



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdelingen for folkehelsefag
4BACH

Anette Bjørnbakken og Anne Kari Olstad
Veileder: Dina Bjørlo Strande

Ikke tving meg!

Tvang i demensomsorgen

Do not force me!

Coercion in dementia care

Antall ord: 11 486

Bachelor i sykepleie 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Forord

*At man, når det i sandhed skal lykkes èn at
Føre et menneske hen til et bestemt sted –
Først og fremmest må, passe på
At finde ham der, hvor han er
Og begynde der*

Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst.

*Enhver, der ikke kan det, han er selv i en indbildning,
Når han mener at kunde hjælpe den anden.*

*For i sandhed at kunde hjælpe en anden,
Må jeg forstå mer end ham –
Men dog først og fremmest forstå det, han forstår.*

- Forfatter: Søren Kierkegaard fra
Brudstykke af en ligefrem Meddelelse, 1859

Sammendrag

Statistikk viser at om lag 70.000 personer i Norge er rammet av demens (Folkehelseinstituttet, 2013). Erfaringer fra praksis ga oss en større interesse for eldreomsorg og bruk av tvang, og hvordan sykepleieren kan være med forhindre dette. Vi la merke til at tvang ble i noen tilfeller brukt for å spare tid, og det var ikke alltid tillitsskapende tiltak ble prøvd. «Ikke tving meg!» er en bacheloroppgave som setter fokus på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang i møte med pasienter med demenslidelse som motsetter seg helsehjelp?». Oppgaven tar for seg hvordan vi kan hindre bruk av tvang hos pasienter som nekter hjelp ved morgenstell. Vi har lagt vekt på kommunikasjon i møte med pasienter med en demenssykdom, da vi selv har erfart at dette er et godt verktøy i forhold til tillitsskapende tiltak. Vi har innhentet aktuell litteratur og forskning i forbindelse med denne oppgaven. Vi ser at det er for lite kunnskaper blant sykepleiere og generelt helsepersonell, noe som bidrar til at det i noen tilfeller ikke finnes en klar grense mellom hva som er frivillig og hva som er tvang.

Oppgaven vår er basert på en litteraturstudie. Det er benyttet faglitteratur og forskning knyttet til temaet og vi har benyttet oss av våre erfaringer fra praksis.

INNHold

Sammendrag.....

1.0 Innledning

- 1.1 Bakgrunn for valg av tema og formålet med oppgaven.....
- 1.2 Presentasjon av problemstilling.....
- 1.3 Avgrensing av problemstilling.....
- 1.4 Case.....
- 1.5 Oppgavens oppbygning.....

2.0 Metode

- 2.1 Litteraturgjennomgang.....
- 2.2 Presentasjon av artikler.....
- 2.3 Kildekritikk.....
- 2.4 Ethiske overveielser.....

3.0 Pasienter med Alzheimer i sykehjem

- 3.1 Alzheimer sykdom.....
- 3.2 Det gode stell.....

4.0 Sykepleieteoretisk ramme

- 4.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....
 - 4.1.1 Omsorg som rasjonelt begrep.....
 - 4.1.2 Omsorg som praktisk begrep.....
 - 4.1.3 Omsorg som moralsk begrep.....
- 4.2 Kommunikasjon til pasienter med demens.....
 - 4.2.1 Validering.....
 - 4.2.2 Reminisens.....
 - 4.2.3 Realitetsorientering.....

5.0 Etikk og lovverk

- 5.1 Hva er et etisk dilemma?.....
 - 5.1.1 Velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet.....
 - 5.1.2 Paternalisme.....

5.2 Tvang og samtykkekompetanse.....

5.3 Pasient og brukerrettighetsloven §4-a.....

5.4 Yrkesetiske retningslinjer.....

6.0 Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang i møte med pasienter med demenslidelse som motsetter seg helsehjelp?

6.1 Tillitsskapende kommunikasjon.....

7.0 Konklusjon

Litteraturliste

Vedlegg 1 Søkehistorikk

Vedlegg 2 PICO-skjema

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og formålet med oppgaven

Etter tre år som sykepleiestudenter skal vi nå skrive en bacheloroppgave som en avsluttende oppgave for utdanningen vår. På bakgrunn av dette har vi valgt å skrive om «tvang i demensomsorgen». Statistikk viser at om lag 70 000 personer i Norge er rammet av demens (Folkehelseinstituttet, 2013). Grunnen til at vi har valgt akkurat dette temaet er fordi vi har selv erfart at sykepleiere står ovenfor mange utfordringer i forhold til bruken av tvang, og hva som er rett og galt. Vi fikk inntrykk av at sykepleiere og annet helsepersonell brukte tvang som en tidsbesparende måte og det var ikke alltid tillitsskapende tiltak ble prøvd. Pasient og brukerrettighetsloven (2013) § 4a-3 utdyper at tillitsskapende tiltak skal være prøvd før man iverksetter tvang. Vi har erfart i praksis at dette sjeldent ble overholdt og dette fikk oss til å reflektere over hvorfor det var slik.

På bakgrunn av disse observasjonene vi har gjort, mener vi dette er et høyest aktuelt tema innenfor sykepleie. Statistikk viser også at 45 % av pasientene i skjermede enheter og 37 % av pasientene i somatiske avdelinger ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke (Kirkevold Ø. , 2005). Vi mener dette er svært alvorlige tall, derfor vil oppgaven vår dreie seg om hvordan vi kan forhindre bruken av tvang ved hjelp av kommunikasjon. Det er stort og omfattende temaet å skrive om, men vi mener at økt kunnskap innenfor dette feltet kan bidra til at vi utøver god sykepleie til pasienter med en demenssykdom som kan bli utsatt for tvang på institusjon.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen vår er som følger:

«Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang i møte med pasienter med demenslidelse som motsetter seg helsehjelp?»

1.2 Avgrensning av problemstilling

Vårt fokus i denne oppgaven vil være hvordan vi som sykepleiere kan forhindre bruk av tvang, hos pasienter med en demenssykdom som motsetter seg helsehjelp. Arenaen vil være pasienter som bor i institusjon. Oppgaven vår baserer seg på en pasient som ikke har samtykkekompetanse rettet til sin personlig hygiene. Vi har valgt å avgrense problemstillingen vår til personlig hygiene ved morgenstell, da personlig hygiene er et stort og omfattende tema å skrive om. Vi ønsker å legge vekt på miljøterapi i form av kommunikasjon, og velger derfor å legge vekt på de tre kommunikasjonsteknikkene: reminisens, validering og realitetsorientering. Egne erfaringer i praksis tilsier også at dette er teknikker som både er positive og negative i møte med pasienter. Vi drøfter ut ifra omsorgsteorien til Martinsen (2003), samt disse kommunikasjonsteknikkene. Vi har valgt å ikke dra inn pårørende i oppgaven på grunn av mangel på plass. Vi vet at pårørende er en sterk ressurs for pasienten, og ikke minst for oss som sykepleiere. Innenfor etikk er det fire etiske prinsipper. Vi mener at disse prinsippene er likeverdige, men vi velger å legge vekt på velgjørighet og ikke-skade prinsippet i vår oppgave.

1.2 Oppgavens oppbygning

Oppgaven vår er bygd opp med en innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel og en konklusjon. I metodedelen vil vi presentere valgt litteratur, samt kildekritikk og hvordan vi gikk frem i søk av forskningsartikler. I teoridelen vil vi finne aktuell teori som vil være med å besvare vår problemstilling. I drøftingsdelen vil vi ta for oss den teorien vi har benyttet oss av i teoridelen, og drøfte dette opp mot problemstillingen vi har satt. Vi vil også dra med egne erfaringer vi har tilegnet oss i løpet av sykepleierutdanningen. Vi avslutter med en konklusjon, hvor vi oppsummerer hva vi har kommet fram til. På slutten av oppgaven vil det komme en litteraturliste som vil vise en oversikt over hva slags litteratur vi har benyttet oss av i oppgaven.

1.6 Case

Oline er 79 år og har tidligere jobbet som gartner. Hun har alltid vært en velstelt dame som likte å pynte seg med smykker og pene klær. For seks år siden fikk hun konstantert diagnosen Alzheimer. Hun fungerte godt hjemme en liten stund, men etter hvert så begynte hun å rote

med ord, glemte å skru av platen på komfyren og klarte ikke å skille mellom dag og kveld. De to siste årene har hun bodd på en langtids plass for pasienter med en demenssykdom. Sykdommen har gradvis utviklet seg og symptomene hos Oline har påvirket henne i å bli mer innesluttet, agitert og nekter hjelp til å ivareta sin personlig hygiene. På bakgrunn av dette har hun mistet sin samtykkekompetanse relatert til personlig hygiene. Hun ønsker ikke å ta imot hjelp ved morgenstellet. Hun kjefter og smeller, og ser ikke nødvendigheten ved å stelle seg da hun sier hun har ”dusjet” før vi kommer inn til henne. Hun kan utøve vold, bli sint og nekter å stå opp hvis noen prøver å hjelpe henne. Å skape tillitt og relasjon til Oline er vanskelig, og det har blitt et problem. Dette er blitt en stor utfordring både for Oline og for personalet på avdelingen. Ut ifra sykepleierne sitt ståsted trenger hun hjelp til å vaske seg.

2.0 Metode

En metode er et redskap for oss når vi skal undersøke noe og er med å forteller oss noe om hvordan vi kan innhente kunnskap, samt å vurderer om det er pålitelige opplysninger. Vilhelm Aubert forklarer en metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, 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” (Dalland, 2012, s. 111).

Denne oppgaven baserer seg på en litteraturstudie. Et litteraturstudium kan ha en kvantitativ og kvalitativ metode. Vårt valg av litteratur er med å former vår oppgave, slik at vi kan få svart på den aktuelle problemstillingen vi har satt. En kvantitativ metode vil gi oss informasjon som kan fremstilles i målbare enheter, som gjennomsnitt og prosent. En kvalitativ metode vil gi oss informasjon som det ikke går an å fremstille i målbare enheter (Dalland, 2012).

Ved valg av sykepleieteoretiker har vi valgt å benytte Kari Martinsen. Vi anser hennes syn på de svake og hennes omsorgsteori som relevant for vår oppgave og problemstilling.

