**HAKUNA MATATA**

**Introduktion**

**Etik**

**Syfte**: skaffa sig fördjupande kunskaper om etik i omvårdnad ur ett SSK perspektiv

**Innehåll**:

-Tillämpning av International Council Nurses-ICN:s etiska kod

-Moraliskt förhållningssätt som grund för relationsetik

-Tillämpning av etisk analysmodell

-Etik och livssynens inverkan på omvårdnadens praktiska utövande

-Tillämpade studier

**Kurslitteratur**:

Etik i arbete med människor-Henriksen. J-O, Vetlesen, A.J

ICN:s etiska kod för SSK-International Council Nurses

Allmän omvårdnad 1-Kristoffersson Jahren, N

Allmän omvårdnad 2. Patient och SSK-samspel, upplevelse och identitet

Etik i basal omvårdnad-Malmsten, K

**Examination**:

Litteraturseminarium samt skriftliga rapporter som examineras såväl individuellt som i grupp

**Arbetsformer**:

Föreläsningar, seminarier, grupparbeten och en fältstudie

**\*\*\*\*\*\*\***

**Thorsén, Håkan ( 1997); Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik. Liber AB Falköping.** En sammanfattning av beslutsmodell vid etiska problem (s152 – 156)

Etik är inte enbart en intellektuell reflektion utan ska visa sig i moraliskt goda och rätta handlingar. Svårigheterna mellan att tänka etiskt ”rätt” och visa i handling ska också lyftas fram i diskussioner. Beslutsmodeller ger inga absoluta svar, kan hjälpa till att strukturera etiska problem och dilemma, tydligöra olika värden, skäl för och emot ställningstagande.

Man har försökt klargöra en del olika faktorer som påverkar hur en person handlar i etiska situationer och kom fram till nedanstående faktorer:

Empati

Grupptryck.

Ditt mod

Förnuft – logiska tänkandet

Samvete – det samlade vetandet

Tidigare erfarenheter

Steget från att via sin förnuft inse det rätta till att göra det rätta kan vara komplicerat och svårt. Tre olika vägar att lösa en konflikt finns enligt Thorsén:

 \* Det förnuftiga samtalet

 \* Maktutövning

 \* Tolerans

Den medvetna toleransen omfattar vad båda parter kan acceptea som rätt, vad jag kan acceptera att den andre gör som jag inte anser rätt och det jag inte kan acceptera att den andre gör.

Finns som synes även en etik i hur man löser konflikter vid etiska problem.

**Beslutsmodell.**

Vad är problemet? Vilka egenvärde eller plikter finns i konflikten som gör att det är ett etiskt problem?

Vilka personer är direkt inblandade? Dvs som i hög grad påverkas . Till vem/vad ska jag vara lojal till.

Vilka personer kan indirekt påverkas av beslutet? Kollegor, släkten, allmänheten?

Vilka fakta är viktiga att känna till? Utvecklingspsykologiska aspekter, kulturella, de inblandades egna uppfattningar om problemet/ lösningen, krishantering, mediciniska fakta om sjukdomen, behandling och förlopp, lagar och förordningar, rutiner ect.

Vilka fakta är du beredd att ta reda på? Finns det en tidsaspekt att ta hänsyn till?

Vilka realistiska handlingsalternativ finns det? Genom att tänka igenom och diskutera dessa kan du upptäcka nya och inse att en del är önsketänkande – en del orealistiska.

Hur resonerar du?

Konsekvensetiskt/Nyttoetiskt? Den handling som är nyttigast för så många som möjligt. Bedömer du konsekvenserna som goda är handlingen rätt och vice versa. Vem ska jag vara lojal till? Vilka egenvärde är viktigaste?

Pliketiskt/Principetiskt/Sinnelagsetiskt? Vilka plikter ska prioriteras? Har du testa den mot Kants kategoriska imperativen – *Du ska bara handla efter en regel som är sådan att du samtidigt kan önska att den görs till allmän lag* och *Du ska handla så att du ser både dig själv och andra personer som ett ändamål i sig och inte bara ett medel.* Pliketikern hävdar *–” det goda är en följd av att vi gör det rätta” .*Sinnelagsetiskt - Vilka motiv är de rätta?

(Tillägg från Vetlesen & Henriksen ( 1998) Etik i arbete med människor. Studentlittertur, Lund.

Dygdeetiskt? Användande av medvetet personligt ställningstagande som inbegriper föresats, känsla och handling som är väl förankrad i handling. Enligt Aristoteles kan en personlig egenskap testas om den är en dygd – en dygd omges av två laster som är extremvarianten av dygden. Mod omges av dumdristighet och handlingsförlamning t ex.

Diskursetiskt? Tar sin ansats i Kants sinnelagsetik –det goda blir följden av det rätta? Hur ska vi förhålla oss för att bli eniga? Vilken regel säjer att det är en acceptabel norm? Öppenheten?)

Slutsats – vad bedömer du är en riktig handling i aktuell situation?

**\*\*\*\*\*\*\***

**Fry, S. & Johnstone, M-J ( 2003) Ethics in Nursing Practise – A Guide to Ethical Decision Making second edition. ICN:s förslag på etiska beslutsmodeller/*Ethical analysis and decision making in nursing practise ;***en sammanfattning.

Sjuksköterskor uppmuntras till att reflektera på framtidens mål de vill uppnå gällande etisk verksamhet i olika kulturella sammanhang och agera för att uppnå den framtid som ICN 1999 beskriver. För att tänka på en framtida etisk värld krävs vision, moralisk fantasi, kritiskt tänkande, intuition såväl som etiska kunskaper. Med att observera olika trender av olika typer av etiska konflikter, som uppstår i praktiken kan sjuksköterskor förberedd sig att svara an etiskt till dessa trender, som ofta representerar nya utmaningar.

Alla sjuksköterskor ska känna till teoretiska etiska beslutsmodeller och den etiska syn de representerar. Med att använda ett systematiskt angreppssätt kan sjuksköterskor maximera både sitt strategiska närmande och sin professionella förmåga i att korrekt identifiera moraliska problem på arbetsplatsen. De kommer också att kunna initiera lämpliga och effektiva strategier för att lösa sådana problem. Det – i sin tur kommer att hjälpa till att uppnå önskad moraliskt resultat för patienter och deras omvårdare. Ett vidhållande och påvisande av ett effektiv etisk beslutsgenomförande på en arbetsplats, kommer att etablera respekt för sjuksköterskan som en kunnig och skicklig person, som kan lösa etiska frågor relaterade till patientomvårdnad.

Ingen etisk beslutsmodell är lämplig eller användbar för alla. Emellertid – etiska beslut kan förstärkas av en strukturerad process som tar hänsyn till, etiska teorier och principer, och kontexter där de etiska frågorna uppstår.

Många beslutsmodeller verkar ha en systematisk problemlösning modells som påminner om omvårdnadsprocessen med eller utan teologiska perspektiv som lösning till värdekonflikter. Några modeller representerar en traditionell principlösning för värdekonflikter. **RESPECT** – modellen har fokus på den personen som kommer att vara mest påverkad av beslutet och därför berättigad till att det tas hänsyn till hans eller hennes intresse och värderingar och att dessa blir respekterade. (se Power Point presentationen ”Ethical Decision Making”)

**Johnstone´s (1999) moraliska modell** hjälper sjuksköterskan att undersöka och utforska kontexter där värdekonflikter har uppstått. Modellen visar på nyckelområden för beslut, utan att anta att traditionella etiska principer automatiskt är applicerbara till situationen. Modellen inkluderar en 5-stegs process som guide:

1. en kritisk reflekterat bedömning av situationen
2. en identifikation och ’diagnos’ av moraliska problem
3. implementering av den planerade planen

 4. planering av ett lämpligt agerande till det identifierade problemet

 5. utvärdera det moraliska resultatet av agerandet kan användas för att klargöra

 problemet och sedan lösa det.

Majoriteten av etiska problem som sjuksköterskan möter är viktiga men inte alltid nödvändigtvis komplexa. Det är situationer som involverar värdekonflikter i ganska vanliga omvårdnadssituationer. De blir emellertid mer intressanta och moraliskt komplexa när värdena som är involverade, kommer från kulturella, religiösa och moralisk tro. Då kan **Ehical Analyses and Decision Making**modellen, som använder ett värdecentrerat närmande som lösning till etiska konflikter i omvårdnad vara användbar därför att de flesta etiska problem som sjuksköterskan konfronterad med involverar konflikter mellan värden. Denna modell erbjuder en användbar infallsvinkel till att analysera etiska områden och ta etiska beslut i omvårdnadssituationer. Den kan användas ensam eller tillsammans med andra modeller beroende på situationen.

1. *Vad är historian bakom värdekonflikterna?*
2. *Vilka viktiga värden är involverade?*
3. *Vad har konflikten för betydelsen för de involverade personerna?*
4. *Vad ska göras?*

*Vad är historien bakom värdekonflikterna?*

Med att fråga den frågan börjar sjuksköterskan att upptäcka hur problemet är definierat av de personer som upplever problemet. Historian behöver berättas att var och en i termer av faktisk information (vem som gjorde vad), i termer av värde (varför situationen ses som ett etiskt problem) och konflikten av värden som den ses av de involverade personerna. Det är viktigt att tillåta att historian berättas i alla dimensioner och hur den ses från var och ens synpunkt – patienters, anhörigas, sjuksköterska, läkare, samarbetspartner ect. Hela historian blir känd när sammanhanget där problemet uppstod är klargjort och även de olika tolkningarna av problemet och värdena. På det här viset blir värdekonflikter tydliggjorda. Etiska problem involverar alltid konflikter av moraliskt värde med andra värden – moraliska eller ickemoraliska.

*Vilka viktiga värden är involverade?*

I och med utforskandet av vilken mening värdena har för de involverad ökas insikten i naturen av moraliska och ickemoraliska värden och deras potential kulturella, religiösa, personliga, professionella och även politiska ursprung. Andra frågor som kanske behövs ställas kan vara: Vad menas det med att ge omvårdnad till den här patienten och vad är mitt omvårdnadsansvar till den här patienten? Är det några lagliga frågor som behöver undersökas? Hur gör jag som en professionell sjuksköterska för att bibehålla min etiska integritet i den här situationen?

Undersöka vikten av värdena som individerna har i alla situationer är alltid mycket viktigt. Etiska problem kan inte bli adekvat lösta om inte värderingsdimensionen är känd, respekterad och övervägd i beslutfattningsprocessen. Menas inte att alla värdena alltid kommer att vara skyddade. I de flesta konflikter spelar sjuksköterskan en viktig roll i att bistå de involverade i att undersöka sina värderingar och andras värderingar så att de kan börja förhandla. Med andra ord, att förhandla och besluta vilka värden som är viktigast att bevara och skydda och vilka som är av mindre värde. Målet för en professionell sjuksköterska att bistå personerna att respektera varandras värde och hjälpa individerna att prioritera sina värde och bevara de mest viktiga i beslutsprocessen. Detta kan endast göras när betydelsen av de involverade värdena är kända.

