

UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY180H 000 Bacheloroppgave i sykepleie

Kull 08V

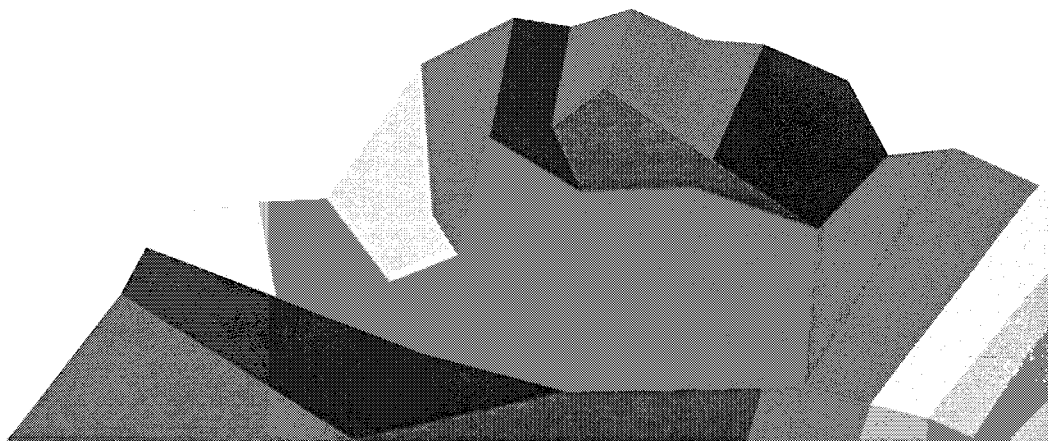
Tema:

**Demensomsorg i hjemmebaserte tjenester
"Tid, kunnskap og kommunikasjon – et triangel"**

Kandidatnummer: 58

[Klæbo, Tom Andie]

Stokmarknes 28. Oktober 2011



Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	Side: 4
1.1 Presentasjon av tema	Side: 4
1.2 Problemstilling og avgrensning	Side: 5
1.3 Litteratur søk	Side: 5
1.4 Valg av sykepleier teoretiker	Side: 5
2.0 Metode	Side: 6
2.1 Metodisk tilnærming	Side: 6
2.2 Fenomenologi	Side: 6
2.3 Intervju	Side: 7
2.3.1 Ethiske overveielser	Side: 8
2.4 Metode kritikk	Side: 9
3.0 Teoridel	Side: 10
3.1 Demens	Side: 10
3.2 Omsorg	Side: 11
3.3 Kommunikasjon	Side: 15
3.4 Bruker- og pårørende medvirkning	Side: 17

4.0 Drøfting	Side 18
4.1 Tid en mangelvare i hjemmetjenesten?	Side: 19
4.2 Kommunikasjon bygger relasjoner.	Side: 22
4.2.1 Det å høre brukeren.	Side: 22
4.3 Kunnskap	Side: 25
5.0 Oppsummering	Side: 27
Litteraturliste	Side: 28
Pensum litteratur	Side: 28
Selvvalgt litteratur	Side 28
Vedlegg	Side: 30
Intervju guide	Side: 30

1. 0 Innledning

1. 1 Presentasjon av tema

Tema for oppgaven er omsorg for personer med demens som bor hjemme som trenger tilsyn av hjemmetjenesten. Interessen for dette temaet fikk jeg ved en praktiske studier på en lukket demens avdeling. Her ble en kvinne i 60-70 årene lagt inn med diagnosen Alzheimers demens, men det var forhistorien til hvordan hun endelig kom på avdelingen som fikk meg interessert i emnet. Det så ut til å ha oppstått kommunikasjonssvikt både innenfor helsevesenet, men også pårørende seg imellom, og mellom dem og pasienten. I lang tid hadde det pågått en kamp for å få henne innlagt på permanent sykehjems plass siden hennes tilstand bare ble verre og verre. Da hun ankom vår avdeling var sykdommen kommet så langt at hun ikke lengre mestret dagliglivets praktiske utfordringer i hjemmet og var en fare for seg selv og andre rundt henne når hun ikke hadde tilsyn.

Engedal og Haugen (2009:23) anslår at det i 2008 var omtrent 71000 personer med demens i Norge. Videre anslår de omtrent 10000 nye tilfeller av demens hvert år i Norge. Innen 2050 anslår Engedal og Haugen (2009:27) på bakgrunn av Statistisk sentralbyrås beregninger at tallet på personer med demens skal overstige 200000.

