



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for helse og idrettsfag
BASY 2010

Tone-Beate K. Rundberget og Caroline Torkildsby
Veileder: Irene Imingen

Du kan ikke tvinge meg!

You can not force me!

Antall ord: 11 143

4BACH – Bacheloroppgave i sykepleie

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

HVA SER DU SØSTER!

Hva ser du søster i din stue?

En gammel, sur og besværlig frue, usikker på hånden og fjern i blikket, litt grisete og rotete hvor hun har ligget. Hun snakker høyt, men hun hører deg ikke, hun sikler og hoster, hun har snue og hikke.

Hun takker deg ikke for alt det du gjør, men klager og syter, har dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser? Lukk øynene opp og se – det er mer. Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er, den gamle damen som ligger her.

Jeg er en pike på 10 i et lykkelig hjem, med foreldre og søsken, jeg elsker dem! Jeg er en ungmø på 16 med hjerte som banker av håp og drøm og romantiske tanker. Jeg er en brud på 20 med blussende kinn. I mitt eget hjem går jeg lykkelig inn. Jeg er mor med små barn, jeg bygger et hjem, mot alt som er vondt vil jeg verne dem. Og barna vokser med gråt og latter. Så blir de store, og så er vi atter to voksne alene som nyter freden og trøster hverandre og deler gleden når vi blir femti og barnebarn kommer og bringer uro og latter hver sommer.

Så dør min mann. Jeg blir ensom med sorgen og sitter alene fra kveld til morgen, for barna har egne barn med hjem, det er så mye som opptar dem. Borte er alle gode år, det trygge, glade og vante kår. Nå plukker alderen fjærene av meg. Min styrke, mitt mot, blir snart tatt fra meg. Ryggen blir bøyd og synet svikter – Jeg har ikke krefter til dagens plikter. Mitt hjerte er tungt og håret grått. Men hørselen skranter det også smått. Men inne bak skrøpeligheten finnes det ennå så meget vakkert å minnes: barndom, ungdom, sorger og gleder. Når alderdomsbyrdene tynger meg ned så synger allikevel minnene med.

Men det som er aller mest tungt å bære er det at evig kan ingenting være. Hva ser du søster? – En tung og senil og trett gammel skrott? – Nei. Prøv en gang til. Se bedre etter – se om du kan finne et barn, en brud, en mor, en kvinne. Se meg du må prøve å se – og finne (Kommuneforlaget, 2008).

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	s. 5
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	s. 5
1.2 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen.....	s. 6
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	s. 6
1.4 Pasientcase.....	s. 7
1.5 Anonymisering.....	s. 8
1.6 Oppgavens disposisjon	s. 8
2.0 Metodekapittel.....	s. 9
2.1 Litteratursøk og søkehistorie.....	s. 9
2.2 Kildekritikk.....	s. 10
3.0 Teorikapittel.....	s. 12
3.1 Alzheimers sykdom.....	s. 12
3.2 Kari Martinsen	s. 15
3.3 Miljøbehandling.....	s. 16
3.4 Kommunikasjon.....	s. 17
3.4.1 Kommunikasjon med personer med demens.....	s. 18
3.4.2 Validering.....	s. 19
3.4.3 Reminisens.....	s. 19
3.4.4 Realitetsorientering.....	s. 20
4.0 Etikk.....	s. 21
4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven	s. 22
4.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	s. 23
4.3 Legemiddelhåndtering.....	s. 24
5.0 Drøftingsdel.....	s. 26
5.1 Validering.....	s. 26

5.2 Reminisens.....	s. 29
5.3 Realitetsorientering.....	s. 32
6.0 Konklusjon.....	s. 35
7.0 Litteraturliste.....	s. 37
8.0 Vedlegg 1, søkehistorie.....	s. 42

1.0 Innledning

Innen år 2040 kan antall pasienter med en demenssykdom være doblet. Derfor vil det også stilles høyere krav om rekruttering og kompetanse hos oss som sykepleiere (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Disse tallene viser at vi som sykepleiere bør ha større kompetanse innenfor demensomsorgen i årene fremover. Fagartikkelen *Communication bridges for patients with dementia* skriver også om viktigheten med god opplæring og ferdigheter hos sykepleiere som jobber med personer med demens (Elkins, 2011). Pasienter med demens som bor i sykehjem er sårbare mennesker. Disse personene kan utvikle angst, forvirring, vrangforestillinger og depresjoner, som igjen kan føre til en manglende følelse av kontroll over egen situasjon. Dette kan føles truende for pasientene, og kan bidra til å skape verbal og fysisk motstand i situasjoner hvor pleiepersonell skal yte omsorg (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010).

Vårt tema omhandler bruk av tvang i forhold til medisinerings hos personer med demens. Studien *Bruk av tvang i sykehjem* viser at 45% av pasientene som bor i skjermede enheter for demente og 37% av pasientene som bor i somatiske avdelinger ble utsatt for minst et tvangstiltak hver uke. Et av de vanligste tvangstiltakene var skjult medisinerings (Kirkevold, 2012). Hvordan vi som sykepleiere kan forebygge bruk av tvang hos personer med demens kan være et stort og omfattende tema. Men det vil likevel være svært viktig å reflektere over dette i rollen som sykepleiere, da vi vil møte situasjoner hvor vi kan måtte yte tvang i alle helseinstitusjoner. Studien *Is Covert Medication in Norwegian Nursing Homes Still a Problem* viser at problematikken med skjult medisinerings fortsatt er et problem blant pasienter i norske sykehjem (Kirkevold & Engedal, 2009).

Vår interesse for faget har kommet gjennom de ulike praksisperiodene gjennom studiet, hvor vi flere ganger har opplevd bruk av tillitskapende tiltak og tvang. Vi har også jobb på et sykehjem begge to, hvor vi har utøvd tillitskapende tiltak med både positive og negative resultater.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Vår problemstilling er: *Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge bruk av tvang i møte med personer med demens?*

1.2 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

Viktige begreper i problemstillingen er tvang, demens og forebygging.

Tvang blir definert av Kirkevold:

... bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse eller behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler, og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje (sitert i Rokstad & Smebye, 2008, s. 208-209).

Engedal & Haugen definerer demens:

... en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd (s. 17).

Forebygging blir ofte omtalt som en type aktivitet som har fokuset mot et bestemt problem som ennå ikke finnes, og skal forhindre at det oppstår (Snoek Engelstad & Engedal, 2008). I denne oppgaven vil vi ha fokus på forebygging ved hjelp av kommunikasjon som metode.

1.3 Avgrensing av oppgaven

Å forebygge bruk av tvang ved hjelp av miljøbehandling er et omfattende tema. Vi vil derfor fokusere på tillitskapende tiltak i form av kommunikasjon, som igjen er en del av miljøbehandling. Innenfor demensomsorgen finnes det tre anerkjente kommunikasjonsmetoder som ofte er brukt: reminisens, validering og realitetsorientering. Disse vil vi presentere i teorikapittelet.

Tvang hos pasienter med demens er brukt i flere ulike situasjoner, men vårt fokus vil være på medisinerings.

Demens er en sammensatt gruppe av flere ulike typer sykdommer som medfølger kognitiv svikt og eventuelt atferdsmessige og psykiske forandringer (Berentsen, D., 2008). Derfor har vi valgt å konsentrere oss om pasienter med langtkommen Alzheimer sykdom på sykehjem. For å begrense problemstillingen har vi valgt å lage en pasientcase. Denne casen vil også hjelpe oss til å knytte den anvendte teorien og forskningen vi har funnet opp mot praksis underveis i drøftingskapittelet.

1.4 Pasientcase

Olaf Nordmann er en mann på 83 år. Han er gift med Kari, og sammen har de fire barn. Han har tidligere jobbet med tømmerhogging og gårdsbruk. Olaf fikk diagnosen Alzheimer for fem år siden, men han har klart seg bra hjemme med hjelp fra kona og hjemmesykepleien. For nesten et år siden ble symptomene forverret, Olaf ble mer aggressiv og han begynte å nekte hjelp. På samme tidspunkt fikk Olaf innvilget langtidsplass på Hjertegod sykehjem.

I den siste tiden har Olaf blitt mer verbalt utagerende og vil ikke ta medisinene sine, han tror selv at vi forgifter han. Når han ikke vil ta imot den nødvendige helsehjelpen, har det skjedd at de ansatte gir opp å gi han medisinene. På grunn av manglende forståelse av helsehjelpen har ikke Olaf lenger samtykkekompetanse på området medikamenthåndtering. Det er i tillegg fattet vedtak på bruk av tvang, ved å knuse tabletter og holde armer ved injeksjoner.

I tillegg til Alzheimer har han hjertesvikt og diabetes mellitus type 1. Som behandling av hjertesvikten bruker han Lisinopril 10mg. Olaf sliter mye med hyperglykemi, og behandles med NovoMix 30 14 IE og Insulatard 18 IE. Han har over lengre tid brukt Ebixa 20mg som symptomatisk behandling av Alzheimer.

En kveld hadde Olaf besøk av sin kone. Han ble fort sliten, og hadde en verbal utagerende atferd ovenfor Kari. Når han skulle legge seg, begynte han å slå etter sykepleieren som skulle gi han medisinene. Hun konfronterte den andre sykepleieren som var på vakt, og de ble enige om å knuse tablettene hans og blande dem i syltetøy. De gikk inn til Olaf, hvor den ene av dem holdt fast armene hans, slik at den andre kunne sette insulinet. Olaf reagerte med redsel og sinne. Han ble verbalt utagerende og han forsøkte å vri seg løs. Han knep igjen munnen, og nektet fortsatt å ta tablettene.

1.5 Anonymisering

Vi har valgt å skrive en pasientcase. Situasjonen i pasientcasen er skrevet på grunnlag av egne praksiserfaringer. Hendelsen er reel, men pasienten er oppdiktet. Vi vil i drøftningskapittelet bruke andre situasjoner vi selv har opplevd. Pasientene blir anonymisert, slik at vi overholder vår taushetsplikt.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp i fire kapitler. Det andre kapittelet er et metodekapittel, hvor vi presenterer søkehistorie, vurdering av artikler og litteratursøk. I teorikapittelet vil vi skrive om sykdommen Alzheimer, kommunikasjon med personer med demens og tre ulike kommunikasjonsteknikker, miljøbehandling, etikk, Kari Martinsens omsorgstenkning og pasient- og brukerrettighetsloven. I det femte kapittelet vil vi drøfte den anvendte teorien opp mot situasjonen rundt Olaf, slik at vi kan finne en løsning på å unngå bruk av tvang.