*Vad har konflikten för betydelsen för de involverade?*

För att svara på den frågan behöver sjuksköterskan veta hur de involverade relaterar sina värderingar till den nuvarande situationen. Värde är aldrig statiska. De är dynamiska på det viset att de förändras över tid och i relation till viktiga mänskliga händelser och relationer. Situationer av värdekonflikter existerar hellre inte i ett vaccum. De har en historia och en nödvändigt socialt, ekonomiskt och politiskt innehåll som gör dem betydelsefulla eller inte betydelsefulla för de involverade. Värdekonflikten kan leda till ett beslut som påverkar livskvalitén, hur länge hon/han kan leva, mängden skuld som de andra kan uppleva, den emotionella och psykologiska stress son individen kan uppleva efter lösningen av konflikten och sjuksköterskans hållning och uppförande.

Medvetandet och erkännandet av värdekonflikter kan också leda till utformandet av en policy som hjälper till att lösa eller förebygga liknande eller mer komplexa värdekonflikter i framtiden.

*Vad ska göras?*

Med att ställa den frågan kan sjuksköterskan undersöka alla sätt som konflikten kan bli löst. Ibland kan konsensus nås relativt snabbt om vad som innebär ’att göra det rätta; andra gånger kanske det inte finns en ’etiskt korrekt’ lösning till hands. I de flesta fall är etiska beslut gjorda på mängden relevant information som är tillgänglig vid den tidpunkten – den ’moraliska vikten’ av värdedimensionen och den bästa bedömningen av beslutstagaren eller den kollektiva etiska hållningen i gruppen. Att känna till en variation av olika sätt som konflikten kan lösas ger de involverade möjligheter att undersöka dessa sätt. Möjligheterna ska var utforskade i ljuset av:

* värden som hålls av de olika medlemmarna
* utgången som kan ske
* den moraliska riktigheten eller felaktigheten av de olika valen i relation till moraliska principer man kommit överens om.

Några val kan vara etiskt tillåtna dvs är inte i konflikt med den professionella etiska koden men kanske inte stöder värdet för nyckelbeslutsindividerna andra grupper eller allmänt gruppkonsensus.

Vid något tillfälle måste nyckelpersonen (erna) välja en kurs baserad på vad de anser vara den bästa bedömningen om vad som bör göras. Detta beslut är ofta mycket individuellt men är moraliskt lyhört i att det kommer från en omsorgsfull bedömning av sammanhanget av värdekonflikten, värdet för de involverade, den etiska relevansen av dessa värden och den moraliska meningen av situationen för de involverade individerna. Det är också ett framdiskuterat beslut baserad på en omsorgsfull process av etisk reflektion och stöd av etiska principer.

Sjuksköterskan bör alltid bedöma om processen kunde ha gjorts bättre och vilka konsekvenser, om några, konflikten kan få på framtida omvårdnadssituationer. Sjuksköterskor som ger specialiserad vård ser ofta samma eller liknade värde konflikter hända gång på gång. Om dessa är relaterade till medicinska problem, kultur – eller religiösa trossystem av patienterna eller personliga eller de professionella värdena av vårdpersonalen på det sätt att en speciell värdekonflikt är löst kan ha viktiga konsekvenser för framtida liknande situationer. Frekventa återkommande specifika värdekonflikter också pekar på att det är ett behov för en policyrekommendation och utformningen av professionella standadrs och hållningar för att ta itu med dessa konflikter.

**\*\*\*\*\*\*\***

**Studieguide** – ”**Etik ur ett sjuksköterskeperspektiv”, 5p.**

Kursen bygger på tidigare kunskaper från obligatoriska kurser på 1-20p nivå. Studier på Högskola ska enligt Högskolelagen § 9 *”…… utöver kunskaper och färdigheter, ge studenterna förmåga till självständig och kritisk bedömning, förmåga att självständigt lösa problem samt följa kunskapsutvecklingen.”*

**Kurslitteratur**

Kurslitteratur enligt kursplan samt

Jahrén Kristoffersen N. Del 2. *Omvårdnad Uo(kap 4 & 6)*

ICN:s kod www.swenurse.se

Artikel ur *Nursing Ethics* eller likvärdig vetenskaplig tidskrift

Författningshandboken, senaste upplagan

**Rekommenderad referenslitteratur:**

Collste, G. (1996) *Inledning till etik.* Lund: Studentlitteratur

Thorsén, H. (1997) *Omvårdnadsmodeller, Människosyn, Etik.* Stockholm

Fry&Johnstone (2002) *Ethics in Nursing Practice*

Malmsten, K (1999) *Reflective Assent in Basic Care*

Croona, Gill (2004*) Etik och utmaning*

[www.vardal.se](http://www.vardal.se/)

[www.etikprogrammet.se](http://www.etikprogrammet.se/)

**Kursinnehåll - Vägar att nå målet**

Individuell bearbetning av kurslitteratur, uppgifter A - F och inlämningsuppgifter

Seminarier.

Intervju

Föreläsningar **OBS – Alla föreläsningar är i Grupp A:s sal.**

Dramaföreställning av ”Etiketterna” Onsdagen ***14 september kl 13:30 – 16 på Lindgården Ringvägen 1 Jönköping***

Applicering av beslutsmodell.

Examinationsuppgift.

Handledning av grupplärare – individuellt och/eller grupp enligt önskemål.

**Ramar för kursen**

För att följa din egen lärprocess, är en skriftlig reflektion efter varje aktivitet i kursen dig till hjälp i examinationsuppgiften. Seminarierna har till uppgift att fördjupa och bredda de kunskaper du skaffat dig via bearbetning av individuella uppgifter.

Dessutom:

1. Aktuell litteratur ska vara tydliggjord, d v s ditt resonemang ska vara grundat i litteraturen samt presenteras *med egna ord* vid seminarium och inlämningsuppgifter

2. Gällande examinationsuppgifterna ska eventuella citat anges på vedertaget sätt. Direkta avskrivningar accepteras inte. Referenser ska anges i texten samt en referenslista ska upprättas på vedertaget sätt.

3. Frånvaro vid seminarium kompletteras vid nästa kurs seminarium.

4. Kompletteringar av examinationsuppgifter inlämnas angiven dag. Vid försenad inlämning registreras betyget U dagen efter och omtentamen sker enligt gällande regler.

**Individuella uppgifter**

Uppgift **A**. – underlag för seminarium **A**

1. Bearbeta Henriksen & Vetlesen Del II, ”Teori för moralisk yrkesutövning” och lyft fram den/de etiska teorier du anser är mest användbara inom omvårdnad.

2. Utifrån dina individuella studier i Jahrén Kristoffersen N. ”Allmän Omvårdnad; Omvårdnadens värdegrund” ska du definiera din egen värdegrund dels som privatperson dels som blivande sjuksköterska

3. Välj och motivera ditt val av den/de omvårdnadsteorier i Jahrén Kristoffersen N. ”Allmän Omvårdnad; Teoretiska modeller i omvårdnad” som du anser vara mest lämpade i etiska sammanhang .

*Föreläsning: Livs- och människosyn; Daga Joakimsson kl 9 – 11:15 Seminarium kl 11:30 – 16*

Uppgift **B**. – underlag för seminarium **B**

1. Fördjupa dig i och förklara med egna ord det som Henriksen & Vetlesen skriver om i Del I gällande ”Personliga förutsättningar för yrkesetik” och motivera din syn på deras åsikter.

*Föreläsning: ICN” Ethics in Nursing Practice”; K. Brenner Blomqvist kl 9 – 11:15. Seminarium kl 11:30 -16.*

Uppgift **C**. – underlag för seminariet **C**

1. a) Välj en lag, författning eller anvisning ex. Hälso- och sjukvårdslagen HSL 1982: 763, Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård SOSFS 1993: 17, Patientjournallagen SFS 1985:562, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 1993: 20, Socialtjänstlagen 2001:453, Riksdagens prioriteringsbeslut, Lex Sarah osv.

b) Fokusera på några 2-3 övergripande etiska principer.

c) På vilket sätt påverkar dessa etiska principer dig i det praktiska omvårdarbetet?

d) Reflektera över detta i seminariet koppla även tankar från förmiddagens föreläsning till diskussionen.

2. Individuell bearbetning av ”Kalle” uppgiften enligt studieguidens anvisningar

*Föreläsning: Pågående forskning inom äldre vården om etik och bemötande: Lise-Lotte Jonasson kl 9 – 11:15. Seminarium kl 11:30 – 16.*

Uppgift **D** – underlag för seminarium **D**

Individuell bearbetning av följande etiska beslutsmodeller:

1.Henriksen& Vetlesens KLOK-modellen,

 Thorsens beslutsmodell ( bil 1.),

 Fry & Johnstone beskrivna modeller (bil 2.).

Lyft fram styrkor och svagheter med de olika modellerna. Motiver ditt val av modell utifrån de kunskaper du har skaffat dig i kursen.

2.Gör en kortfattade skriftlig beskrivning av en etisk/moralisk situation som du träffat på inom omvårdnaden.

Uppgift **E** – underlag för seminarium **E**

Individuell uppgift :Välj en artikel från *Nursing Ethics* (I Biblioteket – Databaser – Skriv Nursing Ethics.) Lyft fram det ur artikeln du anser vara viktigt att få en sjuksköterskas *etiska* syn på och motivera ditt val.

***Inlämningsuppgift***  - en kopia på artikeln och en skriftlig bearbetning av ovan beskrivna uppgift på ca 1 sida för inlämning vid seminarium E

Gruppuppgift:

Inom gruppen väljs en artikel utifrån de individuellt valda.

Diskutera er fram till några *etiska frågeställningar* baserade på artikeln, dessa frågeställningar ska utgöra grund för en intervju med en sjuksköterska.

Diskutera val av artikel och frågeställningar med ansvarig lärare och lämna en kopia av artikeln med gruppnummer och frågeställningarna till ansvarig lärare vid seminarium **C.**

Individuell uppgift.

Gör en intervju med en sjuksköterska utifrån de framdiskuterade etiska frågeställningarna. Dessutom ska du skaffa dig en bild av sjuksköterskans uppfattning om etik/moralens betydelse i det dagliga arbetet.

För att få en bred inblick i etikens betydelse för verksamma sjuksköterskor bör ni i gruppen intervjua sjuksköterskor inom olika omvårdnadsområde.

