Dette kan være tillitsskapende og være med på å trygge pasienten. Martinsen (2005) snakker om kroppens tilstedeværelse i samtalen. Dette gjenspeiler at det man sier med ord vil bæres frem av måten man sier det på. Tonen og geberden sier noe om helheten i samtalen.

Kommunikasjon med eldre mennesker kan være utfordrende fordi aldringsprosessen, i form av syns- og hørselsnedsettelse, påvirker evnen til kommunikasjon selv om intellektet og forståelsesevne kan være intakt. For å vise empati og imøtekomme pasientene på deres premisser, stiller det krav til sykepleiere som skal hjelpe den gamle pasienten. Det hjelper lite å forstå pasientens følelser og bekymringer hvis man som sykepleier ikke handler deretter og til pasientens beste (Eide & Eide, 2007). Det snakkes også om hjelpende kommunikasjon som er pasientrettet og ment til å være til hjelp for de man samtaler med. Denne form for kommunikasjon er sammensatt og kompleks, fordi den krever at sykepleieren innehar og behersker en rekke ferdigheter. Kommunikasjonsformen er veldig åpen, med åpne spørsmål, og bærer preg av uforutsigbarhet. Ved aktiv lytting og at man klarer å vise forståelse, kan dette allikevel skape trygghet for pasienten.

Kari Martinsen (2005) sier at kommunikasjon handler om å tørre og våge seg frem mot den andre for å bli imøtekommet. Kommunikasjon er sentral i relasjoner mellom mennesker og det er kvaliteten på kommunikasjonen som avgjør hvor god relasjonen til pasienten blir.

De signaler som sendes ut og den andres fortolkning av disse, er det som danner grunnlaget for hvorvidt en relasjon preges av nærhet eller avstand, tillit eller mistillit og samarbeid eller konflikt. Martinsen beskriver også hvordan samtalen er en viktig del av vår ivaretagelse av den andre. Det å høre hva den andre har å si og å svare på nye spørsmål gjør at man sammen kan forstå bedre hva samtalen dreier seg om. Kommunikasjon bærer all samtale og det å være vendt mot den andre. Det å våge å la seg engasjere, bli tatt på alvor og bli møtt med oppriktighet er viktig. Samtalen kan ifølge Martinsen sees på som en treleddet relasjon der partene utgjør to personer som snakker om et felles tema. Slike relasjoner anses som fruktbare. Hvis relasjonen derimot er toleddet, ved at den ene parten ikke engasjerer seg om saken, vil dette kunne utgjøre en trussel mot samtalen. I sykepleier-pasient-relasjonen vil dette som oftest utgjøre en trussel overfor pasienten.

4 Forskningsdesign og metode

I dette kapitlet vil jeg presentere valg av forskningsmetode, analysemetode og forskningsetiske vurderinger. Underveis vil jeg også forsøke å trekke inn refleksjoner i forhold til hva som gikk bra og hva som var mer utfordrende. Ytterligere metodologiske refleksjoner vil jeg presentere i oppgavens siste kapittel.

4.1 Kvalitativ forskningsmetode og vitenskapsteoretisk perspektiv

I mastergradsoppgaven ønsker jeg å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har med samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter. Ved valg av forskningsmetode er oppgavens tema, problemstilling og forskningsspørsmål avgjørende. Dette er grunnlaget som skal lede til den metoden som vil være mest relevant for formålet (Malterud, 2017). Hensyn som må tas er tidsbruk ved innhenting og bearbeiding av datamateriale, etiske aspekter i forhold til informanter og databehandling og evt. økonomiske aspekter.

Valg av metode skal, på en detaljert og inngående måte, kunne gi mulighet for å belyse, fortolke eller besvare det fenomenet man ønsker å se nærmere på. I oppgaven gjøres dette ved å se på de erfaringer og opplevelser som deltakerne har med temaet. For å kunne besvare problemstillingen på en mest mulig utfyllende måte, fant jeg kvalitativ metode og intervjuer med sykepleiere som til daglig arbeider med geriatriske pasienter som best egnet metode.

Kvalitative metoder er fortolkningsbaserte måter å drive forskning på. Kvalitative intervjuemetoder brukes gjerne når man skal beskrive, fortolke og analysere fenomener: deres karaktertrekk, egenskaper, kvaliteter og fellestrekk. På denne måten kan metodene belyse ulike spørsmål og perspektiver av samme virkelighet, ved at deltakere i prosjekter deler sine opplevelser og erfaringer for å få frem den rikeste kunnskapen (Malterud, 2017).

Kvalitative forskningsmetoder henger sammen med humanvitenskapelige (fenomenologiske) teorier om menneskelig, erfaringsbasert kunnskap og hermeneutikk som er forståelse eller fortolkning av ulike fenomener. I en kvalitativ studie tar forskeren i bruk både beskrivelser og tolkninger. Det går ikke an å bruke det ene uten å bruke det andre, fordi de er gjensidig avhengige av hverandre; beskrivelser er farget av tolkninger og tolkninger bygger på beskrivelser (Malterud, 2011).

Fenomenologien har røtter helt tilbake til tidlig 1900- tall og filosof og professor Edmund Husserl regnes som opphavsmann til denne retningen. Husserl var opptatt av å studere menneskers bevissthet og subjektive erfaringer slik det fungerte i dagliglivet, hvordan fenomener fremtrer for oss mennesker fra et førstehåndsperspektiv og hvordan bevisstheten forholder seg til fenomener. For å forstå et fenomen må man prøve å gi slipp på det som vi tar som en selvfølge og sette tidligere erfaring og kunnskap i parentes. Målet må da være å finne ut hva et fenomen kan bety for andre slik at man kan se på fenomenet fra et annet perspektiv.

Hermeneutisk erkjennelsestradisjon handler om tolkning av menneskelige uttrykks meninger som utgangspunkt for forståelse. Martin Heidegger, tysk filosof og professor, fremstiller hermeneutikken som en filosofisk teori om all forståelse. Gadamer, som var Heideggers elev, regnes som den fremste representanten for hermeneutikken. Han bygde videre på det utgangspunkt som Heidegger hadde. Gadamer vektla forståelsen som en betingelse for erkjennelsen av sannhet og at vi alle har en bakgrunn som preger vår erkjennelse. Ulike fenomener kan forstås på ulike måter. Erkjennelsen vil endres i interaksjon med andre og vår forståelse og tolkning må ikke hindre fenomenet vi søker forståelse om i å fremtre slik som det egentlig er.

Den hermeneutiske sirkel er sentral innenfor hermeneutisk filosofi og viser til at i all fortolkning vektlegges forholdet mellom deler og helhet. Når man skal gjøre fortolknninger av enkeltdeler må man ha en viss forforståelse av helheten de opptrer innenfor fordi deler og helhet påvirker hverandre gjensidig.

Forskningsspørsmålene må hele tiden være sentrale og deler av teksten må sammenlignes for å til slutt kunne se helheten (Malterud, 2017). Mine refleksjoner knyttet til den hermeneutiske sirkel vil være sentrale. For å kunne søke svar på oppgavens problemstilling og kunne se helheten i datamaterialet, må jeg sette sammen informasjonen som kommer frem i intervjuene og på denne måten veksle mellom deler og helheten.

Det jeg ønsker å få svar på i min problemstilling er hvilke erfaringer, meninger og refleksjoner som sykepleiere har og derfor anser jeg valg av intervjuer som relevant for oppgaven. Intervju er en anvendbar metode der nærhet til informantene og felles meningsutveksling kan få frem informasjon av god kvalitet. Innenfor kvalitative forskningsmetoder er semistrukturerte dybdeintervjuer en fremgangsmåte for datainnsamling som brukes for å bringe frem erfaringsbasert kunnskap.

Semistrukturerte intervju med åpne spørsmål gir stor mulighet til å få førstehåndsinformasjon av god kvalitet. Åpne spørsmål uten definerte svarkategorier kan føre til at man kommer inn på temaer eller momenter som man ikke hadde tenkt på i utgangspunktet (Tjora, 2017).

Kvale og Brinkmann omtaler denne typen intervjuer som livsverdensintervjuer hvor man prøver å forstå verden fra informantens side og deres dagligliv. Målet er å få frem betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelser av verden. «Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet» (Kvale & Brinkmann, 2009, s.47).

Med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, vil jeg knytte det som informantene forteller til min problemstilling. Meningen i det som kommer frem i intervjuene må studeres, fortolkes og videreformidles gjennom teksten som skapes i dialogen mellom meg og informantene. Noen ganger kan den beste måten å forstå egne erfaringer på være å kunne fortelle om dem til andre og samtidig høre andres fortellinger. På denne måten kan man også få bekreftelse på felles opplevelser.

Gadamer (2003) sier at hvis man ønsker å søke ny forståelse må man være villig til å lytte til dens meninger. Man er ikke ute etter å få bekreftet det man mener eller tror eller hvordan saker er, for da fremkommer det ikke ny kunnskap. Hvis man derimot lytter og er villig til å åpne seg for det som blir fortalt i intervjuene, vil man på en hermeneutisk måte få denne kunnskapen frem.

4.2 Forforståelse

Hermeneutikken vektlegger at alle mennesker har en forståelseshorison. Denne bringer man med seg inn i enhver prosess der man skal finne forståelser av situasjoner, begreper og fenomener. Forforståelsen utgjør en helhet man aldri kan overskue (Krogh, 2017).

Forståelseshorisonen eller forforståelsen, består av alle bevisste og ubevisste holdninger og oppfatninger vi mennesker har. Dette er resultat av de erfaringer vi har ervervet. For å utvikle ny kunnskap finnes det ikke noe nullpunkt som vil være upåvirket av tidligere oppfatninger, fordi det ikke er praktisk mulig å frigjøre seg helt fra det man har vent seg til å mene.

Gadamer mener at en slik frigjøring ikke heller ville være ønskelig (Wifstad, 2018). All fortolkning og forståelse forutsetter fordommer og det er umulig å legge alle fordommer til side når man skal studere fenomener.

Forskerens forståelseshorison kan settes på prøve når informanten stiller direkte eller indirekte spørsmål til forskeren. Hermeneutisk forståelse går ut på at begge parter, forsker og informant, stiller spørsmål til hverandre under intervju og at dette fører til forståelse mellom partene (Wifstad, 2018). Gadamer (2003) forklarer at man må ta i betraktning at ens utgangspunkt kan være både begrenset og mangle erfaringer. Dette skyldes at den kunnskapen jeg har er min forforståelse og mine fortolkninger ut fra det som er ervervet i min livsverden. Min forforståelse handler om sammenhengen den skal forstås i, det som Gadamer kaller den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkel blir et verktøy for forståelse, hvor tekstens helhet tolkes i små deler, for derfra å gå tilbake til helheten igjen for å få en helhetlig forståelse av teksten. Dette handler om at en forståelse forutsetter en annen forståelse, som da kalles for en fordom.

Forforståelsen vil påvirke meg som forsker, men det er viktig å prøve å se med åpne og nye øyne på det som informantene forteller om i intervjusituasjonene. Gadamer skriver at hvis man ønsker å forstå, må man ikke overhøre eller forandre den informasjonen man får fra informantene. Bare slik blir den forståelig og sannferdig. Dersom man ønsker å forstå en tekst er man mer interessert i å lytte til hva teksten har å si.» Derfor må en hermeneutisk skolet bevidsthed fra første færd være modtagelig overfor tekstens fremmedhet» (Gadamer, 2004, s.131). Gadamers ord tenker jeg også gjelder for transkriberte intervjuer. Forforståelsen må sees på som en viktig ressurs for å forstå informasjonen som kommer frem i intervjuene.

Under flere av intervjuene fikk jeg assosiasjoner til egne opplevelser fra pasientsituasjoner, og min forforståelse gjorde at jeg hadde mulighet til å forstå det som ble fortalt.

Problemstillingen i oppgaven søker å belyse sykepleieres erfaringer med samtykke til helsehjelp og samtykkevurdering, men hva betyr samtykke til helsehjelp og samtykkekompetanse for meg som sykepleier? På bakgrunn av egen yrkeserfaring har jeg en forforståelse av hva samtykkevurderinger går ut på og hvilken rolle sykepleiere har i dette arbeidet. Min forforståelse handler derfor om de erfaringer og refleksjoner jeg har gjort med hvordan sykepleiere arbeider med gamle og geriatriske pasienter i spesialisthelsetjenesten. Det er mine erfaringer samt økt kunnskap gjennom studiet som danner grunnlaget for min tanke og interesse for temaet.

Denne forforståelsen vil jeg naturlig nok ha med meg inn både i spørsmålene som er formulert i intervjuguiden og i analysen. Samtidig må jeg prøve å sette den litt til side og ikke la meg påvirke for mye av forforståelsen fra feltet hvor jeg arbeider, min livsverden. Slik jeg tolker dette må jeg ikke la problemstillingen eller spørsmålene fra intervjuguiden være bestemmende for de svarene jeg ønsker å få. Selv om jeg brukte intervjuguiden ved hvert intervju, mener jeg at jeg deltakerne fikk mulighet til å komme med spontane uttalelser og refleksjoner.

Å forske i eget felt kan være en utfordring. Siden jeg selv arbeider i praksisfeltet kan jeg se meg blind på informasjon som jeg betrakter som selvsagt, i motsetning til hvis jeg kom utenfra og var fremmed i forskningsfeltet (Paulgaard, 1997). Fra en annen side sett vil fordelene være at man innehar en felles forståelse om praksisfeltet som en utenforstående forsker ikke nødvendigvis ville hatt. Dette kan både åpne opp for, men også stenge for ny informasjon. Hvis jeg som forsker har for liten avstand til datamaterialet og informanter, kan jeg opptre ukritisk uten å se at egen nærhet kan påvirke resultatet. Et resultat av dette kan bli at jeg ikke klarer å se ny informasjon som fremskaffes.

Min erfaring fra spesialisthelsetjenesten førte til at situasjoner som informantene beskrev i intervjuene var lett gjenkjennelige for meg. Det er viktig at man er bevisst hvilken rolle man har når man forsker i eget felt, fordi dette har betydning for den tillit man klarer å bygge med informantene. En utfordring ved å forske i eget felt kan være at informantene kan se på meg som «kontrollør» for hvilken kunnskap de har og ikke som en likestilt sykepleierkollega som ønsker mer kunnskap om temaet (Malterud, 2011).

Dialogen jeg hadde med informantene indikerer derimot ikke at dette var tilfelle, selv om noen av informantene ga uttrykk for at de var spente i forkant av intervjusituasjonen.

4.3 Planlegging av intervju

4.3.1 Intervjuguiden

I forkant av intervjuene laget jeg en guide basert på intervjuguiden fra prosjektskissen. Guiden fra prosjektskissen var enkel og overordnet og hadde behov for utdypinger.

En guide for semistrukturerte intervjuer inneholder oftest forslag til spørsmål som sirkler rundt og inn på valgt tema. Spørsmålene har samtidig åpenhet for endringer underveis både i spørsmålsrekkefølge og formuleringer. Intervjuguiden min ble justert flere ganger før innsending til godkjenning av NSD.

Det har også blitt gjort små justeringer etter godkjenning, men de har vært innenfor de opprinnelige og skisserte temaer i søknaden. Guiden bør ha åpne spørsmål. Ved behov, gir dette mulighet for utdyping av temaet ved å stille oppfølgingsspørsmål. Intervjuer med en fleksibel struktur gjør at man kan tilpasse spørsmålene til informantens svar, som kommer til uttrykk i form av erfaringer og synspunkter (Thagaard, 2018).