2.0 Metodekapittel

”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”, skriver Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s. 196).

Metode er med på å hjelpe oss til å samle data/ informasjon som vi ønsker å bruke i oppgaven vår. Vi kan si at redskapet er metode. Og vi bruker redskapet når vi møter på noe vi vil undersøke. Det finnes to hovedretninger i en metode, kvantitative og kvalitative metoder. En kvantitativ metode går ut på data som opptrer i målbare enheter, vi kan lese og bruke tallene fra kvantitative metoder. Den andre metoden det var snakk om er kvalitative metoder. Dette er en metode som går på opplevelser og meninger som verken kan måles eller leses i tall (Dalland, 2012).

Retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark påpeker at denne fordypningsoppgaven skal være basert på litteratur og forskning. Med andre ord så er dette en litteraturstudie. I denne oppgaven har vi tatt for oss temaene Alzheimers sykdom, bruk av tvang og makt innenfor demensomsorgen med fokus på medikamenthåndtering, miljøbehandling i form av kommunikasjon og medikamenthåndtering.

I begynnelsen av skriveprosessen fant vi ut at temaet vi hadde valgt var stort og omfattende. Derfor valgte vi å avgrense oppgaven.

Vi har brukt pensumlitteratur og funnet selvvalgt litteratur som beskriver de aktuelle temaene og hva det går ut på. Som en del av miljøbehandling er kommunikasjon svært relevant, noe vi har valgt å rette fokuset mot.

2.1 Litteratursøk og søkehistorie

For å finne relevant litteratur som vi kunne bruke som selvvalgt litteratur, har vi valgt å søke i skolens database, BIBSYS. Noen av bøkene vi har brukt er hentet ut fra tidligere pensumlitteratur. Noe av litteraturen har vi også lånt med fra relevante praksisplasser. For å finne relevante forskningsartikler for vår oppgave, forsøkte vi å søke på sykepleien.no, Cinahl med fulltekst (via Ebsco Host), SveMed+, Bibsys og Idunn. På grunn av ulike resultater i de forskjellige databasene, valgte vi til slutt å forholde oss til Cinahl med fulltekst. I tillegg har vi

også valgt ut en artikkel fra SveMed. I de forskjellige databasene brukte vi forskjellige sammensetninger av ord, både på norsk og engelsk (se vedlegg 1). Ordene vi har brukt for å finne forskning er: dementia, Alzheimer, forced, confidence-building measures, older people, nursing homes, nursing, nurse, externalizing behavior, patient, relationship, communication, confidence building, consent, Alzheimer's disease, Norway, validation, reminiscence, reality orientation, medication, caregivers, decision, experiences, covert medication, dementia plan, care, dementia care, medical og risk factor.

2.2 Kildekritikk

Det å være kritisk til kildene er en måte å undersøke om en kilde er sann. Kildekritikk vil si at man er kritisk til de kildene som er brukt i oppgaven. Kritikken må selvfølgelig ses i forhold til hva kilden vil beskrive (Dalland & Tygstad, 2012). Noen av artiklene vi valgte å bruke i oppgaven vår viser at tvangsmedisinerer er et problem både i Norge og Europa. Andre artikler omhandler kommunikasjon med personer med demens og deres involvering når beslutninger om medisinsk behandling skulle tas. Alle artiklene vi har brukt er sett fra helsepersonellens side. Noen av undersøkelsene har også synspunkter fra leger og pårørende.

De data vi finner og ønsker å bruke må være relevante i forhold til problemstillingen vi har valgt. Dette er et krav for relevansen til de data vi finner (Dalland, 2012).

Dalland (2012) skriver at det å gjøre rede for de valgene vi har tatt og vurderinger vi har gjort for å begrunne relevansen av litteraturen og artiklene skal komme til syne i kildekritikken. Relevansen av litteraturen vi har funnet mener vi selv er god nok. Artiklene vi har funnet mener vi har den relevansen som trengs for at vi kan bruke dem til å svare på problemstillingen vår.

Litteraturen og artiklene vi bruker er relevante, men det er også viktig at de er pålitelige, unøyaktigheter må ikke finne sted (Dalland, 2012). Vi mener at våre valg av kilder er pålitelige. Vi har prøvd å komme frem til primærkilden i stedet for å bruke sekundærkilder. Dette på grunn av at sekundærkilden kan tolke primærkilden feil, og vi vil da risikere å arve feil holdning. Det meste av litteraturen vi har brukt er i tillegg skrevet av anerkjente personer innenfor det aktuelle fagfeltet. Noe av litteraturen vi har brukt er også referert i andre bøker.

For at vi skal kunne vurdere om artiklene som vi har funnet er riktig satt opp valgte vi å følge IMRaD-prinsippet. IMRaD står for: introduksjon (grunnlaget for studien), metode (gjennomførelse og analyse av resultatene/funn), resultat (resultatene/funnene i studien) og diskusjon (betydning av resultatene) (Nortvedt, W., Jamtvedt., Graverholt., Nordheim & Reinart., 2012).

Da vi leste igjennom artiklene for å se om de holdt mål og om de kunne knyttes opp mot problemstillingen, gikk vi gjennom noen sjekkpunkter som ble anbefalt under en forelesning. De sjekkpunktene var: Nyere dato på artikkelen? Er det en kjent forfatter? Det siste sjekkpunktet vi valgte å følge var om artiklene var referert og eventuelt hvor hyppig de er referert. Alle artiklene vi har funnet, bortsett fra en, er ikke eldre enn fem år, og vil derfor være mer relevant og troverdig. Flere av artiklene vi har valgt å bruke i oppgaven er skrevet av anerkjente personer innen fagfeltet demens. De fleste av artiklene er funnet via databaser, men vi har også hentet en artikkel fra et rundskriv.

De artiklene vi har funnet velger vi å bruke fordi de er i tråd med vår problemstilling og kan hjelpe oss til å besvare den. Flere av artiklene viser at det foregår mye tvangsmedisinering. Noen artikler omhandler også kommunikasjon med personer med demens og deres inkludering når beslutninger om helsehjelp skal tas. Studiene er sett fra både sykepleieres og pasienters perspektiv.

3.0 Teorikapittel

I dette kapitlet vil vi presentere teori som vil belyse hva Alzheimer er, hvilke konsekvenser man får som følge av sykdommen og kort om behandling. Vi vil nevne lovverk, Yrkesetiske retningslinjer og etikk. I tillegg vil vi presentere tre kjente kommunikasjonsteknikker som er anerkjente innen fagfeltet demens.

3.1 Alzheimers sykdom

En fellesbetegnelse for en tilstand der det å utføre hverdagslige handlinger, opprettholde aktiviteter, der det er en kognitiv svikt som er kjennetegn på ulike organiske sykdommer som er kronisk og irreversibel, er ordet demens. Demens er en sykdom som kommer etter skader som hovedsakelig påvirker hjernen. Begrepet aldersdemens er en vanlig betegnelse som er brukt i Norge. Dette begrepet omfatter alle typer demenssykdommer, men hovedsakelig Alzheimers sykdom, vaskulær demens og demens med Lewylegemer (Engedal & Haugen, 2005). Av alle som får en demenssykdom så er det minst 60% som får Alzheimers sykdom. I Norge er det 45000 som lider av Alzheimers sykdom, som er den vanligste formen for demens (ibid). Årsaken til utviklingen av Alzheimers sykdom er uklar, men arv og miljø kan være en faktor.

Når en utvikler en demenssykdom, er det mange symptomer og andre forandringer som vil dukke opp. En sen fase av sykdommen vil påvirke pasientens evne til å fungere normalt i hverdagen. Å finne frem i kjente omgivelser blir stadig mer trøblete. Å orientere seg om år, måneder og ukedager vil også være vanskelig (ibid).

Det å skulle forstå hvordan andre har det blir vanskeligere for pasienten. Mistenksomhet, aggresjon, hallusinasjoner og adferdsproblemer kan oppstå i denne fasen. På grunn av disse adferdsproblemene og mistenksomheten kan det bli vanskelig for pårørende og være en del av en omsorgsperson (ibid). Ved Alzheimers sykdom kan man registrere sviktende hukommelse ved at det er vanskelig å lære seg eller tilegne seg nye kunnskaper. Langtidshukommelsen vil svekkes raskere enn korttidshukommelsen. Et av de første symptomene som vil tre frem er problemer med språket. Personer med Alzheimers sykdom finner ikke ordene de leter etter og forklarer heller hva tingen skal brukes til. Evnen til å gjøre flere ting samtidig og å gjøre ting i

riktig rekkefølge blir en svekket funksjon. Hva slags symptomer den enkelte utvikler og når de trer frem i sykdomsforløpet er forskjellig fra individ til individ (ibid).

Det å bli rammet av Alzheimers sykdom vil føre med seg konsekvenser for den som blir rammet. Sviktende hukommelse er som oftest det første og mest gjenkjennelige symptomet. Ved generell demens og Alzheimers sykdom vil det å tilegne seg nye kunnskaper bli vanskelig på grunn av at gjenkjennelseshukommelsen og gjennkallingshukommelsen svekkes. En annen konsekvens ved Alzheimers sykdom og generell demens er at planleggingshukommelsen også blir svekket. Når dette skjer klarer ikke pasienten lenger å planlegge dagen sin. Dette skaper problemer for den syke. Vedkommende vil få problemer med å huske når han skal stelle seg, handle, spise og et større problem kan være hva som skal stå på handlelisten (Solheim, 1996). Med tiden vil demenssykdommen forverres og språket vil bli mer og mer redusert jo lenger ut i sykdomsforløpet man kommer. Disse språkproblemene er også bedre kjent som afasi. Afasi er ikke bare problemer med å si ting. Det vil også føre til problemer med å forstå og oppfatte det som blir fortalt. Når det er snakk om afasi tenker vi på tre typer. Den første er motorisk afasi, som vil gi vanskeligheter med å si hele setninger. Tanker og ord blir vanskelig for pasienten å formidle fordi han har problemer med å finne ordene. Den andre typen afasi er sensorisk afasi. Det å skulle forstå hva de andre skriver eller sier vil bli utfordrende. Ved denne typen afasi kan talen fra pasienten være klar, men innholdet i hva vedkommende sier gir ingen mening. Den tredje og siste typen afasi er anomisk afasi, som vil si at benevninger er vanskelig. Det er som regel en fin flyt i språket, men substantiver blir omskrevet (Solheim, 1996). For å få en bedre forståelse av hva som skjer i sykdomsforløpet velger vi å nevne noen eksempler på de hyppigste forandringene i språket. Pasienten vil stille spørsmål om igjen flere ganger, pasienten vil ha vanskeligheter med å begynne på en setning og forstå det som blir sagt og dersom det er mye støy rundt pasienten vil han miste fokuset i samtalen. Navn på steder, personer og objekter vil bli vanskelig å huske. I tillegg kan pasienten snakke usant (Wogn-Henriksen, 2008). Etter hvert vil pasienten kun klare å si enkeltord, fordi det å forstå en setning som blir sagt eller skrevet kan ofte bli vanskelig. På bakgrunn av dette kan verbal kommunikasjon by på utfordringer da budskapet ikke blir forstått av mottaker (Engedal & Haugen, 2005).