Uppgift **F** - underlag för seminarium **F**

Läs område 1 – 4 i ICN: s kod med fokus på den del som gäller ”Yrkesutövande sjuksköterskor och arbetsledare”, reflektera över vad varje område innebär för dig.

Välj därefter **en** delsats från varje område och beskriv ett konkret exempel på hur den delsatsen kan tillämpas i omvårdnad.

Ta din utgångspunkt i ICN:s hemsida [www.icn.ch](http://www.icn.ch/) och välj ut den information du anser som viktig (förutom koden) angående ICN: organisation och som du vill förmedla till dina gruppmedlemmar.

**Gruppuppgift**

Ta er utgångspunkt i Etiketternas föreställning och koppla till kursplanens innehålls sats *”- etik och livssyns inverkan på omvårdnadens praktiska utövande”*. Beskriv några aspekter som tydliggjorde detta i föreställningen. Dessutom ge förslag på ett exempel/scen hur situationen kunde hanteras på ett moralisk sätt utifrån er aktuella kunskap *i ”etik ur ett sjuksköterskeperspektiv”*

Inlämning vid seminarie F.

**Individuell Examinationsuppgift**

Utifrån kurs innehåll ska du göra en syntes (*en sammanställning av olika delar till en helhet)* . Denna sammanställning ska spegla vad *”Etik ur ett sjuksköterskeperspektiv”* innebär för dig personligen. Motivera dina ställningstagande och relatera dessa till litteraturen. Ange referenser i texten och upprätta en referenslistan enligt vedertaget sätt.

Omfång text ca 3 sidor, exklusive referenslista. Enkelt radavstånd och storlek 12 Times New Roman. Inlämning vid seminarietillfälle **F**.

**Väl Godkänt**

För att ha möjlighet att uppnå betyget *Väl Godkänt* ska du skaffa dig fördjupade kunskaper genom att vidareutveckla den individuella examinationsuppgiften utifrån *kurslitteraturen* samt genom en bearbetning av innehållet i en *vetenskaplig artikel* (ej den valda artikeln som utgör underlag för seminarium E) med fokus på *omvårdnadsetik.*

Bifoga artikeln som bilaga

Omfång text: ca 4 sidor exklusive referenslista. Ange källor i texten på vedertaget sätt.

Enkelt radavstånd och storlek 12 Times New Roman.

Inlämning vid seminarium **F**.

**Kalle 81 år**

Bearbetning av ”*Etik i basal omvårdnad ... i någon annans händer* ” (K. Malmsten) kap 2 – 5

Kalle är 81 år, änkeman, f d polis boende sen 4 år tillbaka på ett äldreboende. Han har 3 barn som sällan hälsar på. Kalle sitter i rullstol efter en halvsidig förlamning som påverkat hans tal, kan göra sig förstådd med viss möda, blir lätt frustrerad när han inte blir förstådd. Han kan äta med viss hjälp. Är inkontinent. Kalle tycker om att vara tillsammans med andra, lyssna på musik och att vara ute i naturen.

1. Med hjälp av din *förmåga till empati* gör en skriftlig reflektion om hur du tror att livet är för Kalle just nu – vilka värden som han kan anse vara viktiga. Hur han kan uppleva, tänka och känna om och i sin nuvarande livssituation.

2. Ta sen din ansats i boken och gå in ”köksingången” (citat K. Malmsten) och tydliggör de begrepp du anser vara relevanta ur ett specifikt professionsetiskt perspektiv i kapitel 2 – 5.

Handling – Erfarenhet *”Hur kommer det sig att Du gör som Du gör? ”.* Därefter Känsla –Upplevelse *”Hur kommer det sig att Du känner som Du känner?* Tanken – Reflektionen tas upp i kapitel 4 *”Hur kommer det sig att Du tänker som Du tänker?*

Till slut – lyft fram det som är viktig kunskap för dig i kapitel 5 – *Beröring.*

3. Ge exempel på hur du kan tillämpa den här kunskapen, konkret i basal omvårdnad av Kalle.

**\*\*\*\*\*\*\***

**Uppgift A**

Se papper

**Uppgift B**

Se papper

**Uppgift C**

Se papper

**SOSFS 1993:17 (M)**

Socialstyrelsens allmänna råd
Omvårdnad inom hälso- och sjukvården

Dessa allmänna råd vänder sig till all hälso- och sjukvårdspersonal och ges ut i syfte att klargöra Socialstyrelsens syn på omvårdnadens innehåll och genomförande.

De allmänna råden avser omvårdnad inom den verksamhet som om omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och som bedrivs av landsting, kommuner och privata vårdgivare. De behandlar således inte omvårdnad som bedrivs enligt socialtjänst- eller handikapplagstiftningarna. Råden behandlar inte övergripande lednings- och ansvarsfrågor.

**Inledning**
I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) /Fotnot: omtryckt 1992:567/ anges att målet för all hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I 2 a § HSL anges olika krav som hälso- och sjukvården skall uppfylla. Därvid anges bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och att behandlingen skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

När en människa till följd av sjukdom, ohälsa eller vid undersökning och behandling inte själv klarar av de dagliga aktiviteterna, följer av HSL att den omvårdnad vårdorganisationen tillhandahåller skall vara av god kvalitet.

En humanistisk människosyn och ett antagande om människors lika värde genomsyrar HSL. Detta innebär bl.a. att ett genomtänkt etiskt förhållningssätt ingår i kraven på god vård. Detta gäller även omvårdnad. Liksom all annan vård ges omvårdnad till patienterna på lika villkor utifrån vars och ens behov, oberoende av ålder, kön, utbildning, ekonomi, etnisk bakgrund och religion. Patienten ges möjlighet att delta i beslut om och genomförande av sin omvårdnad. Varje situation är unik och omvårdnaden utformas därför individuellt.

Omvårdnad vilar som all annan hälso- och sjukvårdande verksamhet på vetenskap och beprövad erfarenhet.

**Omvårdnadens syfte och innehåll**
Det finns ännu inte någon allmänt vedertagen definition av begreppet "omvårdnad", däremot kan omvårdnadsarbetets syfte, innehåll, metoder m.m. beskrivas.

Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död.

Med omvårdnad inom hälso- och sjukvård avses således hjälp för kortare eller längre tid till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själva klarar att planera och/eller genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv.

Omvårdnad omfattar också åtgärder i syfte att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer.

Omvårdnad kan vara dels allmän, dels specifik. Allmän omvårdnad är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling, medan specifik omvårdnad är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också den aktuella sjukdomen och dess behandling. För att kunna bedöma vad som i den enskilda situationen är god omvårdnad krävs relevanta kunskaper från olika områden; i natur-, samhälls- och beteendevetenskap samt humaniora. Allmän omvårdnad utförs av all personal i hälso- och sjukvård. Specifik omvårdnad kräver speciell kompetens.

Det är viktigt att all personal ser människan i ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet. Detta innebär att patienten och i förekommande Ifall de närstående ges möjlighet till samverkan med personalen samt till att ta till vara de egna resurserna.

**Omvårdnadsåtgärder**
Omvårdnad planeras och genomförs så att patientens självständighet respekteras och behovet av säkerhet och integritet tillgodoses. Grundläggande för omvårdnaden är ett respektfullt patientbemötande.

Omvårdnadsarbetet skall befrämja hälsa och förebygga ohälsa. Det förutsätter bl.a. att riskfaktorer identifieras. Omvårdnadsåtgärder i vid mening innebär att berörd personal i samverkan med patienten och när så är lämpligt även patientens närstående formulerar och tydliggör mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa. Omvårdnadsåtgärder spänner över ett brett fält från högteknologiska insatser till stöd i existentiella kriser.

Rådgivning och vägledning är synnerligen viktiga åtgärder som stöd för patientens och anhörigas egna insatser efter avslutad vård och behandling på såväl sjukhus som i öppen vård.

Omvårdnadsåtgärder kan beskrivas i följande övergripande funktioner, vilka i praktiken är integrerade:

* stöd i, eller utförande av, sådana handlingar som patienten för sitt dagliga liv eller välbefinnande inte kan utföra själv
* samordning och planering av diagnostiska åtgärder och behandlingar inbegripet åtgärder i syfte att få till stånd en hälsobefrämjande miljö
* information till patienten och i förekommande fall, närstående om de åtgärder som föreslås och planeras
* samt, när det är lämpligt, information och rådgivning om de åtgärder som kan vidtagas för att befrämja hälsa eller förhindra ohälsa och försämring i hälsotillstånd.

Ofta kan följande problernlösningsmodell användas vid bedömning, planering, genomförande, utvärdering och dokumentation av omvårdnadsarbetet.

Bedömning

* Objektiva och subjektiva observationer samlas in och analyseras, t.ex. genom ett ankomstsamtal och en omvårdnadsanamnes, vilka kan utgöra grunden för den individuella omvårdnadsplanen
* En eller flera omvårdnadsdiagnoser utarbetas
* Behov av annan experthjälp bedöms
* Mål fastställs.

Planering

* Omvårdnadssplan upprättas
* Omvårdnadsåtgärder prioriteras
* Patientens tillstånd, resurser och förmåga att samverka mot uppställda omvårdnadsmål, beskrivs.

Genomförande

* Det som framkommit under bedömning och planering åtgärdas.

Utvärdering av resultat

* Åtgärdernas resultat och måluppfyllelse utvärderas och medför eventuella revideringar av ornvårdnadsplanen
* Utvärdering och en sammanfattning av vårdtiden dokumenteras i en omvårdnadsepikris.

 **Kompetens- och ansvarsfrågor**
Omvårdnadsarbetet sker som all annan hälso- och sjukvård inom hälso- och sjukvårdslagstiftningens ram. Det innebär bl.a. att den som är chef för en viss verksamhet inom hälso- och sjukvård är ansvarig för att omvårdnadsfrågor inom verksamheten löses på ett för patienten optimalt sätt. Inom kommunal hälso- och sjukvård, som avses i 18 § HSL, bör dock motsvarande ansvar för omvårdnadsfrågor inom hälso- och sjukvård ligga på den sjuksköterska eller annan yrkesutövare som avses i 24 § HSL. Den som svarar för omvårdnaden har att se till att åtgärderna genomförs på ett ändamålsenligt sätt och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är därför nödvändigt att personal med lämplig utbildning, kompetens och erfarenhet svarar för genomförandet. Flera yrkeskategorier har utbildning i allmän omvårdnad. Sjuksköterskan har dessutom en kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad.

Den som har för uppgiften lämplig utbildning och erfarenhet svarar för den praktiska utformningen, i första hand sjuksköterskan.