En semistrukturert intervjuguide bestående av noen overordnede hovedtemaer og hjelpespørsmål, kan være med på å gi rom for refleksjoner og en åpen, fri dialog mellom partene i intervjuet. Hvis intervjuguiden veksler mellom faktaspørsmål/ fullformulerte spørsmål og uformelle oppfølgingsspørsmål kan dette gi flyt i intervjuet (Tjora, 2017). Spørsmålene i intervjuguiden vil være påvirket av ting man har lest, sett og erfart tidligere.

Siden målet med oppgaven var å prøve å få ny kunnskap, ble intervjuguiden laget med det formålet at den ikke skulle være for detaljert og spisset. Vide og overordnede temaer vil kunne gi mest mulig informasjon. Guiden inneholdt tre overordnede temaer: Hva man forbinder med begrepet samtykke og samtykkekompetanse, hvilke erfaringer har man med vurdering av samtykkekompetanse og prosessen ved samtykkevurderinger. Under de overordnede temaene var oppfølgingsspørsmålene vide slik som:» kan du fortelle om» og «hvilke erfaringer har du med», slik at informantene skulle kunne få mulighet til å gi eksempler på bruken av begrepene.

Før hovedintervjuene gjennomførte jeg prøveintervju med to kolleger. Formålet var å prøve ut intervjuguiden, bandopptaker og det å være i en intervjusituasjon. Jeg ble glad for hvor fritt mine kolleger snakket om temaet og delte sine erfaringer. Dette kan skyldes at vi kjenner hverandre godt og også i arbeidshverdagen formidler og diskuterer opplevelser. Ved situasjoner der informantene kom med informasjon som jeg syntes var interessant, stilte jeg oppfølgingsspørsmål slik at de kunne utdype informasjonen nærmere. Intervjusituasjonen kunne blitt annerledes hvis de hadde blitt opptatt av hva jeg tenke om dem som kolleger ut fra den informasjonen de ga. Jeg gjorde ikke store justeringer av guiden på bakgrunn av kunnskap som kom frem under intervjuene.

4.3.2 Rekruttering og utvalg

For å kunne belyse og besvare problemstillingen i masteroppgaven, var det viktig for meg å finne et representativt informantutvalg med erfaringer og kunnskap om temaet.

Informasjonsskriv med presentasjon av masteroppgaven ble derfor formidlet til avdelingsledere ved utvalgte sykehusavdelinger og områdegeriatriske enheter i 4 fylker, der jeg tenkte at de arbeidet med geriatriske pasienter og samtykkevurderinger. Avdelingslederne var stort sett positive til å rekruttere informanter og til å la ansatte sykepleiere delta. De ga uttrykk for at valg av tema var relevant og spennende. Informanter som ønsket å delta tok direkte kontakt med meg etter dette.

Fordelen med å la andre stå for rekruttering av informanter, i dette tilfellet avdelingslederne, er at de informantene som blir plukket ut kan være de som har mest erfaring eller er mest engasjert i forhold til temaet i oppgaven. Sett fra en annen side ville jeg kanskje kunne fått en annen type utvalg hvis informantene selv hadde meldt sin interesse på direkte henvendelse fra meg som forsker. Dette må tas i betraktning når resultatene leses. For å redusere sannsynligheten for uønsket ytre påvirkning, var det et kriterie at informantene ikke skulle være ansatt på samme arbeidssted som meg. Jeg anser dette som viktig for å redusere muligheten for å forsterke mine forforståelser rundt temaet fra et kjent miljø.

Et av inklusjonskriteriene for deltakelse var at informantene måtte ha arbeidet med eldre og geriatriske pasienter i 2 år eller mer, og at de måtte ha erfaringer med samtykke til helsehjelp og samtykkevurderinger i en eller annen grad. Ved en avdeling viste kriteriet om arbeidserfaring seg å være til hinder for rekruttering, fordi det stort sett bare var nyutdannede sykepleiere som arbeidet der.

Praktiske utfordringer var det flere av. Flere av stedene jeg henvendte meg til fikk jeg ikke tilbakemelding fra til tross for gjentagende henvendelser. Rekrutteringsprosessen foregikk i en måned før jeg fikk første informant, og snøballmetoden der førstehåndskontakter rekrutterer nye informanter ble vurdert som et alternativ. Det ble også gjort overveielse om å avslutte master oppgaven eller gjøre en litteraturstudie hvis det tok for lang tid før ting “løsnet”. Rekrutteringsprosessen løste seg til slutt ved at jeg via avdelingsledere og en medstudent fikk fem informanter fra tre ulike arbeidsplasser og avdelingstyper.

Ved kvalitative studier er kjennetegnet ofte at antallet informanter er begrenset. I en kvalitativ studie bør ikke utvalget være større enn at det er mulig å gjøre en omfattende analyse (Thagaard, 2018). Informantutvalget i masteroppgaven består av fem sykepleiere. De arbeider alle ved avdelinger i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten som behandler eldre og geriatriske pasienter. De ble foreslått for deltakelse av sine avdelingsledere eller kolleger fordi de ble ansett for å ha erfaringer med samtykke til helsehjelp og samtykkekompetanse i en eller annen grad. Informantene var i alderen 25-50 og hadde arbeidet fra 3-30 år i helsevesenet. At informantene var av ulik alder og hadde ulik erfaringsbakgrunn ansees som en fordel for datamaterialet ved at det vil kunne gi god informasjonsstyrke.

Det ble det gjort 5 intervjuer og to av informantene visste hvem jeg var fra før. Dette kan selvfølgelig ha påvirket svarene de ga, men jeg oppfatter det slik at den informasjon som ble gitt er både etterprøvbart og gyldig. Jeg mener at et utvalg på fem informanter vil være stort nok til å fremskaffe en tilstrekkelig mengde med tolkbar informasjon. Dette sees i forhold til oppgavens størrelse og ressurser som trenges for å gjennomføre intervjuer og bearbeide datamengde i etterkant (Tjora, 2017). Ut fra resultater som fremkom etter analyse anser jeg derimot ikke utvalget stort nok til å kunne trekke absolutte konklusjoner. Det er heller ikke hensikten med kvalitative studier.

4.3.3 Ethiske overveielser

Før oppstart av datainnsamling ble det søkt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om godkjenning for gjennomføring av masteroppgaven. Søknaden ble innvilget etter noen uker. Grunnlaget for søknaden er at oppgaven behandler personopplysninger om informantene i form av samtykkeskjema med navn og mailadresse. I tillegg skulle lydopptaker benyttes under intervjuene og privat pc til transkribering av disse.

Helsinkideklarasjonen (2013) blir ofte brukt som rettesnor for forskningsetiske prinsipper og sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker.

Deklarasjonen handler om det ansvar som kliniske forskere har og at forskere må ta alle forholdsregler for å beskytte personvernet og konfidensialiteten til informasjon om forskningspersonene. Deklarasjonen omfatter pasienter og gir derfor ikke samme beskyttelse for helsepersoner som opptrer som informanter.

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har derimot utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som også innbefatter forskning på helsepersonell. Retningslinjene angir forskningsetiske forpliktelser deriblant hensynet til *alle* personer som deltar i forskning. I oppgaven har jeg derfor valgt å støtte meg til disse retningslinjene og ha Helsinkideklarasjonen mer som et overordnet dokument. Siden jeg er redskapet som skal benyttes for innhenting av kunnskap, er det viktig at jeg som forsker klarer å bruke skjønn, være moralsk og jobbe etisk forsvarlig overfor mine informanter. Som forsker er jeg også forpliktet til å sette meg inn i forskningsetiske retningslinjer og prosedyrer, slik som informert samtykke for deltakelse i prosjektet (Polit & Beck, 2017).

I forkant av rekrutteringen fikk informantene skriftlig informasjon om hensikten med masteroppgaven. Informert samtykke til deltakelse er viktig for å sikre at de kjenner til hensikten med studien og sikre frivillig deltagelse. Samtykkeskjema for skriftlig samtykke, med informasjon om personvern og rettigheter for å kunne ivareta informantenes integritet, ble sendt til og returnert fra alle informantene.

Informasjon om anonymisering ble også vektlagt. I oppgaven er dette ivaretatt ved at det ikke er gitt bakgrunnsopplysninger om deltakerne. Ved transkribering er informantene benevnt som informant 1-5 og ved framskriving av data benevnes de bare som informanter (en informant, en annen informant). Navn på steder eller områder nevnt i intervjuene er utelatt. Når jeg presenterer prosjektets funn har jeg prøvd å gjøre dette så nøyaktig og representativt for informantene som mulig for å ivareta kravet om vitenskapelig kvalitet.

Informantene fikk informasjon om at oppbevaring av mobilopptak, transkribert materiale og samtykkeskjemaer gjøres på låsbart område som bare jeg har tilgang til og at de oppbevares adskilt slik at de ikke kan kobles opp mot hverandre.

De fikk også informasjon om muligheten til å trekke seg fra prosjektet når som helst frem til oppgaven var ferdigstilt. All informasjon gitt av dem ville i så tilfelle fjernes fra oppgaven og bli makulert. Ingen av informantene benyttet seg av denne muligheten. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet når prosjektet er fullført.

4.4 Gjennomføring av intervjuer

Tre av intervjuene ble gjennomført digitalt grunnet geografisk avstand mellom intervjuer og informant og to ble gjennomført på informantenes arbeidsplass. Da plasserte vi oss i et stille rom utenfor avdelingen for å unngå avbrytelser.

Intervjusituasjoner kan være krevende og det er derfor viktig å tilrettelegge for en god atmosfære under intervjuet. Aksel Tjora skriver: ”En viktig forutsetning for å lykkes med dybdeintervjuer er at man greier å skape en avslappet stemning hvor informanten føler at det er greit å snakke åpent selv om veldig personlige erfaringer, hvor det er lov å tenke høyt, og hvor digresjoner er tillat” (Tjora 2012, s.110).

I oppgaven ble intervjusituasjonen startet med en uformell innledningsfase hvor informant og intervjuer presenterte seg for hverandre og intervjuer fortalte om prosjektet og formålet med dette. Denne åpningssekvensen ble ikke loggført. Gangen i intervjuet ble også gjennomgått før jeg som intervjuer startet med åpningsspørsmålet om «hva informanten legger i begrepet samtykke». Denne introduksjonsfasen ble gjennomført ved fire av intervjuene, men ved ett av intervjuene startet informanten med å fortelle en historie introduksjon var kommet ordentlig i gang. Dette skapte litt krøll med opptak og noe informasjon kan ha gått tapt i starten.

Selv om intervjuet styres av intervjuer kan det regnes som en åpen samtale der kunnskap formidles ved at informanten deler sine opplevelser og erfaringer. Deltakere i studier får på denne måten en mulighet for å kunne påvirke informasjonen som skal lede frem til et ferdig produkt. Man er ikke ute etter å forklare eller løse de problemene som informanten kommer med, men å trekke disse frem og belyse dem for å prøve å skape forståelse (Malterud 2011).

Det kan være vanskelig å holde flyten i samtalen og da er det viktig å kunne stille oppfølgingsspørsmål. Det var kun ved det første intervjuet at jeg følte at samtalen gikk trått og at jeg ofte måtte stille oppfølgingsspørsmål. Dette kan skyldes at jeg var spent og at det var mitt aller første intervju med en fremmed person. Dette kan også kan ha påvirket informanten.

Ellers synes jeg at samtalene gikk greit. Ved transkripsjon ser jeg at jeg noen ganger burde gitt mer rom rundt spørsmålene man var i, og ikke gått så raskt videre eller overtatt føringen i samtalen. Jeg synes også, spesielt ved et intervju, at det var vanskelig å bryte inn når det kom mer og annen informasjon enn det som trengtes for å kunne gi svar på spørsmålet. Dette kan skyldes at jeg kjente på at informanten hadde så lang erfaring fra yrket og temaet at jeg kunne få informasjon om ting jeg ikke hadde tenkt over under min planlegging.

Intervjuene ble gjennomført i en periode over fem uker og hadde stort sett en varighet av 60 minutter. Intervjuguiden var tilgjengelig ved alle intervjuene slik at jeg kunne komme tilbake til den hvis intervjuene gikk i stå. Noen ganger var det utfordrende å ikke legge føringer for hvilket svar man forventet å få og å sette egen forforståelse til side.

4.5 Analysemetode og prosess

Analyse er en spørsmålsdrevet prosess hvor man leter i innsamlede data etter svar på forskningsspørsmål eller problemstilling.

4.5.1 Valg av analytisk fremgangsmåte

Etter å ha lest og prøvd å sette meg inn i noe av metodelitteraturen som finnes for kvalitative studier falt valget på tematisk analyse. Analysen i oppgaven er basert på Virginia Braun og Victoria Clakes modell for tematisk analyse innenfor psykologien (Braun & Clarke, 2006) og Johannessen, Rafoss og Rasmussens forenklete versjon av denne (2018). Braun og Clarke (2006) definerer tematisk analyse som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller temaer i data.

Ifølge Braun og Clarke er dette en fleksibel fremgangsmåte som ikke er knyttet til et eksisterende rammeverk. Metoden kan derfor benyttes innenfor ulike områder. Braun og Clarke fremhever at tematisk analyse er den første kvalitative analysemetode som forskere bør lære seg, fordi den er fleksibel og gir grunnleggende ferdigheter som vil kunne være nyttige også for andre former for kvalitativ analyse.

I artikkelen til Braun og Clarke (2006) fremholdes det også at analyse ikke er en lineær prosess, men at bevegelse frem og tilbake mellom fasene er nødvendig. Dette mener jeg styrker valget av Braun & Clarks analysemetode som hensiktsmessig fremgangsmåte for analysen i min oppgave, fordi metoden samsvarer med en hermeneutisk tilnærming til datamaterialet ved å se deler og helhet sammen i en hermeneutisk sirkel.

Braun og Clarke (2006) deler analysen inn i seks faser: å gjøre seg kjent med dataene via transkribering og lesing, generering av innledende koder, søke etter temaer, gjennomgang av temaer og finne meningssammenhenger, definere og navngi temaer og til slutt produksjon av rapport.

Johannessen et.al (2018) fremstiller tematisk analyse som en enkel og grundig metode godt egnet for kvalitativ analyse for å finne interessante ting i innsamlede data. De fremholder, slik som Braun og Clarke, at metoden også har en fleksibel tilnærming til datamaterialet. For at metoden skal være lettere å følge for personer som ikke har gjennomført analyser tidligere, har de forenklet Braun & Clarkes fremgangsmåte for tematisk analyse ned til fire faser: Forberedelse, koding, kategorisering og rapportering. Jeg anvender også fire faser i min analyse, men er inspirert både av Johannessen et al. og Braun og Clarke. Johannessen et.al understreker, som Braun og Clarke, at stegene ofte går over i hverandre og det jobbes frem og tilbake mellom disse. Dette ble også gjort under analysen av datamaterialet i oppgaven. Jeg vil underveis redegjøre for likheter og ulikheter mellom faseinndelinger i de to modellene.

4.5.2 Transkribering

Braun og Clarke omtaler den første fasen som å gjøre seg kjent med sine data i dybde og bredde. Her noteres de første ideene ned, de som man får når man starter gjennomlesing etter transkribering. Det er ingen klare retningslinjer for hvordan transkriberingen skal utføres i en tematisk analyse.