Andre konsekvenser av sykdommen er aproksi og agnosi. Aproksi betyr at pasienten ikke lenger har evnen til å utføre praktiske handlinger. Agnosi går ut på den manglende evnen pasienten har til å kjenne igjen og forsått det som høres, eller det som blir sett eller smakt på. (ibid).

Et av de første tegnene Alzheimers sykdom kan være forandringer i det emosjonelle. Pasienten er mer trøtt, kan virke ukonsentrert, virke lite interessert i det som foregår i omgivelse rundt han. Angst, tilbaketrekking og depresjoner kan forekomme på grunn av at livets tidligere personlighetstrekk kan bli forsterket (Engedal & Haugen, 2005). Ved en demenssykdom kan man ofte registrere psykiatriske tilleggsymptomer. Symptomene kan dreie seg om angst, vrangforestillinger. Slike tilleggsymptomer vil også variere fra pasienten til pasient. Angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger og depresjoner vil ha sine egne former og uttrykk, men kan også uttrykke seg i form av problemadferd. Denne adferden kan være problematisk for omgivelsene, men den er i størst grad et uttrykk for at pasienten selv har et problem han ikke klarer å uttrykke på en annen måte. Problemadferd kan derfor være en måte å kommunisere til omgivelsene rundt seg, at en pasient har det veldig vanskelig (Witsø & Teksum, 1998).

Atferdsmessige forandringer er den siste konsekvensen ved å få Alzheimers sykdom som vi velger å belyse i vår oppgave. Atferdsmessige endringer er endringen i pasientens atferd, altså hvordan pasienten oppfører seg. De vanligste endringene i startfasen av sykdommen vil være rastløshet, passivitet og mistenksomhet. Senere i utviklingen kan man se at noen pasienter får vrangforestillinger og hallusinasjoner, mens andre blir veldig mistenksomme. Senere i sykdomsforløpet vil evnen til å forstå avta og pasienten vil dermed missforstå den aktuelle situasjonen han står i (Engedal, 2008).

Med bakgrunn i usikkerheten rundt årsakene til Alzheimers sykdom vil det være vanskelig å tenke seg til en forebyggende og kurerende behandling. Sykdommen kan ikke helbredes, men i tidlig fase kan utviklingen bremses ved hjelp av medikamenter. For en pasient som har en langtkommen Alzheimer, kan det være aktuelt med symptomlindrende medikamenter (Engedal & Haugen, 2005). Disse legemidlene vil øke mengden acetylkolin i hjernen, som vil bedre oppmerksomhets- og hukommelsesfunksjonen. Eksempler på legemidler er Aricept,

Reminyl og Exelon (Snoek & Engedal, 2008). Å behandle samtidige somatiske og psykiatriske sykdommer, kan igjen bedre pasientens funksjon i dagliglivet (Engedal & Haugen, 2005).

3.2 Kari Martinsens omsorgstenkning

Den i Norge som har skrevet mest om sykepleiens natur, er Kari Martinsen. Den teoretiske sykepleiefaglige utviklingen i Skandinavia og Norge har hatt stor innflytelse av Martinsens/ Martinsen's ideer. Hoved ideen til Martinsen er omsorg. Det er vanskelig å finne et hovedtrekk fra Martinsens/ Martinsen's teori. Dette kan være på grunn av at teorien hennes er i utvikling stadig vekk (Kirkevold, M. 2009).

Kirkevold (2009) skriver at Kari Martinsen påpeker at omsorg er et ontologisk fenomen, noe som kommer frem i Martinsens/ Martinsen's bok Omsorg Sykepleie, Medisin fra 1989. En grunnleggende forutsetning for menneskelig liv er omsorg. I situasjoner som lidelse, sykdom og funksjonshemming kommer avhengigheten av hverandre frem. Menneskers avhengighet av hverandre er omsorgens fundamentale betydning. Sykepleierens verdigrunnlag må være omsorg, når det blir tatt utgangspunkt i avhengigheten til pasienten. Dette er slik Marit Kirkevold (2009) tolker Kari Martinsen sin omsorgs tenkning.

Omsorg er et sentralt og grunnleggende begrep i sykepleien. Begrepet omsorg er satt sammen av ordene "om" og "sorg".

Man kan si at omsorg er å ha omtenksomhet og evnen til å bekymre seg for andre. Vi som sykepleiere vil sørge for å lindre smerte når vi ser noen lider. Det mest fundamentale og naturlige ved eksistensen til mennesket er omsorg. Man kan også si at omsorg er en sosial relasjon. Det må være noe som binder oss mennesker sammen for at vi skal kunne forstå hverandre. Som sykepleier eller omsorgsgiver er man hos den man skal gi omsorg til. Man "sørger for" den andre på en slik måte at omsorgsgiveren ikke overvurderer eller undervurderer det pasienten klarer selv. Et moralsk problem man vil komme utfordret på når vi som sykepleiere må gripe inn i pasientens liv mot hans vilje. Det er ikke et en tydet svar på dette moralske problemet. Det å gi omsorg til mennesker, barn, syke, gamle eller funksjonshemmede som er ikke- selvhjulpne kaller man omsorgsarbeid. Derfor er det

situasjonen til mottakeren som bestemmer omsorgsarbeidet. Ved å gi omsorg til personer som er ikke- selvhjulpne kan man ikke forvente at det skal være likeverd på gi- og ta- forholdet.

I sykepleien er omsorgen rettet mot personer som er ikke- selvhjulpne og som er pleietrengende. For at vi på best mulig måte skal kunne møte den syke personen med omsorg, så er det å ha tilegnet seg ferdigheter, kunnskaper og organisasjon en forutsetning. Det er ikke dermed sagt at det å gå igjennom sykepleielære og medisinske kunnskaper gjør oss dyktige faglig sett til å utføre pleie og omsorg til pasienten. En forutsetning for faglig dyktighet er at praktiske og faglige ferdigheter går omhverandre og blir en enhet sammen.

Vi kan bruke våre egne erfaringer til å sette oss bedre i stand til å se og forstå pasienten utfra hans situasjon. Vi har selv opplevd det å være kvalm, ligge vondt og det å ha smerter.

Det som kan gjøre sykepleien til et bedre medmenneske med de erfaringene og kunnskapene som er tilegnet er fagkunnskapene til sykepleieren.

Vedlikeholdsomsorg er den omsorgen der målet er å opprettholde funksjonsnivå og/eller unngå forverring der det lar seg gjøre. Sykehjem og hjemmesykepleie for eldre er eksempler på steder der vedlikeholdsomsorg blir brukt. Hovedfokus er å gjøre situasjonen til pasienten så god som mulig. I vedlikeholdsomsorgen er det verken fokus på å undervurdere eller overvurdere pasientens evner til selvhjelp, men i de situasjonene pasienten bidrar selv er det viktig med ros. Omsorgen er noe som det arbeides med over tid og dermed blir det bygget en relasjon (Martinsen, 2003).

3.3 Miljøbehandling

Miljøbehandling og miljøterapi er to ord som brukes om hverandre. Ordene defineres oftest som en behandling der de terapeutiske prosessene blir vektlagt. De terapeutiske prosessene kan bli iverksatt og gjennomført i det miljøet som pasienten måtte befinne seg i. Det å kunne skape betingelser som er med på å støtte oppunder endringene pasientene er med på, er selve målet med miljøbehandling. Man må tilrettelegge mye av omgivelsene pasientene befinner seg i. Det kan være aktiviteter, egenomsorg, måltider og balansegangen mellom stimulering og søvn/hvile. Miljøbehandling er en behandlingsform som er rettet mot aktivitet. Med denne type behandling er fokuset å bedre sosiale, kognitive og praktiske ferdigheter hos pasienten. Med å bedre disse ferdighetene vil selvfølelsen og følelsen av å mestre noe stige. Det å kunne bygge relasjoner og skape en kultur som er med på å støtte, inkludere og sette pris på hvert

enkelt menneske, er en rolle som er selve nøkkelen for personalet som jobber med miljøbehandling. Rokstad gjengir fem punkter fra Gunderson som han mener er avgjørende i et godt terapeutisk miljø. De fem punktene er trygghet, støtte, engasjement, struktur og gyldiggjøring (Rokstad 2008, s.153).

Individuelt tilpasset miljøbehandling går ut på å bevare identiteten til pasienten. Det er på bakgrunn av det personalet vet om hver enkeltes resurser og behov, at et godt grunnlag for behandling kan bli lagt. Den individuelle tilpassningen kan ofte gjøres sammen med pårørende og pasienten selv. Pårørende er de som sitter med best bakgrunnsdata og dermed kan de si noe om hva de mener vil være best behandling for pasienten. Alle individuelle behandlingsplaner skal og må bygges på tverrfaglig drøfting og skal være skriftlig dokumentert (ibid).

På grunn av problemer med å forstå, uttrykke og tolke verbalt språk, vil det være viktig å skape gode relasjoner mellom pasient og pleier i arbeidet med personer med demens. I kommunikasjonen med personer med demens bør man ha som utgangspunkt at sykdomsforløpet vil være forskjellig fra person til person, situasjon til situasjon og dag til dag. Å kommunisere med andre mennesker vil berøre all samhandling og alle tiltak, enten i form av fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter. Kommunikasjon med personer med demens er komplekst, og krever bevissthet og evner til fleksibilitet i miljøbehandling (Witsø & Teksum, 1998).