I ansvarsområdet för denna person ingår att

* ha ett primärt ansvar för omvårdnad
* ansvara för att omvårdnadsåtgärder planeras, genomförs och utvärderas på ett ändamålsenligt sätt samt samordnas med behandling och andra åtgärder
* se till att omvårdnadsåtgärder genomförs i samverkan med andra personalgrupper
* ansvara för att de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna för omvårdnadsåtgärder tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet. Häri ingår även att utvärdera den egna verksamheten samt att följa utvecklingen och forskningen inom verksamhetsområdet för att möjliggöra förtrogenhet med och förmedling av nya rön.

**Dokumentation och kvalitetssäkringsarbete**
Omvårdnadsåtgärder omfattande förebyggande insatser, diagnostik, vård och behandling av patienter utgör sådana viktiga uppgifter som behöver dokumenteras för att uppnå en god och säker vård. De skall därför journalföras enligt 3 § patientjournallagen (1985:562) – se även SOSFS 1985:28 /Nya föreskrifter och allmänna råd om patientjournallagen kommer att utges av Socialstyrelsen - se SOSFS 1993:20. / och 1992:10. Har ett omvårdnadsansvar lagts på någon som inte är journalföringsskyldig enligt 9 § lagen kan det vara lämpligt att i uppdraget också lägga in ett dokumentationsansvar. Patientjournallagen utgör inget hinder mot att så sker.

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har att bedriva fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete i vilket också ingår uppföljning av den egna verksamheten. Föreskrifter om detta finns i SOSFS 1993:9 "Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården inklusive tandvården" som träder i kraft den 1 januari 1994.

Övergripande etiska principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen

Pliktetik

Nyttoetik

Dygdetik

Närhetsetik

**\*\*\*\*\*\*\***

**Kalle Anka**

**NO.1**

**Ensamhet:**

Blir värre pga svårigheter att göra sig förstådd och ta kontakt.

Har barnen alltid varit distanserade ?

Saknar ibland sin livskamrat särskilt när hon ”fyller” år.

**Beroende:**

Frustration och vanmakt för att han inte längre kan äta helt själv och inte längre röra sig obehindrat, behöver hjälp när han skall gör saker som innan var självklara.

**Uppgivenhet:**

Kan inte längre kontrollera sin urinavgång påminner om att fysiska funktionsförmågan går nedåt vilket oundvikligen leder till döden dvs han har lite att se fram emot.

**Onyttighet**

Det är jobbigt för Kalle att han inte kan klara sig själv.

Tänker ibland tillbaka på sin roll som polis, då han kände att han gjorde någon nytta för samhället, idag är han snarare en belastning även för sina barn, därför så ringer han dem aldrig.

Känsla av instängdhet, inte kunna göra det han tycker om naturupplevelser.

Upplever sig mest att vara till besvär.

**Glädjeämnen**

Han älskar att spela poker på onsdagarna med silver klubben.

Han uppskattar också gemenskapen hos pingstkyrkan där han får uppleva sång och musik.

**Hopp**

Uppskattar att hans intelligens fortfarande är intakt, vilket gör att han drar avancerade skämt med vårdpersonalen, det får honom att känna sig ung igen.

Han drömde att en ängel sa att han skulle få träffa sin fru igen.

Tycker om att ha vackra färgrika blommor på rummet vilket påminner om skönheten i livet

**NO.2**

**2 Handlingen – erfarenheten**

**Moralitet**

När olika aktörers relation till varandra belyses, leder det till moral som baseras mer på tid och omständigheter än om olika regler och principer

**Basal omvårdnad**

Basal omvårdnad är viktig för den kommer på ett eller annat sätt att beröra oss alla förr eller senare. Den delegeras oftast till undersköterskorna men SSK har ansvaret. Här är det jätteviktigt med respekt, lyhördhet och kommunikation för att patienten skall kunna känna sig så trygg som möjligt i mötet mellan vårdgivare och vårdtagare.

**Mänskliga värden**

Undvika främlingskap mellan vårdtagare och SSK

Att avdramatisera vårdmiljön och kunna förklara den för nya vårdtagare

Att inte missbruka sin makt och att försöka ge tillbaka så mycket ansvar som är möjligt till vårdtagaren bla med hjälp av information och stöd vid svåra val ”Selfempowerment”

Hjälpa vårdtagare med att inte känna sig så utelämnande angående kroppsöppningar och kroppsvätskor

**Lagar, förordningar och etiska koder**

Att känna till och tillämpa lagar, förordningar och etiska koder som ingår i legitimationen

**Teoretisk kunskap**

Viktigt för SSK att ha aktuell information för omvårdnaden vid olika tillstånd men också ha förståelse för läkarens åtgärder och att kunna ge korrekt information till vårdtagare och anhöriga (upplysning, utbildning, förebyggande)

**Mål och riktlinjer**

Viktigt att känna till de som existerar på arbetsplatsen och att alla jobbar mot dem, fungerar de inte så bör de revideras för att bli reella, Det är ju ingen vits att ha en massa tjusiga mål som inte uppylls el efterlevs.

**Makt och genus**

Viktigt att vara medveten om vård hierarkier och att få dem at fungera så bra som möjligt dvs att få en fungerade teamkänsla där alla har så stor förståelse och respekt som möjligt för varandras roller, detta påverkar helheten av vårdtjänsten, kan ofta förbättras, kommunikation/dialog.

**Reflektion i handling och oförvanskad vård**

Viktigt att alltid utgå från vårdtagaren i första hand vad de har för önskemål, planer och motivation dvs inte bara pressa på dem en massa åtgärder, nu måste vi göra så här, istället utgå från deet unika i varje vårdsituation.

**Kroppslig kunskap och praktisk kokhet**

Viktigt att betona att ju mer av sig själva SSK utvecklar desto mera har de att ge, men också att deras arbete kan bli effektivare för att det går snabbare att komma till kärnpunkten av olika problem men också förmågan att möta olika vårdtagare där de står, särskilt förmågan att kunna möta alla sorters känslor och att kunna lita på sin egen intuition. (Detta förbises ofta på SSK utbildningar där man ofta överfokuserar på den intellektuella förmågan, vill man tvinga fram forskare ? Det vore i så fall bättre att tvinga fram bättre social kompetens och personlig utveckling dvs förståelse för ens egna själv, hur kan man annars förstå andra ? Detta skulle man i princip kunna få gratis i utbildningen om man såg till att det alltid blev äkta nya grupper (i stället för trygghetskluster) i varje kurs dvs att man redan under studietiden tränas att möta olika personer särskilt sådan som man inte spontant skulle välja att umgås med, detta kommer ju att bli en stor dela av våran yrkesroll)

**3 Känslan – Upplevelsen**

**Identitet, motivation och utbrändhet**

Det är jätteviktigt att SSK kan känna att de växer och kan utvecklas men också få positiv kritik och beröm när det går bra, istället för att känna sig tvungna att passa in i en redan färdig modell som ine går att förändra dvs en yrkesmässig tvångströja, det kan nog få vem som helst utbränd på kort tid.

**Att bli berörd och att få ge svar**

Detta är ju faktisk en av belöningarna inom vårdyrket att få bli berörd och att känna att man berör andra och att det uppskattas. Ibland borde man kanske bli bättre på att ta tillvara detta (tex om någon hittar en person på gatan, ringer ambulans, som sedan tar personen till intensiven och därefter kirurgen så blir det sällan feedback och överblick över hela vårdprocessen. Kanske vill vårdtagaren tacka den som ringde ambulansen el någon undrar vad hände med henne som vi hittade på gatan med andningsuppehåll ? möjligheten här för en hel vårdcirkel el helande relationer är extremt stor det skulle kunna sprida sig som positiva ringar ut i hela samhället, men den ingår inte i dagens fyrkantiga och segmenterade vårdstruktur.

**Utbrändhet**

En komisk pradox ? vi SSK skall lära oss att vårda andra , men inte oss själva ? hälsa & livsstil ingår ju inte ens i den grundläggande utbildningen fokuset är ju på det sjuka inte det friska.

Vårdpersonal är troligtvis en av de första yrkesgrupper som bränner ut sig, det är ju inbyggt i hela vårdstrukturen, men det kanske inte gör så mycket med lite bortfall av SSK, det utbildas ju ändå så många inom Jönköpings kommun/;)

**Empati och sympati**

Den empatisk förmågan är antagligen en av SSK största tillgångar, kanske har många SSK en överempatisk personlighets störning som lätt kan leda till ett över fokus på andra människors behov både professionellt och privat antagligen en av det största riskerna till utbrändhet, det är viktigt att vara medveten som SSK om vilka val man gör på detta område. Sympati kanske kan ses som en mildare form av engagemang som inte kräver lika mycket emotionellt av SSK,men man får se upp så att det inte övergår för mycket i ”tycka synd om” får då har man satt vårdtagaren i offerrollen och det lär inte hjälpa vare sig SSK el vårdtagaren själv, även om den kanske väljer att belöna dig för den attityden.

**Etiska problem**

Är något som alla möter i sina liv detta ger oss en chans att växa som människor

**Etiska konflikter**

Här kan det vara svårt att nå consensus det blir snarare att ett perspektiv som värderas högre och ett auktoritets beslut om vad som är rätt som fattas.

**Etiska dilemman**

När det finns flera olika alternativ att välja mellan och det inte går att se vilket som självklart är det bästa men att de får olika konsekvenser.

**4 Tanken – reflekterandet**

**Tankeframbringande**

Många etiker anser att systematisk reflekterande är etik, medans moral bygger på konkreta handlingar.

**Hermeneutik**

 Vi kan träna vår sinnen och vår tolkning av omvärlden bla genom att ställa olika frågor för att få en djupare förståelse för våra etiska perspektiv och moraliska handlingar.

**Pesonalistisk människossyn**

Kan hjälpa oss att se vårdtagaren i ett större sammanhang detta kan vara viktigt vid omvårdnaden påminner lite om systemisk psykologi att man tex även jobbar med personer runt om som har stor inverkan på den primära vårdtagaren.

**Etisk och moralisk kompetens**

Det kan var bra att se inom SSK yrket att det är inte bara vår SSK utbildning som ger oss kompetens utan att vi alla har samlat på oss personlig kompetens under vårat liv som sedan kan vara en oerhörd tillgång till vårt yrke dvs vi har redan en form av värde innan utbildningen.