Det som er viktig er at den ferdige transkripsjonen beholder den nødvendige informasjon man trenger og er nærmest mulig opp til det som informantene har fortalt. Tilføyelser fra forsker kan endre meningen (Braun & Clarke, 2006). Johannessen et.al (2018) beskriver første fase som forberedelsesfasen hvor man transkriberer og systematiserer intervjuene slik at man får en grov oversikt over innsamlede data.

Mellom gjennomføring av intervjuene hadde jeg stort sett tid til å gjøre transkripsjoner, slik at nærhet til intervjusituasjon var med på å gjenskape stemning og detaljer som kom frem under intervjuene. Transkripsjoner skal ivareta det opprinnelige datamaterialet mest mulig lojalt slik informantene formidlet seg og slik dette ble oppfattet av intervjuer (Malterud, 2017).

Jeg jobbet meg gjennom 64 sider med transkribert tekst flere ganger for å bli godt kjent med det innsamlede datamateriale. Etter min umiddelbare forståelse av teksten, ble det gjort stikkordsmarkeringer i marg til bruk for senere koding.

Alle intervjuer ble transkribert som en start på analysedelen. Datainnsamling og analyse ble gjort fortløpende slik at disse to prosessene kunne påvirke hverandre på en gjensidig måte. Dette ble gjort ved at jeg arbeidet meg frem og tilbake mellom delene i datamaterialet.

Transkripsjon av hvert intervju tok omtrent en arbeidsdag. Det var viktig for meg å høre gjennom opptakene flere ganger for å forsikre meg om at skriftliggjøring av informasjon var gjengitt ordrett. Intervjuene ble transkribert på bokmål. Det som av og til ble vanskelig i forhold til skriftformen, var når informantene brukte dialektord som ikke kunne oversettes direkte. Det er da en mulighet for at meningen i transkriberingen endres eller at man ikke oppfatter underliggende mening når det skal leses.

Ved transkribering ble alt skrevet ned ordrett i form av det som ble sagt, slik som «hm», «du skjønner ikke sant» og «ehh». Der kroppsspråk som hoderisting, smil og latter kommer til uttrykk ble dette beskrevet ved bruk av parenteser. Alle intervjuene ble lyttet til mange ganger for å oppfatte ned i detalj det som fremkommer i samtalen. Transkripsjonen og lytting fremkalte også situasjoner fra intervjuene som jeg i utgangspunktet ikke hadde vektlagt.

Johannessen et al. (2018) anbefaler at man avslutter forberedelsesfasen med et notat om hva man tenker om materialet som helhet. Etter gjennomlesing satt jeg igjen med disse tankene: Det er et stort spenn i materialet, mange ting som går igjen, mange gode eksempler som illustrerer begrepene og at materialet besvarer en del av spørsmålene i intervjuguiden.

4.5.3 Koding

Fase to beskrives av Johannessen et al. (2018) som koding. Koding foregår ved å fremheve og sette ord på viktige poenger i datamaterialet og klargjøre dataene for kategorisering. Koding er ifølge Johannessen et al. en spørsmålsdrevet prosess hvor spørsmålene kan være generelle eller spissede. De anbefaler å bruke datanær koding, som innebærer at man markerer bestemte utdrag og lager stikkordoppsummering i form av korte setninger.

Fordelen med datanær koding er at det får frem det konkrete innholdet med ulike nyanser og det er enklere å oppdage uventede mønstre og sammenhenger gjennom dette. Kodene skal identifisere trekk eller likhetstrekk ved dataene som kan virke interessante for forskningsspørsmålene. Det anbefales å kode for så mange mønstre og temaer som mulig siden man ikke vet hva som kan bli interessant senere (Braun & Clark, 2006).

Jeg gjennomførte kodingsprosessen delvis manuelt på ark og delvis ved hjelp av egenkonstruert Wordtabell med tre enkle kolonner. Kolonnene plasserte datamaterialet på en oversiktlig måte. Bruk av dataprogram som analyseverktøy ble valgt bort pga. studiens begrensede omfang og at jeg ikke har gjennomført dataanalyse tidligere. Det ble derfor prioritert å bruke tiden på innsamlet datamateriale, i stedet for å sette meg inn i tilleggskunnskap. Min kodingsprosess ble gjennomført i tre runder.

Ved første runde med gjennomlesing for koding, gjorde jeg markeringer i teksten og overordnede stikkord i marg. Stikkordene var relatert til temaer i intervjuguiden og fremhevet poenger som jeg mente var viktige. Etter hvert intervju som jeg leste forsøkte jeg å spørre meg selv «Hva handlet dette om?» og oppsummere hvilke tanker jeg satt igjen med. Dette var ikke alltid like enkelt å svare på, for jeg satt igjen med mange inntrykk og tanker som ikke var helt lett å sortere.

I andre runde ble det benyttet en tabell med tre kolonner hvor intervjuet utgjorde første kolonne, utdrag fra teksten den andre og tredje kolonne ble benyttet til stikkordsoppsummeringer for å finne tilbake til utdrag som senere kunne bli til temaer. I dette steget ble det viktigste å trekke ut essenser av teksten. Runden ble avsluttet med at jeg sammenlignet intervjuene og lagde fargekoder i hver av dem som var relatert til samme tema.

I tredje og siste runde med koding ble utdragene med samme fargekode satt sammen i en ny tabell, slik at jeg fikk samlet uttalelser om samme tema og meningsinnhold. Målet med dette var å finne kjernen fra alle tekstutdragene som kan sammenfattes og utgjøre funnene i analysen. Tekstutdrag som ikke passet i fargekodegruppene, men som ble ansett for å allikevel kunne brukes under analysen, ble markert som stikkord i tredje kolonne for at de ikke skulle bli glemt. Jeg mener at fasen med koding var overkommelig og er en del av veien å gå for å komme frem til temaene.

4.5.4 Kategorisering

Fase tre i analysen betegnes av Johannessen et al som kategorisering av data og innebærer sortering for å kunne sette data sammen til en større helhet i overordnede kategorier eller temaer (Johannessen et al, 2018). Hos Braun og Clarke inneholder kategoriseringsfasen tre trinn: søke etter, gjennomgang av og definere og navngi temaer. Johannessen et al. har forenklet og samlet dette i en fase og jeg har valgt å følge Johannessens fremgangsmåte.

Temaene skal fortelle noe om forskningsspørsmålene og forskningsspørsmålene skal danne grunnlaget for kategorisering. Hvor mange temaer man bør ha kommer an på mengden av datamateriale som skal beskrive temaet. I en begrenset mastergradsoppgave som dette, har jeg tatt høyde for at det ikke bør være for mange temaer som skal beskrives.

En utfordring ved søken etter temaer var å klare å legge godt nok til side de overordnede temaene i intervjuguiden, slik at de ikke skulle hemme eller låse søking etter data. Faren med å ikke legge temaene fra intervjuguiden godt nok til side er at man da jobber deduktivt. Forforståelse og forhåndsbestemte spørsmål og teorier styrer da søken etter svar. På denne måten vil ikke datamaterialet kunne være styrende for analyseprosessen slik jeg i utgangspunktet ønsker. Det ble da viktig for meg å gå tilbake til problemstillingen og være bevisst den hermeneutiske sirkel for å forsøke å se hver del av intervjuene som en enkelt del, men samtidig som en sammenheng av intervjuene i sin helhet. Delene er avhengige av hverandre for å få en fullverdig tolkning og analyse av datamaterialet.

Temaene ble identifisert på tvers av intervjuene ved å bruke tankekart for å snevre inn antall hoved- og undertemaer. Temaene viser noe av bredden i datamaterialet. Ved oppstart av analysen ga jeg temaene foreløpige navn som senere ble endret og spisset for å dekke innholdet i temaene best mulig. Tankekartene ble benyttet i tre runder og ved siste runde ble hovedtemaene navngitt: den geriatriske pasienten, sykepleieres erfaringer med samtykke til helsehjelp og sykepleieres erfaringer med samtykkekompetanse og vurderinger. Hovedtemaene er allikevel ikke gjensidig utelukkende, og undertemaet om pårørende gikk igjen under alle hovedtemaene.

Gjennom analyseprosessen har det vært naturlig å gå frem og tilbake gjennom de forskjellige fasene for å kontrollere at de vurderingene jeg har gjort i løpet av prosessen er mest mulig valide og til å stole på. Som fersk forsker var analysen en litt overveldende og «kronlete» prosess og det tok meg tid å skjønne hvordan jeg skulle sammenfatte meningsinnholdet til temaer i forskningen min. Jeg var også redd for å utelukke data som jeg syntes var viktige, men som ikke nødvendigvis passet inn under de valgte temaer.

Fase fire er rapportering av dataene og deres innhold og i det følgende kapittel skriver jeg frem temaer og undertemaer som jeg har kommet frem til ved kategorisering og prøver å besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2018). Analysen fortsetter gjennom hele skriveprosessen.

5 Analyseresultater

I dette kapitlet presenteres prosjektets funn i tre hovedtemaer: Sykepleierens tilretteleggelse for samtykke fra den geriatriske pasienten, sykepleiernes erfaringer med når samtykke til helsehjelp utfordres og sykepleiernes deltakelse i vurdering av samtykkekompetanse hos den geriatriske pasienten. Sitatene som presenteres er hentet fra alle intervjuene.

5.1 Sykepleieren legger til rette for samtykke

Informantene fortalte at samtykke fra pasienter til behandling og pleie, var noe de i utgangspunktet ikke tenkte over i sin arbeidshverdag. Dette fordi de aller fleste pasientene i spesialisthelsetjenesten er akuttinnlagte og ønsker helsehjelp. På denne måten får informantene stort sett pasientenes samtykke, implisitt /underforstått samtykke, uten at det er noe de aktivt etterspør. Til tross for dette beskrev informantene ulike måter de la til rette for samtykke fra den geriatriske pasienten. Dette handlet mye om tilnærming, tilretteleggelse og tilstedeværelse i situasjoner.

5.1.1 Tillits- og relasjonsbygging med fokus på pasientens autonomi

En av måtene som informantene beskrev at de la til rette for samtykke fra den geriatriske pasienten på, handlet om tillitsskapende arbeid og relasjonsbygging. Informantene ga uttrykk for at tillitsskapende arbeid og fremgangsmåte i møte med pasienter er viktig for å oppnå forståelse for de oppgaver og handlinger man skal utføre i samarbeid med pasienten. En sykepleier med mange års erfaring fra pasientarbeid sa:

Det her å møte dem, som sagt med en god atmosfære, er veldig viktig for å etablere en god allianse og ja hva skal jeg si, invitere til tillit ikke sant og» (...) ja dette med å bygge tillit som man må gjøre fra første stund man møter et annet menneske.

En annen informant sa:

Og det tror jeg, altså relasjon er jo grunnsteinen i alt, tenker jeg, og det er så lett å skape en god relasjon i den måten vi arbeider på synes jeg, og det synes jeg er veldig fint og det tror jeg egentlig gagnar alle.

Informanten fortalte at etter hennes erfaring kunne det å bygge en god relasjon med pasienter også ha en sammenheng med måten organisering av sykepleietjenesten var på informantens arbeidsplass.

I tillegg til relasjon og tillitsbygging ved tilretteleggelse for samtykke fra pasienten, var respekt for og ivaretagelse av autonomi noe de fleste av informantene snakket om. Alle informantene vektla at man skal respektere den geriatriske pasientens autonomi og betydningen av den viktige selvbestemmelsen. Dette gjøres ved å anerkjenne pasientens rett til å ha meninger, gjøre valg og handle på bakgrunn av personlige verdier og overbevisninger, selv om det kanskje strider mot sykepleiernes oppfatning av situasjonen. En informant fortalte at: «så lenge hun ikke ville dette etter tilstrekkelig informasjon om hva datteren var bekymret for, hva vi var bekymret for, så måtte vi faktisk erkjenne at hun (underforstått pasienten) må få lov til å bestemme dette selv».

En annen informant sa:

det som jeg tenker jeg savner da liksom, er når pasienter blir lagt inn gang, på gang, på gang, med residiverende urinveisinfeksjoner, er det noen som har spurt pasienten? (pause) om han vil bli behandlet eller ikke? og hun trakk også frem

og typisk demente pasienter som vi har mye av, har jo også rett til å si ja eller nei til helsehjelp, mener jeg i alle fall.

Informantene vektla at det overordnede er at pasienten må få lov til å være med på å ta avgjørelser om sin egenomsorg, så langt dette er forsvarlig og ikke utsetter dem for merbelastninger eller direkte fare. En informant refererte fra en dialog hun hadde hatt med en pasient på denne måten:

Ja, her kommer jeg med morgenmedisinene dine, er du klar for å ta de? Har jeg noe valg? Ja, vi skal i alle fall gå gjennom hva du får (...) Ja, hva skjer hvis jeg ikke, jeg må tisse så mye hvis jeg tar Furixen! Ja du velger det helt, det er ikke jeg som bestemmer, men jeg anbefaler deg og forklarer hvorfor det er viktig, men det er til syvende og sist du som bestemmer. Og jeg tror de, ofte, noen ganger blir overrasket over at jeg forklarer dem hva medisinene gjør og ja. Men jeg tror det er viktig at de bidrar til at de blir hørt og at de er en del av bestemmelsen selv.

5.1.2 Kommunikasjon og samarbeid med pårørende

Informantene vektla betydningen av å kommunisere med og å gi informasjon til den geriatrike pasienten på en tilrettelagt måte. Dette vil si at informantene tilpasser informasjonen etter forutsetninger pasienten har for å forstå det som blir formidlet. De unngår bruk av for mye fagspråk og snakker tydelig og direkte hvis pasienten har redusert hørsel.

Tilrettelagt informasjon vil kunne være med på å ivareta autonomi og medbestemmelse på en god måte. Slik informantene snakket om det, fremkom det at kommunikasjon med eldre mennesker kan være en utfordring spesielt når de er i sårbare situasjoner. Informantene presiserte at det da er desto viktigere at man vektlegger å kommunisere og informere på en slik måte at man gjør seg forstått og sikrer seg at pasienten forstår det man prøver å formidle.

En av informantene ordla seg slik: *«det er jo litt varierende informasjon både de var i stand til å ta imot og forstå og den informasjonen som man ga dem også var jo kanskje litt ymse.»* Sitatet illustrerer på en god måte hvordan begge parter i samhandling er avhengige av at kommunikasjonen mellom dem fungerer. Alle informantene var opptatt av at kommunikasjon er viktig og snakket på ulike måter om hvordan relasjon, tillitsskapende arbeid og fremgangsmåte er viktige aspekter når man legger frem et budskap.

En informant snakket også om viktigheten av å gi informasjon selv om man vet at pasienten kanskje vil reagere med sinne, utagering eller annen form for negativ reaksjon på det budskapet som formidles:

hun er jo nødt til få vite det selv om hun er uenig, men så det er jo og liksom hvordan man, (...) at man er ærlig selv om (...), at selv om man ikke samtykker til det man skal gjøre så, at man prøver å fortelle dem og forklare hvorfor.