På bakgrunn av dette og erfaringene jeg gjorde meg under praktiske studier synes jeg temaet fenet og ønsket derfor å tilegne meg mer kunnskap om feltet. Særlig fant jeg det interessant dette med hvilke metoder vi kan bruke for å gi trygg og god omsorg også når bruker ikke vil.

Oppgaven består av fire hoveddeler som er innledning hvor jeg presenterer tema og problemstilling og hvordan jeg velger å avgrense. Den neste delen inneholder teori som er relevant for problemstillingen. Her presenteres sykepleier teoretikeren jeg har valgt og dernest de forskjellige teori delene jeg mener er relevant. Etter dette presenterer jeg en drøftings del hvor jeg drøfter funn jeg har gjort opp mot relevant fagstoff. Til slutt presenterer jeg en oppsummering hvor jeg reflekterer over funnene jeg har gjort og hvor godt de stemmer overens med anerkjent litteratur på feltet.

Antall ord: 9553 (Eksklusiv innholdsfortegnelse, litteraturliste og vedlegg).

1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen jeg har valgt er «hvordan kan sykepleieren i samarbeid med pårørende ivareta forsvarlig omsorg hos brukere som motsetter seg hjelp?». Jeg har valgt å begrense problemstillingen til å gjelde brukere som har demens som sekundær diagnose. Det vil si følgetilstand fra andre sykdommer som Parkinson, Alzheimers og andre degenerative sykdommer. Begrunnelsen for dette er at slike sykdommer kan utvikle seg relativt fort, i ung alder og vanskelig å oppdage før den ofte er kommet langt. Fokuset i oppgaven er ikke rettet mot demens i seg selv, men mot hvordan vi som sykepleiere kan ivareta en forsvarlig omsorg for personer med demens og på denne måten forebygge at bruker motsetter seg hjelp. Videre begrenses oppgaven til kun å gjelde hjemmetjenesten.

1.3 Litteratursøk

Jeg har benyttet følgende databaser for litteratur søk Bibsys, Google, Ordsiden.no, Helsebiblioteket, Tidsskriftet Sykepleien, Tidsskriftet for den norske legeförening, Svemed og helsedirektoratet. Søkeordene jeg har benyttet er Hjemmetjeneste, Demensomsorg, Demens, Kommunikasjon, Omsorg, Kognitiv, Brukermedvirkning, tidspress, samhandling, helse. Søkeordene er brukt hver for seg og i kombinasjon med hverandre.

1.4 Valg av sykepleier teoretiker

Jeg vil her kort redegjøre for valget mitt av sykepleier teoretiker. Jeg har valgt å følge Joyce Travelbee sin teori. Dette begrunner jeg med at hun fokuserer på det mellom menneskelige. Man må komme forbi rollene og trenge bak dem for å oppdage det unike ved hver enkelt og først da kan man virkelig se mennesket bak rollen og ikke bare rollen. En slik tankegang er nettopp det som etter mitt syn er grunnlaget for å arbeide i hjemmesykepleien. Travelbee fokuserer på aktivt å bruke seg selv terapeutisk opp mot pasient eller i dette tilfellet bruker. For å belyse teorien hennes har jeg benyttet meg av Nina Jahren Kristoffersen sitt kapittel *Teoretiske perspektiver på sykepleie* i boken *Grunnleggende sykepleie* bind 1 fra 2011. Travelbee vektlegger kommunikasjon og nærhet for og nå frem med omsorg til sine pasienter. Det er alltid pasientens behov som skal ligge til grunn. Selv om Travelbee ønsket å bryte ned det tradisjonelle rollemønsteret, så hun allikevel behovet for en strukturert og logisk fremgangsmåte for å sikre god behandling. Hennes syn på teorien vil fremstilles nærmere etter hvert som jeg kommer til dem innenfor teori kapitlet.

2.0 Metode

Dette kapittelet vil belyse hva metodisk tilnærming er og hvilke metoder jeg har benyttet, samt utdype hva metoden går ut på.

2.1 Metodisk tilnærming

Etter å ha fastslått problemstillingen i oppgaven ble det behov for å finne en metode som ville kunne belyse tema og gi svar. Dalland (2007) har en god definisjon på hva en metode er.