**5 Beröring**

**Sensualitet**

Är den form av beröring som används som en källa att tolka och förstå kroppsliga signaler, den sammanlänkar vårdtagaren och vårdgivaren icke verbalt och kan ofta ”beröra” djupare än både tanke och känslo uttryck (ex hade en vårdtagare som inte gillad män i vården ”när skall du skaffa ett riktigt jobb” morrade han, jag tänkte att det är ingen ide att tjafsa om det, så jag och min kollega (kvinnlig) bara bytte blöja på honom, detta upprepades många nätter, jag höll mig lite i bakgrunden dvs kommunicerade mest med mina händer som var en form av mjuk och respektfull beröring (i varje fall enl mig), sedan så sa han en dag ”hur länge skall du jobba här ?” då tänkte jag vill han bli av med mig ?, så jag sa ”om du har tur så slipper du mig nu, för det är min sista dag”, då blev han helt knäckt, han skulle skaka hand med mig och sedan så önskade han mig välkommen tillbaka när som helst han höll hårt i min hand och såg rakt in i mina ögon, det var den största belöningen jag fick den kvällen och det var inte lång från att tårarna rullade, ett möte hade skett…)

**Ömsesidighet**

Vad är viktigast i omvårdnaden just nu ? Båda parter står i en ömsesidig relation där en dialog mellan dem kan leda till lärdomar för båda, särskilt klarhet om den lämpligaste formen av omvårdnad.

**Beroende autonomi**

Det är bra att kunna hjälpa vårdtagaren så mycket som möjligt men vi får se upp så att vi inte gör dem beroende av oss, utan snarare att vi försöker få dem att själva ta itu med sina livsutmaningar så långt det är möjligt, det är svårt att känna stolthet för mål som man inte uppnått pga egen kraft.

**Öppenhet**

Handlar i princip om en attityd till livet där man ser sina möten mellan olika människor som en tillgång för att själv kunna växa som människa, detta kommer alla du möter känna av, vilket är ytterligare tillgån privat och yrkesmässigt.

**Tröst**

Viktigt att vara lyhörd för bland kan man missa detta tex om vårdtagaren döljer sina rädslor (ex när jag gjorde min första praktik så skulle jag och en SSK lämna en vårdtagare på operation slentrian mässigt så körde vi in sängen och började gå därifrån, jag tänkte precis följa efter SSK som hade bråttom därifrån, när jag vände mig om en sista gång för att titta på vårdtagaren, jag fick nästan en chock, hon sa inget men hennes ögon utstrålade ren panik, jag var tvungen att vända tillbaka)

**Närvaro och Beröring**

Ibland så försvinner de sociala kontakterna helt med anhöriga och vänner och man då också är helt utan någon form av kroppslig kontakt så kan man känna det som att man inte existerar. Ibland kan den mest värdefulla gåvan vara att mjukt lägga handen på någon och har man också den stora kärleken inom sig så att man kan låta allt få finnas så finns det egentligen ingen starkare form av beröring vissa kallar det för healing och detta är också en öppning för mirakel bortom allt linjärt tänkande.

**Människovärde**

Det är en viktig uppgift at trösta dem som lider, i avsikt att lindra och skapa trygghet. Där man tar sig tid att lyssna och ge support/feedback ofta är det så väldigt lite som behövs rent kvalitativt för att vårdtagare skall känna sig sedda och bekräftade vilket leder till en form av förnöjsamhet. (ex hade en vårdtagare som larmade patrullen för att en skrivbordslampa hade ramlat ner, min medarbetare tolkande detta som att det är ju hon den besvärliga och gnälliga som aldrig blir nöjd, men jag gillar utmaningar så jag frågade om hon inte hade några verktyg hemma och om jag fick göra hål i sängbordet för att skruva fast den rejält (tog ca 3 min), jag visste att det inte ingick i våra arbetsuppgifter men vi hade inga andra larm då, sedan skämtade jag med henne och sa att det här kostar egentligen 1000 kronor men eftersom att det är min sista dag så bjuder jag på detta, hon skrattade så gott åt detta, men sen kom ju bakgrunden fram, lampan hade trillat ner en gång innan i sängen och hon kunde inte ta bort den och madrassen hade sedan börjat att brinna pga den varma lampan, som tur var kunde en granne hjälpa henne då…)

**Integritet**

Är en känslig balans gång för det som är lugnt för dig kan vara starkt för den andra (ex trossystem, kroppsbemötande, personliga åsikter och önskningar) dvs man får nästan känna sig fram lite var vårdtagare anser vara tabu el inte och hur mycket de villa säga, men det är också viktigt att förstå att alla har olika bakgrund så om någon säger att de har ont där ”nere” så kan det uppllevas som extrem öppenhet/utelämnande från vårdtagaren sida, medans från SSK så kan det upplevas som vardagsmat utan någon större laddning.

**NO.3**

**Sensualitet**

Vid verbal kommunikation kan man se till att lägga handen på axeln eller hålla i handen om det känns rätt och beroende på hur Kalle tar det så att han känner att man finns där för honom, det bhövs egentligen inte så många ord.

**Ömsesidighet**

Höra efter vad Kalle egentligen villl tex aktiviteter, maträtter, var han vill sitta, om han vill komma ut i solen och naturen, vad han uppskattar, när han vill lägga sig el gå upp, men också förklara vad el varför vi inte kan göra vissa saker för honom.

**Beroende autonomi**

Stödja honom att uttrycka sig tex med papper och penna om det skulle hjälpa och inte bara göra saker som man tror att han vill när man inte hör vad han säger.

**Öppenhet**

Att visa att man själv har likheter och gemensamma nämnare med Kalle dvs en form av matchning el att visa lite av sig själv sa att Kalle har något att få intryck, reflektera el kommunicera över istället för att han bara ser en vit rock som rusar in 7:00 varje morgon och rusar ut 16:00

**Tröst**

Kanske indirekt genom att förtydliga att alla människor möter utmaningar som kan vara svåra el smärtsamma att bära el hantera även om det inte alls syns el hörs tydligt. Man kan också försöka hjälpa till socialt med att introducera Kalle för andra vårdtagare som man tror kan passa ihop dvs få ett utbyte från varandra.

**Närvaro och Beröring**

Att man är närvarande fullt med Kalle när man kommunicerar med honom tex taktilt el verbalt och att det är bättre med kvalitet än kvantitet tidsmässigt.

**Människovärde**

Man skulle kunna överraska Kalle med något musik el mat som han gillar, el ta med honom ut i naturen på olika ställen ev när han fyller år, men det kan ske när som helst lite oväntade positiva inslag i livet.

**Integritet**

Se till att man respekterar Kalles integritets gränser, fysiskt, personligt och socialt.

**Val av vetenskaplig artikel**

Tyckte det var jätte spännande att få se olika perspektiv på samma situation dvs praktisk social psykologi där man kan se hur avgörande kommunikation och klarhet om roller och behov är. Detta är ju ett jätteviktigt ämne som de flesta SSk antagligen möter varje dag. Hur vi kan bli bättre på att förstå och möta olika perspektiv särskilt i en vårdsituation av allvarligare karaktär.

Tineke A Abma. Struggling with the fragility of life: a relational-narrative approach to ethics in palliative nursing. Nursing Ethics 2005; 12 (4)

Omvårdnadskonsult

Ragnar Asker

SSV4ASRA

**\*\*\*\*\*\*\***

**Uppgift D**

Se papper

# Etiskt dilemma

**Problem**

Patienten vaknar varje morgon och säger ”att hon lider, varför gör ni inget? finns det ingen här med något hjärta?, finns det ingen som kan hjälpa mig?”. Men vid tilltal så svarar hon inte på frågan, vad kan vi göra för dig?, vad är det som är fel? Personalen har flera morgnar suttit och hållit patienten i handen långa stunder, men när de tvingas gå vidare slutar det alltid med att personalen är hjärtlös och hon vill åka hem. Patienten har påtalat för sin mamma hur dåligt det är här och att personalen inte bryr sig och är helt inkompetent. Mamman har då prata med ansvarig SSK och Enhetschef och påtalat att mamma skall hem på Onsdag men att hon skall ha fotvård och klippning på Tisdag innan hon kommer hem och att det är ssks skyldighet att fixa det.

## Collstes beslutsmodell

**Problemformulering**

Patienten vill åka hem för att det är så dålig vård enligt henne, men om hon är hemma kommer hon att vara ensam i en lägenhet utan någon social kontakt och tillsyn.

**Informationsinsamlande**

Patienten undersöks av SSK som lyssnar på hjärtat för att patienten håller handen där, inget onormalt. Läkaren kollar henne vid ronden men säger att det bara är psykosomatiskt dvs. inget att oroa sig för. Patienten uppfattas stundtals som bitter av personalen, kan säga elaka saker till boende och personal.

**Alternativställande**

Att låta dottern bestämma att patienten skall komma hem, trots att hon då kommer att få sitta ensam i sin lägenhet utan tillsyn och social kontakt, utan hänsyn till patientens bästa.

Att försöka övertala mamman och patienten att det är bättre för henne om hon stannar.

**Konsekvensbedömning**

Om vi låter dottern bestämma, kommer patienten troligtvis att snabbt bli sämre pga. ingen social stimulans, minimal fysisk aktivitet, bristande egenvård, bristande mat kontinuitet. Försämringen leder antagligen till sänkt allmäntillstånd och livskvalitet.

Om vi skall tänka på patientens bästa i längden så bör SSK eller enhetschef försöka prata med dottern. Genom att säga att patienten kanske manipulerar både dotter och personal för att bli sedd och känna att hon fortfarande har någon makt över sitt liv, dvs. ett sätt att uttrycka sin frustration.

**Sannolikhetsbedömning**

Om vi låter patienten själv får bestämma så kommer hon troligtvis att åka hem en kort tid för att sedan söka nytt boende när det inte fungerar eller passar hemma. Alternativt dö i sin ensamhet.

**Värdering**

Att gå över patientens ”vilja” är oetiskt, men vården kommer då troligtvis att vara bättre.

Om SSK släpper hem henne så bryter hon inte mot egenbestämmandet. Men hon kommer då att få klara sig själv hemma vilket i längden troligtvis ökar lidandet och förkortar livet för henne.

**Beslutsavgörande**

För att etiskt kunna försvara vården så skall man vara lyhörd till patientens egen vilja. Varje människa har rätt till att bestämma över sin egen vård om personen är i myndigt tillstånd, även om detta strider mot hennes tillfrisknande.

**Handling**

**Utvärdering**

**\*\*\*\*\*\*\***

**Uppgift E**

**Val av vetenskaplig artikel**

Tyckte det var jätte spännande att få se olika perspektiv på samma situation dvs praktisk social psykologi där man kan se hur avgörande kommunikation och klarhet om roller och behov är. Detta är ju ett jätteviktigt ämne som de flesta sjuksköterskor antagligen möter varje dag. Hur vi kan bli bättre på att förstå och möta olika perspektiv särskilt i en vårdsituation av allvarligare karaktär.