I tillegg til å snakke om tillit og relasjoner, pasientautonomi og kommunikasjon som viktige momenter for tilretteleggelse for samtykke fra den gamle pasienten, fortalte flere av informantene at for noen pasienter kan samarbeid med pårørende være spesielt viktig. Det kan være pasienter som på grunn av fysisk eller psykisk sykdom ikke er i stand til å kunne svare på hva de ønsker. Dette ble trukket frem av noen informanter som utfordrende fordi det vanskeliggjør eller blir fraværende å ha en ordentlig dialog med pasienten.

Når pasientene blir akuttinnlagt i sykehusavdelinger har sykepleierne i tillegg kort tid til å bli godt nok kjent med pasientene før avgjørelser skal tas for eller sammen med dem. Da blir samarbeid med pårørende spesielt viktig. En informant fortalte om en pasient som ble innlagt med utagering og delir, hvor pårørende ble kontaktet:

*Så det var jo flaks at pårørende sa hun var **mye** mer forvirret enn det som hun brukte å være. At vi visste at det her er ikke vanlig for henne å være slik. Hun klarnet jo opp da etter noen dager, så nå er jo hun, så nå er alt bra og(ler)ja ... så det er veldig fint.*

Det blir også trukket frem av en informant at selv om pårørende er viktige for pasienten, så hadde informantene også erfart at samarbeid med pårørende i noen tilfeller kunne være utfordrende. Det kan være tilfeller der pårørende svarer for pasienten til tross for at pasienten kan svare for seg selv og når pårørende ønsker å ha kontroll med alt som blir gjort med pasienten.

5.2 Når samtykket utfordres

Informantene omtalte gjennomgående de geriatriske pasientene som gruppen «de gamle» eller «de eldre», og av en informant ble de kjennetegnet ved at de har ulike og som oftest flere bakenforliggende sykdommer. Det ble av informantene snakket om at eldre pasienter er av en generasjon som ikke har lett for å protestere mot systemer. Samtidig fortalte flere av informantene om situasjoner der pasientenes samtykke kan utfordres på ulike måter.

Slike situasjoner kan oppstå når sykepleierne skal hjelpe pasienten med dagligdagse gjøremål og når det er nødvendig at pasientene forstår og anerkjenner informasjon som blir gitt.

Informantene snakket både om utfordrende situasjoner og ekstremsituasjoner der det hadde blitt behov for bruk av tvangsvedtak og tvangsmidler. Også når det gjelder utfordrende situasjoner vektlegger informantene samarbeid med pårørende.

5.2.1 Lirking og luring.

En måte informantene i prosjektet snakket om samtykke på var knyttet til begrepet «lirke og lure». Informantene brukte uttrykket som betegnelse på en fremgangsmåte ved kommunikasjon og samhandling med pasientene. En av informantene sa:

Og når man snakker om dette med å lirke og lure, for med en gang at man sier det så tenker man jo at man skal lure pasienten til å, hva skal jeg si, godta noe som de kanskje ikke vet hva er. Men jeg tenker jo at i min hverdag når jeg skal lirke og lure så handler det om at jeg skal få pasientene til å forstå hva jeg ønsker med min lirking og luring.

Informantene ga mange eksempler på situasjoner der de hadde brukt «lirking og luring» for å løse utfordrende situasjoner. De beskrev oftest situasjoner der eldre og geriatriske pasienter har utfordringer i forhold til ivaretagelse av egenomsorg slik som stell, ernæring og mobilisering. Sitatene illustrerer hvordan «lirking og luring» kan brukes for å få gitt informasjon, samtidig som informantene legger til rette for å få pasientens samtykke. En av informantene fortalte om en stellesituasjon. Pasienten ville ikke vaske seg eller dusje på flere dager og informanten brukte da «lirking og luring» som en ny tilnæringsmåte til situasjonen for å prøve å løse denne.

Jeg begynte setningen med: «ja, men har du lyst til» og så tenkte jeg nei. Nå skal jeg hjelpe deg så du får tatt deg en dusj. Og det var jo for jeg visste jo at hvis jeg hadde spurt: «Har du lyst til å ta deg en dusj?» så hadde jo svaret kommet til å bli nei. Men at man lot det til nesten å ikke være et alternativ, et påtvunget samtykke (ler litt).

En av de andre informantene presenterte bruk av lirking og luring i en ernærings situasjon:

Og spesielt pasienter med ernæringsproblemer, de er jo ikke sulten, nei. Nei, alternativet hvis du ikke spiser da får du sonde hvis du skjønner og så blir det fort til: Ja, men da får du prøve å spise en dag til. (...). De har liksom fått et valg, men så tenker jeg ofte at allikevel har de ikke noe valg, for da er det eneste valget å spise på en måte.

Mobilisering er også et område der informantene snakket om at det ofte kan være vanskelig å motivere eldre pasienter til å delta. Mobilisering anses som viktig for alle geriatriske pasienter og spesielt for de som har gjennomgått operasjoner etter f.eks. beinbrudd. Da kan det føre til løsninger som en av informantene beskriver slik: «og det er jo flere ganger at vi har både mobilisert dem uten at de hadde så veldig eller ja egentlig ikke ja, (...) ja har villet det».

5.2.2 Utfordrende situasjoner og bruk av tvang

I tillegg til å snakke om «lirking og luring» som en måte for å få innpass hos pasienten til å gi helsehjelp, snakket informantene også om situasjoner der de opplevde det som mer utfordrende å ivareta pasientens samtykke. Situasjoner med pasienter som har demenssykdom, pasienter som er i delir og pasienter med psykiske lidelser ble omtalt som spesielt utfordrende i forhold til ivaretagelse av samtykke. Dette gjelder også pasienter som er tvangsinnlagt i psykiatrien og som overføres til somatisk behandling, noe som kan ha sammenheng med ulikt lovverk innenfor de ulike fagområder. Fagområdene settes opp mot hverandre av en informant på denne måten:

så der jeg har møtt på utfordringer med samtykke til helsehjelp det er jo hvis vi får pasienter fra psykiatrien, som er tvangsinnlagt i psykiatrien, men der er det jo og et skille der, så det jeg egentlig har funnet ut det er at vi har det ganske enkelt i somatikken, for jeg føler at de aller fleste samtykker til helsehjelp.

Demens og delir ble ofte nevnt i sammenheng med hverandre og noen av informantene påpekte at det ikke alltid er like lett å skille hva som er hva hvis en pasient er diagnostisert med kognitiv svikt fra tidligere. Er det en utvikling av demenssykdom eller er det stressreaksjon i form av ytre påvirkning? Informantene ga flere eksempler på at det særlig var hos gamle pasienter i en delirtilstand at dette med utfordring av samtykke ble aktualisert. De beskrev at i situasjoner med delir er det ikke enkelt å vite hvordan man skal agere og at medisinske tiltak ofte ikke beskrevet eller mangler helt.

Ja, og der synes jeg det er litt vanskelig med, som de som er i et delir for eksempel, som til vanlig er våken klar og orientert og vet sitt eget beste, men som kommer inn, fordi vi da ikke helt vet hva som er hva forteller en av informantene.

Noen av informantene kom også inn på at akutsituasjoner kan være utfordrende i forhold til ivaretagelse av pasientens samtykke. En informant beskrev en akutsituasjon der det ikke var tid til å ta stilling til pasientens samtykke:

(...) og der hadde vi jo forresten (...) ei som, hun ble jo, hun ble jo nærmest operert uten samtykke. Hun var utagerende, delirisk, med hoftebrudd. (...) det hadde jo vært tortur å la henne ligge med et hoftebrudd, (...), så vi sendte henne inn til operasjon uten kateter og i egen nattkjole.

Flere av informantene snakket også om akutsituasjoner der pasientene ble vurdert til å ikke være samtykkekompetent og hvor det måtte gjøres tvangsvedtak. Dette skjedde oftest i form av tilbakeholdelse i avdeling eller som tvangsmedisinering. Informantene fortalte at dette gjøres ofte i samråd med geriater eller psykiater og at slike tiltak skal være godt dokumentert. I slike situasjoner ga informantene uttrykk for at sykepleiere og annet helsepersonell må være seg bevisst den posisjon de har overfor pasienten og maktaspektet i slike situasjoner. En informant ordla så seg slik:» (...) *det her når man snakker om makt i helsetjenesten, at med en gang jeg får på meg uniformen min så har jeg makt. Utfordringen er ikke at jeg har makt, men hvordan jeg bruker denne, hvordan jeg forvalter denne*».

De fleste av informantene beskrev at det er sjelden at de bruker tvang i arbeidshverdagen og at når de gjør det så er det fordi det er absolutt nødvendig for å unngå skade på pasienten, medpasienter eller personale. Informantene konkluderte med at tvang som oftest brukes i ekstremsituasjoner og som en av dem sa: «*så blir det litt sånn mere kanskje i de ekstremsituasjonene at vi, man tenker at er det faktisk, er du samtykkekompetent eller ikke (...)*».

Alle informantene vektla også pårørendes rolle i samarbeidet med pasienter som har demenssykdom eller pasienter som er i en delirtilstand. En av informantene fortalte om en pasient som ble innlagt, var veldig dårlig og nektet å få behandling. De prøvde å tilnærme seg pasienten på ulike måter, men hun nektet fremdeles behandling. Sitatet fra informanten viser hvordan helsepersonell ikke nådde inn til pasienten selv med tillitsskapende arbeid og «lirking og luring» og at situasjonen ikke løste seg før pårørende ble involvert.

Kom dere ut, få det der bort, du får ikke sette noe gift i meg!! Så det var krevende, det var, hun var jo ordentlig dårlig, så da endte det med at vi ringte mannen hennes (pause) som hun er veldig, veldig trygg på, de har et veldig godt forhold, så kom han og så fikk han på en måte vært sammen med henne en stund, pratet med henne og så fikk vi gi behandling.

5.3 Sykepleieres deltakelse i samtykkevurderinger

For å prøve finne svar på problemstillingen i masteroppgaven var det nødvendig å finne ut om sykepleierne deltar i arbeidet med vurdering av samtykkekompetanse hos de geriatriske pasientene. I sine refleksjoner rundt dette snakket informantene om hva de la i begrepet samtykkekompetanse, ansvarsfordeling i vurderingssituasjoner og viktigheten av å ha kunnskap om samtykkekompetanse generelt og vurderinger av samtykkekompetanse spesielt.

5.3.1 Begrepet samtykkekompetanse

Informantene fortalte at for dem innebar samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter i spesialisthelsetjenesten, at pasienten har evne til å ta avgjørelser i spørsmål som gjelder helsehjelpen de tilbys. Pasientene må ha evne til å forstå den informasjon som blir gitt og hva de faktisk sier ja eller nei til. En av dem uttrykte det slik:

at de er, både i stand til fysisk og psykisk til å vurdere sin egen helse og vite at hva som vil være det beste for dem tror jeg. En annen sa: «at pasientene måtte være, er klar over, og er innforstått med at de kan si nei til hjelp ikke bare at de har rett til det, men også at de vet at de kan gjøre det.

Til tross for at informantene hadde tilnærmet lik definisjon av begrepet samtykkekompetanse, ble det stilt spørsmål fra en av dem om ulike faggrupper legger det samme i begrepet. Hvis man definerer det ulikt; kan da pasienter bli vurdert ulikt av leger og sykepleiere i forhold til å være samtykkekompetent. En av informantene trakk frem at man må ha forståelse av at samtykkekompetansevurderingen bare gjelder for den konkrete situasjonen vurderingen er gjort under og sa: «*og man kan jo være samtykkekompetent til mye, selv om du ikke er samtykkekompetent til å forstå alt*». Informanten snakket om at pasienten faktisk kan ha kompetanse på flere områder enn akkurat det med å vurdere eget behov for helsetjenester. Samme informant satte dette på spissen ved å fremstille dette i en ironisk tone: «*(...) Nei, han er ikke samtykkekompetent, så han kan ikke bestemme hva han vil spise, for å dra det litt langt da*».

5.3.2 Å spille hverandre gode

Alle informantene mente at det i utgangspunktet er legene som har ansvar for og gjennomfører vurderinger av samtykkekompetanse, noen ganger alene og andre ganger i samråd med spesialister innenfor geriatri og psykiatri.

Selv om ingen av informantene fortalte at de hadde gjennomført planlagte samtykkevurderinger, viser resultatene at de allikevel hadde ulike erfaringer fra dette. De følte seg delaktig i form av sitt arbeid med og kunnskaper om de geriatrike pasientene, og snakket om å nyttiggjøre seg hverandres erfaringer og spille hverandre gode. En av informantene sa:

det å utvikle et ganske unik (trykklagt og lysere toneleie) samarbeid med få parter på arbeidsplassen, som gjør at de kan spille på hverandre/spiller hverandre gode i ulike settinger og også når det gjelder å opparbeide tillit for det er jo uten tvil vår pasientgruppe, de eldre, som har veldig stor respekt for legen.

Informantene ga uttrykk for at samarbeidet mellom de ulike faggruppene skal være til beste for pasientene. Til tross for at informantene mente at de ikke har en direkte rolle i samtykkevurderingene, så anser de sitt arbeid med og for pasientene som vel så viktig. En annen informant sa:

Vi bruker å diskutere det på visittene da med dem, hva vi som er sammen med pasientene hele tiden, hva vi ser og hva vi opplever og hvordan vi mener at de er kognitivt. Vurdere dem i det akutte og det lange løp og endringer i positiv og negativ retning.

Denne informanten arbeidet med primærpsykepleie og har på denne måten mulighet til å bli godt kjent med pasienter hun er primærkontakt for. Dette legger til rette for å at sykepleierne kan gjøre gode vurderinger over tid. En av informantene vektla også at det ikke bare er sykepleiernes vurderinger av pasienten som skal trekkes frem, men at sykepleierne også fremmer pasientens sak: «Men ikke sant, vi er på en måte talerør for pasientene og det er vi som kjenner dem».

En av de andre informantene trakk også frem det samarbeidet som hadde blitt utviklet på arbeidsplassen når de brukte kartleggingsverktøyet FARV til vurdering av samtykkekompetanse. Hennes uttalelse om deltakelse i slik arbeid var:

Men det er for det meste legen som gjennomfører prosedyren med FARV og så supplerer jeg med det som jeg har observert i samtale med pasienten og pårørende. Det er det er jo mange gode spørsmål som vi som helsepersonell kan bruke, som vi ofte kan spille hverandre gode på, ja kanskje i avdelingssammenheng.

5.3.3 Behov for mer kunnskap

I tillegg til å fremheve samarbeid og mulighet til å spille hverandre gode, så ga informantene uttrykk for at det er behov for mer kunnskap om temaet.

Alle informantene var opptatt av og mente at det snakkes for lite om og ikke er stort nok fokus på dette med samtykkekompetanse i klinisk praksis. En av dem mente at dette kanskje særlig gjaldt innenfor den somatiske delen av helsetjenesten. De ga også uttrykk for at forståelse av og kunnskap om samtykkekompetanse og vurdering av pasienters samtykkekompetanse er viktig. I tillegg ga informantene uttrykk for at de ønsker mer kunnskap om geriatrike lidelser som kan påvirke evnen til å gi samtykke til behandling eller annen helsehjelp. Informanten som hadde arbeidet lengst innenfor geriatrifeltet beskrev demografiske endringer i samfunnet som grunnlag for økt kompetanse. En økende andel eldre fordrer at helsepersonell har relevant kunnskaper og informanten sa:

Det er absolutt viktig at vi vet hva samtykke og samtykkekompetanse er fordi det blir stadig flere eldre som lever lenger og vi vil alle komme i kontakt med geriatrike pasienter og da, for at vi skal kunne gi dem best mulig ivaretagelse, ikke sant, så må vi vite hvordan vi skal gjøre det.