«En metode er 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 2007:83). Slik Dalland beskriver metode her er det et verktøy som gjør oss i stand til å søke å innhente ny kunnskap. Metodene jeg har valgt å benytte meg av er kvalitativt intervju som har som mål å få tak i informasjon på et jeg-du forhold hvor forskeren er svært nær feltet. Det søker å få frem særegenhet, følelser og man ser fenomenet innenfra (Dalland 2007:86). Ut i fra dette falt valget naturlig på fenomenologi og dermed intervju.

Til slutt i kapitelet vil jeg se kritisk på mine valg av metode og hvilke begrensninger den eventuelt måtte ha.

2.2 Fenomenologi

«Fenomenologiske studier beskriver den meningen mennesker legger i en opplevelse knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen» (Postholm 2010:41) I følge Postholm kan fenomenologi grovt sett deles i to. For å studere grupper av mennesker har man en sosial-fenomenologisk tilnærming som ser på utviklingen av mening gjennom sosial interaksjon. Skal man studere enkelt individet passer den psykologiske modellen bedre. Den forsøker å fange enkeltmenneskets opplevelse av en gitt situasjon samtidig som man benytter den på flere enkelt individer for å se hvordan samme fenomen oppleves av flere enkelt individer. Kort fortalt er fenomenologi menneskets opplevelse og erfaringer sett ut i fra den verden de lever i. Det er nettopp dette forskeren drar nytte av ved bruk av fenomenologi som metode.

For å klare dette må man innhente data og Postholm (2010) mener at intervju nok er eneste redskap hvor man på en god måte kan få innblikk i den andres livsverden og på den måten dra nytte av deres kunnskap og forståelse. Selv lærer man av den andres forståelse av situasjoner når man analyserer

hva som egentlig er sagt i intervjuet. En slik analyse vil ifølge Postholm (2010) alltid være preget av forskerens ståsted på lik linje som intervjupersonen er påvirket av den livsverden de lever i.

Gjennom analysen av intervjuene forsøker forskeren å finne fellesnevner i intervjuene som kan beskrive opplevelsen intervjupersonen har hatt på en best mulig måte. Dette kaller Postholm (2010: 44) «den generelle beskrivelsen av fenomenet». Dernest behandles alle slike fellesnevner likeverdig for til slutt å forkaste de som ikke berører temaet og ansees som irrelevante. Man sitter da igjen med intervju personens vesentlige uttalelser og på dette grunnlaget kan man belyse problemstillingen.

2.3 Intervju

Ifølge Dalland (2008:135) vil et kvalitativt intervju innhente kvalitativ kunnskap uttrykt på et vanlig språk. Spørsmålene jeg har utformet er enkle og åpne, men de har under punkter som jeg benyttet dersom jeg trengte dypere svar hos intervju personen.

Intervjuet har flere hensikter. Den første er å belyse hva sykepleieren tenker når de møter brukere som motsetter seg hjelp selv om det strider mot normal logikk å motsette seg hjelp. Det er også et mål å belyse hva sykepleieren ser som problem i forhold til problemstillingen og hvordan de takler situasjonene.

Også en kartlegging av bakgrunns erfaring vil være viktig for å se hvordan kunnskapsnivået blant hjemmetjenesten er i forhold til brukerne som de hjelper. Er det tilstrekkelig kunnskap med andre ord? Jeg har intervjuet to personer ansatt i hjemmetjenesten i en kommune.

I tråd med Dalland (2008:132) har jeg valgt begrepet intervjuperson nettopp fordi dette er en nøytral betegnelse som ikke legger noen føringer annet enn at det er en person som blir intervjuet.

Intervjuet følger Dalland (2008:kapittel 7) oppsett og regler.

Intervjuperson 1 er ansatt i ledelsen av tjenesten og er ikke lengre aktivt ute blant brukere, men har lang erfaring både med arbeid innen ledelse og arbeid rettet direkte mot brukere.

Intervjuperson 2 er ansatt som sykepleier i hjemmetjenesten og er daglig ute blant brukere. Også intervjuperson 2 har lang erfaring innen hjemmetjenesten, men kun arbeid rettet mot brukere og ikke i ledelsen.