2.1 Litteraturgjennomgang

I oppgaven vår har vi brukt pensumlitteratur. For å finne relevant litteratur som vi kunne bruke til selvvalgt, har vi lånt bøker på biblioteket. Før vi begynte å søke etter forskningsartikler, så diskuterte vi om hva vi ønsket å finne av forskning og hva vi trengte til å kunne drøfte problemstillingen vår. For å finne forskningsartikler og fagartikler har benyttet oss av skolens databaser. Vi har brukt Oria, PubMed, EBSCOhost, ProQuest, samt sykepleien.no. Grunnen til at vi har benyttet disse databasene er på bakgrunn av positive erfaringer tidligere. I de ulike databasene har vi brukt ulike søkeord for å se om vi fant gode artikler. Ord som vi brukte for å finne relevant forskning: *dementia, care givers, communication, nursing home, restraint, nursing, therapy, milieu, nursing, patient, Alzheimer.*

Vi har også brukt Folkeinstittuttet (2013) for å få en oversikt over hvor mange som har demens i Norge. Vi har også benyttet oss av «Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg hjelp.» Den har vi funnet på

Helsedirektoratets sider. Vi har benyttet Kari Martinsen (2003) sin bok «Omsorg, sykepleie og medisin» i gjennom hele oppgaven, derfor vil denne være sentral i oppgaven vår.

2.2 Presentasjon av artikler

Artiklene vi har funnet og ønsker å benytte i oppgaven vil være med å belyse oppgaven vår mer eller mindre. Vi ser på de artiklene som svært relevante i forhold til vår problemstilling. Følgende artikler er brukt:

1. Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2004). «*A study into the use of restraint in nursing homes in Norway*».

I denne artikkelen var formålet å finne ut årsakene til bruken av tvang. Hovedfokuset i denne artikkelen er hvorfor tvang blir brukt, istedenfor hvordan vi kan forhindre bruken av den. Det konkluderes med at det er mangel på kvalitetssikring og dokumentasjon rundt på de norske sykehjem. Det er en kvalitativ studie som gjennomført i Norge, og det var 160 sykehjem som var inkludert. For å finne denne artikkelen benyttet vi oss søkeordene: *nursing, restraint, nursing-home*. Vi fikk opp 1129 treff, så vi valgte derfor å avgrense det ned til år 2000-2014. Vi fikk færre treff, og dermed fant vi denne artikkelen.

2. Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., Behrens, J., Riedel-Heller, S.G. (2009). «*Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany*».

Dette er en studie som har blitt utført i Tyskland, der hvor de ansatte fikk opplæring i kommunikasjonsteknikker i møte den demente pasienten. Hensikten med dette var at bruken av tvang skulle forhindres ved at kommunikasjonen mellom pasienten og helsepersonell var bedre. Etter endt studie var det oppfølging etter seks måneder og resultatet var like positivt, og de konkluderte med at helsepersonellet kunne tilegne seg mer kunnskaper om kommunikasjon i møte med den demente pasient. For å finne den artikkelen benyttet vi oss av søkeordene: *communication, nursing, nursing-home, restraint*. Av dette så fikk vi opp 9 treff.

3. Hammar, L.M., Emami, A., Engström, G., Götell, E. (2010) «*Reactions of Persons with Dementia to Caregivers Singing in the Morning Care Situations*».

I denne forskningsartikkelen er musikk i fokus og om det kan bidra til å forhindre utagering hos pasienter med demens. Det var seks omsorgspersoner som tok del i studien og delte sine erfaringer med musikk knyttet til morgenstell. Resultatene indikerte at musikk i forbindelse med stell kunne gi en positiv opplevelse for den demente pasient og at pasienten ble mer mottakelig for hjelp. Dette er en kvalitativ studie som ble gjennomført i Sverige. Det er kun to sykehjem som er med studien, noe som gjør at det kan være mindre pålitelig enn hvis det var flere sykehjem inkludert. Vi velger derfor å ta den med i oppgaven vår, da musikk kan være et tillitsskapende tiltak for å forhindre bruken av tvang. For å finne denne artikkelen brukte vi søkeordene: *communication, caregivers, dementia*. Av dette fikk vi opp 41 treff.

4. Hannemann, B.T. (2006). «*Creativity with Dementia Patients*».

I denne forskningsartikkelen blir det stilt spørsmål om kreative aktiviteter kan være stimulerende for pasienter med demens. Det viste seg at kreativitet hos demente reduserte depresjoner og isolering når pasienten kunne gi uttrykk for sin egen mening og være med å bidra i det daglige. Kreativ terapi ga pasientene mulig til å være seg selv. For å finne denne artikkelen brukte vi søkeordene: *dementia, creativity, patients*. Vi fikk opp 159 treff og artikkelen lå øverst.

5. Førde, R., Pedersen, R., Gjerberg, E., Hem, M.H. (2010). «*Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang*».

I denne forskningsartikkelen er det fokus på grenseland mellom frivillighet og tvang til den demente som bor på sykehjem. Hensikten var å få frem typiske situasjoner som oppsto når pleie og omsorg skal gis til en som motsetter seg hjelp. I denne studien deltok 60 pleiere fra fem sykehjem. Resultatet viste seg at det oppstår utfordringer, og at grensene mellom frivillighet og tvang er uklare. Det viste seg at situasjoner som oppsto raskt vippet i feil retning, og det ble mot pasientens vilje. Konklusjonen var at pleiere trenger økt kunnskap og det er behov for kvalitativ forskning innen for emnet. For å finne denne artikkelen var vi inne på sykepleien.no og under forskningsartikler knyttet til demens.

6. Testad, I., Joa, I., Mæland, M.J. (2013) «*Agitasjon og funksjon i stell. Forekomst og sammenheng hos personer med demens*».

I denne forskningsartikkelen var formålet å se forekomsten av agitasjon hos demente personer i forbindelse med stelle situasjoner. Det ble gjort en tverrsnittstudie hvor et spørreskjema ble brukt for å kartlegging agitasjons hos demente. Det viste seg at 83,3% av personer med

demens eller hadde mistanke om det, agiterte minst en gang i uken. Det viser at det trengs økt kunnskap, studie og forskning på akkurat dette. For å finne den artikkelen var vi inne på sykepleien.no og under forskningsartikler knyttet til demens.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) så betyr kildekritikk at du skal vurdere og karakterisere den type litteratur du ønsker å benytte. Vi skal være kritiske til materialet vi finner, og at vi kan reflektere over gyldighet og relevans for å kunne belyse vår problemstilling (s. 72).

I henhold til retningslinjene for denne oppgaven skal vi benytte oss av pensumlitteratur, samt selvvalgt litteratur på 400 sider. Vi har benyttet oss av både primær og sekundær litteratur. Dalland (2012) skriver at primærlitteratur er der hvor forfatteren selv har skrevet, mens sekundær litteratur er når noen andre forfattere som har blitt tolket av andre forfatter enn den opprinnelige forfatteren selv. Så langt det er mulig så bør vi benytte oss av primærlitteratur, da vi anser dette som sterkere kilde enn sekundær litteratur (Dalland, 2012). I forbindelse med søket av artikler har vi opplevd det noe vanskelig å finne kun primær litteratur, men vi anser de artiklene som vi har funnet troverdige og gyldige.

Når vi søkte etter forskningsartikler og fagartikler så valgte vi å avgrense søket vårt til år 2000 fram til 2014. Dette er fordi vi ønsket forskning av nyere dato, og det er fordi vi vil føle oss trygg på den forskning vi skal belyse problemstilling vår med. Når vi har søkt på artikler i skolens databaser så har vi brukt engelske søkeord, da vi tidligere har erfart at vi finner gode søk. Vi har oversatt språket selv på artiklene vi har valgt å bruke i oppgaven, og vi har forsikret oss med hjelp av ordbøker at vi har forstått stoffet. I tillegg til engelske artikler, har vi også brukt svenske og norske.

Som sykepleier er det viktig å kjenne til lovverket. I denne oppgaven har vi anvendt lovverket, og dette har vi lokalisert på lovdata.no. Dette ser vi på som en pålitelig kilde, da det er en stiftelse av justisdepartementet og Det juridiske fakultet ved universitetet i Oslo.

2.4 Ethiske overveielser

Vår fordypningsoppgave er basert på aktuell litteratur innenfor valgt tema, som både er pensumlitteratur og selvvalgtlitteratur. I tråd med retningslinjene så vil oppgaven vår følge APA-standard. Vi har tatt med oss erfaringer fra tidligere praksiser gjennom utdanningen vår, og har dermed laget en selvlaget case. Vi har valgt å bruke Oline (79) som vår pasient i denne oppgaven, personen i denne casen er fiktiv.

3.0 Pasienter med Alzheimer i sykehjem

3.1 Alzheimer sykdom

Alzheimer sykdom er den vanligste formen for demens. Vi skiller mellom tidlig og sen debut av Alzheimer. Ved tidlig debut, oftest før 65 år vil det oppstå flere og mer uttalte symptomer som hukommelsessvikt, apraksi, agnosi og språk- og skrivevansker. Ved sen debut av Alzheimer sykdom, oftest etter 65 år vil det oppstå mindre og mildere symptomer, og sykdomsutviklingen vil være mindre dramatisk enn hva den vil være hos en som har tidlig debut av Alzheimer sykdom (Engedal, 2008). Ca. 65 % av de som rammes av demens, får diagnosen Alzheimer sykdom (Moksnes, 2010).

Når sykdommen debuterer er vanskelig å si da det som oftest oppdages ved at pasienten har noe redusert kortidss hukommelse enn tidligere. Noen pasienter vil også ha redusert stedsorientering. Disse observasjonene kan være vanskelig å oppdage, men etter som sykdommen utvikler seg så vil kanskje menneskene rundt pasienten merke at noe er i ferd med å endre seg. Symptomer ved Alzheimer sykdom kan oppstå både kognitive, motoriske og atferdsmessige. De kognitive symptomene som kan oppstå er hukommelsessvikt, språkvansker, apraksi og svekket oppmerksomhet. De atferdsmessige symptomene kan forekomme angst, depresjon og at pasienten blir innesluttet og trekker seg tilbake (Snoek & Engedal, 2008). Pasienten vil etter hvert bli mer nedstemt og trett, noen blir også ukonsentrerte og trekker seg tilbake fra store forsamlinger. Noen pasienter som har Alzheimer sykdom kan i noen tilfeller oppleves som psykotiske, da de kan oppleve å bli hallusinerte og få vrangforestillinger. Dette er individuelt fra pasienten til pasient, hvordan og hvor hardt de rammes (Berentsen, 2010).