Når det gjelder kunnskap om geriatrike lidelser som kan påvirke evnen til å gi et samtykke, formulerte en av informantene seg slik: «*Det er liksom, derfor tenker jeg også at det er viktig at man vet mye mer om delir. Hvordan man kan forebygge delir og hvordan man behandler delir, helst ikke-medikamentelt når du først får en pasient som kommer i delir*».

En annen av informantene som snakket om behov for mer kunnskap, prøvde å se det ut fra en potensiell nytteverdi for pasientene:

Hadde man hatt mye kunnskap eller en større kunnskap om det så kunne man jo ha tatt det med i veldig mange situasjoner og på en måte (pause) at det kanskje hadde blitt en bedre, kunne jo blitt en bedre opplevelse for dem (underforstått pasienten) hvis man hadde hatt litt mer fokus på det, litt mere kunnskap om det.

6 Drøfting

Det jeg ønsket å finne ut av i denne oppgaven var «Hvilke erfaringer har sykepleiere i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten med samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter». Problemstillingen beskriver hva jeg ønsket å få mer kunnskap om og er en presisjon av hva som er min hensikt med masteroppgaven. Mine funn i form av resultatene vil i dette kapitlet bli diskutert med utgangspunkt i problemstillingen, teoretisk rammeverk, tidligere forskning og annen relevant litteratur. Kapittelets inndeling samsvarer med hovedtemaene fra resultatdelen.

6.1 Sykepleieren legger til rette for samtykke

I forbindelse med intervjuene jeg gjorde i oppgaven, hadde jeg på forhånd valgt å ikke skille mellom de ulike former for samtykke slik som informert, stilltiende eller uttrykkelig, men snakke med informantene om samtykke generelt. Dette var et bevisst valg for å kunne få frem hva informantene legger i begrepet samtykke og om de selv skiller mellom de ulike formene.

Resultatene i prosjektet gir inntrykk av at når informantene ble spurt om hva de legger i begrepet samtykke, snakker de hovedsakelig om det informerte samtykket hvor pasientene gir tilbakemelding på informasjon som blir gitt. Denne tolkning støttes av tidligere forskning og funn i artiklene til Axson et.al (2017) og Faison (2018). Axson et.al (2017) sier at sykepleierne vektlegger denne samtykkeformen i pasientrelatert arbeid. Axson et al. fant at slik sykepleierne i deres studie så det, er formålet med informert samtykke at pasientene skal kunne delta i beslutninger og ha en forståelse for faktorer som er relevante for deres behandling. Faison (2018) trekker frem at sykepleierne er vant til prinsippene og implementeringen av prosessen med informert samtykke fordi den er en del av deres daglige rutine. At informert samtykke er det som vektlegges i tidligere forskning og som er gjenkjennbart fra min egen arbeidshverdag, kan ha påvirket min oppfatning av at det var dette informantene snakket om.

På den annen side viser resultatene i oppgaven at informantene i utgangspunktet ikke tenkte over samtykke i sin arbeidshverdag fordi pasientene stort sett samtykker til behandling. Resultatene viser allikevel at når de i denne sammenhengen snakker om samtykke, handler dette ikke om det informerte samtykke, men om implisitt/underforstått samtykke.

En lignende beskrivelse er funnet i resultatene til Faison (2018) som understreker at det er det generelle (antatt/underforståtte) samtykket som sykepleierne er kjent med, men at de bør være klar over skillet mellom de to formene. De ulike funnene kan allikevel betegnes som sammenfallende på bakgrunn av at underforstått samtykke ofte er en følge av informasjon som blir gitt til pasientene. Et interessant funn er at de selv om informantene hovedsakelig ga uttrykk for at samtykke ikke var noe de ikke tenkte over i sin arbeidshverdag, ble samtykket allikevel aktualisert og utfordret i noen situasjoner. Når pasientene nekter behandling eller ikke klarer å gi uttrykk for hva de ønsker omtalte informantene dette som manglende samtykke.

Andre faktorer som henger nært sammen og som informantene vektla for å kunne få samtykke til helsehjelp fra den geriatriske pasienten var: tillitsskapende arbeid og relasjonsbygging, ivaretagelse av pasientens autonomi, kommunikasjon og informasjon og pårørendes betydning for pasienten.

6.1.1 Tillits- og relasjonsbygging med fokus på pasientens autonomi

Resultater fra prosjektet viser at informantene vektlegger tillitsskapende arbeid og relasjonsbygging som grunnleggende for å kunne tilrettelegge for få samtykke til helsehjelp fra pasienten. En av informantene fortalte at å bygge tillit må man gjøre fra første gang man møter et annet menneske. Beskrivelsen er i tråd med det Kari Martinsen sier om at i menneskelige relasjoner og i sykepleierens omsorg er tillit grunnleggende (Kirkevold, 2012). Kari Martinsens deler omsorgsbegrepet inn i tre aspekter i sin omsorgsteori: det relasjonelle, det praktiske og det moralske. Relasjonsbygging inngår i det første aspektet. Her trekkes forholdet mellom sykepleier og pasient frem og forholdet må bygges på gjensidighet, fellesskap og solidaritet mellom partene. Partene må dele en daglig verden hvor de har noe felles (Kirkevold, 2012).

Ved å ha forståelse for den andres situasjon kan sykepleieren gi den beste form for omsorg og denne forståelsen bygges på felles erfaringer. Sett i lys av den hermenutiske sirkel viser dette hvordan delene, sykepleieren og pasienten, er avhengig av helheten, felles erfaringer fra den daglige verden, for å kunne ha størst mulig forutsetning for å bygge en god relasjon. Slikt sett er en god relasjon grunnlaget for å bygge tillit.

I møte med andre mennesker har de fleste av oss i utgangspunktet tillit til at den andre personen vil oss vel og ikke ønsker å såre eller påføre uønskede belastninger. Et tillitsforhold går begge veier og begge parter må kunne stole på hverandre. I møte med fremmede er vi allikevel sårbare fordi vi gir noe av oss selv. Dette kan forsterkes når man blir avhengig av en annen part andre for å klare seg. I forhold bygget på tillit må både pasient og sykepleier stole på hverandre i forhold til at de gir god informasjon og handler til beste for hverandre.

Som nevnt tidligere var, ifølge informantene, tillitsskapende arbeid og fremgangsmåte i møte med pasienter viktig for å oppnå forståelse for de oppgaver og handlinger man skal utføre i samarbeid med pasienten. Som eksempler på tillitsskapende handlinger nevner informantene smil, et godt handtrykk, blikkontakt og rolig stemmebruk som portåpner for en god relasjon. Tilstedeværelse i situasjonen og småprat om dagligdagse ting kan også gi følelsen av å ha et fellesskap.

Det fremkommer derimot ikke av resultatene at noen av informantene nevner tidsbruk i forbindelse med tillitsbygging. En mulig forklaring på dette kan være at det er så naturlig for informantene å ta seg tid i første møte med pasientene at de ikke tenker over dette. Mange eldre pasienter har behov for god tid når de skal uttrykke seg verbalt og tankemessig og når de skal utføre praktiske gjøremål. Jeg ønsker derfor å trekke frem viktigheten av tidsfaktoren i slike møter til tross for at resultatene ikke sier noe om dette.

I følge Axson et.al (2018) er det ingen tvil om at sykepleiere i klinisk praksis møter tidsbegrensninger når de håndterer pasientbehov, noe som kan resultere i at arbeidet de utfører kan bli mer oppgaveorientert enn pasientorientert. En uheldig konsekvens av dette kan bli at sykepleierne bruker mindre tid til samtaler med pasientene. Dette kan ha en negativ påvirkning på oppgaver man skal utføre sammen med pasientene og føre til at tilliten mellom sykepleier og pasient svekkes.

Kari Martinsen (2012) bruker begrepet «helsevesenets hurtige rom» hvor det er mye som skal gjøres på kort tid slik at det vil kunne være utfordrende å være sansende og sårbart tilstede. Hun refererer til Løgstrup som beskriver en måte å være i situasjonen på som, at man er til stede på en slik måte at man handler med tiden og i tiden på en god måte. Dette vil gjelde både for sykepleieres og pasientens tilstedeværelse.

Resultatene i studien viser at sykepleierne fremhever betydningen av gode relasjoner i møtet med den geriatriske pasienten, dermed blir tid også en viktig faktor. Det er viktig å la pasientene bruke den tid de trenger. Martinsen (2012) referer også til Løgstrup som snakker om å være til stede i situasjonen. Ved at «den travle» sykepleieren er til stede i situasjonen i stedet for å gjøre oppgavene for den gamle pasienten, kan man handle med tiden og i tiden for at det skal bli en god opplevelse for pasienten.

Hvis sykepleier og pasient gjensidig ikke klarer å sette seg inn i hverandres situasjon eller stole på hverandre vil det kunne være vanskelig å komme i posisjon for tillitsbygging. Det samme gjelder hvis sykepleieren ikke tar pasientens problemer på alvor eller at pasienten ikke føler sin autonomi respektert kan forsøk på tillitsbygging føre til mistillit. I situasjoner der det fra pasientens side klart fremkommer at pasienten ikke ønsker hjelp fra sykepleieren, er det viktig at sykepleieren ikke presser seg på men heller trekker seg tilbake slik at tilliten ikke svekkes helt eller ikke kan gjenopprettes. Av egen erfaring kan det da være lurt at andre sykepleiere prøver å få en relasjon med pasienten.

Relasjoner ble av en informant benevnt som grunnsteinen i alt og at det gagnar alle parter som er involvert i pasientrettet arbeid. Dette resultatet samsvarer med Kari Martinsens omsorgsteori, der Martinsen fremhever at relasjoner er fundamentalt for alt menneskeliv. Hun sier også at omsorg er å skape relasjoner og at dette handler om avhengighet. Som mennesker er vi forbundet med og gjensidig avhengige av hverandre, noe som blir ekstra tydelig i situasjoner der man blir avhengig av hjelp for å klare seg. Kari Martinsen fremhever at alle mennesker, uansett hvem man er, kommer til å trenge hjelp en eller annen gang gjennom livet (Kristoffersen et al, 2011).

Relatert til pasientgruppen som informantene i prosjektet omtaler, den geriatriske pasienten som er innlagt i sykehus, er disse pasientene ofte i en sårbar situasjon. Aldersrelaterte sykdommer, svekkelser, hjelpebehov og akutt sykdom kan gjøre slik at de helt eller delvis ikke er i stand til å ivareta egenomsorg. Sykepleierne må derfor vektlegge og tilnærme seg pasienten slik at de kommer i posisjon til å yte den hjelp som pasienten har behov for. Tilnærmingen må være individuell og målet er å skape trygghet og forutsigbarhet for pasienten. På denne måten vil sykepleierne kunne få aksept for og forbygge eller redusere motstand mot behandling. Hvis tilnærmingen mislykkes vil en konsekvens være at sykepleieren må tenke over tilnærmingens måten og hva som mislyktes. Dette gjøres for å prøve å unngå eller redusere muligheten for at det samme skjer igjen.

Resultatene mine kan peke mot at det ikke bare er det kontakten mellom sykepleier og pasienten som kan være avgjørende for relasjonsbygging. Det kan også ha en del å si hvilken modell for organisering av sykepleietjenesten som ligger til grunn, noe som kan påvirke relasjonsbygging både i positiv og negativ retning. Noen informanternes erfaringer var at ved bruk av primærsykepleie som modell har man en større mulighet til å bygge en god relasjon. De hadde en formening om at primærkontakter som følger pasientene gjennom hele sykehusinnleggelsen, i det akutte og det lange løp, har mulighet til å observere og vurdere endringer i pasientens tilstand på en annen måte enn ved gruppesykepleie.

Kari Martinsen kaller det omsorgsarbeidet som skjer i spesialisthelsetjenesten for vekstomsorg og er knyttet til omsorg der man forventer at pasienten skal bli mer selvhjulpen av den hjelp som mottas (Martinsen, 2003). Her er omsorgen rettet mot at pasientens behov for omsorg skal opphøre under sykehusoppholdet og at pasienten skal oppnå egenomsorg. Dette står i kontrast til muligheten for avhengighet ved primærsykepleie. Tiltak som kan iverksettes for å unngå eller redusere slik implikasjon, er at det opprettes primær- og sekundærkontakt som kan arbeide sammen om og med pasienten. Ut fra den betydningen informantene i prosjektet ga tillits- og relasjonsbygging så indikerer dette at hvis man ikke klarer å bygge relasjoner som er basert på tillit så kan grunnlaget for å få et samtykke til helsehjelp fra pasienten svekkes eller bli fraværende. I slike tilfeller er det stor sannsynlighet for at samtykket kan utfordres.

Når det gjelder pasientautonomi viser resultatene fra prosjektet tydelig at alle informantene var opptatt av å ivareta pasientens autonomi, noe som også er et av de mest fremtredende etiske prinsipper i det norske helsevesen og i andre land. Et sentralt og etisk prinsipp er at enkeltmennesket skal vernes mot å bli behandlet mot sin egen vilje og ha rett til å bestemme over egen kropp og behandling. Her inngår også friheten til å ta valg som er av betydning for eget liv og helse (Husebø & Flo, 2020). Dette understøttes også av Axson (2017) som skriver at informert samtykke i klinisk behandling respekterer de autonome rettighetene til pasienters deltakelse i medisinsk behandling og omsorgsbeslutninger. Dette gjøres etter nøye vurdering av potensielle risikoer og fordeler og er ment for å sikre at pasienter får passende omsorg som er i tråd med deres helserelaterte mål.

Et funn fra studien som på en god måte beskriver ivaretagelse av pasientens autonomi, beskrives av en informant som at pasienten hadde rett til å bestemme og bli respektert for sitt valg selv om det kan være vanskelig for helsepersonellet å akseptere valg som pasienten tar. Dette forutsette selvfølgelig at pasienten er godt informert også om de bekymringer som helsepersonell og pårørende har på bakgrunn av valgene som blir gjort. Informanten sa: (..), *hva vi var bekymret for, så måtte vi faktisk erkjenne at hun (underforstått pasienten) må få lov til å bestemme dette selv».*

En beskrivelse funnet i studien til Susilo et.al (2013) indikerer at pasientens autonomi er truet av ulike faktorer i praksis ved informert samtykke, og hevder at sykepleiere har et viktig bidrag å gi til en god samtykkeprosess ved å ivareta pasientens autonomi. Om pasientens valg alltid blir respektert hvis det er motstridende til det som helsepersonell anser for å være nødvendig behandling kan sikkert diskuteres.

Av resultatene frem går det også at informantene anså det som overordnet at pasienten må få lov til å være med på å ta avgjørelser om sin egenomsorg, så langt dette er forsvarlig og ikke utsetter dem for merbelastninger eller direkte fare. Det at autonomiprinsippet står så sterkt i helsevesenet kan føre til at sykepleiere og annet helsepersonell kan komme opp i etiske dilemma. Hvis den geriatriske pasienten ikke klarer å gi uttrykk for egne ønsker og behov ved behandling og samtidig skal vernes mot å behandles mot egen vilje, ligger det et stort ansvar på sykepleiere og leger for å ta et viktig valg for pasienten.