Intervjuet ble gjennomført på deres arbeidsplass i et egnet rom. Rommet var stille og ikke trafikkert på utsiden. Til daglig blir dette rommet benyttet til møteaktivitet. Før intervjuet ble begge forklart problemstilling og alt av telefoner og liknende ble skrudd av for å unngå forstyrrelser. Intervjuet var planlagt å vare 45 minutter. Dette var et bevisst valg siden kortere tid kan føre til tap av viktig data i form av stress, mens lengre intervju tid kan føre til fall i konsentrasjonen og dermed dårligere både spørsmål og svar. Lengden på intervjuene var 40 til 45 minutter.

Etter intervjuet som ble tatt opp på bånd ble de transkribert og lest gjentatte ganger. Deretter ble de sammenlignet for å finne fellesnevner og temaer som var gjennomgående. Disse temaene ble arrangert i grupper skille og sile ut informasjonen jeg var ute etter i forhold til problemstillingen. Til slutt satt jeg igjen med tre hovedtemaer *tid, kommunikasjon og kunnskap*. Disse vil bli behandlet videre i oppgaven.

2.3.1 Etske overveielser

Når man jobber med mennesker for å innhente opplysninger er det viktig at man er bevisst sitt etiske ansvar. De viktigste områdene Dalland (2007) peker på i kapittel 10 er *personvern* i form av *anonymitet, taushetsplikt og samtykke*.

Alle opplysninger som kan identifisere en person skal aidentifiseres (Dalland 2007:242-243). Dette betyr i følge Dalland (2007) at intervjupersonene ikke skal kunne identifiseres gjennom navn, personnummer, bakgrunnsvariabler som hjemkommune, stilling, arbeidsplass eller lignende. I denne oppgaven foreligger det ikke andre identifiseringer enn intervjuperson 1 og 2. Det finnes ingen liste over informantene hvor personalia kan innhentes utover lydopptaket og transkripsjonene som vil bli slettet ved innlevering av oppgaven.

Når det brukes lydopptak skal disse destrueres etter endt oppgave og transkriberte intervjuer skal makuleres. Dette gjøres for å hindre at data som kan identifisere intervjupersonene kommer på avveie.

Alle opplysninger som innsamles er underlagt taushetsplikt og vil ikke bli gjenfortalt i gjenkjennelig form for utenforstående som leser oppgaven. Opplysningene blir altså aidentifisert som jeg har beskrevet ovenfor.

Når man skal gjennomføre et intervju er man avhengige av samtykke fra intervjupersonen (e). Dette er innhentet i denne oppgaven i skriftlig form, men på grunn av oppgavens begrensede omfang og sletting av enhver form for transkripsjon eller lydopptak vedlegges ikke dette samtykket oppgaven. Dette kan forsker i følge Dalland (2007:247) selv velge ikke å legge ved oppgaven. Etter avtale vil begge intervjupersoner motta kopi av oppgaven i papir form.

2.4 Metode kritikk

Intervju er en metode å innhente informasjon på som krever mye erfaring fra intervjuerens side dersom man skal klare å få et godt kvalitativt intervju (Dalland 2007:160). Selv har jeg ingen tidligere erfaring med intervju. Dette bidrar nok til at jeg ikke har utnyttet intervjupersonenes fulle potensial og at jeg ikke ser all data som intervjuet faktisk har fanget opp.

En annen fare med min svake erfaring som intervjuer er måten jeg har styrt intervjuet på. Et av Dalland lister opp seks punkter som beskriver hvordan man vurderer kvaliteten på et intervju. Jeg vil her se på de to første punktene.

- ▲ «Graden av spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra intervjupersonen.
- ▲ Jo kortere intervjuerens spørsmål er, og jo lengre intervjupersonens svar er, desto bedre»(Dalland 2007:160-161).

Med min begrensede erfaring som intervjuer frykter jeg at jeg har ledet intervjuet i for stor grad og dermed vil graden av spontane og innholdsrike svar fra intervjupersonen avta. Samtidig ser jeg at noen av mine spørsmål er tildels lange og svarene korte, men dette slår begge veier. Min uerfarenhet kan også ha blitt plukket opp av intervjupersonene som dermed kan ha reservert seg noe fra å snakke fritt og utdypende.