Alzheimer sykdom er i utvikling. Det finnes medikamenter som er symptomlindrende for de som har en langtkommen sykdom. Det er viktig å huske på at det ikke finnes noen form for kur for denne type demens. Mange av de som utvikler Alzheimer sykdom utvikler språkvansker som afasi og noen agnosi, det vil si at de har ikke evnen til å kjenne igjen ulike objekter. Det er også vanlig at de utvikler apraksi, at de har manglende evne til å utføre kjente handlinger. Når man rammes av Alzheimer sykdom så vil en ha et økende behov for hjelp og tilsyn. Etter hvert så er mange pasienter aktuelle som kandidater for en sykehjems plass da de ikke er i stand til ivareta sine egne behov og seg selv. Noen pasienter kan få endret atferd og

kan være til fare for andre da de oppleves som agiterte, rastløse og forvirret. Disse pasientene er aktuelle for skjermet avdeling på sykehjem, da dette menes å være til det beste for de (Moksnes, 2010).

3.2 Det gode stell

Å holde kroppen ren og velstelt er noe vi mennesker lærer oss tidlig i livet.

Funksjonsnedsettelse og sykdom hos eldre mennesker kan være med å gjøre at evnen til å kunne stelle seg selv bli vanskelig, eller umulig å gjennomføre. Et av de mest grunnleggende ferdighetene innen sykepleie, er kanskje stellet. Det å ivareta pasientens integritet kan være utfordrende til tider. Når evnen til å ta vare på sin personlig hygiene bortfaller, så blir man avhengig av andres hjelp til å få utført dette. Hos mange eldre kan dette dreie seg om intime og private områder, noe som kan gjøre situasjonen ekstra sårbar (Brodtkorb, 2008).

Mange av de eldre ser på det å dusje som skremmende og ukomfortabelt. Mange er ikke vokst opp med bad i boligen sin, noe som gjorde at det holdt med å vaske ansikt, hender, armhuler og underliv i det daglige. Dusjing tar lenger tid, og det viser seg at finnes mange eksempler på at dusjing og bading i helseinstitusjoner kan få et ydmykende og tvangsmessig preg over seg. Hvis helsepersonellet klarer å tilrettelegge forholdene så langt det lar seg gjøre, kan det også være med på å gi en positiv opplevelse både for pasient og får den som hjelper (Brodtkorb, 2008). Pasienter med en demenssykdom får etter hvert problemer med å stelle seg, og det vil vise seg at pasienten trenger mer hjelp enn tidligere. Vi som helsepersonell er av og til litt for raske til å ta over ansvaret når pasienten selv ikke har evnen til å ta vare på sin personlig hygiene (Solheim K. , Demensguide: Holdninger og handlinger i demensomsorgen, 2009).

Solheim (2009) forteller oss at det er viktig at vi ivaretar de ferdighetene pasienten selv klarer, og hjelper til der hvor det svikter. Dette er med å bidrar til økt mestringfølelse hos pasienten. Det er viktig at vi som helsepersonell kan reflektere over våre egne holdninger og handlinger. Vi kan informere underveis i stellet om hva som skal gjøres, la pasienten forsøke mest mulig og gi muntlig veiledning som hjelp. Vi må bruke god tid og ikke stresse, om vi gjør det kan det bli en uhyggelig situasjon både for pasient og for den hjelper.

4.0 Sykepleieteoretisk ramme

4.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Vi har valgt å bruke Kari Martinsen sin omsorgsteori i vår oppgave da vi ser på henne som meget relevant til å belyse vår problemstilling. Vi har fått inntrykk av at hennes sykepleieteori forteller oss hvordan vi skal være i møte med pasientene vi møter, og hun beskriver hva god omsorg er og hvordan det bør fungere i praksis. Kari Martinsen er en av de i Norge som har skrevet mye om sykepleiens natur. Blant hennes ideer har hun hatt stor innflytelse på den teoretiske utviklingen av sykepleiefaget i Norge og Skandinavia. Hovedideen hennes om omsorg for sykepleiens fundament er stadig i utvikling, men hvis det er noe som virkelig har dannet grunnlaget for analysen, så er det artikkelsamlingen "Omsorg, pleie og medisin" som kom ut i 1989 (Kirkevold M. , 1992). Omsorgsteorien til Martinsen bygger mye på Knud Løgstrup sin tenkning. I Løgstrup sin bok "Den Ethiske fordring" (1991) formidler han de fenomene som er viktig for all menneske liv, nemlig fenomener som tillitt, kjærlighet og åpen tale. Disse kalles for de suverene livsytringene.

Kirkevold (1992) skriver at Martinsens syn på sykepleiens pasienter er de som er svake og trenger omsorg på grunn av sykdom, alder eller andre årsaker som ligger til bunns. Vi oppfatter at pasienter som trenger omsorg, er pasienter som er avhengig av sykepleieren for å kunne fungere optimalt i hverdagen, og Martinsen (2003) er selv svært opptatt av at sykepleieren sitt ansvar hos de pasientene som ikke har mulighet til å gjenvinne uavhengigheten. Ordet omsorg er noe vi aller fleste kjenner til i dagliglivet. Det å vise omtanke og hjelpe er viktige uttrykk, og disse uttrykkene er sentrale i sykepleien. Omsorg er en sosial relasjon, det å vise omsorg er med og forteller hvordan vi er mot hverandre og hvordan vi har omsorg for hverandre. For at denne omsorgen skal være ekte, så må sykepleieren kunne forholde seg til en holdning hvor man klarer å sette seg inn i andre sin situasjon (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) er opptatt av at vi skal kunne handle ut i fra pasienten sitt beste, og at vi som sykepleiere står ovenfor moralske valg når det kommer til å handle rett for pasienten. Tillitt er grunnleggende for at vi skal kunne skape en god relasjon til hverandre, og Martinsen (2003) påpeker at skjønn og moral er viktig når vi skal gi omsorg og sykepleie til pasientene. Hun forteller oss at omsorg er et uttrykk for generalisert gjensidighet. Med dette så mener hun

at den som gir omsorg, skal ikke kunne forvente å få noe tilbake. Omsorg skal gis betingelsesløst (Slettebø Å. , 2009).

4.1.1 Omsorg som relasjonelt begrep

I følge Martinsen (2003) så vil omsorg som et relasjonelt begrep kjennetegne tillitt mellom mennesker. Når det blir skapt en relasjon mellom pasient og sykepleier, så er forståelse fra en annens situasjon viktig og en forutsetning for at sykepleieren skal kunne handle varmt. Martinsen mener at i et hvert møte med pasienter så er livsytringene det fundamentale (Martinsen, 2003).

4.1.2 Omsorg som praktisk begrep

Omsorg er en praktisk handling og en grunnleggende holdning hos sykepleieren. Alle pasienter har ulike behov, og omsorgens handlinger vokser ved at vi møter pasienten og dens enkelte behov, i ulike situasjoner (Martinsen, 2003).

4.1.3 Omsorg som moralsk begrep

Omsorgens moralske dimensjon er knyttet i forhold til makt og avhengighet. Omsorg kan bidra til situasjoner som gjør at sykepleieren utøver sykepleie mot pasientens vilje, og det oppstår moralske utfordringer. I følge Martinsen (2003) så er hun opptatt av at all sykepleie skal bygge på moralsk ansvarlighet, i henhold til pasientens beste. Kari Martinsen vektlegger at moral og etikk er viktig elementer for at sykepleien vi gir er forsvarlig (Martinsen, 2003).

4.2 Kommunikasjon til pasienter med demens

Eide og Eide (2007) forklarer kommunikasjon slik:

”I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet «kommunikasjon» kommer fra det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med” (s. 17; Eide & Eide, 2007).

Å kommunisere med pasienter som har en demenssykdom kan by på utfordringer, og det kan til tider være vanskelig å forstå hva ulike parter mener i en situasjon. Å bruke god tid, å vise empati og være en god lytter kan bidra til at det blir en positive opplevelse og en god samtale sammen med den som er rammet av demens. Med dette viser vi også at vi viser vår interesse og at vi kan se det unike i pasienten. Aldringsprosessen som oppstår vil påvirke vår evne til å kommunisere. Den demente kan fortsatt ha god evne til å forstå, lære og løse ulike problemer, men det kan være en svikt i de fysiske og mentale prosessene. Eldre mennesker er som oftest sårbare og de trenger å vite at vi ivaretar deres verdighet og at vi respekterer de som voksne mennesker (Eide & Eide, 2007). Å være engasjert og holde i gang en samtale med den demente kan være vanskelig for yngre mennesker, da både hukommelse, hørsel, syn og konsentrasjonsevne blir betydelig redusert med alderdom. Dette gjør at noen fort trekker seg unna og vil unngå samtale (Heap, 2002).

Aldersdemente har vanskeligheter med tidsaspekter. Det er vanskelig å skille mellom fortid, nåtid og fremtid. De har også en svekket korttidshukommelse, noe som gjør at vi som sykepleiere blir stilt ovenfor store utfordringer når det kommer til kommunikasjon til den demente (Eide & Eide, 2007, s. 391). Å kommunisere nonverbalt betyr at vi tar i bruk kroppsspråket vårt som mimikk, kroppsholdning, tonefall etc. (Berentsen, 2008). Hvordan vi som sykepleiere opptrer og hvordan våre holdninger oppfattes, kan være med å avgjøre om det blir en god relasjon til pasienten. Hvis du ikke møter pasienten der hvor den er og uttrykker via kroppsspråket ditt at du ikke har noen interesse for å være der, kan pasienten fort gjennomskue deg. Den nonverbale kommunikasjonen er viktigere enn man tror. Den formidler våre holdninger av interessen vi har for pasienten, og den er med å viser at vi er villig til å lytte og prøve å hjelpe (Eide & Eide, 2007). Det kan oppstå at kommunikasjonen kan bli preget av misforståelser og pasienten kan oppleve at vi lyger. Kroppsspråket vårt er mer spontant, og det er som oftest mer ekte og ærlig når vi benytter kroppsspråket vårt enn når vi kun bruker ord (Berentsen, 2008). Rokstad (2005) mener også at helsepersonell skal benytte kroppsspråket mer, da det kan være med å avverge uro og frustrasjon hos pasienten. I tillegg kan dette bidra til at det blir mindre misforståelse blant ansatte og hos pasientene.

Det finnes tre kommunikasjonsmetoder som ofte blir brukt i møte med den demente pasient, og det er validering, reminisens og realitetsorientering. Vi vil gå inn på disse kommunikasjonsmetodene i delkapitlene under.