3.4 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles eller ha forbindelse med. Kommunikasjon kan på en enkel måte forklares som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. For å forstå en pasient som person, gi hjelp og støtte og bidra til å ta beslutninger sammen, vil gode kommunikasjonsferdigheter være et godt hjelpemiddel (Eide & Eide, 2007).

Nedenfor vil vi først presentere generelt om kommunikasjon med personer med demens.

Deretter har vi valgt å gå i på tre ulike kommunikasjonsmetoder som er svært relevant i arbeid med personer med demens.

3.4.1 Kommunikasjon med pasienter med demens.

Det å skjønne hva en person med demens mener kan være vanskelig. Når den syke skal hjem til mor og far, kan det være uklart hva de faktisk mener med det de sier. Den evnen til å skille mellom fortid, framtid og nå tid er en evne som er manglende hos de personene som er rammet av en demens sykdom. De som er rammet av sykdommen kan si ting som virker uforståelig og totalt meningsløst, men likevel er det en mening i det som blir sagt. Dette er noe mange klinikker og forskere har vært opptatt av (Eide & Eide, 2008). Studien *Life story work and nursing home residents with dementia* viser at kommunikasjon og forståelse med personer med demens var helt og holdent mulig. Men på grunn av sykdommen kunne det være en utfordrende oppgave (Russel & Timmons, 2009). Det å kommunisere og ha evnen til å vise empati er viktig hos oss og de andre sykepleierne når vi kommuniserer med personer med demens. Dette er fordi det er et vanskelig og utfordrende område og vår forståelse av hva den demensrammede mener og vil fram til, er fortsatt mangelfull (Eide & Eide, 2008). Nonverbal kommunikasjon vil si å kommunisere med noen ved å bruke kroppsspråket, som for eksempel tonefall, mimikken og kroppsholdning (Berentsen, 2008). Når pasienten i casen nekter å ta medisinene sine, kan vi som personale oppleve en følelse av at vi ikke når frem til han med verbal kommunikasjon. Derfor er våre holdninger viktige. Saklighet, vennlighet, oppmuntrende og oppmerksomhet er faktorer som kan bidra til å skape gode relasjoner. Men om vi snakker et ubegripelig språk eller er stresset kan relasjonen bli dårligere (Witsø & Teksum, 1998).

Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk som vil gi indirekte uttrykk for underliggende følelser og holdninger. Denne formen for kommunikasjon består av kroppsspråket vårt, som innebærer blant annet øyekontakt, ansiktsuttrykk, stemmeleie, berøring, stillhet og håndbevegelser. Kommunikasjonsformen vil også fortelle noe om begge parter i en dialog, og det sier også noe om relasjonen mellom disse partene. Ansiktsuttrykkene til personene vi møter, kan fortelle oss og gi oss viktig informasjon og følelser og reaksjoner hos den andre (Eide & Eide 2008).

Kroppsholdningene våre sier noe om hvilken sinnstilstand vi er i. Dette kan ses på måten vi står på, hvordan kroppsholdningene våre er (avslappende eller spent) eller hvordan vi er kledd. Det er ikke bare kroppsholdningen vår som sier noe om hvilken sinnstilstand vi er i. Mimikken vår, altså ansiktsuttrykket er også med på å spille inn. Den man kommuniserer med

kan se om blikket er rettet mot han eller om blikket er fraværende, om man himler med øynene, rødmer, smiler eller er trist (Sejerøe- Szatkowski 2004).

Tre kommunikasjonsmetoder som er mye brukt innenfor arbeidet med personer med demens er validering, reminisens og realitetsorientering. Dette vil vi se nærmere på i de følgende delkapitlene.

3.4.2 Validering

Validering er en form for tilnærming til kommunikasjonen til personer med demens. Denne formen for kommunikasjon betyr å innta en grunnleggende verdsettende og aksepterende holdning til pasienten. Når en pasient kommer med uforståelige utsagn, vil dette skape en mening i tilværelsen her og nå for vedkommende. I tillegg kan det bidra til å bearbeide smertefulle erfaringer fra tidligere i livet (Witsø & Teksum, 1998).

Ved kommunikasjon med personer med demens, er validering basert på følelsene til pasienten. Man kan si at betydningen som validering har er at man gjør følelsene gyldige. Validering er ingen ny kommunikasjonsteknikk, denne teknikken ble utarbeidet av amerikanske Naomi Feil, som er utdannet sosionom. Innenfor demensomsorgen så brukes validering for å støtte oppunder den demensrammede sin opplevelse av sine følelser. Under valideringen er man støttende, man lytter og aksepterer de følelsene som den syke sitter med. Under valideringen må man akseptere det som blir sagt og man må se bort i fra å gi uttrykk for sine egne meninger. Man skal være der for den demensrammede og støtte vedkommendes virkelighetsoppfatninger. Det kreves en meget høy grad av empati, for det er følelsene bak opplevelsen til den demente som det jobbes med under valideringen. Hos den som er rammet av demens er hukommelsen for følelser bevart, men derimot er hukommelsen som er intellektuell redusert (Sejerøe- Szatkowski, 2004).

3.4.3 Reminisens

Reminisens er en form for kommunikasjon som betyr å huske eller bli påminnet fra tidligere i livet. Reminisens er også kalt minnearbeid. Med andre ord vil reminisens bidra til å fremkalle følelser fra fortiden. For å vekke denne gjenklagen, kan en bruke kjente lukter og lyder, eller noe man kan se eller føle. De erfaringene en person har gjort seg gjennom et langt liv vil bli knyttet opp mot vedkommendes identitet. På denne måten får man mulighet til å bearbeide og

akseptere livet slik det ble. Reminisens er en god måte og kommunisere med personer som lider av demens på, fordi de som har fått en demenssykdom husker det som skjedde før i tiden bedre enn det som skjer i nåtid. Man bruker reminisens i demensarbeidet for at de som er rammet av demens skal føle seg tryggere. (Sejerøe- Szatkowski, 2004). Når minner blir delt med flere, enten det er i grupper eller i en individuell samtale og situasjonen er avslappet, vil dette være med på å gi den syke en følelse av glede, tilhørighet og ikke minst identitet. Det kan skje at pasienten legger til litt mer farge eller gjør om historien litt. Dette er på grunn av at pasientens hukommelse ikke er objektiv eller statisk. Men dette har ikke så stor betydning, fordi i arbeidet med reminisens vil den personlige opplevelsen være viktigere enn den ekte sannhet for pasienten (Wogn-Henriksen, 2008).

3.4.4 Realitetsorientering

Realitetsorientering har som hensikt å være orienterende og informasjonsgivende. Teknikken skal møte pasienten der den er i tid og sted, for deretter lede vedkommende respektfullt fremover til nåtiden (Berentsen & Solheim, 2009). Ved å bruke realitetsorientering som en kommunikasjonsmetode vil det bli lettere for pasienten å få fylt behovet den har, da det kommer til det å bli minnet på hva objektene heter, hva de brukes til, årstid, dag og måned. Ved å bruke denne formen for kommunikasjon så vil personen med demens få de redskapene som er nødvendige og viktige for å fortsatt kunne ha en anelse av orientering om tid og sted (Heap, 2012). En god hjelp kan være at miljøet er berikt med informerende gjenstander. Eksempler på dette kan være lesbare kalendere, klokker og navneskilt på dørene. Om det skal bli en god eller vond måte å bli orientert på, vil avhenge av måten personalet orienterer pasienten på. Dersom pasienten vil hjem til mor, så kan man ubevisst svare: ”moren din er da død for mange år siden”. Med denne orienteringen vil vi påføre pasienten et sjokk og en sorgopplevelse. En bedre måte å kommunisere på kan for eksempel være: ”Hvor er moren din nå, tror du hun er hjemme?”. Eller vi kan si: ”Hvor gammel er du nå? Tror du moren din lever da?”. Ved å stille pasienten denne type spørsmål kan vedkommende selv huske at mor ikke lever lenger (Solheim, 1996). For mange som er rammet av demens, vil det være en trygget at helsepersonellet bidrar med å formidle det de selv har problemer med å si. Denne orienteringen er det mange som er takknemmelige for (Wogn-Henriksen, 2008).

Realitetsorientering er en kommunikasjonsmåte der man informerer og er orienterende ovenfor pasienten med demens. Den som er rammet av en demenssykdom mister gradvis evnen til å huske hva gjenstander brukes til og orientering om tid og sted. Ved å kommunisere på denne måten så vil vi sette navn på objekter rundt oss og objekter vi snakker om. (Heap, 2012).

4.0 Etikk

Etikk handler ikke bare om å velge ”rett” eller ”feil” handling. Ut i fra etiske overveielser kan en handling være riktig, men om den blir utført på feil måte vil den likevel ikke bli etisk riktig (Rokstad, 2009).

Det finnes både etiske dilemmaer, etiske problemer og etisk vanskelig situasjoner. Disse utfordringene kjennetegnes på følgende måter. Et etisk dilemma vil skape en situasjon mellom to eller flere parter, hvor begge alternativene kan være ønsket, eller alternativene kan medføre uønskede konsekvenser. Et etisk problem har tre kjennetegn. De er verdikonflikter med usikkerhet rundt kunnskapen som er nødvendig for å kunne ta en beslutning, de vil skape forvirring og løsningen er betydningsfull for synet på mennesket og dets relasjoner.

Kjennetegnet på en etisk vanskelig situasjon er verdiene som står på spill, og som av ulike grunner kan være vanskelig å få realisert (Slettebø, 2010).

De fire prinsippers etikk er et etisk rammeverk, og hvert prinsipp blir definert som en plikt. Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet er de fire prinsippene. De er alle likeverdige, og ingen blir sett på som viktigere enn de andre. I denne oppgaven vil vi kort presentere ikke-skade prinsippet og velgjørenhet prinsippet, da disse vil være vår prima facie. Disse to prinsippene går ut på vår plikt til å ikke skade andre og plikten til å gjøre godt mot andre. Med dette menes at vi som sykepleiere skal tilstrebe å handle god for pasientene, og vi skal beskytte dem mot behandling eller dårlig omsorg som kan føre til skade (Brinchmann, 2010).

Ordet autonomi kommer opprinnelig fra to greske ord, autos (selv) og nomos (lov/styring) (Brinchmann, 2010, s. 89, sitat fra Beauchamp & Childress). Dette vil da si at en pasient har rett på selvbestemmelse. Når en pasient motsetter seg helsehjelp, er det flere faktorer som bør

vurderes. Disse faktorene er om pasienten har fått god nok informasjon, om pasienten er kompetent, om pasientens preferanser er konsistente og om pasienten er fri for ytre press. For at konsistensen skal være gyldig, skal pasientens valg stemme overens med hans holdninger og verdier (Brinchman, 2010).