En annen kritikk man kan reise mot min data innsamling er antallet intervju personer. Jeg har kun intervjuet to personer og dermed kan jeg ha klart å få et innblikk i deres hverdag, men dette trenger ikke være gjeldene for andre sykepleiere som er i samme situasjon som mine intervjupersoner. Dette har vært et kvalitativt intervju, så antallet intervjupersoner er ikke forventet å være høyt. I følge Dalland (2007:149) er to til tre intervjupersoner tilstrekkelig, dersom kvaliteten er god. Faren for at kvaliteten ikke er tilstrekkelig i forhold til min kompetanse er stor og oppgaven må derfor kun sees på som en geografisk begrenset oppgave og leses med dette i tankene.

Valg av intervjupersoner foregikk ved hjelp fra ledelsen ved den aktuelle hjemmetjenesten og på bakgrunn av mitt bekjentskap til intervjupersonene. Utvalget av intervjupersoner har til hensikt å forsøke å vise hvordan hjemmesykepleien hjelper den enkelte bruker på person til person nivå og hevet opp på administrativt nivå. Derfor har jeg valgt å intervju en fra ledelsen og en som er ute blant brukerne til daglig. På denne måten håper jeg at jeg får en så bred dekning som mulig av problemstillingen.

3.0 Teori del

Dette kapittelet vil belyse de temaene jeg anser som viktige i forhold til problemstillingen og som krever en nærmere forklaring og utdypning.

3.1 Demens

Ofte blir kognitiv svikt og demens benyttet om hverandre i hverdagen ut i fra min erfaring i praksis. Jeg vil derfor videre benytte meg av termen demens siden det er dette som er interessant for oppgaven og begrenser omfanget av oppgaven siden kognitiv svikt er en mer omfattende og vid term enn demens.

Før man kan betegne svikt i et organ eller område må man først definere normal tilstanden. Kognitiv funksjon er «de mentale prosessene, som omfatter oppfatning, resonnering, kreativitet, problemløsning og muligens intuisjon» (Ordsiden.no). Romsland (2011:33) oppsummerer dette på en kort grei måte når hun sier at kognitiv funksjon er vår evne til tenkning, læring og problemløsning. Svikt i et eller flere av områdene som Romsland nevner kan betegnes som kognitiv svikt. Ut i fra denne definisjonen innbefatter kognitiv funksjon alle de prosessene som gjør oss til tenkende, handlende og skapende individer.

Oppgavens omfang er som tidligere nevnt begrenset til å gjelde brukere med demens som utløsende årsak til at de motsetter seg helse hjelpen. Videre er det derfor naturlig og definere hva demens innebærer.

Årsakene til svikten i kognitiv funksjon kan ha flere opphav. Engedal og Haugen (2009:17) sier at kognitiv svikt er ikke en sykdom i seg selv, men er en følgetilstand fra en sykdom. Sykdommer som

kan føre til demens er blant annet Alzheimer, Parkinson og hjerneslag. Det er ikke bare det kognitive som svikter i over nevnte sykdommer, men dette er ikke tema som i stor grad vil bli diskutert i denne oppgaven. Dette kan være motorisk og sensorisk svikt.

Når symptomene på demens er fremtredende slik at omgivelsene oppfatter dem er tilstanden til den rammede ofte på et langt kommet stadium. De fremste symptomene man oppfatter er som oftest sviktende hukommelse, nedsatt funksjon i dagliglivet på grunn av manglende initiativ, ofte blir dette fremtredende i forhold til deres egen helse og særlig hygiene. Dette er også symptomer på særlig demens tilstander.

3.2 Omsorg

I forhold til min problemstilling er det to begreper som krever en utdypning før jeg går videre. De to begrepene er å stå i en «relasjon og omsorg».

Når man står i en relasjon til et annet menneske, så vil man påvirkes av den andre personen sin situasjon. Dette kan være følelsemessig når vi ser en bruker har det vondt, når vi hører livssituasjonen brukeren er i eller vi antar at personen har ubehag ut i fra det vi observerer (Kristoffersen og Nortvedt 2011:84). Vår følelsemessige påvirkning av brukers eller de pårørendes situasjon vil kunne ha betydning for hvordan vi forstår dem og dermed skal kunne gi den nødvendige omsorgen. Omsorg er her definert som det å bry seg om noen, det å ta seg av noen både mentalt og fysisk. (Ordsiden.no [online]).