4.2.1 Reminisens

Sejerøe-Szatkowski (2004) forteller at: «Reminisens betyr å huske og minnes, å vekke gjenklang» (s. 53). Reminisens er en kommunikasjonsmetode som vi ofte ser blir brukt hos pasienter med en demenssykdom. Dette er en metode som går ut på at man bruker gjenstander, lukter eller smaker for å få pasienten til å huske fra sin fortid. De som har blitt rammet av en demenssykdom husker ikke nåtiden, de vil gå tilbake til sin egen fortid og leve der. Reminisens vil da brukes som et kommunikasjonsverktøy, hvor man bruker ulike gjenstander fra pasients fortid for å mimre. Dette kan skape både glede og sorg hos pasienten, det avhenger av hvilken tilknytningen pasienten har til gjenstanden. Å bruke denne metoden kan ha et positivt utslag, da pasienter med demenssykdom har store problemer med å vite hvor de befinner seg og hvor de skal (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

Forutsetninger ved bruken av reminisens er at vi har evne og vilje til å lytte, ha en empatisk holdning, å kunne vise interesse ovenfor pasientens fortid og at vi ikke styres av fordommer. Å bruke reminisens kan foregå i dagliglivets aktiviteter, men hos demensrammede pasienter er det viktig at sykepleieren har forståelse og innsikt i pasientens situasjon. Å ha en mental svikt kan være med å føre til usikkerhet, utrygghet og redusert mestringsevne. Det er viktig at pasienten kan oppleve mestringsfølelse og har gode opplevelser med bruk av reminisens (Solheim & Berentsen, 2007).

4.2.2 Validering

Solheim (2007) definerer validering slik: «...som betyr å gjøre gyldig eller bekrefte» (s. 1). Validering er basert på bearbeiding av følelser hos den demensrammede. Denne teknikken ble utviklet av sosionomen Naomi Feil og den ble brukt mye i psykiatrien. Det viste seg at den hadde en god effekt hos demensrammede pasienter i forhold til oppbygging av relasjon. I møte med pasienten der hvor en uttrykker sine følelser, vil validering bli brukt ved at det vises aksept og støtte til pasienten og det den forteller. Naomi Feil mener at demens kommer fra tidligere kriser som ikke har blitt løst, og at dette kan være med å skape angst hos den som er rammet av demenssykdom (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Videre tar hun utgangspunkt i oss mennesker når vi har behov for uttrykke følelser i form av samtale med andre, hvor den du har samtale med viser deg bekreftelse og forståelse validerer deg. Vi vil da oppleve at vi føler oss mer verdsatt og får en tettere kontakt med den man har åpnet seg for. Dette er den såkalte

valideringsteknikken, at man lar pasienten snakke og uttrykke seg, og sykepleieren lytter og viser forståelse. Hovedmålet med bruk av validering er at man ikke skal korrigere pasienten når han/hun uttrykker følelser, og vi som sykepleier skal vise forståelse for pasientens følelser og adferd. Hvis ord ikke strekker til, så kan musikk og sang være et godt redskap i kommunikasjon med den demensrammede pasienten. Hvis man klarer å synge og validere samtidig, kan man nå langt med musikk som et hjelperedskap (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

Solheim (2007) er også opptatt av at budskapet skal være bekreftelse, trygghet og at man blir sett og hørt. Alle mennesker har rett til å bli akseptert for den de er, uansett alder og mentale status. En forutsetning for oss som sykepleiere er at vi selv er bevist på våre egne følelser, slik at vi klarer å skille mellom vår egen og andres virkelighet.

4.2.3 Realitetsorientering

Realitetsorientering går ut på å gjøre hverdagen til den demensrammende mest mulig virkelig. Sykepleieren skal kunne tilrettelegge forholdene slik at pasienten selv kan finne frem på institusjonen ved hjelp av skilter, orienteringstavler, klokker og kalendere. For at dette skal være mulig å gjennomføre, er det også viktig at personalet får opplæring og veiledning slik at det blir en positiv opplevelse for alle (Berentsen, 2010). Solheim (2009) skriver at ved hjelp av realitetsorientering i møte med demensrammede pasienter, så skal vi møte pasienten der hvor den er og føre pasienten tilbake til nåtid. For at dette skal fungere, så er ærlighet, respekt og innlevelse viktige elementer for at dette skal bli en positiv opplevelse for pasienten.

Ved bruk av realitetsorientering så er målet at pasienten skal huske mest mulig, og at pasienter som bor på institusjoner skal kunne være orientert om tid, sted og sosiale forhold og egen person. Vi som sykepleiere skal også være opptatt av hva slags holdninger vi utstråler ovenfor pasientene. Vår oppgave er å gi informasjon om hva som skal skje, hva som har skjedd og hverdagslige samvær. Dette kan utføres i forbindelse med stell, måltider og generell samvær sammen med pasientene. Vi må huske på at pasientene er forskjellige, og at vi er nødt til å vurdere hvilken ressurser og evner pasienten har. Å bruke en såkalt samtaleteknikk blir ofte brukt hos de med orientering og hukommelsesproblemer. Dette kan være hjelp i form av peke og synliggjøre det verbale vi har sagt, men dette skal ikke brukes hos de som husker og er godt orienterte. Det kan virke mot sin hensikt (Solheim K. , Demensguide: Holdninger og handlinger i demensomsorgen, 2009). Noen demensrammede kan ha problemer med å få frem

hva de mener, og mange er takknemlige for at helsepersonellet hjelper til slik at pasienten skal bli forstått og får uttrykt hva de føler (Wogn-Henriksen, 2008).

5.0 Etikk og lovverk

5.1 Hva er et etisk dilemma?

Etiske dilemmaer er noe vi stadig vil oppleve, og hver dag oppstår det slike etiske dilemmaer som kan by på store utfordringer hos sykepleiere i praksis. Vi kan skille mellom etiske dilemmaer, etiske vanskelig valg og problemer. Slettebø (2012) forteller oss at: «Etiske dilemmaer utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er uønsket, eller alternativer som begge medfører uønskede konflikter» (Slettebø Å. , 2012, s. 43). I slike situasjoner kan ting være vanskelig, og man begynner å reflektere over hva en skal gjøre og ikke. I situasjonen vi kommer opp i med Oline vil det by på etiske dilemmaer når vi ser behovet for å yte helsehjelp, men Oline stritter imot å ønsker ikke hjelp.

5.1.1 Velgjørenhet og ikke-skade prinsippet

Brinchmann (2012) skriver om de fire prinsippers etikk. Vi har velgjørenhet, ikke-skade autonomi og rettferdighets prinsippene. Alle disse prinsippene innenfor etikken anses som viktige, men vi velger å fokusere på velgjørenhet og ikke-skade prinsippet da vi ser på disse prinsippene som mest relevante i møte med Oline i casen vår. Siden vi har bestemt på forhånd at Oline har mistet sitt samtykke relatert til sin personlig hygiene, mener vi at noe av autonomien bortfaller. Vi anser derfor velgjørenhet og ikke-skade prinsippet som meget aktuelle i denne situasjonen, da Oline er avhengig av sykepleieren for å ivareta de grunnleggende behovene. Sykepleieren skal alltid handle ut ifra pasienten sitt beste og gi omsorg som gjør godt.

Åshild Slettebø (2009):

«I følge prinsippet om ikke-skade, har sykepleieren plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir pasienten. Prinsippet om velgjørenhet krever i tillegg at sykepleieren handler til det beste for pasienten. Disse to prinsippene blir ofte omhandlet under ett fordi begge fokuserer på å gjøre vel for pasienten» (Slettebø Å. , 2009, s. 103).

Slik vi forstår disse to prinsippene er at vi alltid skal handle til det beste for pasienten, og ikke påføre noe skade i den behandlingen vi utøver. Velgjørenhetsprinsippet handler i bunn og grunn om å gjøre godt mot andre, mens ikke-skade prinsippet handler om å ikke skade noen (Slettebø Å. , 2009).

5.1.2 Paternalisme

Vi kan skille mellom sterk og svak paternalisme når vi tar avgjørelser som gjelder pasienter, som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Med svak paternalisme så menes det at sykepleieren må vite på forhånd at det er en svikt hos pasienten og at evnen til å ta gode avgjørelser på egenhånd er svekket. Vi får inntrykk av at sykepleieren har enorm makt ovenfor pasienter, men at makten blir brukt etisk forsvarlig og av gode hensikter, selv om pasienten kanskje ikke ser det selv (Slettebø Å. , 2009). Ved sterk paternalisme må det være en fare for at pasienten for eksempel er utagerende og kan være til fare for andre mennesker rundt seg, da vil det være nødvendig med en vurdering om sterk paternalisme skal igangsettes for å forhindre denne type adferd hos pasienten (Slettebø Å. , 2009).

Martinsen (2003) forteller oss om svak paternalisme i møte med pasienter. Sykepleieren trenger å ha forståelse for å hjelpe pasienten på best mulig måte, og sette seg inn i situasjon som er. Martinsen vil få fram at det er ønskelig å ta i bruk svak paternalisme hvis pasienten står i fare for sin egen helse, og ser ikke konsekvensene som kan oppstå.

5.2 Tvang og samtykkekompetanse

Johansen og Smebye (2008) forklarer definisjonen på tvang som et fravær av samtykke. Tvang skal ikke utføres med mindre man har et samtykke til å utføre det, og det skal vurderes av en lege og en kontrollkommisjon. Hvis legen ser det er behov for tvangsvedtak og det blir vedtatt, skal sykepleieren alltid vurdere om det etisk riktig og faglig forsvarlig å bruke tvang, et eksempel på dette kan være hjelp til personlig hygiene. Før det brukes tvang i alle slags situasjoner, så skal en forsøke å få pasienten til å ta i mot helsehjelpen ved å benytte tillitsskapende tiltak. I henhold til etiske og faglige rammer så er sykepleieren pliktet til å oppnå en forbindelse med pasienten, slik at pasienten ikke motsetter seg helsehjelp på et

irrasjonelt grunnlag. Tillitsskapende tiltak skal også være forsøkt før det søkes og blir godkjent et eventuelt tvangsvedtak (Johnsen & Smebye, 2008).

Samtykkekompetanse er noe alle mennesker i utgangspunktet har. I pasient og brukerrettighetsloven (2014) §4a –3 står det at samtykke bortfaller delvis eller helt hvis pasienten på grunn av psykiske eller fysiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming ikke forstår hva som er til det beste for seg selv. Hvis pasienten har mistet sitt samtykke, vil det være andre som vil være talsmann for pasienten. Dette kalles for representert samtykke. Det er ofte verger eller familiemedlemmer som vil representere pasienten. Å miste samtykkekompetansen, vil si at pasienten ikke har evnen til å bruke sin autonomi grunnet sykdom (Johnsen & Smebye, 2008). Pasient og brukerrettighetsloven (2014) § 3.2 viser at selv om pasienten ikke er samtykkekompetent lenger, har pasienten fortsatt krav på informasjon om sin egen helsetilstand og hva slags behandling som blir gitt.