Ordet paternalisme betyr faderlig preget forhold, formynderi. I dag blir paternalistiske holdninger sett på som noe negativt. Dette er fordi paternalisme går ut på å overstyre det pasienten selv ønsker. "Svak paternalisme" kan til nød bli godtatt. Men dette skal kun brukes når pasienten ikke er i stand til å vurdere hva som er til hans eget beste (ibid).

Disse to begrepene er viktig i en situasjon hvor pasienten er fratatt samtykkekompetansen, fordi deres rett til selvbestemmelse er ikke lenger til stede og vår holdning som sykepleiere kan oppfattes som paternalistisk. Derfor vil vi presentere Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere senere i oppgaven, hvor det blant annet blir presisert våre plikter som sykepleiere.

En av tre viktige forutsetninger som skal være innfridd for at en pasients handling er autonom er samtykkekompetanse. Det vil si at dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, så er også forutsetningen for å ta egne valg eller kunne gi et gyldig samtykke fratatt.

Det er enighet om at pårørende, helsepersonell og pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier bør ha en stor innvirkning på avgjørelser som tas på det området hvor pasienten mangler samtykkekompetanse. Selv om pasienten har en redusert evne til selvbestemmelse, vil det likevel være et mål å respektere vedkommendes integritet og forsøke å oppnå et samarbeid. Men dette kan igjen være problematisk om en skal basere beslutningene på pasientens ja eller nei siden forutsetningene for samtykke ikke er til stede (Helsedirektoratet, 2008).

Når en pasient mangler samtykkekompetanse kan en undres på hvilken rolle en eventuell motstand vil spille inn. Noen eksempler på sentrale verdier og hensyn som bør vurderes i en sådan situasjon er tillit, ytelse av nødvendig helsehjelp, nytten av helsehjelpen, begrense bruk av tvang og forhindre vesentlig helseskade (Helsedirektoratet, 2008).

4.1 Pasient og brukerrettighetsloven

Kapittel 4 i bruker- og pasientrettighetsloven omhandler samtykke til helsehjelp. I § 4-3 er det forklart hvem som har samtykkekompetanse og når den kan bortfalle. Det står skrevet at dersom en pasient lider av en demenssykdom, kan samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis. Videre er det forklart at det er vi som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten er samtykkekompetent eller ikke.

Dersom den helsehjelpen som skal gis vil innebære et alvorlig inngrep for pasienten, bør dette være i samsvar med pasientens egne interesser, og det bør være sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til denne hjelpen. Om mulig skal det innhentes informasjon fra nærmeste pårørende om hva pasienten ville ønsket. Om slik helsehjelp skal gis blir bestemt av den som er ansvarlig for helsehjelpen, i samråd med annet kvalifisert helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Kapittel 4 A er rettet mot helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Formålet med dette kapittelet er å kunne yte nødvendig helsehjelp for å forhindre vesentlig helseskade, samt å forebygge og begrense bruken av tvang. Den helsehjelpen som skal gis skal tilrettelegges med respekt for individets psykiske og fysiske integritet, og så godt det lar seg gjøre være i overensstemmelse med pasientens rett til selvbestemmelse. Det skal også vurderes om helsehjelpen er et alvorlig inngrep for pasienten. For å kunne vurdere dette skal det tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte legemidler og grad av motstand (ibid).

Før vi kan yte helsehjelp som pasienten motsetter seg, er det et krav om at tillitskapende tiltak ha vært forsøkt. For å kunne utøve helsehjelp med tvang eller andre tiltak for å unngå motstand, er det beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), § 4A-3 hvilke kriterier som må være innfridd. Disse vilkårene er:

”a) en unnlattelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og b) helsehjelpen anses som nødvendig, og c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen”.

4.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er basert på prinsippene i ICN's (International Council of Nurses) og menneskerettighetene. Disse retningslinjene skal være grunnlaget for sykepleieprofesjonens yrkesetikk og den profesjonelle sykepleierens etikk i praksis. Som sykepleier har vi en grunnleggende plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Retningslinjene vil ikke forklare hva som er faglig forsvarlig sykepleie eller lovbestemmelsene som regulerer yrkesutøvelsen. De kan heller ikke gi en bestemt løsning på et etisk dilemma, men kan virke som en veiviser når vanskelige beslutninger skal tas (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Marie Aakre skriver i de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ”En handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt med etisk uakseptabel”, (2011, s.6).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere blir sykepleiens grunnlag beskrevet:

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet”, (2011, s. 7).

Videre i retningslinjene finner vi kapittel om sykepleieren og pasienten. Dette kapittelet omhandler vi plikter vi har for å ivareta pasientens integritet og verdighet, og deres rett til helhetlig sykepleie. Herunder blir våre plikter og ansvarsområder som sykepleiere beskrevet i ulike underpunkter. Disse punktene omhandler vårt ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Vi skal også respektere pasientens rett til å ta egne beslutninger, også å gi fra seg sin selvbestemmelse. Som sykepleiere skal vi også beskytte pasienten mot unødvendig bruk av tvang (Norsk sykepleierforbund, 2011).

4.3 Legemiddelhåndtering

Tidligere i oppgaven forklarte vi kort om hva samtykkekompetanse er, og når denne kan bortfalle. Når en pasient motsetter seg nødvendig helsehjelp i form av medisiner er det svært viktig å vite om vedkommende er samtykkekompetent eller ikke.

Vanligvis er det uproblematisk for pasienter å ta imot legemidler som blir gitt. Men i noen tilfeller kan det skje at vedkommende ikke vil ta medisinene sine. I slike situasjoner finnes det

spesialbestemmelser som åpner for bruk av tvang (Bielecki & Børdahl, 2005). Dette har vi sett nærmere på under kapittelet om Pasient- og brukerrettighetsloven.

Ofte blir ordet tvangsmedisinering forbundet med en situasjon hvor en pleier holder fast pasienten, mens sykepleieren setter en injeksjon. Men å knuse tabletter og blande dem i syltetøy eller annen mat er også en form for tvangsmedisinering. Men av faglige, etiske og juridiske grunner er det visse tabletter som ikke skal knuses. En av årsakene til dette er at den ønskede effekten ikke blir optimal. Dersom medikamentet blir knust og blandet i drikke eller mat, kan absorpsjonen føre til bivirkninger lokalt i fordøyelseskanalen som igjen kan føre til andre konsekvenser for pasienten. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere stiller oss kritiske til å administrere medikamenter til en pasient som ikke er inneforstått med situasjonen og bruken av tvang (ibid).

Det finnes to typer handlinger for å kunne utøve tvang ved medisinerings: nødrett og nødverge. Nødrett er retten til å tvinge pasienten til å ta et legemiddel for å redde han fra faren som kan oppstå om han velger å ikke ta medisinene sine. Vilkaaret for at denne nødretten kan brukes er at skadevirkningen er svært betydelig i forhold til den tvangen som ytes. Dersom pasienten ikke er i stand til å vurdere egen situasjon og skadevirkningene ved å unngå å ta det rekvirerte legemiddel er betydelig, skal den behandlende lege avgjøre om legemiddelet skal gis ved tvang. Dette kalles preventiv nødrett, og kan bare brukes i den tid og det omfang som kan bidra til å unngå en akutt krise (ibid).

5.0 Drøftingskapittel

Å drøfte vil innebære å se en sak fra forskjellige sider, ta for seg, granske og diskutere, for å komme frem til et svar på problemstillingen (Dalland, 2012). I denne drøftingsdelen ønsker vi å finne svar på vår problemstilling som er: *Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge bruk av tvang i møte med personer med demens?* Vi vil derfor presentere de tre kommunikasjonsformene vi har brukt tidligere i oppgaven. Disse formene vil vi drøfte opp mot vår pasientcase, hvor Olaf må holdes fast for at vi skal få gitt de nødvendige medikamentene. I tillegg til pasientcasen vil vi presentere noen situasjoner vi selv har opplevd i praksis. Vi vil også trekke inn aktuelle forskningsartikler, som vil være med på å underbygge den aktuelle teorien.

5.1 Validering

Validering som en kommunikasjonsteknikk kan bidra til at pasienten vil føle seg verdsatt og akseptert som person, og vil igjen føre til trygghet, tillit og styrke. I møte med Olaf kan validering være en nyttig kommunikasjonsmetode. Vi vil på denne måten spille på lag med han, og han vil ha muligheten til å kunne uttrykke sine tanker og følelser. Validering kan være vanskelig å bruke ene og alene som en kommunikasjonsteknikk. Denne måten å kommunisere på brukes som oftest sammen med realitetsorientering eller reminisens. Utfordringene med å bruke denne teknikken vil være å legge våre egne følelser til side, for å kunne sette seg inn i Olaf sin situasjon. En av forutsetningene for å kunne bruke denne kommunikasjonsmetoden er å vise empati (Berentsen & Solheim, 2009).

I validering er ”hvorfors” et spørreord som ikke bør tas i bruk. Dette er fordi det å tenke logisk for en som er rammet av demens er ofte noe de ikke klarer å mestre (Solheim, 1990). I situasjonen rundt Olaf, kan validering være en måte å kommunisere med han på. Ved å spille på lag med Olaf, og være til stede i hans emosjonelle verden kan bidra til forståelse og nærhet (Wogn-Henriksen, 2008). Dette kan igjen bidra til at forholdet mellom Olaf og oss som sykepleiere blir styrket. Når man snakker med personer som lider av Alzheimers sykdom eller en annen form for demens vil det alltid oppstå problemer som vi som sykepleiere ikke klarer å få gjort noe med. Eksempler på slike problemer kan være at den kognitive svikten og

språkfunksjonen er redusert. Dette er problemer vi som sykepleiere ikke kan gjøre noe med, men respektere og behandle pasienten ut ifra vedkommendes ståsted (Martinsen, 2003).