**Källa**

Tineke A Abma. Struggling with the fragility of life: a relational-narrative approach to ethics in palliative nursing. Nursing Ethics 2005; 12 (4)

**Lyft fram det ur artikeln du anser vara viktigt att få en sjuksköterskas etiska syn på och motivera ditt val.**

Här handlade det mycket om att sjuksköterskorna försökte göra sitt jobb men de blev ändå inte uppskattade av den anhöriga som kanske hade lika stora behov som den sjuka men att skillnaden var behov av mera emotionell natur. Detta kan saknas i dagens vård där man ofta vårdar en individ som står i en par situation där en individ oftast är friskare än den andra och som då tar den vårdande rollen dvs. ansvaret för den sjukare. Egentligen handlar det ju om en form av systemisk behandling där behandling av den ena påverkar den andra eftersom de ofta står i någon form av symbiotisk relation. Ändrar sig den ena så måste den andra ofta ändra sig om det skall vara balans i relationen. Här handlar det om att ha ett väldigt brett perspektiv på vård och hälsa där man bejakar och bemöter många behov (fysiska, psykiska, sociala, andliga) det behöver ju egentligen inte alltid vara de fysiska behoven som är primära även om de ofta är anledningen till att vårdtagare hamnar inom vårdapparaten. Det finns ingen skarp gräns mellan fysiska och psykiska behov även om vi sjuksköterskor oftast skall fokusera på det fysiska medans tex. socionomer, kuratorer och psykologer skall fokusera på de psykiska behoven. Vem tar hand om de andliga behoven? Skall vårdtagaren ta sig till kyrkan el skall prästen ta sig till de vårdtagare som önskar det ?

Om man verkligen vill ha en helhetssyn inom vården så bör ju allt få finnas med, men det ställer då också högre krav på sjuksköterskor personliga egenskaper att förmedla detta kunskap, förmåga, trygghet och en väldigt bra kommunikations förmåga. Dessvärre så kommer det att bli svårt att utvärdera en sådan här multidimensionell vårdform enligt gamla primitiva kortsiktiga effektivitets och kostnads analyser. Arbetsuppgifterna kan bli otydligare och bredare och kräva mera tid men det positiva är att det kan leda till en mera holistisk vård som även leder till större arbetsglädje för sjuksköterskor. En annan sida av myntet är också att det kommer att leda till en praktisk form av preventiv medicin dvs. allt behöver inte somatiseras för att det skall anses föreligga ett vårdbehov.

I denna artikeln fokuserades på palliativ vård och man kan ju fråga sig om det viktigaste för en döende är en ren säng, smärtfrihet, el en upplevelse av att ha blivit sedd och dö i trygghet ? och hur är det med de anhöriga och deras behov ? de verkar ju ofta vara större tex de är oftare räddare för döden än den palliativa patienten, kanske för att de är rädda att släppa taget och förlora någon el för att det väcker rädslan för den egna döden? Vem tar hand om dem? Behöver de också någon form av vård? Eller skall de lämnas för sig själva? För de står ju på benen och är ”friska” eller ? Skall de först behöva utveckla någon allvarlig fysisk el psykisk åkomma för att ha rätt att ta del av vård systemet i ett senare skede? Och i så fall skapar det inte ännu mera lidande ?

Var finns den etiska debatten här ??? Vad hände med medmänskligheten här ??? Vad hände med relations etiken ??? Vad hände med sjuksköterskornas egen känsla av att kunna ha ett arbete som känns meningsfullt och där de också får uppskattning ??? (eller skall de bara ge tills de är tömda på all kraft och motivation?)

Kanske ni tyckte att jag svävade ut lite här, men jag ville bara bredda debatten några millimeter till, för det finns mycket plats i kosmos och i öppna hjärtan…

**Omvårdnadskonsult**

Ragnar Asker

SSV4ASRA

**Bra jobbat - att ställa reflektiva frågor = kritiskt förhållningssätt som leder till “open mind” och förändringsvilja – satsa på det – Kicki**

**\*\*\*\*\*\*\***

**Intervju**

**Nurses´ Attitudes to Euthanasia: A Review of the Literature**

**Nursing Ethics 2004 11 (4)**

Vårt val av artikel grundar sig i att vi tycker att ämnet är mycket aktuellt och viktigt. Det väcker också många etiskt intressanta frågeställningar och funderingar om livet.

**Frågeställningar till artikeln**

**\*** Vet du ifall det finns något/några länder i världen där dödshjälp idag är lagligt ?

Svar: ja holland

**\*** Har du någon gång inom vården kommit i kontakt med någon form av indirekt dödshjälp ?

Svar: jag har själv deltagit i det, när en läkare bedömer att man inte ska göra mera för tex en 80-årig gamling (sker ibland i samråd med anhöriga), tex man ger inte antibiotika vid lunginflammation utan bara ger smärtstillande.

**\*** Anser du att det är etiskt riktigt att ge aktiv dödshjälp (som sjuksköterska) ?

Svar: absolut helt rätt, om en person inte vill leva, är psykiskt frisk, somatiskt dödssjuk tex smärtsam cancer som ej går att behandla m.m.

**\*** Skulle du själv kunna tänka dig att ge/genomföra aktiv dödshjälp vid önskemål, om det blev lagligt i Sverige ?

Svar: ja. jag anser tom att det är min plikt som sjuksköterska att minska lidande och det kan jag göra genom att erbjuda aktiv dödshjälp.

**\*** Vad anser du tala för, respektive mot aktiv dödshjälp ?

Svar: + minska lidande både för patient och anhörig, patienten har fortfarande sin fria vilja kvar trots att den är dödssjuk, - att patienten kan göra det mot anhörigas vilja, - kan vara väldigt jobbigt för vårdpersonal att deltaga el genomföra det, - gränslinjen mellan suicidala tendenser och äkta dödshjälp dvs har de haft tidigare odiagnostiserade psykiska besvär el dödslängtan före den allvarliga sjukdomen ?, - var ska gränserna gå dvs hur sjuk måste man vara för att få aktiv dödshjälp ?

**\*** Vilka krav tycker du skall finnas för att dödshjälp ska beviljas (patient, anhörig, sjuksköterska) ?

Svar: se på det holländska systemet tex använda 3 oberoende läkare för att bedöma fallet, skall vara dödssjuk dvs det finns ingen bot för deras sjukdom och att de lider fruktansvärt under längre tid.

**Dessutom**

Skaffa dig en bild av SSKs uppfattning om etiken/moralens betydelse i det dagliga arbetet !

Svar: det är viktigt men i praktiken så sker det på en omedveten nivå för att det sitter djupt inom en själv. Sedan har ju olika sjuksköterskor olika värderingar vilket kan leda till konflikter.

**\*\*\*\*\*\*\***

**Uppgift F**

**Välj en delsats från varje område och beskriv ett konkret exempel på hur den delsatsen kan tillämpas i omvårdnad.**

**Sjuksköterskan och allmänheten**

1. Ger omvårdnad som respekterar mänskliga rättigheter och tar hänsyn till människors värderingar, vanor och tro.

Att de kan få besök av någon religiös representant när de så önskar, Alla kanske inte behöver tvingas upp klockan 6:00 på morgonen särskilt inte om de behöver vila.

**Sjuksköterskan och yrkesutövningen**

1. Följer och främjar vårdpersonalens hälsa i relation till deras arbetsuppgifter.

Att man försöker skapa rimlig arbetsfördelning mellan SSK men också mellan USK och läkare och att man kan flyta lite mellan rollerna ibland för bättre harmoni (teamkänsla). Tex 2 tim gratis tid för massage, avslappnig, läsning, träning, hälsocirkel eller vidareutbildning på arbetstid. Undvika rullande skift.

**Sjuksköterskan och professionen**

1. Stimulerar arbetsplatsen att bedriva, sprida och använda forskning som är relaterad till omvårdnad och hälsa.

Att utvecklingen av nya rutiner, metoder och kunskaper stöds både från ledning och ges utrymme under arbetstid, hur kan vi göra det här bättre ? informationssökning.

**Sjuksköterskan och medarbetare**

1. Utvecklar strukturer på arbetsplatsen som stöder allmänna professionella etiska värderingar och förhållningssätt.

Förtydliga dessa riktlinjer skriftligt men också diskutera dem så att alla förstår och kan ge sin syn på dessa tolkningar och ha uppföljande möten för utvärdering, har vi följt våra egna riktlinjer ?, men även akuta möten när det dyker upp nya etiska utmaningar, viktigt att ha en gemensam vård attityd mot vårdtagaren och anhöriga.

**Ta din utgångspunkt i ICN:s hemsida och välj ut den information du anser som viktig angående ICN:s organisation och som du vill förmedla till dina gruppmedlemmar.**

**ICN Goals and Values**

Three goals and five core values guide and motivate all ICN activities.

**Goals:** To bring nursing together worldwide, To advance nurses and nursing worldwide, To influence health policy
Values: Visionary Leadership, Inclusiveness, Flexibility, Partnership, Achievement

**ICN policies**

Elimination of female genital mutilation

Cloning and human health

Torture, Death penalty and participation by nurses in executions

**News Room**

World Wide Perspective

**Guidelines**

Inspiration

**\*\*\*\*\*\*\***

**Etisk policy**

Grundad i den dagliga verksamheten riktat till all vårdpersonal på månbasen PIVA.

Vi baserar vår etiska policy på följande värdegrunder.

• Bemöta alla med **respekt**

• Värna om patientens **självbestämmande**

• Värna om patientens **integritet**

• Sträva efter att alla skall uppleva **trygghet**

• **Förtroende** i kommunikation och handlande

• **Tystnadsplikt**

• Visa **empati** och **förståelse** för våra medmänniskor

• Främja patientens **hälsa** och **välbefinnande**

• **Lyhördhet** för andras behov och åsikter

• **Godhet** – följa göra gott principen

• **Helhetsperspektiv**, att även se det friska hos patienten

• **Klokhet** och **intuition** invävt i sitt dagliga handlande

• Alla bör behandlas så **rättvist** som möjligt utifrån individuella behov

• **Alla är unika och har ett lika värde** !