Bruk av tvang i demensomsorgen vil bli utført i tråd med at dette skal være til pasientens beste. Pasienter med demenssykdom har ofte en redusert dømmekraft og innsikt i egen helsesituasjon, der hvor det ofte ses at tvang blir aktuelt for å ivareta pasientens behov. Noen kan motsette seg helsehjelp som blir tilbyd og ønsker ikke hjelp, dette kan være i form av personlig hygiene. Brodtkorb (2008) skriver at personer med demens er sårbare, og intime områder er noe de ønsker å ha for seg selv. Det viser seg at tvang ofte blir benyttet uten et vedtak og i noen tilfeller kan det føles som et overgrep for pasientene. Når man skal utøve tvang, er det viktig å huske på hva man har vedtak på og kun benytte seg av det i det tilfellet (Johnsen & Smebye, 2008).

5.3 Pasient og brukerrettighetsloven § 4-a

Pasient og brukerrettighetsloven (2013) § 4-a gir oss klarer instruksjoner på hvordan en skal forholde seg til pasienter som har mistet sin samtykkekompetanse, og hos pasienter som motsetter seg helsehjelp. Formålet med loven er at sykepleieren kan utøve nødvendighelse hjelp, samt å forebygge og begrense bruken av tvang. I praksis så vil sykepleieren stå ovenfor etiske dilemmaer, og det krever at vi gjøre gode og viktige vurderinger med tanke på hva som er til pasientens beste. Vi kan komme i situasjoner som kan krenke pasienter ved at pasientens autonomi blir tatt fra de, samtidig som at sykepleieren tenker på pasientens ve og vel.

Pasienter som mister sin autonomi vil være avhengig av andre, og det er viktig at sykepleieren viser respekt og bidrar til å hjelpe pasienten til å ivareta sine rettigheter som pasienten fortsatt har. I forbindelse med bruk av tvang så skal tillitsskapende tiltak være utprøvd, før tvang blir iverksatt. Det skal ikke utføres tvang på bakgrunn av ressurser og tid skal spares på sykehjemsavdelingen, eller på bakgrunn av mangel på kunnskap. For å utføre tvang må det være et skriftlig vedtak da dette gjelder kun for en aktuell problemstilling, som kan være personlig hygiene. Hvis dette vedtaket blir godkjent, har man ingen rett til å utøve tvang i forhold til medisinerings hos pasienten. En viktig huskeregel for sykepleieren er at man skal til enhver tid vurdere pasientens fysiske og psykiske tilstand, før man utfører tvang. Mange pasienter opplever tvang som et overgrep og mister kontroll over sin egen kropp, derfor er det viktig at sykepleieren planlegger godt før møte med pasienten slik at man kan bevare verdigheten så langt det lar seg gjøre (Helsedirektoratet, 2008).

5.4 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er med å beskriver profesjonsetikk og de forpliktelse som foreligger at vi gir god sykepleie. Disse retningslinjene skal være med å veilede deg hvordan menneskesyn og verdier bør gjøres i praksis, og hvordan vi skal være i møte med pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn.

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 7).

Sykepleieren har ansvar for egne handlinger som bli utført og at jobben som gjøres er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene som er utarbeidet. Du har ansvar for at pasienten blir fulgt opp og bidrar til å fremme god helse. Du skal kunne jobbe forsvarlig, både juridisk og etisk (Norsk sykepleieforbund, 2011).

6.0 «Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang i møte med pasienter med demenslidelse som motsetter seg helsehjelp?»

Dalland (2012) skriver at i gjennom drøfting så skal vi vise hva vi har lært og hvordan kunnskapen henger sammen med det som allerede foreligger av kunnskap. I drøftingen så skal vi vise til systematisk og kritisk refleksjon. I dette drøftingskapitlet skal vi finne svar på vår problemstilling ved hjelp av teorien vi har benyttet oss av, forskningsartikler og fagartikler. Vi vektlegger Kari Martinsens omsorgsteori i vår drøfting. I denne drøftingsdelen vil vi trekke inn Oline som vår pasient, og egne erfaringer vi har erfart i praksis. Problemstillingen vår lyder som følger:

«Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang i møte med pasienter med demenslidelse som motsetter seg helsehjelp?»

6.1 Tillitsskapende kommunikasjon

I denne drøftingen er utgangspunktet Oline som bor på sykehjem og nekter å ta i mot hjelp til å ivareta sin personlig hygiene. Hvordan kan sykepleieren kunne forhindre bruk av tvang når Oline ikke ønsker hjelp, da hun blir sint og nekter å stå opp? På bakgrunn av dette har Oline mistet sin samtykkekompetanse relatert til personlig hygiene, da vi mener at hun ikke har innsikt i sin egen situasjon. Pasienter som lider av en demenssykdom utvikler ofte kognitive, motoriske og atferdsmessige symptomer (Snoek & Engedal, 2008), noe vi ser igjen hos Oline. I alle praksisperioder i løpet av utdanningen vår har vi møtt pasienter med Alzheimer sykdom. Vi har opplevd mange som ofte blir sinte og roper når de ikke forstår, og mange er motorisk urolige og klarer ikke å sitte i ro. Vi har reflektert over at sykepleieren er nødt til å møte pasienten der hvor den befinner seg da hver enkelt pasient har ulike behov.

Vi har valgt å vektlegge Kari Martinsens omsorgsteori i oppgaven vår. Hennes omsorgsteori baserer seg på sykepleie og omsorg til de pasientene som er svake, og ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Hun mener at omsorg er en sosial relasjon og at ordet omsorg er noe de fleste kjenner til. Martinsen (2003) definerer sin omsorg i tre dimensjoner, det er den relasjonelle, praktiske og moralske dimensjonen. Å vise omsorg kan vises gjennom tillitt, håp og barmhjertighet. Disse betegnes som de suverene livsytringene. Vi har selv erfart at det å gi

omsorg til pasienter kan være utfordrende. Noen pasienter vi har møtt har ikke ønsket å ta i mot verken omsorg eller hjelp, da de mener at dette mestrer de selv og trenger ikke andres hjelp til å bli bedre. I henhold til Yrkesetiske retningslinjer (2011) så forstår vi at sykepleieren har en plikt til å ivareta pasientens verdier og ønsker, men samtidig skal vi gi sykepleie som vi mener er nødvendig og faglig forsvarlig. I forhold til Olines situasjon, så motsetter hun seg helsehjelp både fysisk og verbalt i forbindelse med morgenstellet. Avdelingen hun bor på har fått innvilget tvangsvedtak relatert til hennes personlig hygiene, da hun ikke ser nødvendigheten ved å stelle seg lenger. I Pasient og brukerrettighetsloven (2013) § 4-a3 står det at samtykke bortfaller delvis eller helt på grunn av demenssykdom blant annet. Pasienten klarer ikke å forstå hva som er til sitt eget beste. Sett fra et sykepleieperspektiv så trenger Oline å få stelt seg, ikke bare på grunn av velvære men også med tanke på infeksjonsrisikoer som kan oppstå. Dette kan for eksempel være gjentatte urinveisinfeksjoner ved dårlig intim hygiene over lengre tid. I Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.1 står det at: ”Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom” (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Som et relasjonelt begrep er omsorg kjennetegnet som tillitt mellom mennesker. For å kunne hjelpe Oline er det nødvendig at sykepleieren viser interesse og engasjerer seg. Det er viktig at sykepleieren klarer å sette seg inn i Olines situasjon, og Martinsen mener at i hvert møte med pasienten så er livsytringene det fundamentale (Martinsen, 2003). Videre formidler Martinsen (2003) at tillitt er viktig i møte med pasienten og at pasienten skal godtas slik den er, og pasientens egne ressurser og begrensinger skal aksepteres. Eide og Eide (2007) påpeker at eldre mennesker er som oftest sårbare og de trenger å vite at sykepleieren ivaretar deres integritet og at de blir behandlet som voksne mennesker. Martinsen (2003) påpeker at svak paternalisme er ønskelig i møte med pasienter. Oline kan i vårt tilfelle oppfatte omsorg på en annen måte enn hva andre vil gjøre i hennes situasjon. Vi mener at vi kan i noen tilfeller inkludere Oline i å ta egne beslutninger, mens andre ganger så bør sykepleieren ta beslutningene for henne så hun unngår de vanskelige avgjørelsene som kan oppstå. Det er viktig å få frem at Oline skal kunne føle seg ivaretatt og føle en mestring. Dette kan være et eksempel på svak paternalisme som Martinsen omtaler i sin omsorgsteori (Martinsen, 2003).

Å kommunisere med Oline kan by på utfordringer. Dette kan være på grunn av de kognitive symptomene som oppstår ved Alzheimer. Det kan være nedsatt hukommelse, språkvansker og svekket oppmerksomhet (Berentsen, 2010). Pasienter med Alzheimer kan ha vanskeligheter

med å forstå og hvis det blir benyttet for mange ord og uttrykk, kan dette medføre irritasjon da de ikke forstår hva som menes (Solheim K. , 1990). Vi har selv erfart at i praksis at pasienter som lider av en demenssykdom har vanskeligheter med å oppfatte hva som menes, og uro blant sykepleierne ofte gir innvirkning på pasientene også. Dette kan oppstå hvis det er travelt og sykepleieren har mye å gjøre. Berentsen (2008) påpeker at nonverbal kommunikasjon er en måte å kommunisere på hos pasienter med en demenssykdom. Å ta i bruk nonverbal kommunikasjon i møte med Oline kan bidra til at sykepleieren kommer nærmere henne og kan forstå hennes ytringer. Nonverbal kommunikasjon er som regel mer spontant og ærlig, og dette kan være med å bidra til at vi kan skape en god relasjon til Oline. I møte med Oline skal sykepleieren være klar over sine egne holdninger og vise at hun er villig og interessert i hjelpe henne på best mulig måte (Martinsen, 2003). Rokstad (2005) hevder også at sykepleieren bør benytte seg av sitt eget kroppsspråk i møte med pasienter som har en demenssykdom. Vi mener at dette kan blant annet forhindre at Oline blir urolig og frustrert under morgenstellet. I en studie som ble gjennomført i kommunehelsetjenesten ble det brukt ble det brukt et kartleggingsskjema for å kartlegge agitasjon hos pasienter med en demenssykdom. Det viser seg at 83,3 % av pasientene med demens eller hadde mistanke om det, agiterte minst en gang i uken (Testad, Joa, & Mæland, 2013). Ut i fra dette så mener vi at det er lite kunnskap blant sykepleierne og generelt helsepersonell i hvordan vi kan møte pasienter som agiterer relatert til morgenstell. Martinsen er opptatt av at vi skal anerkjenne pasientene, og vår forståelse av dette er at hvordan vi opptrer ovenfor Oline kan være avgjørende om det blir en positiv eller negativ handlingsform. Om sykepleieren bruker mange ord og uttrykk som er ukjente ovenfor Oline, kan dette gjøre at hun blir mer irritert. Hun kan oppleve å seg svak i møte med sykepleieren, da hun ikke forstår. Med dette så er det viktig å tenke på å bruke kroppsspråket mest mulig, da dette er den mest ærlige måten å kommunisere på (Martinsen, 2003). Martinsen skriver at omsorg handler om å knytte bånd til andre og bygge relasjoner oss mennesker i mellom. Hun skriver at å bygge relasjoner handler mye om avhengighet, spesielt i situasjoner hvor den ene parten er syk og trenger hjelp. Dette kan vi knytte opp mot Oline. Å vise omsorg til Oline på en god måte vil være i gjennom de suverene livsytringene: tillitt, barmhjertighet og håp (Martinsen, 2003).