Siden Olaf ikke ønsker å ta medisinene sine, er dette en avgjørelse vi som sykepleiere må akseptere og vise empati for. Vi kan for eksempel si til Olaf: ”Jeg forstår at du ikke vil ta medisinene dine nå, så jeg foreslår at vi venter med det”. Med dette viser vi Olaf at vi forstår og respekterer hans avgjørelse. I studien *Reciprocal struggling in person transfer tasks – caregivers’ experiences in dementia care* blir det belyst at personalets kommunikasjon ble lettere når de begynte å bruke en følelsesmessig tone som virket å være sannsynlig attraktive for pasientene. Det ble også brukt non-verbal kommunikasjon for å forbedre forståelse av det som ble sagt. I tillegg blir det bemerket i studien at når helsepersonell tydeliggjør at de er i en stressituasjon, så vil pasienten ofte reagere med forvirring og motvilje (Thunborg, Wågert, Söderlund & Götell, 2012). Det vil si at dersom vi viser at vi er under stress, så kan dette føre til negative resultater i situasjonen med Olaf. Men dersom han likevel går med på å vente en stund med medisinene sine, kan vi begynne med avledning som går ut på å få oppmerksomheten bort fra det han er opptatt av, og over på noe annet. Avledning kan være noe så enkelt som å drikke kaffe, lese avisen, snakke om gamle dager eller se på gamle bilder. Men likt med de tre ulike kommunikasjonsteknikkene kan avledning virke mot sin hensikt dersom vi ikke vurderer helheten i situasjonen (Solheim, 1990). Vi vet også av egne erfaringer at en spasertur eller en tur i sansehagen kan være fine avledninger.

Vi har selv erfart i praksis at validering kan ha tilfredsstillende resultater, og vil derfor presentere et eksempel på dette. Under et kveldsstell begynte pasienten å bli urolig. Etter hun hadde lagt seg, sto hun opp igjen flere ganger. Pasienten hadde en kristen tro, og var fra før vandt med å be til kvelds. Når jeg satte meg på sengekanten og ba Fader vår, roet hun seg ned og la seg til å sove. I denne situasjonen brukte jeg validering i form av at jeg møtte henne i hennes emosjonelle verden. I tillegg til å bruke validering fikk jeg ivaretatt hennes åndelige behov.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver vår profesjonsetikk og de forpliktelsene vi har som vil bidra til en god sykepleiepraksis. Vi skal ivareta pasientens

verdighet og integritet, herunder retten til å være medbestemmende (Norsk sykepleierforbund, 2011). For å kunne vurdere om Olaf kan foreta autonome valg, er det flere viktige faktorer som spiller inn. Det kan dreie seg om hvorvidt han er kompetent, om avgjørelsen er oppbygd av adekvat informasjon og om pasienten er fri for ytre press (Rokstad, 2009). Men som vi kan se i casen er Olaf allerede fratatt sin samtykkekompetanse, og hans rett til å være medbestemmende er da borte. Men Olaf er ikke alene om å ha blitt fratatt samtykkekompetansen. Studien *Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors* (2004) viser at mer enn 40% av pasientene som bor i sykehjem, mangler samtykkekompetanse når beslutninger om helsehjelp skal fattes. Da er det viktig at vi stadig minner oss selv på at den omsorg vi yter skal bidra til å fremme hans helse og forebygge sykdom. I tillegg skal vi beskytte han mot krenkende handlinger og tvang (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette er faktorer som støttes opp av ikke-skade prinsippet og velgjørhetsprinsippet, da det alt i alt handler om å yte den nødvendige helsehjelpen for å unngå skade uten å bruke tvang.

Studien *How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care?* hadde som hensikt å få en bedre forståelse av hvordan personer med demens deltok i beslutninger om sin egen helse. Det kom da frem at personer som var rammet av en demenssykdom var mer selvstendige i beslutninger rundt daglige aktiviteter enn rundt den medisinske behandlingen (Smebye, Kirkevold & Engedal, 2012).

For å legge best mulig til rette for at Olaf kan være med på å ta egne beslutninger må vi tilpasse hans behov. Disse behovene kan for eksempel være å få de nødvendige medikamentene eller få muligheten til å uttrykke sine tanker og følelser. Et av målene vil i tillegg være å unngå krenkelse så langt det er mulig. For å kunne utføre dette vil utfordringen vår være å sikre en dynamisk tilnærming. For å oppnå denne tilnærmingen må vi være bevisste over hvordan vi kommuniserer med Olaf. Dette kan være vår kroppsholdning, tonefall i det vi sier, ansiktsuttrykk og hvordan vi uttrykker oss verbalt (Wogn-Henriksen, 2008).

Så lenge det er snakk om livssituasjonen til Olaf vil den eksistensielle tilgangen være betydningsfull, med tanke på hvilke utfordringer han kan ha møtt på tidligere.

Med tanke på dette må vi som sykepleiere nullstille oss, legge våre tanker og fordommer til side, noe som kan være utfordrende. Dette er nødvendig for at vi skal kunne være mottagelig for det som blir sagt ut ifra Olafs ståsted. Det er viktig å bli kjent med pasienten, lytte og være til stede når han forteller sin personlige historie. Dette bekjentskapet krever tid og rom for at vedkommende skal komme frem som en person. Det er nødvendig for helsepersonellet å ta utgangspunkt i personens fortelling for at han skal komme på rett vei igjen. For å kunne gå inn i et felles arbeid med pasienten må pleieren møte vedkommende i dens livsverden (Sneltvedt, 2010).

Å etablere kontakt og forstå hva en person med demens forsøker å formidle med sine utsagn og sin atferd er ikke alltid like lett. Hvordan en persons atferd er, kan være påvirket av flere faktorer. Derfor er det viktig at vi har god kjennskap til Olafs historie og hans liv, da tidligere hendelser i livet kan være utløsende årsaker for den utagerende atferden. Ved at vi bekrefter hans historie ved å aktivt delta i samtalen om hans liv, kan vi styrke forholdet mellom oss som pleiere og han som pasient, som igjen kan styrke tilliten Olaf har til oss. Derfor stilles det store krav til vår evne som sykepleiere å kommunisere og vise empati (Eide & Eide, 2008). Samhandling med personer med demens blir ofte begrenset på grunn av ulike kommunikasjonsbarrierer hos de syke (Thunborg, Wågert, Söderlund & Götell).

Miljøbehandling vil i den denne situasjonen handle om å være bevisst på kommunikasjonsformen validering. Miljøbehandling er en terapeutisk prosess som bør gjennomføres i det miljøet Olaf befinner seg i. Ved å være til stede i hans verden, vil vi være med på å bevare hans identitet. Dette kan føre til at Olaf føler seg inkludert, som igjen kan være med på å styrke forholdet mellom pasient og pleier (Rokstad, 2008).

5.2 Reminisens

Reminisens er på folkemunne kaldt minnearbeid. Ved hjelp av minnearbeid kan vi sette oss ned med Olaf, og snakke om hans personlige og meningsfulle hendelser fra ”gamle dager”. Bilder lukt, smak og berøring av gjenstander blir ofte brukt i minnearbeid (Wogn-Henriksen,

2008). For å få Olaf til å ta medisinene sine uten tvang, kan denne kommunikasjonsformen være aktuell. Målet med reminisensarbeid er å bidra til at pasientene kan bearbeide tidligere hendelser i livet, slik at de har muligheten til å akseptere livet slik det ble (Berentsen & Solheim, 2009).

Likedan som validering, kan også reminisens ha både fordeler og ulemper. Når vi bruker denne kommunikasjonsteknikken i situasjonen med Olaf, vil han selv ha mulighet til å kunne fortelle sin livshistorie med egne ord. Det vil da være en fordel at vi som sykepleiere har kjennskap til hans historie, slik at vi kan delta aktivt i kommunikasjonsprosessen (Berentsen & Solheim, 2009).

Det positive med denne måten å kommunisere på er at Olaf kan oppleve integritet og egenverd. Det kan også gi økt tro på mestringsevne. Det negative med reminisensarbeid kan være om vi som helsepersonell påfører Olaf sorg og smerte, på grunn av negative hendelser som har skjedd tidligere i livet. Igjen kan dette føre til at han kan benekte det livet han har levd, og igjen å benekte deler av seg selv. Som en følge av denne benektingen, kan Olaf utvikle kronisk fortvilelse og frykt. Han kan i tillegg bli sittende igjen med en nedverdiggende følelse, som igjen kan føre til at det blir mer problematisk og få han til å ta medikamentene sine. Dette kan fort skje dersom vi ikke kjenner Olaf godt nok, slik at vi som helsepersonell fører samtale inn på et tema som er sårbart. Dersom Olaf har levd et vanskelig liv og opplevd å alltid bli sett ned på, kan det være vondt og utrygt å snakke om denne delen av livet. Han kan ha vært med på å utføre handlinger som gjør det vanskelig å tilgi seg selv, selv etter alle disse årene. Selv om dette er en uønsket situasjon både for oss som pleiere og for Olaf, kan det likevel være nyttig med minnearbeid. For at teknikken skal ha ønsket resultat, kreves et samarbeid mellom pasienten og sykepleieren (Berentsen & Solheim, 2009).

Når vi kommuniserer med Olaf er det viktig at det blir brukt et språk som han forstår, noe Martinsen (2003) kaller et dagligdags språk. I situasjoner hvor Olaf ikke vil ta imot medisinene sine vil det da være viktig å unngå bruk av fremmedord og gjenstander han ikke kjenner til, da dette kan skape forvirring og usikkerhet (Martinsen, 2003).

Ved hjelp av miljøbehandling kan man skape glede og trivsel for pasienten (Rokstad, 2008). Når man jobber med reminisens er det ofte at bruken av bilder eller gjenstander pasienten har

kjennskap til vil ha en positiv innvirkning. Siden Olaf bor på institusjon så mener vi det er viktig for Olafs identitet at han har private bilder på veggen, møbler og gjenstander fra hjemmet sitt på sitt nye rom. Selv om de personlige eiendelene er gamle og slitte, kan de likevel ha en positiv innvirkning på Olaf. I tillegg kan dette bidra til at Olaf godtar sykehjemmet og får en bedre tilværelse (Berentsen & Solheim, 2009). For å skape et godt utbytte av hans personlige eiendeler, er det viktig at vi bruker disse aktivt i kommunikasjonen.