I De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2014) fremgår det at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, herunder også å frasi seg sin selvbestemmelsesrett. I enkelte tilfeller kan eldre pasienter si fra seg sin rett til selvbestemmelse ved å be sykepleieren eller legen om å ta valg for dem. En mulig forklaring på dette kan være at de så påvirket av sin sykdom at de ikke klarer å ta stilling å gjøre valg. En annen forklaring kan være at de er usikre på hva som er best for dem til tross for at de har fått informasjon og begrunnelse for behandling og hjelp eller at de ikke forstår den informasjon som de har fått.

Slettebø (2013) viser til Dworkin som sier at å si fra seg sin autonomi også er et uttrykk for autonomi. Dette fordi pasienten selv har tatt et valg om å følge det som sykepleieren mener er best for pasienten og har tillit til at sykepleieren velger det som er best. Det er ifølge Slettebø i slike tilfeller viktig at helsepersonell prøver å fremme pasientens valgfrihet på best mulig måte slik at de valg som blir tatt ikke blir tatt på bakgrunn av helsepersonellens kunnskaper og ressurser når pasienten er sårbar og avhengig av hjelp til å ta valg. Sett opp mot hverandre, kan på den ene siden respekten for at pasienten frasier seg sin selvbestemmelsesrett og på den andre siden at pasienten ber om hjelp fra sykepleieren til å ta valg, kunne føre til et etisk dilemma for sykepleieren. Muligheten vil være til stede for at sykepleieren kanskje ikke godt nok klarer å legge til side egne kunnskaper og meninger til at det er pasientens ønsker om og behov for hjelp som er i fokus.

I medisinsk og helsefaglig sammenheng må man kanskje se på begrepet pasientautonomi mer som en medbestemmelsesrett eller et valg som tas sammen med helsepersonell enn som en total selvbestemmelsesrett. Medbestemmelse dreier seg da om rett til å være med på å bestemme behandlingsform eller retten til å avstå fra behandling. Medbestemmelse brukes oftest ved retten til å avstå (Slettebø, 2013).

Funn i undersøkelsen gjort av Susilo (2013) viser at det åpenbart er umulig å oppnå full autonomi, men at samarbeidsprosessen mellom pasienten og helsepersonell mer kan karakteriseres som «gjensidig avhengighet». For at pasient og helsepersonell skal nå en informert enighet om behandling og helsehjelp, er det av stor betydning at den gjensidige avhengigheten anerkjennes i en samtale mellom partene. Susilo sier at i samtalen gir helsepersonell nødvendig medisinsk informasjon og pasienten skal informere om sin medisinske tilstand og oppfatning av egen sykdom. Ved slik deling av informasjon kan både pasientens og helsepersonellens sikkerhet beskyttes.

6.1.2 Kommunikasjon og samarbeid med pårørende.

Resultater fra studien viser at informantene har fokus på kommunikasjon og informasjon ved tilretteleggelse for samtykke. Gjennom kommunikasjon lærer sykepleieren å kjenne pasienten og få forståelse for pasientens behov og ønsker. Når sykepleierne bygger relasjoner med pasientene er det også viktig at man registrerer hvordan pasientene responderer i samtale.

Det er dette Kari Martinsen (2012) viser til når hun bruker begrepet «tydning» som er hentet fra Løgstrups sansefilosofi. I relasjonen mellom sykepleier og pasient må partene tyde hverandre og være til stede i situasjonen. Dette gjøres for å kunne finne en forsvarlig måte å informere på. Slik kan man sikre pasientens mulighet til å være medbestemmende. Ifølge Kari Martinsen er samtalen en viktig del av vår ivaretagelse av andre. Det å høre hva den andre har å si og å svare på nye spørsmål gjør at man sammen bedre kan forstå hva samtalen dreier seg om. I samtalen må man være vendt mot den andre. Hvis den ene parten ikke engasjerer seg i saken vil dette kunne en trussel mot samtalen (Martinsen, 2005). Dette vil si at hvis sykepleieren ikke klarer å engasjere seg i og for pasienten vil dette utgjøre en trussel for tilliten dem imellom. Dette vil som oftest vil være til størst trussel for pasienten som er den svake part i relasjonen og avhengig av sykepleieren for å få hjelp.

Faison (2018) fant i sin studie at sykepleieren er knutepunktet for kommunikasjon ved å samle, tolke og vurdere informasjon som gis fra helsepersonell til pasient og pårørende og vise versa. Faison understreker at det å utvikle både generelle og gode kommunikasjonsferdigheter er spesielt viktig under prosessen ved informert samtykke. Susilo et al. (2013) presiserer også at med en slik rolle og stilling for sykepleieren stilles det store krav om at videreformidling av pasientens ønsker og behov blir så konkret og mest mulig ordrett som pasienten har fremlagt det. Hvis presentasjon av pasientønsker er en fortolkning som sykepleieren har gjort, er det viktig at dette blir tydeliggjort ved videreformidling.

Av studieresultatene fremkom det at det var varierende både hvordan pasientene var i stand til å motta og forstå informasjon, og hvordan informasjonen ble gitt fra sykepleieren.

Kommunikasjon med eldre mennesker kan være ekstra utfordrende ved syns- og hørselsnedsettelse og dette må sykepleieren være seg bevisst ved samtaler med den eldre pasienten. All kommunikasjon er som oftest en blanding av verbal og nonverbal. I intervjuene vektlegger informantene at verbal kommunikasjon må være tydelig. Tilrettelagt informasjon gitt i korte setninger og gjentatt informasjon den sikreste måten for sykepleiere å få formidlet sitt budskap på. Bruk av syns- og hørselshjelpemidler, tydelig tale og hevet stemmebruk vil kunne være med på å sikre pasientens forståelse av informasjon som blir gitt.

Det er viktig å være seg bevisst nonverbal kommunikasjon i relasjoner. Tegn og signaler må da fortolkes fordi det ikke alltid vil være åpenbart hva den andre parten mener (Eide og Eide, 2007). For å få bekreftelse eller avkreftelse kan sykepleieren gjenta det man mente at pasienten sa.

Dette er også en måte for sykepleieren å sikre seg at det er pasientens ønsker og behov som blir viderefremmet. Hvis sykepleieren ikke tar hensyn til dette kan det utgjøre en trussel mot pasientens ønsker og mulighet til autonomi.

Ut fra resultatene i mitt prosjekt erfarer informantene at pårørende er en ressurs i arbeidet med den geriatriske pasienten. Dette gjelder både når man trenger å få et samtykke, i situasjoner der samtykket utfordres og når det skal gjøres samtykkevurderinger hos den geriatriske pasienten. I situasjoner der sykepleieren til tross for forsøk på tillitsskapende arbeid ikke når inn til pasienten kan pårørende bli nøkkelen til å løse situasjonen. Pårørende kjenner som oftest pasienten godt fra ulike situasjoner og settinger mens sykepleieren bare har kjennskap til pasienten i en kritisk og akutt situasjon. Informasjon og kunnskap om pasienten blir spesielt viktig når de gjelder gamle og geriatriske pasienter som selv er i stand til å gi uttrykk for egne behov og ønsker. Da er pårørende en viktig komponentkilde for informasjon som helsepersonell i mange tilfeller er avhengige av (Wyller, 2015).

Det fremkommer av studiens resultater at det også kan være utfordrende å samarbeide med pårørende. Noen pårørende krever mye på vegne av sine foreldre og det er ikke lett å dekke alles ønsker. Det kan være pårørende og ikke pasientens ønsker og behov som blir fremmet og for mange pårørende med ulike meninger å forholde seg til. Situasjoner med familiekonflikter der pårørende har ulike meninger og krav til behandling for pasienten kan også oppstå. Det som blir viktig for sykepleieren da, er å holde pasienten og helsehjelpen i fokus slik at dette blir til beste for pasienten.

En lignende beskrivelse er funnet hos Susilo (2013) som beskriver at når det er mange pårørende så tenderer beslutninger å være veldig tidkrevende. Når alle familiemedlemmer krever å bli informert, gitt forklaringer og handlinger må repeteres flere ganger. Deltakerne i studien til Susilo mente også at pårørendes sterke rolle i beslutningsprosessen om pasientens helsehjelp hadde en skadelig effekt på pasientens autonomi og kompetanse til å ta egne beslutninger.

6.2 Når samtykket utfordres

En informant trakk frem at innenfor den uensartede gruppen av eldre pasienter, viser det seg mange ganger i praksis at de tror at de må innrette seg etter det systemet som gjelder innenfor sykehusvesenet. Ifølge informanten er det ikke så lett for den generasjonen av eldre vi har nå å protestere. Dette må anses som et viktig funn i studien fordi det indikerer at eldre har vokst opp i en tid hvor man hadde lite å hjelpe seg med. Hjelp fra offentlige instanser ble gjerne sett på som et tilbud og ikke en rettighet man hadde. Mange eldre stiller kanskje derfor ikke spørsmål ved den behandlingen de får fordi de har jo kommet til sykehuset for å få hjelp.

For å kunne legge bedre til rette for selvbestemmelse er bakgrunnen til denne generasjonen av eldre noe som sykepleierne bør være mer oppmerksomme på. Det kan diskuteres om en stilltiende aksept for behandling og hjelp egentlig er et ønske om hjelp fra pasienten eller om pasienten ikke setter seg opp mot det som er bestemt av fagpersoner.

Informantene snakket om at pasientens samtykke kan utfordres på ulike måter både når det gjelder forståelse og anerkjennelse av informasjon og når sykepleierne skal hjelpe pasienten med dagligdagse gjøremål. De snakket både om utfordrende situasjoner, ekstremsituasjoner og situasjoner der det hadde blitt behov for bruk av tvang og tvangsvedtak. Resultatene viser også at informantene brukte ulike tilnæringsmåter for å løse utfordrende situasjoner.

6.2.1 Lirking og luring

I forbindelse med utfordrende situasjoner var det flere av informantene som brakte på bane begrepet «lirke og lure». Dette kan være en fremgangsmåte for kommunikasjon, informasjon og for å få innpass hos pasienten for innhenting av samtykke til å gi nødvendig helsehjelp. For en av informantene var det viktig å presisere at dette ikke handlet om å lure pasienten til å godta noe som pasienten ikke vet hva er, men at det handler om å få pasienten til å forstå hva sykepleieren ønsker å hjelpe pasienten med i form av sin lirking og luring. Det å være ærlig i det som man presenterer for pasienten er også viktig for å kunne ivareta pasientens medbestemmelsesrett.

I arbeidet med geriatiske pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten vil sykepleiere og annet fagpersonell kunne komme opp i situasjoner der pasientene nekter å ta imot helsehjelp. Dette kan være utfordrende for de som arbeider tette opp mot pasienten og spesielt vanskelig å takle når fokuset skal være pasientens autonomi og medbestemmelse.

Resultatene viser at situasjonene kan variere fra dagligdagse ting som stell, ernæring, mobilisering og medisinsk behandling til utfordrende situasjoner med utagering.

Bakenforliggende årsaker til utagering kan være underliggende sykdommer eller stress som gjør det vanskelig for pasienten å godta og å motta helsehjelpen. Av egen erfaring benyttes «lirking og luring» gjerne ved dagligdagse handlinger for å prøve å løse fastlåste situasjoner der pasienten ikke vil eller klarer å samhandle med sykepleieren.

Informantenes beskrivelse av «lirking og luring» ser ut til å kunne samsvare med begrepet svak paternalisme. Kari Martinsen skriver at paternalisme kan forklares med mild overtalelse, noe som man også gjør når man «lirker og lurer». Ved bruk av paternalisme eller overtalelse overstyres pasientens autonomi, ønsker og valg. Da blir det viktig for sykepleieren å forsikre seg om at pasienten mangler forutsetninger eller vurderingsevne for å kunne ta autonome valg i situasjonen. Dette understøttes av Kari Martinsen (2003) som fremholder at det er ønskelig med svak paternalisme i spenningsfeltet mellom autonomi og hard paternalisme. På denne måten kan sykepleieren bruke sin faglige merforståelse på en måte som har til hensikt å gagne pasienten i størst mulig grad. Pasienten skal få være deltakende i beslutninger som gjelder seg selv. Kari Martinsen mener at paternalisme ikke skal være en lettvinnt løsning, men at sykepleierens faglighet skal være til beste for pasienten.

Det man imidlertid må være oppmerksom på, er at paternalisme er nært forbundet med maktaspektet. Forholdet mellom pasient og sykepleier er et ubalansert forhold der sykepleieren har usynlig eller synlig makt, fordi sykepleieren i sin rolle som yrkesutøver har en annen kunnskap enn pasienten. Dette må sykepleieren være seg bevisst for å ikke glemme å sette seg inn i pasientens situasjon. Kari Martinsen (2005) understreker at makt og avhengighet utspiller seg i relasjoner gjennom måten vi følelsesmessig er til stede på i forholdet til den andre.

Resultatene mine peker mot at makt i sammenheng med det å være på arbeid som sykepleier, kan handle om noe så enkelt som å kle på seg uniformen så medfører det ubalanse i maktforholdet til pasienten. Informantene la frem at det er ikke det at man har makt overfor en annen som er utfordringen, men hvordan man forvalter makten. Det er viktig for sykepleierne å være bevisst hvordan makten brukes slik at dette ikke demonstreres overfor pasienten på en slik måte at pasienten føler seg underlegen og maktesløs.

6.2.2 Utfordrende situasjoner og bruk av tvang

Resultatene fra prosjektet viser at i situasjoner med akutt forverring av demenssykdom og tilstander med delir, som kan skyldes at pasientene er i fremmede og utrygge omgivelser for dem, beskriver informantene situasjonen som en utfordring for pasientens samtykke. Dette kan føre til at pasientene ikke handler rasjonelt og ikke mestrer å samarbeide med helsepersonell. I slike situasjoner kan det bli vanskelig for sykepleieren å finne en tilnæringsmåte som blir god for pasienten ikke truer pasientens autonomi. Dermed er kunnskap om den geriatriske pasienten og slike aldersrelaterte sykdommer essensielt.

Sykepleieren kan også kjenne seg sårbar i utfordrende situasjoner. Sett opp mot Kari Martinsens omsorgsteori kan dette relateres til den relasjonelle delen av omsorgsbegrepet. Her trekker Kari Martinsen frem at for å forstå hverandre må det være noe som binder oss sammen i et fellesskap slik som normer, regler og behov. Når dette fellesskapet blir satt på prøve slik at forståelsen svekkes, kan det hende at man griper til ulike midler for å løse situasjonen. Flere av informantene snakket nettopp om slike midler. Dette går som oftest i disfavør av den svakeste parten, som i slike tilfeller vil være pasienten. Midler som kan benyttes er blant annet tvangsvedtak.

Beskrivelser som informantene gir, bekrefter at de sjelden bruker tvang i sin arbeidshverdag og at det kun er i ekstreme situasjoner der det absolutt er nødvendig for å hindre at pasienten skader seg selv eller andre. Bruk av tvang aktualiserer også om sykepleieren må gjøre en vurdering av om pasienten er samtykkekompetent eller ikke. Når man har oppnådd tillit hos pasienten innebærer dette et ansvar for sykepleierne om å ta vare på pasienten og å unngå at pasientens sårbarhet og integritet blir utnyttet. Dette kan relateres til Kari Martinsens beskrivelse av holdninger og tillit «Med min holdning kan jeg gjøre den andres liv truende eller trygt. Det er derfor en fordring til oss om å ta vare på det liv som tilliten legger i vår hånd». (2005, s.143).