Vi mener at sykepleieren ofte vil føle seg maktesløs i slike situasjoner som oppstår når Oline motsetter seg hjelp. I en slik situasjon vil sykepleieren stå ovenfor et etisk dilemma. Skal vi avvente situasjonen eller skal vi bruke tvangen som er vedtatt ved å utføre morgenstellet mot hennes vilje? I lov om Pasientrettigheter kapittel 4A (2008) så står det at tillitsskapende tiltak

skal være prøvd før tvang blir iverksatt. Vi mener at det er viktig at tillitsskapende kommunikasjon og tiltak blir prøvd i møte med Oline før vi bruker tvangen som siste utvei. Vi har selv erfart i praksis at tillitsskapende tiltak blir prøvd selv om tvangsvedtaket står, og det har i noen tilfeller hatt positiv virkning. I møte med Oline er det viktig at vi gjør det beste ut av situasjonen. Hvis vi bruker Oline sine ressurser aktivt i gjennom morgenstellet, vil dette gjøre at hun vil føle mestring. Martinsen (2003) er også opptatt av at ressursene til pasienten blir ivaretatt og at begrensningene blir akseptert.

Som et praktisk begrep i omsorgen vil det si at omsorg er mer enn en grunnholdning sykepleieren har, det er også en praktisk handling. Det å gi omsorg skjer i dagligdagse situasjoner i møte med pasienten. Martinsen mener at sykepleieren skal bruke enkle redskaper som er kjent fra før hos pasienten, da dette er det fundamentale i en omsorgssituasjon (Martinsen, 2003). Vi mener at våre ferdigheter og holdninger har blitt praktisert i praksisperiodene vi har hatt. I løpet av utdanningen har vi vært i ulike situasjoner som har vært med å forme oss som snart sykepleiere. Omsorg er en praktisk handling og i slike situasjoner så må vi å ønske å kunne handle.

Som sagt så er et av omsorgsbegrepene til Martinsen (2003) den praktiske dimensjonen. Vi mener at de tre ulike kommunikasjonsteknikkene reminisens, validering og realitetsorientering er en praktisk handling sykepleieren kan benytte seg av i møte med Oline. Sejerøe-Szatkowski (2004) sier at reminisens er å huske og minnes. Dette kan være i form av at man bruker gjenstander, lukter eller smaker for å få pasienten til å huske fra sin fortid. Ved å bruke denne type metoden hos Oline kan dette være med å få frem minner hun har fra tidligere i livet. Dette kan for eksempel være lukter av kremer og såper som hun har vært glad i, eller smykker som hun kan ha arvet av sin mor. Det er viktig at sykepleieren kjenner til livet Oline hadde før hun fikk Alzheimer diagnosen, dette kan bidra til at vi kan delta aktivt i samtalen med Oline (Solheim & Berentsen, 2007). Martinsen (2003) sier at læren om sykepleie og kunnskaper om medisinske temaer ikke gjør oss til gode sykepleiere. Hun mener at det er måten vi benytter kunnskapen på er det som gjør at vi utvikler oss og blir dyktige sykepleiere. Med dette så tenker vi at vi som sykepleiere bør tenke over hvordan vi benytter oss av reminisens i møte med Oline. Vi vil bruke reminisens på en måte som vil godt. I Martinsen sin omsorgsteori så er hun opptatt av at pasienten skal få best mulig pleie og omsorg (Martinsen, 2003).

Vi har selv erfart at reminisens er en fin måte å kunne avlede pasienter på. Vi har vært med å tatt i bruk et såkalt «*reminisenskjøkken*» hvor vi gjenspeilet deres smaksopplevelser og mat som de var kjent med fra tidligere. Dette bidro til at pasientene var rolige og var i stor grad delaktige og engasjerte i matlagingen. Reminisens kan ha både fordeler og ulemper ved at man kan vekke sorg hos Oline, det kan være at hun minnes sine nærmeste som foreldre og besteforeldre. For at denne teknikken skal kunne være positiv, så er det viktig at sykepleieren og Oline klarer å samarbeide (Solheim & Berentsen, 2007). Det er viktig at vi kommuniserer med Oline med et språk hun som forstår, Martinsen kaller det for «*dagligdagsspråk*». Hvis sykepleieren tar i bruk fremmedord og gjenstander Oline ikke kjenner til, kan dette skape usikkerhet og forvirring hos Oline (Martinsen, 2003).

Vi mener at Oline ikke har innsikt i sin egen situasjon, og har derfor blitt fratatt sin samtykkekompetanse relatert til personlig hygiene. Vi er opptatt av at tvang skal være siste utvei i forbindelse med morgenstellet, da vi mener tvang kan bidra til å krenke Oline sin verdighet. Martinsen vektlegger sin omsorgsteori om sykepleie til de svake og som er avhengig av andre. Som vi ser det så er Oline avhengig av sykepleieren til å ivareta sine behov. Vi mener at det er viktig at sykepleieren alltid skal handle ut i fra pasientens beste, noe Martinsen (2003) også er opptatt av. Slettebø (2009) skriver om velgjørenhet og ikke-skade prinsippet og hvordan disse to prinsippene går inn i hverandre. Vi mener disse er meget relevante i møte med Oline fordi vi ønsker å hjelpe henne på best mulig måte og gi den behandlingen og omsorgen hun har behov for, da hun selv ikke er i stand til å se dette. Når tvang blir benyttet i Oline sin situasjon, skal det vurderes kontinuerlig om det er etisk riktig og faglig forsvarlig å bruke tvang (Johnsen & Smebye, 2008). I en studie som ble gjennomført relatert til bruk av tvang i sykehjem., så kommer det frem at situasjoner i forbindelse med stell ofte er uklare i forhold til grensen mellom frivillighet og tvang. Det viser seg at sykepleierne har manglende kunnskap og at det trengs mer kvalitativ forskning innenfor tvang og bruk av den (Førde, Pedersen, Gjerberg, & Hem, 2010). I Pasient og brukerrettighetsloven (2013) står det blant annet at tillitsskapende tiltak skal være prøvd ut før tvang blir iverksatt. Egne erfaringer fra praksis tilsier at tvang blir benyttet i mange situasjoner før tillitsskapende tiltak blir prøvd. Vi har flere ganger fått inntrykk av at sykepleierne gir uttrykk for at det kan være tidsbesparende i noen tilfeller. Vi har også opplevd at det er for lite kunnskap om tvang og bruk av den blant de som jobber innenfor sykepleie, men vi mener at det er viktigere å bruke god tid og la Oline gjøre mest mulig selv. Solheim (2009) skriver at sykepleiere og generelt helsepersonell tar raskt overstyring hos de

pasienter som har en demenssykdom og trenger tilrettelegging i stell. Å inkludere Oline ved å ta i bruk hennes egne ressurser i morgenstellet kan være positivt. Vi kan for eksempel gi henne vaskekluten, gre håret eller hjelpe til med påkledning. I en studie av Hannemann (2006) så viser det seg at kreative aktiviteter kan være med å forhindre depresjon og isolasjon hos pasienter. Ved å inkludere Oline i morgenstellet med de ressursene hun har, kan det bidra til at hun føler en økt mestring og livskvalitet i hverdagen. Vi ser på de små tingene i hverdagen som betydningsfulle, da dette kan bidra til å skape glede over de ressursene Oline fortsatt har.

Holdningene vi viser til Oline kan være med å avgjøre om det blir en positive opplevelse eller ikke. Det er viktig at vi har god tid, viser respekt, lytter og bidrar til å få til en god samtale med Oline. Hvis vi klarer å bygge en god relasjon med dette, så kan dette bidra til at hun er mer samarbeidsvillig og føler seg trygg i omgivelsene rundt seg, noe som igjen kan føre til at bruken av tvang blir redusert eller fraværende (Eide & Eide, 2007). Pasienter som blir usatt for tvang kan føle en krenkelse av sin integritet, da de ikke forstår hva som skjer og hvorfor det blir gjort (Rokstad A. M., 2008). Noen pasienter vil oppleve tvang som et overgrep, da de ikke føler de har kontroll over sin egen kropp. Det er i slike situasjoner pasienter kan oppleve å miste sin verdighet og føler et snev av krenkelse. Brodtkorb (2008) formidler at stellet kan være mulighetens arena. Å skape tillitt i stellesituasjoner kan være med på å gjøre stellesituasjonen positiv, og at sykepleieren lar Oline få lov til å stille seg selv i et eget tempo med de ressursene som hun fortsatt har. På en annen side mener Brodtkorb (2008) at ved stellesituasjoner så kan det raskt oppstå tvang og krenkelser ovenfor pasienten, noe som vi helst vil unngå. Vi mener at måten vi møter Oline på kan bidra til at vi unngår tvangsbruk. Vi har selv erfart at det blir benyttet tvang i enkelte situasjoner, og det er slike situasjoner som man egentlig ikke tenker over at man bruker tvang. Hvis vi må gi nødvendig helsehjelp til Oline mot hennes vilje, kan dette være med å skape frustrasjon og irritasjon.