Jeg vil skille mellom det å ha omsorg som privat person og gjennom utøvelse av sykepleie i offentlig regi. Det er særlig et par momenter som skiller den private og den profesjonelle. Det første er at som privatperson er omsorgen som regel ikke begrenset av tid og sted (Kristoffersen og Nortvedt 2011:85). Videre sier Kristoffersen og Nortvedt at den private er omsorgen utøves som følge av at den andre parten er uerstattelig for deg, man bindes sammen av kjærlighet ovenfor hverandre. Partene står i en relasjon til hverandre enten som nære bekjente eller som familie og begge parter anser hverandre for uerstattelige. Dette kan være som søsken, besteforeldre eller ektefeller. Den private omsorgen er således kjennetegnet gjennom gjensidighet og sterke følelsemessige bånd. Det er forventet at begge parter både gir og mottar i det private. Hvor mye de gir og balanse forholdet forandrer seg over tid (Kristoffersen og Nortvedt 2011:85). Graden av omsorgen varierer selvfølgelig fra familie til familie. I dagens samfunn er det vanlig at

det offentlige overtar den fysiske omsorgen i form av hjemmetjenesten eller sykehjem, mens familien forblir den emosjonelle støttespiller.

Ser vi på omsorg i lys av omsorg gitt av den profesjonelle sykepleieren så endres bildet noe. Relasjonen mellom sykepleier og pasient eller bruker er annerledes enn den jeg har beskrevet ovenfor. Den profesjonelle forventer ikke å få gjengjeldt sine følelser og omsorg slik det forventes i det private, men forholdet preges av en mer asymmetri og ensidighet (Kristoffersen og Nortvedt 2011:85). Dette er også i tråd med Travelbee sin teori som tilsier at man i utgangspunktet er to personer som ikke kjenner hverandre, men som i samhandling og relasjoner knytter kontakt med hverandre. Dette skjer samtidig som sykepleieren må være oppmerksom på at han eller hun klarer å skille sine egne behov fra brukers og ikke overfører sine behov til dem (Kristoffersen 2011:220-221).

Forholdet mellom bruker eller pårørende og sykepleier er et hjelpeforhold, det er situasjonen fysisk eller psykisk og sosialt som avgjør at de får hjelp og ikke personlige kvaliteter ved brukeren. Dette er et grunnleggende prinsipp som skal sikre alle lik hjelp uansett hudfarge, sosialstatus, kjønn eller alder (Kristoffersen og Nortvedt 2011:85-86). Videre påpeker de også at omsorgen i profesjonell regi er tids- og steds- begrenset. I hjemmetjenesten har man som regel kontakt med brukere og pårørende over lang tid og man kan på denne måten bygge langvarige og gode relasjoner. Men allikevel er omsorgen tidsbegrenset i den forstand at hver bruker har fått innvilget en viss tid hver gang og sykepleieren skal videre til en ny bruker etter den andre.

Et annet skille som også gjør seg gjeldene mellom privat og profesjonell omsorg er den emosjonelle temperaturen i forholdet. Som profesjonell kan man ikke ha like sterke følelser for den man skal hjelpe som man har i det private (Kristoffersen og Nortvedt 2011:86). Har man det vil man lett kunne viske ut skillet mellom seg selv og brukeren og dermed kunne overføre sine følelser og behov på bruker slik Travelbee advarer mot. Et resultat av for nære og varme relasjoner mellom sykepleier og bruker kan resultere i sterk sorg og angst når en bruker går bort eller når man hører om problemer som har oppstått (Kristoffersen og Nortvedt 2011:86). Et slikt forhold vil ikke være sunt og vil i lengden ødelegge sykepleieren.

Et tredje skille mellom privat og profesjonell omsorg er det formelle som styres av lovverket. Som sykepleier har man et formelt ansvar for omsorgen gjennom lovverket og yrkesetiske retningslinjer. Hjemmetjenesten reguleres av flere lover blant annet sosialtjenesteloven,

kommunehelsetjenesteloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven.

I den profesjonelle pleien og særlig innen hjemmesykepleien, vil man som regel ha samme brukere over lang tid. På denne måten vil man kunne utvikle en varmere relasjon til disse personene enn foreksempel man gjør i et akuttmottak hvor det er fort inn, fort ut, og det er gjerne ikke mer enn timer man har kontakt. I hjemmetjenesten vil man kunne utvikle en nærhet, varme og trygghet mellom seg og brukerne man skal hjelpe eller deres pårørende (Kristoffersen og Nortvedt 2011:86-87). Som sykepleier vil man nok aldri oppnå samme kontakt som familien har sammen fordi når vakta ender, så ender også vårt omsorgsansvar for den enkelte personen man den dagen har vært innom.