Å bruke makt i form av tvang når pasienten er på sitt mest sårbare, kan gi uventede reaksjoner fra pasienten og forsterke den sårbare situasjonen pasienten er i. Man må også ha i tankene at dette kan være noe som pasienten kan komme til å huske når han/hun er ute av sin akutte tilstand.

Også ved tilfeller der samtykket utfordres, vektlegger informantene pårørendes betydning for pasienten. De forteller om tilfeller der de har måtte kontaktes og bruke pårørende aktivt i pasientrettet arbeid for å klare å løse fastlåste situasjoner. Sykehusavdelinger har ofte ikke lokaliteter og tilrettelagt miljø for å skape trygge rammer for pasienter som er i situasjoner med forvirring. I fremmede miljøer og forverring ved ytre påvirkning, kan pårørende være den tryggheten pasienten har behov for slik at de klarer å samhandle om behandling og helsehjelp.

6.3 Sykepleieres deltakelse ved vurdering av samtykkekompetanse

6.3.1 Begrepet samtykkekompetanse

Ut fra resultatene fremkommer det at alle informantene har et forhold til og en tilnærmet lik forståelse av begrepet. En mulig forklaring på dette kan være at det brukes en del i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan det være slik at i og med at de fleste pasienter samtykker til helsehjelp så aktualiseres ikke begrepet før man blir stilt spørsmål om det, eller man står i situasjoner der vurdering av samtykkekompetanse er nødvendig.

Usikkerheter rundt begrepet kommer også frem i resultatene når informantene stiller spørsmål ved innholdet av begrepet og om det tolkes og defineres likt av helsepersonell. Dette funnet vil ha implikasjoner for opplæring og kunnskaper om begrepet.

Informantenes beskrivelse av hva begrepet innebærer samsvarer med definisjonen til Slettebø (2013) som beskriver samtykkekompetanse som pasientenes juridiske rett til å ta frivillige og gjennomtenkte beslutninger på vegne av seg selv. Pasienten må ha innsikt i og være i stand til å vurdere konsekvensen av de valgene som blir tatt. I tillegg utvider informantene også begrepet til å innebære evnen til å motta og forstå informasjonen som blir gitt. En av dem presiserer at pasientene ikke bare har rett til å takke nei til hjelp, men også vet og forstår at de kan gjøre det.

6.3.2 Å spille hverandre gode

Alle informantene vektlegger at det er legen som har ansvar for og gjennomfører vurdering av samtykkekompetanse. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) presiserer at det er den som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse. Vedtak om helsehjelp som krever medisinsk kompetanse må fattes av lege, men ved behov for hjelp til pleie- og omsorg kan sykepleier også være vedtakskompetente.

Når den geriatriske pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten er det legen som har det overordnede ansvar for behandlingen og dette innebærer at de tar avgjørelser som gjelder pasientens helsehjelp og behandling.

I resultatene kommer det også frem at sykepleierne mener at de ikke deltar direkte i kompetansevurderinger, men de er delaktige i form av å dele sine egne erfaringer med og kunnskap om pasienten siden det er de som står nærmest pasienten i det daglige arbeidet. Ved sine refleksjoner og bruk av eksempler viser de fleste av informantene at de til en viss grad allikevel har erfaringer med vurdering av samtykkekompetanse og at de utveksler erfaringer. På denne måten lærer de av hverandre og spiller hverandre gode. Det er ikke lett å forklare hvorfor sykepleierne selv mener at de ikke deltar direkte i arbeidet med vurderinger av samtykkekompetanse, men en mulig forklaring kan være at det ikke finnes retningslinjer for dette eller at de ikke har opplæring på eller en klart definert rolle i slikt arbeid. De deltar i ulike settinger og med ulike funksjoner.

Beskrivelsene som informantene gir i studiens resultater, er i tråd med funn gjort i artiklene som er lagt til grunn i prosjektet som tidligere forskning. Axson (2019) beskriver at mangelen av en klart definert rolle og standard opplæring kan bidra til varierende deltakelse fra sykepleiere i prosessen med informert samtykke.

Alle artiklene som ligger til grunn for tidligere forskning på område, trekker frem sykepleiernes rolle som bindeledd mellom pasienten og annet helsepersonell. For sykepleieren blir det da ikke bare egen kommunikasjon med pasienten som må vektlegges, men også kommunikasjon mellom legen og pasienten der sykepleieren ofte skal videreformidle et budskap. Dette skyldes at sykepleieren tilbringer mer tid sammen med pasienten enn legen og på denne måten har mulighet til å bygge en annen tillit og relasjon enn det legen har. Funnene samsvarer også med det Susilo (2013) skriver om at sykepleierne kan gjenfortelle hva legen har forklart. Hvis leger forklarer behandling vil det være noen pasienter som ikke forstår informasjonen og ber sykepleierne om å forklare det igjen.

Det finnes noen kartleggingsverktøy som kan sikre og lette vurderingen av samtykkekompetanse. En av deltakerne i prosjektet hadde kjennskap til et slikt verktøy. Informanten ga uttrykk for at det oftest er legen som bruker verktøyet, men at sykepleieren supplerer med de observasjoner som er gjort i samtale med pasienten og pårørende. Hun vektla at arbeidsverktøyet FARV består av mange gode spørsmål som kan brukes under vurderinger og generelt i arbeidet med pasienter og at ved bruk av disse kan helsepersonell spille hverandre gode.

Det er ikke et krav i helsevesenet i Norge om at strukturerte opplæringsplaner skal benyttes. (Thorbjørnsen et.al 2020) Dette medfører større bruk av klinisk skjønn og øker kravet til kunnskaper og erfaringer fra de som skal gjøre vurderinger for at vurderingene skal være gode. Resultatene fra oppgaven min og underbyggelsen fra Thorbjørnsen et.al indikerer at det vil være behov for kunnskap om og bruk av kartleggingsverktøy for å gjøre gode og tilnærmet like vurderinger av pasientene. Slike tiltak vil også kunne medføre at man ikke er avhengig av et fåtall spesialister for å få gjort vurderinger.

Resultatene viser at vurderingen er avhengig av samarbeid mellom ulike parter og at man ved en slik arbeidsmåte kan spille hverandre gode. Mine tanker rundt dette er at hvis sykepleierne hadde vært mer involvert i arbeidet og fått kunnskaper om hvordan slike vurderinger gjøres, så hadde det vært mer tydelig hva de skal observere hos pasienten og de kunne benyttet sammen type spørsmål til pasienten som det legen benytter når vurderingen tas.

6.3.3 Kunnskapsbehov

Det viser seg også gjennom resultatene at i tillegg til større fokus på temaet, så vektlegger informantene nødvendigheten av å få mer kunnskap om hva begrepet samtykkekompetanse egentlig innebærer og om hvordan man gjennomfører vurderinger av samtykkekompetanse. Resultatene samsvarer med hva Thorbjørnsen et al (2020) har beskrevet at det er viktig å ha kunnskap om hvordan man vurderer om en person er samtykkekompetent og hva som kan påvirke samtykkekompetansen. En annen sammenstilling av Thorbjørnsens artikkel og informantbeskrivelser er at med den stadig økende andel av eldre som lever lenge så vil alle sykepleiere i spesialisthelsetjenesten komme i kontakt med geriatiske pasienter. Da er det viktig å ha kunnskap om hva samtykke og samtykkekompetanse er slik at sykepleieren kan ivareta pasienten på best mulig måte.

Kunnskap og kompetanse inngår i erfaringsgrunnlaget som sykepleiere har og oppdatering på ny kunnskap bør hele tiden være et mål for sykepleiere. Dette fordi grupper av pasienter og organisering av helsehjelp stadig er i endring. Oppdatering bør gjøres med det mål for øyet at man utvikler en tjeneste som er til beste for mottakerne av tjenesten, nemlig pasientene. En informant snakker spesifikt om sykdomskunnskap rundt sykdommer og lidelser som påvirker eller gir forstyrrelser i pasientens tankemessige funksjon. Fokus for informanten lå på forebygging og medikamentell/ ikke medikamentell behandling av disse sykdommene. Generell kunnskap om dette vil kunne føre til mer helhetlig omsorg og ivaretagelse av de geriatriske pasientene.

7 Metodologiske refleksjoner

Å reflektere over metoden som er benyttet i oppgaven kan være utfordrende fordi man er så inne i skriveprosessen. Jeg har reflekter underveis i andre kapitler i oppgaven, men det har allikevel utpekt seg noen punkter underveis som jeg ønsker å utdype.

Siden jeg var ute etter sykepleieres erfaringer har kvalitativ metode og intervjuer har vært hensiktsmessig for å klare å besvare problemstillingen. Intervjusituasjonene var stort sett gode og jeg anser min fremferd i intervjuene som god. En av informantene fortalte etter intervjuet at: «jeg var så redd for å få spørsmål jeg ikke kunne svare på, men så ble det jo bare en fin samtale mellom oss». Dette viser meg at slike tanker om det å være informant kan føre til at man er redd for å stille opp på intervjuer.

Transkribering var en læringsprosess. Til tross for at jeg hadde gjennomført prøveintervju, oppdaget jeg under transkribering at muligheter jeg hadde for å kunne stille oppfølgingsspørsmål ikke alltid ble fulgt opp. Dette kan ha ført til tap av informasjon. Jeg så også at min måte å respondere på gjenkjennbar informasjon i intervjuene kan ha påvirket informantene både i positiv og negativ retning. Informantene kan ha blitt inspirert til å fortelle mer fordi de oppfattet min reaksjon som at det de fortalte var relevant, eller at de ut fra min reaksjon og kroppsspråk kan ha oppfattet at jeg allerede kjente til det de fortalte fra.

I rollen som forsker må jeg ta med meg den lange erfaringen jeg har som sykepleier i spesialisthelsetjenesten og min forforståelse av denne tjenesten som arbeidsfelt. Faren med dette er at jeg kan komme til å se på datamaterialet på en måte som ikke fremskaffer utvidet eller ny kunnskap, men som kanskje bare er på jakt etter å få egne antakelser bekreftet. En annen felle er at informantene kan være redd for å kritisere eller sette dårlig lys på egen arbeidsplass. Til tross for dette opplevde jeg at deltagerne fortalte om andre utfordringer som jeg ikke hadde tenkt på fra før.

Noe som jeg har syntes har vært vanskelig, har vært å velge referanser i forhold til metodologisk fremgangsmåte. Fordelen med bredde i utvalget er at jeg kan få underbygget momenter jeg synes er viktige, men en ulempe er at man ikke klarer å ha et konsistent utvalg når det gjelder vitenskapsteoretisk ståsted.

Pålitelighet har med forskningsresultatene troverdighet å gjøre (Kvale, 2009). Kvale er inne på at pålitelighet kan kobles sammen med hvorvidt resultatene man kommer frem til oppgaven kan repeteres ved senere studier gjennomført av andre forskere. Slik jeg forstår pålitelighet i forhold til min oppgave, så handler det mer om hvordan jeg har klart å være transparent og gjøre resultatene mine troverdige. Dette har jeg tilstrebet gjennom å videreformidle resultatene mest mulig i den form som mine informanter presenterte dem for meg. Sannsynligheten for direkte repeterbarhet for prosjektet er nok ikke til stede. Dette fordi informantene og intervjusituasjonen vil være en annen. Med et informantutvalg fra et tilsvarende forskningsområde og en lignende intervjuguide, ville sannsynlighet for å innhente et lignende og mer utdypende datamateriale allikevel være til stede.

Pålitelighet er en forutsetning for validiteten (gyldigheten) og kan styrkes ved at man beskriver hvordan forskningsprosessen har vært slik at denne blir transparent for leserne. En svakhet med en av intervjusituasjonene var at lyden på opptak forsvant og det kan ha endret meningsinnholdet i et lite avsnitt av intervjuet. Ved flere slike situasjoner ville man kunne fremme at intervjuene hadde redusert pålitelighet

En vanlig kritikk mot intervju som metode og de data som fremkommer etter intervjusituasjoner, er at funnene ikke er gyldige fordi man ikke vet om det informanten forteller fra praksis er «sannheten» om hvordan det virkelig er. Det jeg ønsker å finne ut av i min oppgave er imidlertid en gruppe sykepleieres erfaringer med samtykke og samtykkekompetanse. Som Kvale (2009) også sier, jeg vil fremskaffe informasjon fra, og kunnskap om, mine informanter har erfaring med samtykke til helsehjelp og arbeid med samtykkekompetanse.

Kunnskapen som jeg kan få frem gjennom mine intervjuer vil være relatert til relasjonen mellom meg og mine informanter og settingen som intervjuene ble gjennomført i. Påliteligheten av en intervjustudie kan dermed betegnes som stor fordi man på denne måten kan få frem fyldige beskrivelser og rikholdig datamateriale. Om det skulle fremkomme uklarheter som jeg som forsker ønsker å få utdypet finnes det også mulighet for å ta kontakt med informantene igjen siden de er så få. (Kvale, 2015).

Selv om jeg bare har intervjuet 5 informanter som har delt erfaringer og holdninger fra praksis, tenker jeg at datamaterialet har gitt meg som forsker ny kunnskap om fenomenet som jeg viderefremidler og deler gjennom oppgaven. Det er derimot viktig å tenke over at datamaterialet er hentet fra en liten gruppe og del av virkeligheten og vil ikke være gyldig til bruk for alle som arbeider med samtykke og kompetansevurderinger. Det vil derimot kunne belyse viktige og andre sider for andre som også arbeider med dette i spesialisthelsetjenesten.

Malterud (2011) skriver at å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva den er gyldig om og under hvilke betingelser den er gyldig? Når man stiller spørsmål om gyldighet reduserer man muligheten for at forskningsprosessen skal inneholde systematiske og gjennomgående feil, som for eksempel om vi har henvendt oss til rett type og mengde informanter for å innhente informasjon. Jeg anser at informanter rekruttert til prosjektet er valgt fra de områder i spesialisthelsetjenesten som kunne gi det mest rikholdige datamaterialet til å svare på problemstillingen fordi de alle hadde erfaringer med temaet. For å styrke gyldighet tka man også redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for å trekke konklusjoner.

Thagaard (2018) skriver at de som arbeider innenfor samme praksisfelt, ofte kjenner seg igjen i tolkninger som handler om ens eget felt. Malterud (2011) støtter opp om dette da hun skriver at ambisjonen om overførbarhet fra prosjektet bør være til stede slik at andre kan dra nytte av de funnene som blir gjort. Overførbarhet er derfor en viktig ambisjon for forskeren, slik at funnene på en eller annen måte kan gjøres gjeldende som forståelse som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger enn akkurat da jeg gjorde mitt prosjekt. Når kunnskap deles kan andre også bidra med kritisk refleksjon fra andre vinkler enn forskeren hadde.

En total vurdering av egen klinisk erfaring, planlegging, gjennomføring, databearbeiding, analysemetode og presentasjon samt begrunnelse gjennom eksisterende teorier og forskning gjør at jeg vurderer prosjektets pålitelighet som sikret.

7.1 Oppsummering

Hensikten med oppgaven var å fremskaffe kunnskap om sykepleieres erfaringer med samtykke til helsehjelp og vurdering samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter. Resultatene viser at sykepleierne i sitt daglige arbeid ikke tenker over dette med samtykke fordi de gamle, geriatriske pasientene som er innlagt i spesialisthelsetjenesten stort sett samtykker til behandling.