En form for kommunikasjonsteknikk som kan være med å forhindre bruken av tvang kan være validering. Å validere betyr å gjøre gyldig eller bekrefte pasientene sine følelser. Dette skal bidra til å bearbeide følelser, og denne teknikken kan ha god effekt hos demensrammede i forhold til relasjonsbygging (Solheim K. V., 2007). Å bekrefte følelsene Oline har kan bidra til nærhet mellom sykepleier og Oline, og spille på "lag" med Oline kan også bidra til forståelse og relasjonsbygging (Wogn-Henriksen, 2008). Vi har selv erfart i jobbsammenheng at validering kan bidra til å skape nærhet og forståelse i møte den demensrammede pasien. Et eksempel på dette var at pasienten vi var inne hos var agitert og utøvde vold i form av spark

og slåing når vi skulle hjelpe henne i stell. Vi visste litt om bakgrunnen til pasienten og spurte henne om hva hun likte å jobbe med. Hun hadde bilder av barnebarn med bunad som hun hadde brodert og sydd selv, og når vi lot henne se på disse bildene, så ble hun roligere og klarte å samarbeide på en helt annen måte enn tidligere. Vi opplevde at vi fikk en helt annen nærhet til pasienten ved hjelp av validering. Dette er noe vi også kan gjøre i møte med Oline. Hun har tidligere jobbet som gartner og har vært glad i blomster. Ved å ha blomster inne på rommet, kan dette være til hjelp for avlede henne når hun er agitert og ikke ønsker hjelp i stell. Dette kan bidra til at vi ikke trenger å benytte tvang når vi skal stelle henne, hun vil kanskje få fokuset på noe annet enn stellet. Men for at dette skal fungere, så er det viktig at sykepleieren har innsikt i Olines tidligere liv og livssituasjon (Solheim & Berentsen, 2007).

En annen form for validering kan være musikk. Sejerøe-Szatkowski (2004) formidler at validering kan være et godt redskap i møte med pasienter som har en demenssykdom. Hvis sykepleieren klarer å validere og synge samtidig, så kan man nå langt med musikk som et hjelperedskap i møte med Oline. Det viser seg at musikk kan være et godt hjelpeverktøy i møte med pasienter. I en studie vi fant så viser det at bruk av musikk kan være med å forhindre utagering hos pasienter med demens. Det viste seg at musikk knyttet til morgenstell bidro til en positiv innvirkning hos pasienten, og at de ble mer mottakelige for hjelp (Hammar, Emami, Engström, & Götell, 2010). Sett fra en annen side, så er våre erfaringer ved å bruke musikk ved morgenstell både positive og negative. Vi har opplevd at pasienten ble mer urolig med musikk i rommet, da det ble opplevd som for mye støy. Når man benytter seg av validering, så skal det ikke brukes ”spørreord”. Det er fordi pasienter med Alzheimer har problemer med å huske og språkfunksjonen er redusert. Siden Oline har disse symptomene kan det by på problemer hvis det oppstår noe hun ikke forstår. Vi mener at sykepleieren kan forhindre dette ved å ikke bruke spørreord i møte med Oline (Martinsen, 2003).

I en studie utført i Tyskland så ble det gitt opplæring i kommunikasjonsteknikker i møte med demensrammede. Dette skulle være med å forhindre bruken av tvang, hvis kommunikasjon mellom pasient og sykepleier var bedre. Det viser seg at sykepleierne kan trenge økt kunnskap og opplæring i møte med den demente pasient, for å unngå tvangsbruk (Kuske, et al., 2009). Tiller (2009) har gjennomført et kompetansehevingsprogram ”Tvang – helst ikke”. Det viser seg at personalet har blitt bedre på å forebygge utagering og takle møte med utagerende pasienter uten å benytte tvang. Det viser seg også at det ble økt kompetanse blant

de som jobbet og mindre skademeldinger ved hjelp av dette programmet. De benyttet tiltak som daglige aktiviteter (musikkterapi), kartleggingsskjemaer og daglige ledere. Vi mener at å planlegge dagen er viktig i møte med Oline, og det kan være lurt at det er faste sykepleiere som går inn til henne ved morgenstellet. Vi har selv erfart at dette ikke alltid er lett å gjennomføre, men at det lar seg gjøre om det er mulig.

Den siste kommunikasjons teknikken vi kan benytte i møte med Oline, er realitetsorientering. Berentsen (2010) viser til at ved hjelp av realitetsorientering vil vi bidra til å kunne gjøre hverdagen mest mulig virkelig. Det er viktig at sykepleieren tilrettelegger forholdene slik at pasienten selv kan finne frem. Dette kan være ved hjelp av skilter, orienteringstavler, klokker og kalendere. Martinsen (2003) er opptatt av at ressurser pasienten fortsatt har, er det viktig at sykepleieren bidrar til å ivareta disse. Dette kan gjøre at Oline finner fram på egenhånd ved hjelp av skilting, for eksempel på toalett døren så står det WC selv om de har en Alzheimer sykdom. Det vil å bidra til at Oline kan føle mestringsfølelse og anerkjennelse da hun kan føle på det å være litt selvstendig. Sett fra vår side så er det ikke alltid at realitetsorientering er en god løsning. Vi mener at pasienten ikke bør være sterkt preget av sin demens hvis man skal benytte realitetsorientering. Hos enkelte pasienter opplever vi at det bringer med seg mer sorg enn glede hvis vi orienterer de med for eksempel at foreldrene er døde hvis de spør etter dem. Et eksempel på hvordan en skal gå fram uten å såre pasienten, kan sykepleieren vinkle det til et spørsmål som: «*Hvor gammel er du nå?*». Dette kan bidra til en langt mer positiv opplevelse, enn hvis man heller skal bekrefte det med en gang. I noen tilfeller så er det ikke alltid pasientene kjenner igjen de ulike objektene som har vært kjent tidligere, som for eksempel håndkle og klut. Dette er noe også Moksnes (2010) og Berentsen (2010) nevner hos pasienter med Alzheimer.

Det siste begrepet i Martinsens omsorgsteori, er den moralske dimensjonen. Etikk og moral er to viktige begrep sykepleieren må tenke over i møte med Oline. Martinsen (2003) mener at all sykepleie som blir gitt, så er skjønn og moral er det viktigste når man skal gi sykepleie og omsorg til pasienter. I følge Martinsen (2003) kan svak paternalisme være ønskelig. Dette bidrar til at vi kan hjelpe Oline til å ta gode avgjørelser uten å ta overstyring. Ved bruk av svak paternalisme kan dette bidra til at vi unngår å bruke tvang, og Oline kan føle seg sett og hørt. Videre påpeker Martinsen (2003) om at sykepleieren er omsorgsgiver og skal gi omsorg til den syke, men sykepleieren har ingen rett til å kreve noe tilbake fra Oline, som da blir omsorgsmottakeren. Dette kalles for generalisert gjensidighet. Med tanke på Oline sin

Alzheimer, så vil ikke sykepleieren kunne forvente å få noe tilbake i form av empati og omsorg. Vi opplever stadig at sykepleieren har mye makt ovenfor pasientene, dette gjelder også ovenfor Oline. Eide og Eide (2007) mener at eldre mennesker er sårbare og kan bli sett på som svake. Det er derfor viktig at sykepleierne er klar over sitt etiske og faglige ansvar, og at i møte med Oline skal det alltid være fokus på å gjøre det som er best for henne. Slettebø (2009) skriver at sykepleieren har en avgjørende rolle i og med at det er sykepleieren som bestemmer hva slags omsorg som blir gitt til Oline. Yrkesetiske retningslinjer (2011) er også med å beskriver vår profesjonsetikk og hvordan vi er pliktet til å gi god omsorg til pasientene. Selv om Oline har mistet sitt samtykke, så har hun fortsatt krav på informasjon om sin helsetilstand. Siden Oline har Alzheimer er det ikke dermed sagt at hun forstår alt som blir sagt, og det kan derfor være vanskelig for sykepleieren å formidle informasjon. I Pasient og brukerrettighetsloven (2013) § 3.2 så står det at selv om pasienten ikke har samtykke lenger, har man fortsatt rett på informasjon og om egen helsetilstand og hva slags behandling som gis. Vi har selv erfart i praksis at det er noen sykepleiere som unngår å gi informasjon til pasienter som har en demenssykdom, da de mener det er ikke er noen hensikt å gi denne type informasjon med tanke på deres sykdom. Vi mener at dette da strider i mot Pasient og brukerrettighetsloven § 3.2, da det står tydelig at pasienten har krav på det.

Martinsen (2003) omtaler den svake pasientgruppa ofte i sin omsorgsteori. Hun er avhengig av at sykepleieren hjelper henne med å opprettholde de grunnleggende behovene hun har. Det er da viktig at sykepleieren er godt kjent med lovverk og rettigheter Oline fortsatt har. Vi har opplevd at pasientene sine meninger og ytringer ofte blir oversett, og at sykepleieren tar valg på bakgrunn av pasienten. Hvis sykepleieren har god kunnskap innenfor disse feltene, så kan dette bidra til å forhindre bruk av tvang. I en studie av Kirkevold & Engedal (2004) var målet å finne ut om hvorfor tvang ble brukt, istedenfor hvordan sykepleieren kunne forhindre bruken av tvang. Det konkluderes med at det er mangel på kvalitetssikring og dokumentasjon på mange sykehjem i Norge. Vi har selv positive og negative erfaringer med dokumentasjon og kvalitetssikring fra tidligere praksiser. Vi reflektere over at noen sykepleiere brukte dokumentasjonssystemet flittig, mens andre valgte å ikke skrive noe i det hele tatt, selv viktige situasjoner som oppsto i løpet av vakta. Kirkevold & Engedal (2004) påpeker som sagt at det er for dårlig dokumentasjon og kvalitetssikring i sykehjem. Vi mener at hvis de sykepleierne vi møtte i praksis tok seg bedre tid til dokumentasjon, kunne vi da ha forhindre bruken av tvang hos pasienter som motsetter seg helsehjelp? Etter å ha benyttet studier og forskningsartikler så ser vi viktigheten av kunnskap hos sykepleieren i møte med pasienter

som har en demenssykdom er betydningsfull. Det viser seg at det er mangelfull kunnskap hos enkelte, noe vi også selv har erfart. For å hindre bruken av tvang så kreves det som sagt bedre kunnskap om kommunikasjon, god tid, tålmodighet, gode holdninger og ta vare på pasientens integritet og ressurser som er intakt. Vi som sykepleiere har yrkesetiske retningslinjer som er med å beskriver vår profesjonalitet og forpliktelser som følger med yrket. Sykepleien vi gir skal bygge på omsorg og respekt for menneskerettighetene, samt kunnskapsbasert (Norsk sykepleieforbund, 2011).