Vid eventuella etiska dilemman så använder vi **KLOK**-modellen

**Etisk**

**Rådgivare**

**Ragnar Asker**

**\*\*\*\*\*\*\***

**Gruppuppgift**

**Etiketterna**

## En påse nötter

De visade bristande respekt, bristande omvårdnad, bristande människosyn och nedvärderade människovärdet. De bröt mot tystnadsplikten och respekterade inte integriteten på så sätt att de pratade över huvudet på Lennart och om andra patienter i hans närvaro. De behandlade honom som om han inte existerade. Ett bra utgångsläge kan vara att bemöta en vårdtagare som om att han/hon hör och förstår allt du säger. Respektera tystnadsplikten och bevara varje vårdtagares integritet. Det är viktigt att vara försiktig med att sätta in människor i fack eller roller. Utgå istället ifrån att alla människor är olika och kan förändras. Det är viktigt att själv bilda sin egen uppfattning om vårdtagarna och vara medveten om att deras beteende kan vara olika mot olika personer. Människors behov är olika och kan ändras.´

## Dödens väntrum

Det var oprofessionellt att ta en ovan person till att sitta och vaka, dels mot patienten och dels mot den som vakade. Det hade nog varit bättre om ordinarie personal hade vakat. Som ovan behövs information och handledning så att man vet vad man ger sig in på och är redo att möta någon i livets slutskede.

## Trädgårdsgatans hemtjänst

Den informella chefen fungerade dåligt i situationen med anskaffning av vikarie. Det var dåligt samarbete, oklara arbetsuppgifter och rutiner. Den informella chefen var inte lyhörd på förslag. Maktmissbruk genom att utnyttja sin position som informell ledare, ej följa tidigare beslut om att vara två vid besök hos vårdtagaren. Viss form av utfrysning, mobbning förekom gentemot vikarien som även fick tyngst arbetsuppgift för att de andra inte ville gå in till just den vårdtagaren. Det ska finnas tydliga riktlinjer för insättning av extrapersonal som överensstämmer med nuvarande lagstiftning. Man bör balansera arbetsuppgifterna, så att alla får vara med och bestämma, ingen ska behöva känna sig utanför. Förhoppningsvis leder det här till ökad trivsel för samtliga på arbetsplatsen.

**\*\*\*\*\*\*\***

**Individuellt Arbete**

**TACK !!!**

**Till mannen som inte är rädd för att svinga sitt svärd och som hjälpte mig att avsluta mitt arbete, detta tillägnar jag honom, när han har tid och ork att skåda resultatet...**

 **Tårar får finnas de också...**

**När orden är slut återstår bara sanningen !**

**Ragnar**

**Vad innebär etik ur ett ssk perspektiv för mig personligen ?**

**Från makroetik till mikroetik**

**Trossystem**

Alla människor har troligtvis en form av etisk programvara (såvida den inte är satt ur spel) ibland medveten ibland omedveten, ibland väldigt selektiv och ibland generell. Denna kan man givetvis ändra el uppdatera medvetet el omedvetet, men det är nog svårare att ändra på något man inte känner till själv. Som människa föds man in i ett kulturellt sammanhang som präglas av den tidsepok man vistas i, sedan har vi ju de sociala värderingarna osynliga och synliga som vi absorberar som tvättsvampar inklusive massmedial påverkan vilken kanske slår hårdare än dagens utbildning då den ofta påverkar en livet ut, sedan har vi vars och ens trossystem ibland religiösa ibland inte. Så det är svårt att säga att någon är neutral i egentlig mening. (20) Det lustiga är att vissa säger att det inte har något trossystem, då skrattar jag inombords för jag anser att alla har en form av trossystem som de använder för att ta sig fram genom livet, vi skulle troligtvis inte kunna klara oss om vi inte hade någon form av strukturerat trossystem. Är det inte det som är ursprunget till de flesta konflikter ? dvs. när människor tolkar det som att deras trossystem är hotat för det är ju där de har investerat sin mentala trygghet. (30) Trossystem definieras här som alla former av mentala antaganden om verkligheten som vi väljer att agera utifrån (fysiskt, psykiskt, mentalt). Alla människor lever is sina mentala ”boxar” men det är viktigt att förstå (om man vill förstå) att vi själva låser in oss el frigör oss genom att modifiera dem. Det är egentligen det yttersta ansvaret vi har som människor och här i ligger paradoxen, där ligger också nyckeln till människans frihet men total frihet innebär också totalt ansvar. Det är inte konstigt att det finns krafter som specialiserat sig på att designa trossystem för att kontrollera människor. För det påverkar varenda människa på Jorden varje sekund, varje andetag, varje handling vilket de flesta är ”lyckligt” ovetande om än så länge och den som vågar påstå detta kommer troligtvis att bli ”korsfäst” inom en nanosekund.

**Val**

Sedan en fantastisk dag så vaknar en del av oss upp med tanken/önskan att bli sjuksköterska ,alla av olika anledningar, men för mig var det ju förstås ett kall/;)

Fast val existerar ju inte enligt Freuds synsätt ? (17, 48)

**Utbildning**

Då kan man hamna hos en av de större sjuksköterske fabrikerna tex. i Jönköping. Där man har bestämt sig för att stöpa en viss form av sjuksköterskor i stort antal, antagligen pga. av export behovet till andra mindre lyckligt lottade platser, där det kan vara brist på ”göra gott människor”. När man väl sitter på denna FN liknande skola så kan signalerna vara lite motstridiga. På ett sätt sägs det att vi är unika (vuxna) och har värden från tidigare erfarenheter men vi behandlas nästan som att vi är korkade ibland (fast det kanske vi är?) med en extrem toppstyrning där vi tvingas in olika mentala tvångströjor (43) och när det gäller våra sk uppgifter så finns det sällan något större val av kreativt uttryck el svängrum utan risk för att bli bestraffad (betyg, poäng, studiemedel) och de flesta kurser bygger på papegoj inlärning upprepa vad läraren sagt och bli godkänd, ingen ide att tänka för mycket själv, vad hände med att integrera kunskapen man lärt sig ? reflektion, problemlösning och feedback tillbaka till hela skolsystemet och klasskamrater dvs. möjligheten att se vad de har lärt sig, deras tolkningar, deras unika bidrag. Det fokuseras till 90% på teoretisk förmåga, 9 % på pratisk kompetens men det betyget kommer inte att synas vid utbildningsslutet varför ? 1 % satsas på att få oss att kunna kommunicera med andra människor, konstigt kommer inte 99 % av vårt jobb handla om kommunikation i någon form el annan ? vad utbildas vi till egentligen cybersjukköterskor som skall sitta framför dataterminaler och trycka på knapp för aktiv dödshjälp ? (kan tyvärr inte validera de statistiska beräkningarna ännu kanske efter nästa kurs i analytisk statistik). (22)

**Etik i Praktik**

**Vårdpraktik/Vårdetik/Vårdestetik**

No 1. enligt mig är att alltid utgå från vårdtagaren i första hand, vad de har för önskemål, planer och motivation dvs. inte bara pressa på dem en massa åtgärder, nu måste vi göra så här, istället utgår man från det unika i varje vårdsituation. (1, 23)

En annan viktig aspekt att betona är ju mer av sig själva ssk utvecklar desto mera har man att ge, men också att vårt arbete kan bli effektivare för att det går snabbare att komma till kärnpunkten av olika problem men också förmågan att möta olika vårdtagare där de står, särskilt förmågan att kunna möta alla sorters känslor inom/utanför och att kunna lita på sin egen intuition. (2, 24, 25) Detta förbises ofta på ssk utbildningar där man ofta överfokuserar på den intellektuella förmågan, vill man tvinga fram forskare ? Det vore i så fall bättre att tvinga fram bättre social kompetens och personlig utveckling dvs förståelse för ens egna själv, hur kan man annars förstå andra ? Detta skulle man i princip kunna få gratis i utbildningen om man såg till att det alltid blev äkta nya grupper (i stället för trygghetskluster) i varje kurs dvs. att man redan under studietiden tränas att möta olika personer särskilt sådan som man inte spontant skulle välja att umgås med, detta kommer ju att bli en stor del av vår senare yrkesroll.

Motivation är jätteviktigt tex. att ssk kan känna att de växer och kan utvecklas men även får positiv kritik och beröm när det går bra, istället för att bara känna sig tvungna att passa in i en redan färdig modell som inte går att förändra dvs. en yrkesmässig tvångströja, det kan nog få vem som helst utbränd på kort tid. (3)

Gensvar är ju faktisk en av belöningarna inom vårdyrket, att få bli berörd och att känna att man berör andra och att det uppskattas. Ibland borde man kanske bli bättre på att ta tillvara detta. (3) Tex. om någon hittar en person på gatan, ringer ambulans, som sedan tar personen till intensiven och därefter kirurgen så blir det sällan feedback och överblick över hela vårdprocessen. Kanske vill vårdtagaren tacka den som ringde ambulansen el någon undrar vad hände med henne som vi hittade på gatan med andningsuppehåll ? möjligheten här för en hel vårdcirkel el helande relationer är extremt stor det skulle kunna sprida sig som positiva ringar ut i hela samhället, men den ingår inte i dagens fyrkantiga och segmenterade vårdstruktur.

Utbrändhet inom vården är en komisk paradox ? vi ssk skall lära oss att vårda andra, men inte oss själva ? Tex. hälsa & livsstil ingår ju inte ens i den grundläggande utbildningen fokus är ju på det sjuka inte det friska. Vårdpersonal är troligtvis en av de första yrkesgrupper som bränner ut sig, det är ju inbyggt i hela vårdstrukturen, men det kanske inte gör så mycket med lite bortfall av ssk, det utbildas ju ändå så många inom Jönköpings kommun/;) (3)

Den empatisk förmågan är antagligen en av ssk största tillgångar, kanske har många ssk en överempatisk personlighets störning som lätt kan leda till ett överfokus på andra människors behov både professionellt och privat antagligen en av det största riskerna till utbrändhet, det är viktigt att vara medveten som ssk om vilka val man gör på detta område. (26, 27) Det är också viktigt att ”empatin” inte övergår för mycket i ”tycka synd om” får då har man satt vårdtagaren i offerrollen och det lär inte hjälpa vare sig ssk eller vårdtagaren själv, även om den kanske väljer att belöna dig för den attityden. Sympati står för att visa i konkret handling omsorg om någon annan. (5)

Etiska problem är något som alla möter i sina liv särskilt tydligt blir detta för ssk men det är också vår chans att växa som människor. (6, 29)

Vid etiska konflikter kan det vara svårt att nå konsensus det blir snarare att ett perspektiv som värderas högre och ett auktoritetsbeslut om vad som är rätt som fattas. (6, 31)

Etiska dilemman är när det finns flera olika alternativ att välja mellan och det inte går att se vilket som självklart är det bästa, men att de får olika konsekvenser. (7, 32)

En personalistisk människosyn kan hjälpa oss att se vårdtagaren i ett större sammanhang detta kan vara viktigt vid omvårdnaden, det påminner lite om systemisk psykologi att man tex. även jobbar med personer runt om som har stor inverkan på den primära vårdtagaren. (8, 33)