Som sykepleiere er vi bundet av lovverket, noe man som privat person som utøver omsorg ikke er. I følge helsepersonelloven § 3 defineres helsehjelp på følgende måte: « Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell»(Helsepersonelloven 1999). Ut i fra dette defineres all interaksjon mellom sykepleier og pasient eller bruker som helsehjelp. For eksempel kan det å sørge for at en dement bruker får middag eller å sørge for tilstrekkelig trygghet ansees som helsebevarende eller forebyggende. All omsorg en sykepleier gir til en bruker er ut i fra lovteksten helsehjelp.

Det er ikke bare personer med demens som kan komme til å trenge omsorg fra oss, men også de pårørende kan trenge oss. De pårørende er svært viktige innenfor demensomsorgen (Engedal og Haugen 2009:341) og er ofte grunnen til at den demente kan være lengre hjemme enn om han eller hun var alene.

I problemstillingen brukes begrepet forsvarlig omsorg. I stortingsmelding nr.25 (2005-2006) pekes det på at det er det offentlige som har den overordnede omsorgen for eldre, spesielt de med demens. Eldre med demens får i denne melding en sentral plass. Dette er blitt fulgt opp i stortingsmelding nr. 16 (2010-2011) hvor brukerrollen styrkes, tilbud til demente styrkes, behandling skal i større grad foregå i egen kommune slik at særlig eldre slipper lange og slitsomme transport etapper. Det er også lagt føringer for at alle kommuner skal opprette dagsenter for demente.

Helsepersonelloven §4 (Helsepersonelloven 1999) sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som man kan forvente ut i fra de kvalifikasjoner den enkelte arbeider har. Arbeidets karakter og situasjonen brukeren er i spiller også

inn.

Travelbee har en oppskrift på hvordan man skal finne brukerens behov på en systematisk måte.

- ▲ Sykepleieren observerer for å kartlegge pasientens behov.
- ▲ Sykepleieren får bekreftet eller avkreftet sine antagelser om hvilke behov pasienten har.
- ▲ Sykepleieren vurderer sin egen mulighet til å møte pasientens behov (eller om pasienten skal henvises til andre helsearbeidere)
- ▲ Sykepleieren legger en plan for hvordan pasientens sykepleiebehov skal ivaretas. Planen omfatter valg av metode, tidspunkt og alternative måter å møte pasientens behov på.
- ▲ Sykepleieren foretar i etterhånd en evaluering for å finne ut om pasientens behov helt eller delvis er ivaretatt (Kristoffersen 2011:222).

Videre sier Travelbee at denne prosessen krever at sykepleieren er i stand til å følge prosessen på bakgrunn av sine kunnskaper. Ved å erstatte ordet pasient med bruker kan vi overføre denne prosessen til hjemmesykepleien. Følger man en slik prosess vil kunne ivareta den enkelte bruker på en forsvarlig måte.

Dersom man klarer å se hvilke behov hver enkelt har ut i fra deres ståsted vil man være i stand til å kunne gi en god omsorg. Man må evne og se personen med demens fra sitt ståsted i lys av ens kompetanse og ikke bare bruke sin kompetanse og se personens behov ut i fra dette. Dette er også i tråd med Travelbee sin filosofi om ikke å overføre egne behov over på den demente, men allikevel bruke seg selv terapeutisk for å hjelpe dem (Kristoffersen 2011:221-222).

Når man leser lovverket som regulerer hjemmetjenesten ser man et skille mellom omsorg og tilbud. Sosialtjenesteloven legger grunnlaget for hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte. Når denne følges må man etter loven å dømme kunne sies å ha et forsvarlig tilbud til brukerne. Helsepersonelloven regulerer hvem som skal gi hjelpen og hvilke rettigheter og plikter helsepersonellet har.