Det er først når sykepleierne kommer opp i pasientsituasjoner som de finner utfordrende, eller at de får direkte spørsmål om hva de legger i samtykke, at de reflekterer over hvilken betydning begrepet har.

Resultatene i oppgaven viser også at sykepleierne hovedsakelig snakker om det implisitte eller underforståtte samtykket der pasienten ikke direkte må bekrefte at de takker ja til å motta behandling eller helsehjelp. Det fremkommer også av resultatene at det er i situasjoner hvor sykepleierne opplever at samarbeidet med pasienten utfordres at vurdering av pasientens samtykkekompetanse aktualiseres. Studien viser også at sykepleierne legger til rette for å få samtykke fra den geriatriske pasienten ved tillitsskapende arbeid, bygging av relasjoner med pasientene, ivaretagelse av pasientens autonomi, god kommunikasjon og informasjon og ved å samarbeide med pårørende. Pårørende viser seg å være viktig for pasienten ved alle områder som studien vektlegger.

Sykepleierne forteller i resultatene at det finnes ulike måter å løse utfordrende situasjoner på og at «lirking og luring» er mild metode for å kunne komme i posisjon til få samtykke fra pasienten på. Metoden kan sammenlignes med mild overtalelse (paternalisme) og det vektlegges i resultatene at sykepleierne må være seg bevisst bruken av makt som de har i posisjon av sin stilling

Resultatene synliggjør også sykepleiernes mange roller ved deltakelse i vurderinger av samtykkekompetanse. Funnene viser at sykepleiernes ikke har en klart definert rolle og at rollene som utpeker seg er å være pasientens talsmann eller» advokat», være bindeledd mellom pasient og annet helsepersonell, være vitner når samtykkevurderinger gjennomføres og å administrere alt det praktiske arbeid rundt vurderinger av samtykkekompetanse. I alle disse rollene er pasienten i fokus og sykepleierne jobber for og sammen med pasientene. Resultatene viser også at det er viktig å ha et flerfaglig samarbeid rundt pasienten slik at man lære av hverandre, spille hverandre gode og på denne måten opparbeide mer kunnskap om vurderinger av samtykkekompetanse til beste for pasienten.

Referanseliste

Aldring og helse, Nasjonalt senter. (u.å.). Samtykkekompetanse. Hentet fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/samtykkekompetanse/>

Axson, S.A., Giordano, N.A., Hermann, R.M. & Ulrich, C.M. (2019). Evaluating nurse understanding and participation in the informed consent process. *Nursing Ethics*, Vol. 26(4), 1050-1061. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733017740175>

Bahus, M., Friis, P. & Mesel, T. (2018). Pasientautonomi- en rettighet med moralske implikasjoner. *Kritisk juss*, 44(2), 56-78. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-4546-2018-02-02>.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:(2), 77-101. Hentet fra <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Den nasjonale forskningsetiske komite. (2021, 16.desember). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Faison, M. (2018). Nurse 's Role Within the Informed Consent Process: A Systematic Review of the Literature. *Walden University*.

<https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6609&context=dissertations>

Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter* (Vol. 45). Oslo: Cappelen.

Gadamer, H.-G. (2004). *The enigma of health: the art of healing in a scientific age*. Cambridge: Polity Press.

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Samhandlingsreformen (Meld. St. 47(2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hofmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor-en kritisk gjennomgang. *Sykepleien* 2002, 90(17), 39-44, Oslo. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasientautonomi-som-etisk-rettesnor-en-kritisk-gjennomgang>

Husebø, B.S. & Flo, E. (Red.). (2020). *Eldreboen: diagnoser og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, L.E.F., Rafoss, T.W & Rasmussen, E.B (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkevold, M. (2010). *Sygeplejeteorier -analyse og evaluering* (3.utg.). København: Munksgaard.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.). (2014). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie. B.1: Sykepleie-fag og funksjon* Oslo: Gyldendal akademisk

Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk: om å forstå og fortolke* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder for medisin og helsefag forskning* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup & sygeplejen*. Aarhus: Klim.
- Norsk sykepleieforbund. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleieforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utefra eller begge deler? I Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L., & Aase, T.H (Red.). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s.70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Rokstad, A.M.M. (2006). ”Jeg vil ikke bli behandlet som en unge”: etiske refleksjoner knyttet til behandling av personer med demens (2.utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og Etikk* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 27.april). *Befolkningen fordelt på aldersgrupper, 1. januar*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning>.
- Susilo, A.P., Dalen, J.V., Scherpbier, A., Tanto, S., Yuhanti, P. & Ekawati, N. (2013). Nurses' roles in informed consent in a hierarchical and communal context. *Nursing Ethics* 20(4) 413–425. <https://doi.org/10.1177/0969733012468467>.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorbjørnsen, G.S.A., Tingvoll, M.S., Scherffenberg, E.S & Bystad, M. (2020). Sammenheng mellom samtykkekompetanse og eksekutiv funksjon. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol17, utg2-03* s.105-117. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-02-03-04>

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.

World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wyller, T.B. (2015). *Geriatry: en medisinsk lærebok* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Vedlegg 1

Forespørsel om hjelp til rekruttering av deltakere til masterprosjekt

Til avdelingsleder ved avdeling

Mitt navn er Hanne Eilertsen og jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved studieretning for Aldring og geriatrisk helsearbeid ved UiT Norges arktiske universitet. I min mastergradsoppgave ønsker jeg å gjennomføre et prosjekt i spesialisthelsetjenesten med foreløpig tittel: **»Sykepleieres erfaringer med samtykke til helsehjelp og samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter i spesialisthelsetjenesten.»**

Formålet med prosjektet er å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har med vurdering av samtykke til helsehjelp og deltakelse i arbeidet rundt vurdering av samtykkekompetanse hos eldre pasienter med komplekse pleie og omsorgsbehov og med dette kunne belyse eventuelle utfordringer med slikt arbeid. Et annet formål er å prøve å belyse sykepleieres rolle i samarbeid med andre faggrupper, med mål om å fremskaffe kunnskap som kan bidra til kvalitetsforbedring og gi en best mulig helsetjeneste for geriatriske pasienter.

For å belyse temaet trenger jeg din hjelp til å komme i kontakt med og intervju 2 sykepleiere ved avdelingen som har jobbet pasientrettet med eldre pasienter i mer enn to år og som har erfaring med deltakelse i arbeid rundt vurdering av samtykke til helsehjelp og samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter.

Jeg håper at du som avdelingsleder synes prosjektet virker interessant og at du har mulighet til å hjelpe til med å finne 2 sykepleiere som ønsker å delta. Vedlagt følger informasjonsskriv om studien og samtykkeskjema for deltakelse til potensielle deltakere.

Hva innebærer det for deltakerne å være med i studien? Intervjuene vil ha en varighet av ca. 1 time og det gjøres opptak med telefon/diktafon. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og jeg forholder meg til deres regler om oppbevaring og senere makulering av dokumenter og opptak benyttet i prosjektet når mastergraden ferdigstilles mai-2022. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Frivillig deltakelse. Det er frivillig å delta i studien, og deltakerne kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Deltakere som ønsker å være med i studien, skriver under på samtykkeskjema som er vedlegg til informasjonsskriv. Når jeg har mottatt samtykkeskjema tar jeg kontakt med sykepleierne for å avtale tid og sted for intervjuer. Veileder for mastergradsoppgaven er Kristin S.Voie, stipendiat ved det helsevitenskapelige fakultet, Uit Norges arktiske universitet: kristin.voie@ uit.no, tlf.77660722.

Ved spørsmål ta kontakt via e-post til: hkeilertsen@ gmail.com eller på tlf.nummer 99115068

Med vennlig hilsen Hanne Kr. Eilertsen

Vedlegg 2 Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

Ønsker du å delta i mastergradsprosjektet: «Sykepleieres erfaringer og arbeidsoppgaver ved vurdering av samtykkekompetanse hos geriatriske pasienter i spesialisthelsetjenesten»?

Jeg heter Hanne Eilertsen og er sykepleier og mastergradsstudent ved UiT Norges arktiske universitet. Mastergradsprosjektet gjennomføres ved studieretningen Aldring og geriatrisk helsearbeid og vil for meg som student ha en varighet av ca. ni måneder.

Formålet med prosjektet er å se på hvilke erfaringer, holdninger og kunnskap sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har om vurdering av samtykkekompetanse. Spørsmål om deltakelse i prosjektet rettes til deg som sykepleier, og dette skrivet vil gi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Med bakgrunn i endring av lovverk og generelt økt fokus på temaet, er formålet også å videreformidle erfaringer og utfordringer ved arbeid med vurdering av samtykkekompetanse. Kunnskap som fremkommer av prosjektet kan bidra til kvalitetsforbedring av dagens praksis og fremtidig helse og omsorgstjeneste for geriatriske pasienter.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet? UiT Norges arktiske universitet er hovedansvarlig for prosjektet og behandling av opplysningene sammen med undertegnede og veileder for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta i prosjektet?

For å velge ut deltakere til prosjektet har jeg henvendt meg til avdelingsledere ved ulike avdelinger og kontaktopplysninger har blitt formidlet fra din leder. Leder har gitt tillatelse til gjennomføring av intervju og anbefaling om at du deltar i prosjektet.

Utvalget består av seks sykepleiere fra tre ulike fagområder og du blir spurt om deltagelse fordi du er delaktig i arbeid med vurdering av samtykkekompetanse, og har mer enn tre års erfaring fra spesialisthelsetjenesten.

Hva innebærer prosjektet for deg? Hvis du ønsker å delta i prosjektet innebærer dette et intervju med varighet av ca. én time. Intervjuet vil foregå som en samtale mellom deg og meg hvor jeg også vil stille spørsmål rundt temaet samtykkekompetanse for å få frem informasjon om erfaringer og forståelse av begrepet. Dersom du takker ja til deltakelse, vil jeg kontakte deg for å avtale tid og sted for intervju.

Intervjuet vil bli tatt på mobiltelefon via en app knyttet opp mot UiT's datalagringstjeneste Nettskjema. Bruk av Nettskjema fører til at intervjuet blir kryptert slik at det ikke vil være tilgjengelig for andre fra telefonen. Det er bare jeg som har tilgang til og kan hente ut lydfil i Nettskjema ved bearbeiding av data.

Det er frivillig å delta i prosjektet Dersom du ønsker å delta, fyller du ut samtykkeerklæringen som er vedlagt. Du kan trekke samtykket til deltakelse underveis i prosjektet uten å oppgi grunn for dette og det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg om du velger å trekke deg. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Hvis du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg, kan du ta kontakt med meg Hanne Eilertsen tlf. 99115068 eller veileder Kristin S. Voie tlf.776 60722.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger.

Jeg vil kun bruke opplysningene om deg til formålene som fremgår av dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med regelverket om personvern. Det er bare student Hanne Eilertsen og veileder Kristin S. Voie som vil ha tilgang til dine personopplysninger.

Alle opplysninger om deg vil bli kodet og behandlet uten navn og andre gjenkjennbare opplysninger, og vil lagres adskilt fra andre data i prosjektet. Opplysninger som brukes om deg som deltaker i studien vil være yrkestittel, at prosjektet er gjennomført i spesialisthelsetjenesten, kjønn og antall år du har vært yrkesaktiv.

Mobilopptak lagres på Nettskjema hos UiT med høy grad av sikkerhet. Sikkerhetskopier/backup lagres på kryptert og innelåst minnepenn, og samtykkeskjema og andre dokumenter med kontaktinformasjon lagres i låsbart skap som bare jeg har tilgang til. Ved publisering av masteroppgave vil anonymitet være ivaretatt slik at du som deltaker i prosjektet ikke vil kunne gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet? Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2022. All kontaktinformasjon og lydbåndopptak vil da bli slettet.

Dine rettigheter Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til:

- å få innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg og få utlevert en kopi av disse
- å få rettet opplysninger du mener er feile eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandling av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan du finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med UiT Norges arktiske universitet ved:

- student Hanne Eilertsen, epost hei032@post.uit.no, tlf.99115068.
 - veileder Kristin S. Voie, epost kristin.voie@uit.no, tlf.77660722/91358016
 - vårt personvernombud Joakim Bakkevold, epost personvernombud@uit.no, tlf.776 46 322
- Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost personvertjenester@nsd.no, tlf. 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Kristin S. Voie, veileder

Student
Hanne Eilertsen

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Vurdering av samtykkekompetanse i forhold til helsehjelp hos geriatrike pasienter i spesialisthelsetjenesten - hvilken erfaring har sykepleiere med dette og deltar de i dette arbeidet?», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- ◆ å delta i intervju i forbindelse med gjennomføring av masterprosjektet.
- ◆ Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet,

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE MASTEROPPGAVEN:

Intervjuguiden vil deles inn i følgende overordnede tema: samtykke/samtykkekompetanse, prosessen ved vurdering og erfaringer.

Innledningsspørsmål: Kan du fortelle litt om deg selv, hvor lenge du har jobbet og hva som er typiske arbeidsoppgaver for deg i din avdeling?

1) Samtykke til helsehjelp og samtykkekompetanse. (For å avklare forståelse av begrepet samtykke).

* Kan du fortelle om en eller flere situasjoner hvor det etter din erfaring ikke er behov for å spørre om pasientens klare (eksplisitte) samtykke før du som sykepleier gir helsehjelp?

*Kan du fortelle om situasjoner hvor det etter din erfaring vil kunne være behov for et informert samtykke fra pasienten før du som sykepleier gir helsehjelp?

*Hva forbinder du med begrepet “samtykkekompetanse”?

*Har du erfart å være i situasjoner hvor pasienter ikke gav samtykke til helsehjelp/motsatte seg helsehjelp? Hva gjorde du/dere da?

* Har du vært i noen situasjoner der det ble, eller kanskje burde ha blitt stilt spørsmål ved pasientens evne til å samtykke til helsehjelp? Kan du fortelle om en slik situasjon?

* Anser du det som relevant for deg som sykepleier å ha kunnskaper om og opplæring i vurdering av samtykkekompetanse og hvorfor?

2) Erfaringer med samtykkekompetanse

* Kan du ut fra egne erfaringer fortelle om en vurderingssituasjon som du opplevde som svært god for pasienten og dere som gjennomførte vurderingen? Og en vurderingssituasjon som du opplevde som vanskelig?

*Har du erfaring med situasjoner hvor du ettertid har tenkt at pasientens samtykkekompetanse kanskje burde ha vært vurdert?

* Kan du ut fra egne erfaringer si noe om samtykkevurderinger gis på varig basis eller vurderes ut fra enkeltsituasjoner?

3) Prosessen ved vurdering av samtykkekompetanse

* Ved hvilken form for helsehjelp tenker du det vil være nødvendig vurdere samtykkekompetanse og hvem er det på din arbeidsplass som er involvert i slike vurderinger?

* Har du erfaringer med at pasient og pårørende en rolle i forbindelse med samtykkevurderinger og i såfall på hvilken måte?

* Kan du fortelle om en situasjon hvor du deltok i vurdering av samtykkekompetanse hos en pasient og hvordan dere gikk frem da?

* Har du erfaring med om det benyttes faste vurderingskriterier/prosedyrer for slike vurderinger ved din arbeidsplass og hvordan vurderingene dokumenteres