Kari Martinsen (2003) skriver at sykepleielæren og kunnskaper om medisinske temaer gjør oss ikke til faglig dyktige sykepleiere. Det er heller måten kunnskapen blir brukt på som vil utvikle oss. Da er det viktig at vi som sykepleiere er klar over hvordan vi bruker reminisens ovenfor Olaf. Videre skriver hun om vår oppgave som sykepleiere, å vise omsorg, støtte og respekt ovenfor den syke. I vårt tilfelle med Olaf så arbeider vi med en person med demens. Bare det i seg selv kan by på utfordringer i en kommunikasjonsprosess. Selv om vi viser omsorg, empati, respekt og støtte til pasienten, skal ikke vi som sykepleiere forvente noe tilbake. Dette er kun en liten bit av hva jobben som sykepleier innebærer. Forholdet mellom oss som sykepleiere og Olaf er et forhold der vi er forpliktet til å gi mer enn hva vi får tilbake (Martinsen, 2003). I situasjonen rundt Olaf vil dette innebære og bruke minnearbeidet med formål om å gjøre godt mot han.

Vi vil hele tiden ha de etiske prinsippene med oss. I den nevnte situasjonen vil vi som sykepleiere ha mer kunnskap om hva som er til hans eget beste, og dermed kan vår holdning oppfattes som paternalistisk. Da er det viktig at vi hele tiden tenker på at vi skal ha som mål å unngå krenkelse av Olafs integritet (Brinchmann, 2010). I situasjonen hvor Olaf nekter å ta imot sine medikamenter vil det ofte dukke opp spørsmål og tanker rundt den aktuelle situasjonen. Et eksempel på dette er hvordan vi kan skille mellom hjelp og skade når nødvendige tiltak medfører krenkelse overfor hans integritet. Et spørsmål som dette kan være viktig å reflektere over ut fra de fire etiske prinsippene. Disse prinsippene er ikke-skade, velgjørenhet, autonomi og rettferdighet. I situasjonen rundt Olaf vil ikke-skade prinsippet og velgjørenhetsprinsippet være mest relevant (Brinchmann, 2010).

Ved å bruke reminisens som en del av miljøbehandling, vil vi bruke de gjenstandene Olaf har med seg. Selv har vi sett både positive og negative sider av denne formen for miljøbehandling. Vi har selv erfart en negativ side ved at rommet til pasienten inneholder bilder og gjenstander fra hjemmet. Opplevelsen vi hadde gikk ut på at pasienten ønsket seg hjem når vi så på bildene og snakket om de ulike gjenstandene som var på rommet. På bildene vi så på var det bilde av pasientens hund. Da pasienten så denne hunden måtte vedkommende skynde seg hjem for å stelle med hunden. Før pasienten kom på at hun måtte hjem, snakket hun om ”barnet sitt” (hunden) som var det kjæreste hun eide. Hun fortalte at de to hadde holdt sammen i mange år. På grunn av denne påminnelsen begynte pasienten å pakke sammen sakene sine. Ved forsøk på å realitetsorientere pasienten, ble hun sint, frustrert og gråt.

5.3 Realitetsorientering

Hvordan vil bruken av realitetsorientering påvirke vår kommunikasjon med Olaf?

Realitetsorientering vil si å orientere pasienten (Solheim, 1990). I vårt tilfelle vil det være naturlig å bruke denne type kommunikasjonsteknikk når vi forklarer Olaf hvorfor det er viktig at han tar medisinerne sine. Ved bruk av realitetsorientering vil behovene til Olaf bli hørt, da det gjelder å fortsatt ha evnen til å orientere om tid og sted (Heap, 2012). Men realitetsorientering kan også ha flere funksjoner. En funksjon kan være at vi til enhver tid har en orienterende holdning i kontakten med Olaf. En annen måte å bruke realitetsorientering på er å korrigere Olafs feiloppfatninger av virkeligheten. I samspill med Olaf vil det være feil å være enig i hans påstander som vi vet er ukorrekte, da dette vil være respektløst (Witsø & Teksum, 1998). Hvordan realitetsorienteringen blir lagt frem av pleieren har stor innvirkning på hvordan effekten av orienteringen blir. Dersom personalet korrigerer pasienten på en kritiserende måte og med feil tonefall og kroppsspråk, kan pasienten bli mer usikker og kan føle seg latterliggjort (Wogn-Henriksen, 2008). Ulempen med å bruke denne kommunikasjonsformen kan føre til at det oppstår problemer eller uønskede situasjoner. Av egne erfaringer har vi opplevd realitetsorientering på både positiv og negativ måte. Et eksempel fra egen praksis hvor realitetsorientering ikke fungerte. Jeg banket på døren til et pasientrom og gikk inn til den eldre damen. Hun fortalte meg at jeg hadde ingenting i huset hennes å gjøre. I denne situasjonen satte jeg meg ned på huk ved siden av damen og forklarte at hun var på sykehjemmet. Hun så forundret på meg og sa at hennes hus var ikke noe

gamlehjem og jeg fikk klar beskjed om at jeg var uønsket. Jeg gjorde et nytt forsøk på å fortelle den eldre damen at dette var sykehjemmet, og at det var eid av kommunen. Den eldre damen ble rett og slett forbannet, og sa at om jeg ikke forsvant ut av hennes hus skulle hun melde meg til lensmannen.

Siden Olaf bruker insulin og også brukte det før han ble rammet av Alzheimer kan det være effektivt å bruke realitetsorientering som en kommunikasjonsteknikk, slik at vi kan forsøke å unngå å holde Olaf med tvang. Når en pasient motsetter seg helsehjelpen ved å ikke ta imot medikamentene som gis, må vi som sykepleiere oppøve evnen til selvstendig, kritisk refleksjon (Bielecki & Børdahl, 2005). Vi som sykepleiere kan da for eksempel gå frem på den måten med at vi holder frem insulinpenningen og forklarer hva det er og at han brukte det hjemme. Om Olaf husker og forstår hva insulinpenningen er og skal brukes til, kan dette føre til at han opplever mestringsfølelse, som igjen kan være nok til at han går med på å ta medikamentet (Solheim, 1996). Men å realitetsorientere Olaf på denne måten kan også slå andre veien, og han kan få en følelse av mindreverd som igjen kan føre til sinne og frustrasjon (Solheim, 1990). Som vi kan se så er realitetsorientering en kommunikasjonsmetode som kan virke både positivt og negativt.

Helsepersonelloven (1999) stiller krav om vår yrkesutøvelse som helsepersonell. Under § 4 er det skrevet at vi som helsepersonell skal utføre vårt arbeid i likhet med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes av våre kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Disse kravene til vår yrkesutøvelse forsterkes av Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), hvor det står skrevet at sykepleie skal være oppbygd av barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Denne loven og retningslinjen vil være med på å styrke ikke-skade prinsippet og velgjørenhetsprinsippet.

Når Olaf ikke vil ta imot medisinene sine, kan dette by på utfordringer for oss som helsepersonell. Som sykepleiere skal vi ivareta pasients verdighet og integritet, og unngå krenkelse. Pasienten har også rett til å være medbestemmende. Men når Olaf er fratatt samtykkekompetansen på området medikamenthåndtering, vil retten til medbestemmelse falle bort, og vår paternalistiske holdning kan ubevisst komme frem. Studien *"I Just Take What I*

Am Given” viser at helsepersonell mente at involvering av pasienten i beslutninger rundt medisinerer ville bidra til økt autonomi. Men noen av deltakere i studien var ikke i stand til å bli involvert i slike beslutninger, og det var da helsepersonellet som måtte yte omsorg slik at pasientene kunne involveres best mulig i egen omsorg (Hughes & Goldie, 2009).

Det finnes to former for kommunikasjon, verbal og nonverbal kommunikasjon. Den nonverbale kommunikasjonen vil gå ut på vår kroppsholdning, tonefall, ansiktsuttrykk og bevegelser (Engedal & Haugen, 2005). Å ha et bekreftende ansiktsuttrykk er viktig for oss som sykepleiere. Ofte vil et uttrykk formidle mer enn hva vi selv ønsker. Når Olaf ikke vil ta imot helsehjelpen vil vi kanskje heve øyenbrynene eller bite tennene sammen. Disse uttrykkene kan skape enda mer utfordringer for oss, da vårt ansiktsuttrykk blir feiltolket og kan skape usikkerhet og redsel. Derfor må vi som sykepleiere være klar over våre egne reaksjoner, og hvordan vi uttrykker disse ovenfor Olaf. Hvis vi hever øyenbrynene kan dette tolkes av Olaf på ulike måter. Ved å gjøre dette kan vi signalisere skepsis eller tvil, eller de kan heves i en positiv interesse. Om det er av positiv interesse er det viktig at vi bekrefter dette verbalt, slik at uttrykket ikke blir missoppfattet. På denne måten unngår vi tvil og feiltolkning, og det vil bidra med å styrke tilliten og relasjonen mellom oss og Olaf, som igjen kan føre til at han vil ta medisinerne sine (Eide & Eide, 2011).

For at Olaf skal kunne finne frem og orientere seg rundt om, er avdelingen nødt til å være oversiktlig. Ved å henge opp skilt med navn på dørene til WC, klokker som er store og oversiktelige og en lesbar kalender kan være til hjelp for Olaf til å kunne orientere seg. På et pasientrom kan det være lurt å henge opp kjente gardiner, fotografier av nære og kjære og møbler. For at Olaf skal trives best mulig på avdelingen mener vi det er til Olafs beste å innrede rommet hans så likt hjemmet som mulig. Ved at elementene står noenlunde likt som det alltid har gjort vil Olaf lettere kjenne seg igjen, selv om han vil glemme fort (Solheim, 1996).

I omsorgsarbeidet vi som sykepleiere skal utføre vil det være pasienten som bestemmer hvilket omsorgsarbeid som skal utføres. I vår situasjon med Olaf er det arbeidet med å realitetsorientere han som vil være vår oppgave. Siden han ikke ønsker å ta verken tablettene

eller insulinet vil vi forsøke å bruke realitetsorientering som et hjelpemiddel. Som sykepleier vil man komme utfor et moralsk problem, vi må gripe inn i situasjoner som omhandler en pasients liv og helse, og som er mot hans vilje. For å unngå en sådan situasjon velger vi å forsøke å veilede Olaf i riktig retning ved bruk av denne formen for kommunikasjon. Som sykepleiere må vi alltid huske på at vårt hovedfokus er å bidra til å gjøre en situasjon så god som mulig for pasienten (Martinsen, 2003).