7.0 Konklusjon

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven har vi sett at det finnes flere ulike faktorer som spiller inn ved å forhindre bruk av tvang hos pasienter med en demenssykdom. Vi mener det har vært viktig å drøfte og se på forskjellige sider av problemstillingen vår for å komme frem til en konklusjon. Etter å ha drøftet ulike synspunkter i oppgaven vår, så mener vi at det ikke finnes et konkret svar på hvordan en kan forhindre tvang hos pasienter med en demenssykdom. Etter å ha benyttet forskning og fagartikler så viser det seg at sykepleiere og generelt helsepersonell har for lite kunnskaper når gjelder bruk av tvang og hvordan en skal møte pasienter som har utfordrende adferd. Det er for lite forskning innenfor det aktuelle temaet, og vi mener at det burde forskes mer rundt demens og bruk av tvang.

I vår oppgave valgte vi å legge vekt på Kari Martinsen sin omsorgsteori til å belyse vår problemstilling. Vi ønsket å fokusere på kommunikasjon i møte med Oline. For å trekke noen tråder, så mener vi at møte med Oline skal bygge på omsorg og respekt. Martinsen (2003) mener at sykepleieren skal handle ut ifra pasienten sitt beste og at vi alltid anerkjenne pasienten. Det er ikke alltid det er mulig å finne en løsning på hvordan en skal forhindre bruk av tvang, men de tre kommunikasjonsteknikkene reminisens, validering og realitetsorientering er metoder som kan være til god hjelp i møte med Oline. Vi mener at det er forutsetning at sykepleieren har kunnskaper når det kommer til bruk av disse kommunikasjonsteknikkene, og at vi kjenner til livshistorien til Oline. Det er fordi pasienter som har Alzheimer sykdom kan ha problemer med å gi opplysninger om sitt eget liv. Vi mener også at det kan være ønskelig med en svak paternalisme for å kunne forhindre bruk av tvang, noe også Martinsen (2003) understreker i sin omsorgsteori. Sykepleieren skal alltid handle ut ifra pasienten sitt beste. Vi mener derfor at det ikke finnes et fasit svar på hvordan vi kan forhindre bruk av tvang til pasienter med en demenssykdom. Ut ifra Yrkesetiske retningslinjer (2011) så skal sykepleie vi gir bygge på barmhjertighet og omsorg. Vi mener at holdninger sykepleieren har er viktige i møte med Oline. Vi må huske på at eldre mennesker er sårbare og i mange tilfeller er de avhengig av sykepleieren for å ivareta sine grunnleggende behov. Å skape tillitt til Oline mener vi kan bidra til å forhindre bruk av tvang i stillesituasjoner.

Vi mener at det stilles sterke krav til den faglige kunnskapen sykepleieren har, i møte med pasienter med en demenssykdom og som motsetter seg helsehjelp. Sykepleieren vil alltid stå

ovenfor etiske dilemmaer og utfordrende situasjoner som kan være vanskelige å løse. Det er viktig at sykepleieren jobber mot å skape tillitt og bygger relasjon i møte med Oline. Hun er avhengig av sykepleieren for å kunne ivareta sine grunnleggende behov og sykepleieren er pliktig til å gi den sykepleie og omsorg Oline trenger.

Bibliografi

* Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Aldring og helse. Antall sider: 54

Berentsen, V. D. (2010). Kognitivsvikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, K. (2008). Stellet - mulighetens arena . I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utgave. utg.). Gyldendal Akademisk.

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

* Engedal, K. (2008). Sykdommer som fører til demens . I K. Engedal, *Alderspsykiatri i praksis* (2. utg.). Aldring og helse. Antall sider: 19

* Folkehelseinstituttet. (2013, November 13). *Folkehelseinstituttet*. Lokalisert Mars 31, 2014 fra Demens - faktaark: <http://www.fhi.no/tema/eldres-helse/demens>. Antall sider: 3

* Førde, R., Pedersen, R., Gjerberg, E., & Hem, M. H. (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>. Antall sider: 8

* Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2010). *Reactions of Persons with Dementia to Caregivers Singing in the Morning Care Situations*. Lokalisert på <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3023064/pdf/TONURSJ-4-35.pdf>. Antall sider: 7

* Hannemann, B. T. (2006). *Creativity with Dementia Patients* . Lokalisert på <http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/274710019?accountid=42560>. Antall sider: 8

Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen: kommunikasjon, minner, kriser, sorg* (3. utg.). Kommuneforlaget.

*Helsedirektoratet. (2008). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A - Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. Oslo: Helsedirektoratet. *Antall sider: 62*

* Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg.). Akribe. *Antall sider: 22*

* Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Gyldendal. *Antall sider: 13*

* Kirkevold, Ø. (2005, Mai 10-19). *Bruk av tvang i sykehjem*. Lokalisert på Mars 31, 2014 fra <http://tidsskriftet.no/article/1192223>. *Antall sider: 3*

* Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004, september 12). *A study into the use of restraint in nursing homes in Norway*. Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail?sid=989ceafd-590a-409b-9650-87f23497273a%40sessionmgr111&vid=1&hid=108&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2004191100>. *Antall sider: 6*

* Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M., Behrens, J., et al. (2009, april 21). *Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany*. Lokalisert på <http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/223744099?accountid=35443>. *Antall sider: 15*

Lov om pasient og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. (2013). Lokalisert på <http://www.lovdata.no>

* Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Universitetsforlaget. *Antall sider: 278*

Moksnes, K. M. (2010). Livets siste faser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykiatriboken Sinn - Kropp - Samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund . (2011, August 9). *Norsk sykepleierforbund*. Lokalisert April 11, 2014 fra Norsk sykepleierforbund: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

* Rokstad, A. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens: Møte og samhandling*. Akribe. Antall sider: 24

* Rokstad, A. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Aldring og helse. Antall sider: 2

* Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). Kommunikasjon og samarbeid. I *Demens - Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 26

Slettebø, Å. (2012). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

* Snoek, J. E., & Engedal, K. (2008). *Psykatri: Kunnskap - Forståelse - utfordringer* (3. utg.). Akribe. Antall sider: 13

* Solheim, K. (2009). *Demensguide: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (2. utg.). Universitetsforlaget. Antall sider: 23

* Solheim, K. (1990). *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Tano. Antall sider: 19

* Solheim, K. V. (2007). Validering. I K. V. Solheim, & V. D. Berentsen, *Eldreomsorgens ABC* (1. utg.). Universitetsforlaget. Antall sider: 27

* Solheim, K. V., & Berentsen, V. D. (2007). Demensomsorgens ABC. I K. V. Solheim, *Reminisens* (1. utg.). Aldring og Helse. Antall sider: 14

* Testad, I., Joa, I., & Mæland, M. J. (2013). *Agitasjon og funksjon i stell. Førekost og sammenheng hos personar med demens*. Lokalisert Mars 26, 2014 fra <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1258206/agitasjon-og-funksjon-i-stell.-forekomst-og-sammenheng-hos-personar-med-demens>. Antall sider: 9

* Tiller, K. (2009). *Kan kompetanseheving redusere utagering og tvang?* Lokalisert April 23, 2014 fra <http://www.utviklingssenter.no/kan-kompetanseheving-reducere-utagering-og-bruk-av-tvang.4910996-176149.html>. *Antall sider: 1*

* Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye, *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg.). Akribe. *Antall sider: 25*

*Antall sider selvvalgt: 708

I forbindelse med søk av forskning og fagartikler har vi benyttet oss av de databasene vi er kjent med og har god erfaring med fra tidligere. Først og fremst når vi søkte så ville vi ha artikler som var i fra år 2000 og fram til 2014. Dette er på grunn av pålitelighet og at vi skal føle oss trygge i de artiklene vi har valgt. Vi har benyttet oss av ORIA, ProQuest, PubMed og sykepleien.no sitt arkiv.

1. Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2004). «*A study into the use of restraint in nursing homes in Norway*». For å finne denne artikkelen så fikk vi opp 1129 treff første gang vi søkte. Vi valgte derfor å avgrense ned til år 2000-2014, da fikk vi færre treff. Ord som vi brukte for å finne denne artikkelen var: *restraint, nursing-home, nursing*.

2. Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., Behrens, J., Riedel-Heller, S.G. (2009). «*Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany*». For å finne den artikkelen så benyttet vi oss av søkeordene: *communication, nursing, nursing-home, restraint*. Av dette så fikk vi opp 9 treff. Vi fant denne artikkelen på første søk og syntes denne var spennende. Vi ser på denne som relevant og pålitelig da den er fra år 2009, og det var en oppfølging etter 6 måneder i studien.

3. Hammar, L.M., Emami, A., Engström, G., Götell, E. (2010) «*Reactions of Persons with Dementia to Caregivers Singing in the Morning Care Situations*». For å finne denne artikkelen brukte vi søkeordene: *communication, caregivers, dementia*. Av dette fikk vi opp 41 treff, og vi mener at denne er relevant til å finne svar på vår problemstilling.

4. Hannemann, B.T. (2006). «*Creativity with Dementia Patients*».

I denne forskningsartikkelen blir det stilt spørsmål om kreative aktiviteter kan være stimulerende for pasienter med demens. Det viste seg at kreativitet hos demente reduserte depresjoner og isolering når pasienten kunne gi uttrykk for sin egen mening og være med å bidra i det daglige. Kreativ terapi ga pasientene mulig til å være seg selv. For å finne denne artikkelen brukte vi søkeordene: *dementia, creativity, patients*. Vi fikk opp 159 treff og artikkelen lå øverst. Vi avgrenset søket vårt til oversiktsartikler og fikk opp 189 treff. Vi

valgte å avgrense igjen til 2000-2014 og fikk da opp 159 treff. Da lå artikkelen helt på toppen av siden.

5. Førde, R., Pedersen, R., Gjerberg, E., Hem, M.H. (2010). «*Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang*». For å finne denne artikkelen så var vi inne på sykepleien.no for å se i arkivet. Vi mener denne er høyst aktuell og pålitelig da den ligger inne på sykepleie-siden, og da det ligger under forskningsartikler. Vi søkte med ordene demens og tvang.

6. Testad, I., Joa, I., Mæland, M.J. (2013) «***Agitasjon og funksjon i stell. Forekomst og sammenheng hos personar med demens***». For å finne den artikkelen var vi inne på sykepleien.no og under forskningsartikler knyttet til demens. For å finne denne artikkelen brukte vi også ordene demens og tvang.

PICO-SKJEMA

Vedlegg 2

Spørsmål: Hvordan kan sykepleieren forhindre bruk av tvang hos pasienter med demens?

P	I	C	O
person/pasient/problem	intervensjon/eksposisjon	evt. sammenligning	Utfall
Patient Alzheimer Restraint	Nursing-home Nursing		Millieu Therapy