Det kan var bra att se inom ssk yrket att det är inte bara är vår ssk utbildning som ger oss kompetens utan att vi alla har samlat på oss personlig kompetens under vårat liv som sedan kan vara en oerhörd tillgång till vårt yrke dvs. vi har redan en form av värde innan utbildningen. (9, 34)

Sensualitet är den form av beröring som används som en källa att tolka och förstå kroppsliga signaler, den sammanlänkar vårdtagaren och vårdgivaren icke verbalt och kan ofta ”beröra” djupare än både tanke och känslo uttryck. (10, 35) Tex. hade en vårdtagare som inte gillad män i vården ”när skall du skaffa ett riktigt jobb ?” morrade han, jag tänkte att det är ingen ide att tjafsa om det, så jag och min kollega från venus (kvinnlig) bara bytte blöja på honom, detta upprepades många nätter, jag höll mig lite i bakgrunden dvs. kommunicerade mest med mina händer som var en form av mjuk och respektfull beröring (i varje fall enl. mig), sedan så sa han en dag ”hur länge skall du jobba här ?” då tänkte jag vill han bli av med mig ?, så jag sa ”om du har tur så slipper du mig nu, för det är min sista dag”, då blev han helt knäckt, han skulle skaka hand med mig och sedan så önskade han mig välkommen tillbaka när som helst, han höll hårt i min hand och såg rakt in i mina ögon, det var den största belöningen jag fick den kvällen och det var inte lång från att tårarna rullade, ett möte hade skett…

Vad är viktigast i omvårdnaden just nu ? Båda parter står i en ömsesidig relation där en dialog mellan dem kan leda till lärdomar för båda, särskilt klarhet om den lämpligaste formen av omvårdnad. (11, 36)

Det är bra att kunna hjälpa vårdtagaren så mycket som möjligt men vi får se upp så att vi inte gör dem beroende av oss, utan snarare att vi försöker få dem att själva ta itu med sina livsutmaningar så långt det är möjligt, det är svårt att känna stolthet för mål som man inte uppnått pga. egen kraft. (12, 37, 39)

Öppenhet handlar i princip om en attityd till livet där man ser sina möten mellan olika människor som en tillgång för att själv kunna växa som människa, detta kommer alla du möter känna av, vilket är ytterligare en tillgång privat som yrkesmässigt. (13, 82)

Viktigt att vara lyhörd för tröst behov, ibland kan man missa detta tex. om vårdtagaren döljer sina rädslor. (14, 38) Tex. när jag gjorde min första praktik så skulle jag och en ssk lämna en vårdtagare på operation, slentrian mässigt så körde vi in sängen och började gå därifrån, jag tänkte precis följa efter ssk som hade bråttom därifrån, när jag vände mig om en sista gång för att titta på vårdtagaren, jag fick nästan en chock, hon sa inget men hennes ögon utstrålade ren panik, jag var tvungen att vända tillbaka.

Ibland så försvinner de sociala kontakterna helt med anhöriga och vänner och om man då också är helt utan någon form av kroppslig kontakt så kan man känna det som att man inte existerar. Ibland kan den mest värdefulla gåvan vara att mjukt lägga handen på någon och har man också den stora kärleken inom sig så att man kan låta allt få finnas, så finns det egentligen ingen starkare form av beröring, vissa kallar det för healing och detta är också en öppning för mirakel bortom allt linjärt tänkande. (15, 40)

Att bejaka människovärdet kan ske genom att trösta dem som lider, i avsikt att lindra och skapa trygghet. Där man tar sig tid att lyssna och ge support/feedback ofta är det så väldigt lite som behövs rent kvalitativt för att vårdtagare skall känna sig sedda och bekräftade vilket leder till en form av förnöjsamhet. (16, 41) Tex. hade en vårdtagare som larmade patrullen för att en skrivbordslampa hade ramlat ner, min medarbetare tolkande detta som att det är ju hon den besvärliga och gnälliga som aldrig blir nöjd, men jag gillar utmaningar så jag frågade om hon inte hade några verktyg hemma och om jag fick göra hål i sängbordet för att skruva fast den rejält (tog ca 3 min), jag visste att det inte ingick i våra arbetsuppgifter men vi hade inga andra larm då, sedan skämtade jag med henne och sa att det här kostar egentligen 1000 kronor men eftersom att det är min sista dag så bjuder jag på detta, hon skrattade så gott åt detta, men sen kom ju bakgrunden fram, lampan hade trillat ner en gång innan i sängen och hon kunde inte ta bort den och madrassen hade sedan börjat att brinna pga. den varma lampan, som tur var kunde en granne hjälpa henne då…

Integritet kan innebära en känslig balans gång, för det som är lugnt för dig kan vara starkt för den andra (ex trossystem, kroppsbemötande, personliga åsikter och önskningar) dvs. man får nästan känna sig fram lite bildligt och bokstavligt talat, vad vårdtagare anser vara tabu el inte och hur mycket de villa säga, men det är också viktigt att förstå att alla har olika bakgrund så om någon säger att de har ont där ”nere” så kan det upplevas som extrem öppenhet/utelämnande från vårdtagaren sida, medans för en ssk så kan det upplevas som vardagsmat utan någon större laddning. (17, 42)

Etiken i förhållande till arbetskamrater pratas det inte så mycket om men det är ju en primär faktor för ens roll som ssk tex. om en ssk alltid säger ja till allt och inte vågar sätta gränser till vårdtagare så kan det ju leda till att de andra kommer att framstå som ”the bad guys” när de behöver säga nej ibland dvs sätt olika gränser. (44)

Många sjuksköterskor försöker att göra sitt bästa ofta i den bemärkelsen att man ger vad man själv vill ha, men är det så självklart ? varför skall man ge något som inte önskas ? är det inte bättre att försöka optimera kommunikations förmågan dvs vad är det egentligen vårdtagaren önskar ? ibland kan de behöva hjälp med att sätta ord på detta. (45) Detta tema belyses väldigt bra i denna vetenskapliga artikeln. (19) Kanske kunde man som ssk elev se filmer med olik former av vårdkommunikationer ur verkliga situationer och sedan tolka det skriftligt för att därefter validera riktigheten i tolkningarna efteråt, spännande, kanske kunde man även få betyg i kommunikation och tolkningsförmåga. Varför inte den heliga tre enigheten dvs betyg i teori, praktik, kommunikation (empatisk) ?

**Top-Down el Bottom-Up ?**

Allra sist så tror jag att etikkurser på sin höjd kan hjälpa en människa bli mera medveten om sina egna etiska ställningstaganden. Men att man inte kan utöva äkta etik genom att bara följa en massa fina tankar (estetik) utan den äkta etiken kommer alltid inifrån dvs. vad en persons djupaste övertygelse är i varje unik etisk situation (självklart så kan den ju utvecklas hos varje individ och vi får hoppas att den också gör det). Det vore ju förstås bra att ha någorlunda konsensus här som ett kollektiv men i slutändan blir den ändå personlig, sen om man vågar stå för det är en helt annan sak (kurs på 5 p.) (18, 46)

Ett öppet hjärta, öppna ögon, öppna öron, mjuka händer och förmågan till fria tankar är vägen till kursen ”ethics of the heart” 5 p.

**NU står jag inför ett etiskt dilemma skall jag lämna in detta pappar ? NI bad om en personlig syn på etik, men spränger ja era mallar för mycket ? Jag har redan gått över gränsen (på 4 sidor) med risk för IG ? Eller skall jag låna lite säkert VG material och köra lite klipp och klistra för att ge lärarna vad de vill ha ? Vissa kallar detta för prostitution.**

**Vad är rätt ? Vad är fel ?**

**Jag väljer att spela högt. Jag satsar allt på ett kort för jag vill inte förlora min själ igen, priset för detta är ännu högre än alla former av betygs system…**

**Tack för att ni läste detta !!!**

**Ragnar Asker**

**Referenslista**

1. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 2, s. 46
2. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 2, s. 48
3. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 3, s. 62
4. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 3, s. 63
5. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 3, s. 68
6. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 3, s. 71
7. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 3, s. 72
8. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 3, s. 89
9. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 4, s. 106
10. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 5, s. 116
11. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 5, s. 117
12. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 5, s. 122
13. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 5, s. 123
14. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 5, s. 125
15. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad människor*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 5, s. 126
16. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 5, s. 128
17. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 5, s. 129
18. Malmsten Kersti. *Etik i basal omvårdnad*, Studentlitteratur; 2001, Kapitel 4, s. 98
19. Tineke A Abma. *Struggling with the fragility of life: a relational-narrative approach to ethics in palliative*. Nursing Ethics 2005; 12 (4)
20. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Introduktionsavsnitt
21. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 17, s. 252
22. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 17, s. 257
23. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 1, s. 25
24. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 1, s. 33
25. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 1, s. 43
26. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 3, s.49
27. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 4, s. 73
28. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 3, s. 69
29. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 17, s. 257
30. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 15, s. 234
31. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 16, s. 250
32. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 16, s. 251
33. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 8, s. 133
34. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 4, s. 62
35. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 13, s. 211
36. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 13, s. 210
37. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 17, s. 254
38. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 3, s. 47
39. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 6, s. 105
40. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 1, s. 23
41. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 1, s. 30
42. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 17, s. 256
43. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 17, s. 254
44. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 10, s. 173
45. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 10, s. 165
46. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 17, s. 255
47. Henriksen J-O, Vetlesen A-J. *Etik i arbete med människor*, Studentlitteratur; 1998, Kapitel 5, s. 82
48. Passer Michael, Smith Ronald. *Psychology:the science of mind and behavior*, McGraw-Hill; 2004

**\*\*\*\*\*\*\***

**Kuriosa**

**Masuro Emoto**

How prayers imprint water

<http://www.wellnessgoods.com/messages.asp>

A human being consciously processes 2000 bits of information per second, but the entire brain processes 400 billion bits of information per second.

Om ni känner att serien ”extrema studiedokument” har hjälpt er, snälla, låt författaren få veta det, en fri drink, en klapp på axeln eller ett leende räcker långt, i hans strävan efter lycka & kärlek !

**ETHICS OF THE HEART**

**Ragnar Asker**

**SSV4**

 “Nothing is impossible, because, impossible itself says IM Possible !” Starbeam

 “Now you are living the best part of your Life !” Starbeam

“Humour is my religion !” Starbeam

**Version III**

**Självrespekt**

**Tänk på att en av de största gåvor ni kan ge en annan människa är feedback på deras arbete, vare sig ni hatar eller älskar det, för då visar ni er respekt genom att säga hur det påverkade er, det handlar inte om rätt eller fel, bra eller dåligt, det handlar om att vara äkta…att ge gåvan tillbaka till källan…då växer alla…**