6.0 Konklusjon

For å komme frem til en god løsning for å unngå bruk av tvang når Olaf skal ha sine medisiner, har vi diskutert fordeler og ulemper ved hver av de tre kommunikasjonsformene. For at validering, reminisens og realitetsorientering skal hjelpe Olaf til å forstå at han må ta medisinene sine, er det en forutsetning at vi har kunnskaper om de ulike teknikkene. For å forstå hvorfor Olaf reagerer med verbal og fysisk utagerende atferd må vi i tillegg til kunnskaper om de ulike formene for kommunikasjon, ha en god innsikt i han livshistorie. Dette er fordi pasienter med Alzheimer ofte kan ha problemer med å gi informasjon om sitt eget liv. Som vi har kommet frem til i oppgaven, kan vi se at den utagerende atferden kan oppstå på grunn av at Olaf ikke lenger klarer å uttrykke problemene sine på en annen måte. Atferden kan også oppstå på grunn av negative hendelser tidligere i livet. Siden hver enkelt kommunikasjonsform kan ha både positive og negative emosjonelle effekter, vil det være aktuelt å bruke de tre kommunikasjonsformene om hverandre for å oppnå et best mulig resultat.

Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) skriver at vårt grunnlag for sykepleie skal være respekten for det enkelte menneske. Den sykepleie vi yter skal være oppbygd av barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. På grunn av at Olaf er fratatt sin samtykkekompetanse på området medikamenthåndtering, vil han ikke være i stand til å ta noen avgjørelser på dette området. Vi skal så godt det lar seg gjøre legge til rette for at han skal kunne ta selvstendige valg på aktuelle områder. Men på området medikamenthåndtering må vi som sykepleiere ta disse valgene for han, og dermed utøve en form av svak paternalisme.

I løpet av de ulike praksisperiodene har vi opplevd situasjoner hvor vi har sett både positive og negative sider rundt de tre nevnte metodene å kommunisere på. Vi har også sett at å bruke teknikkene om hverandre, kan gi et bedre resultat enn å bruke en av teknikkene alene.

Gjennom å skrive denne oppgaven har vi blitt enda mer bevisste på hvordan vi bruker de ulike kommunikasjonsteknikkene i praksis. Dette har også bidratt til at vi nå er mer klar over hvordan den enkelte pasient kan oppfatte oss og vår holdning.

7.0 Litteraturliste:

Berentsen, D.S. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (s.350). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Berentsen, V. D (2008). *Demensboka –Lærebok for pleie- og omsorgspersonell-*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. *Antall sider:21*

* Berentsen, V.D. & Solheim, K.V. (2009). Demensomsorgens ABC. *Validering, realitetsorientering og reminisens*. Perm 2, hefte nr. 7. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. *Antall sider: 51*

Bielecki, T. & Børdahl, B. (2005). *Legemiddelhåndtering* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, S.B. (2010). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*, (2.utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademsik.

Eide, H. & Eide, T. (2008) Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Elkins, Z. (2011). Communication bridges for patients with dementia. *Primary health care*, 21(10):16-9. Lokalisert på: <http://primaryhealthcare.rcnpublishing.co.uk/archive/article-communication-bridges-for-patients-with-dementia>. *Antall sider: 4*

* Engedal, K. (2008). *Lærebok, alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. *Antall sider: 21*

* Engedal, K. & Haugen, P.K. (2005). *Demens, fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. *Antall sider: 50*

Heap, K. (2012) Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon- minner- kriser- sorg. Oslo: Kommuneforlaget AS.

* Helsedirektoratet. (2008, juli). *Lov om pasientrettigheter kapittel – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.* (Rundskriv IS-10/2008). Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a/Publikasjoner/rundskriv-lov-om-pasientrettigheter.pdf>. *Antall sider: 54*

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §4. (2012). Lokalisert på: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>.

* Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning*, 5(4):294-301. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0007. *Antall sider: 7*

* Hughes, C.M. & Goldie, R. (2009). "I Just Take What I Am Given". *Drugs Aging*, 26(6):505-517. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=c5a42c1e-4d13-4fa5-af86-cca8fcca7712%40sessionmgr111&hid=120&bdata=JnNpdGU9ZWVvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010358490>. *Antall sider: 12*

Hummelvoll, J.K. (2012). Helt – ikke stykkevis og delt (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

**Hva ser du søster?* (2008). Oslo: Kommuneforlaget. *Antall sider: 1*

* Johnsen, L. & Smebye, K.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens, møte og samhandling* (s. 220, s.214, s.208-209). Oslo: Akribe. *Antall sider: 23*

Kirkevold, M. (2009). Sykepleieteorier- analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, Ø. (2012). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 125:1346-8. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1192223>. Antall sider: 3

* Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2009). Is Covert Medication in Norwegian Nursing Homes Still a Problem?. *Drugs Aging*, 26(4):333-344. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&sid=c5a42c1e-4d13-4fa5-af86-cca8fcca7712%40sessionmgr111&hid=120&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010317750>. Antall sider: 12

* Martinsen, K. (2003). *Omsorg Sykepleie Medisin*. Otta: Universitetsforlaget. Antall sider: 14

Norsk Sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Lokalisert på: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §4A-3. (2012). Lokalisert på: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>.

Ranhoff, H.A. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (s.137). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Raymont, V., Bingley, W., Buchanan, A., David, A.S., Hayward, P., Wessely, S. & Hotopf, M. (2004). Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet*, 2004:364:1421-27. Lokalisert på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15488217>. Antall sider: 6

* Rokstad, A.M.M. (2009). Demensomsorgens ABC. *Etiske utfordringer*. Perm 2, hefte nr. 1. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 4

* Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (red), *Personer med demens, møte og samhandling* (s. 152-177). Oslo: Akribe. Antall sider: 25

* Russell, C. & Timmons, S. (2009). Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing older people*, 21(4), 28-33. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=7e7ef069-565a-4f9e-9358-1f5f58ddfc78%40sessionmgr111&vid=1&hid=128&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010270747>. Antall sider: 6

* Sejerøe- Szatkowski, K. (2004) *Demens. Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 10

Slettebø, Å. (2010). Etiske dilemmaer. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2.utg., s.42-53). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Smebye, K.L., Kirkevold, M. & Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? *BMC Health Services Research*, 12:241. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&sid=c5a42c1e-4d13-4fa5-af86-cca8fcca7712%40sessionmgr111&hid=120&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=83468570>. Antall sider: 12

Sneltvedt, T. (2010). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*, (2.utg., s. 149-162). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Snoek, J.E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri* (3.utg.). [Oslo]: Akribe. Antall sider: 40

*Solheim, K. (1996). *Demensguide, holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Otta: Tano-Aschehoug. Antall sider: 18

* Solheim, K. (1990). *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Otta: Tano AS. Antall sider: 22

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk men ikke glemt*. (Rapport IS-1486). Lokalisert på http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/ShDir_DemensRapport_KORR4.pdf.

* Thunborg, C., Wågert, P.V.T., Söderlund, A. & Götell, E. (2012). Reciprocal struggling in person transfer tasks – caregivers' experiences i dementia care. *Advances I Physioterapy*, 14:175-182. Lokalisert på:

<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/14038196.2012.725184>. *Antall sider: 7*

* Witsø, A.E. & Teksum, A.B. (1998). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Aurskog: Tano Ashehoug. *Antall sider: 2*

* Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens, møte og samhandling* (s. 87-112). Oslo: Akribes. *Antall sider: 25*

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 453

8.0 Vedlegg 1

Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord og kombinasjoner (and,or,not)	Begrensninger	Antall treff	Antall leste artikler	Antall utvalgte artikler
28.01.13	EbscoHost - Academic Search Premier - Chinal with Full Text	#1 Dementia	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	22143	6	
		#2 Alzheimer	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	13436	4	
		#3 Forced	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	11393	3	
		#4 Confidence-building measures	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	214	5	
		#5 Older people	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	17689	7	
		#6 Nursing homes	Full Text 2009-2013	8448	3	

			Peer Reviewed			
		#7 Nursing	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	99566	6	
		#8 Nurse	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	46272	8	
		#9 Externalizin g behavior	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	1122	5	
		#10 Patient	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	402738	9	
		#11 Relationshi p	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	179637	2	
		#12 Communica tion	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	122287	8	
		#13Confide nce building	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	1083	4	

		#14 Consent	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	6184	2	
		#15 Alzheimer's disease	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	13489	12	
		#16 Norway	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	22536	6	
		#17 Validation	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	30583	4	
		#18 Reminiscen ce	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	339	7	
		#19 Reality orientation	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	236	6	
		#20 Medication	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	32640	6	
		#1 and #6 and #20	Full Text 2009-2013	87	2	1

			Peer Reviewed			
		#22 Caregivers	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	8451	7	
		#1 and #16 and #20 and #22	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	0		
		#1 and #22	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	1202	4	
		#1 and #6 and #22	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	239	12	
		#1 and #6 and #10 and #16	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	40	6	
		#27 Decision	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	66468	5	

		#28 Experiences	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	79776	4	
		#1 and #22 and #28	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	159	3	1
		#1 and #16 and #20	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	14	3	
		#2 and #6 and #10 and #20	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	12	4	
		#32 Covert medication	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	23	7	
		#1 and #6 and #10 and #20 and #32	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	3	1	

		#34 Dementia plan	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	547	6	
		#1 and #16 and #34	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	3	1	
		#2 and #10 and #20 and #32	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	0		
		#37 Care	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	268452	4	
		#38 Experience	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	83788	6	
		#39 Dementia care	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	5129	6	
		#1 and #22 and #28	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	159	4	
		#41 Medical	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	491024	3	
		#42 Risk factor	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	76605	2	
		#1 and #20 and #42	Full Text 2009-2013	110	4	

			Peer Reviewed			
28.01.20 13	Tidsskriftet. no	Tvang	Norsk oversikts- artikler og klinisk praksis	36	5	1
28.01.20 13	Sykepleien. no	Tvang	Forskningsarki v	22	3	1
29.01.20 13	EbscoHost -AgeLine -Chinal with Full Text	#nursing homes and #study and #medication	Full text 2009-2013	287	10	1
29.01.20 13	SveMed+	Behavior and communicat ion and dementia care	Engelsk Artikkel	6	6	1
27.02.13	EbscoHost -AgeLine -Chinal with Full Text	#1 Dementia	Full Text 2009-2013 Peer Reviewd	2384	3	
		#2 Communica tion	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	8023	4	
		#1 and #2	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	159	8	1

		#4 Validation	Full Text 2009-2013 Peer reviewed	4012	5	
		#5 Reminiscence	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	56	4	
		#6 Reality orientation	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	18	6	
		#1 and #2 and #4	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	6	2	
		#1 and #2 and #5	Full Text 2009-2013 Peer Reviewed	4	4	1