Omsorgen har ingen lov som direkte stadfester hvordan den skal gis, men sikres gjennom stortingsmeldinger som igjen følges opp av den enkelte kommune. Brukeren er altså sikret hjelp gjennom loven. Loven slår fast at den som ikke kan dra omsorg for seg selv har krav på hjelp (Sosialtjenesteloven 1991:§4-3), men ikke omsorg. Dette er tatt tak i samhandlingsreformen som regjeringen har lagt frem og som skal iverksettes 1.1.2012. Her fremheves omsorg på lik linje med

helse i lovverket. Brukermedvirkningen blir også styrket gjennom lovverket blant annet i den nye loven som skal erstatte dagens pasientrettighets lov som kalles pasient- og bruker rettigheter loven.

3.3 Kommunikasjon

Når man skal kommunisere med personer som har demens eller deres pårørende er det alltid viktig å huske at det er personen som er utgangspunktet for samtalen og ikke diagnosen (Blix og Breivik 2006:112).

Ifølge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskapene en sykepleier har når de skal skape et forhold til sine pasienter. Hun kaller det et menneske til menneske forhold for å understreke at roller kan være til hinder for god kommunikasjon. Travelbee mener roller dekker over og utsletter enkeltmenneskets særtrekk og kjennetegn (Kristoffersen 2011:219).

Snakker man om rollen som dement bruker foreksempel, kan man lett gi hele denne gruppen tiltenkte egenskaper som identifiserer dem som gruppe uten å skille den enkelte. Man lager en stereotyp av bruker gruppe og mister dermed oversikt over enkeltmennesker. Ifølge Travelbee vil man da ikke se den enkelte person og kan da heller ikke se deres særtrekk eller kjennetegn. En slik måte å tilnærme seg et menneske vil ut i fra Travelbee sin tankegang motvirke utviklingen eller stanse kommunikasjonen mellom partene.

Det er kun som personer vi kan opprette et menneske til menneske forhold. Et slikt forhold kan man klarer å opprette dersom man bryter ut av rolle mønsteret sykepleier – pasient eller bruker forhold og ser mennesket bak rollen (Kristoffersen 2011:219-222). Det er gjennom kommunikasjonen man lærer personer med demens eller de pårørende å kjenne og de lærer å kjenne sykepleieren som en person også. På denne måten kan gjensidig tillit mellom partene oppnås, noe som er viktig for relasjons utvikling. Det er viktig at vi som sykepleiere klarer å få tak i den enkelte person sin opplevelse av egen situasjon og hvordan de selv ser sin situasjon (Blix og Breivik 2006:305). Like viktig er det også at sykepleieren klarer å skille mellom sine egne behov og den enkelte person sine behov og ikke overfører sine egne behov over på den demente eller de pårørende (Kristoffersen 2011:221).

Det å føle at man blir sett og forstått har stor betydning og er med på å skape tillit mellom bruker eller pårørende og sykepleier som igjen kan gi gjensidig respekt og utveksling av tanker. Fjørtoft (2006:182) går lengre og sier det å bli sett er et grunnleggende behov for oss mennesker.

Det å kommunisere med demente kan være en utfordring på mange måter. De kan ha språkproblemer, kort hukommelse, nedsatt kognitiv funksjon som forståelse, eller klarer ikke å se sammenhenger. Dersom dette er problemet kan det ofte oppstå misforståelser, frustrasjon, sinne eller apati hos bruker. Kristoffersen (2011:217-218) beskriver hvordan lidelse henger sammen med sykdom og hvordan nettopp de symptomer jeg har beskrevet foran kan gi uttrykk for lidelsen. Å møte slik lidelse alene vil kunne utvikle slike lidelser.

I noen tilfeller kan personer med demens utvikle strategier for å mestre kommunikasjonssituasjoner de ikke behersker. Noen skifter tema, mens andre kan benytte innlærte fraser for å dekke over glippen (Romsland 2011:112-114). Slike strategier blir brukt både bevisst og ubevisst.

Gjennom god kommunikasjon kan man skape tillit, relasjoner og forståelse som er en forutsetning for at den enkelte person med demens eller pårørende skal vise følelser og åpne seg opp for sykepleieren og dermed gi grunnlag for god omsorg. Har man etablert en god kommunikasjon og gir tillit til dem man hjelper vil brukermedvirkningen skje mer naturlig.

Å bruke pårørende i slike situasjoner kan være en god løsning for å få klarhet i om dette er en normal reaksjon eller ikke (Blix og Breivik 2006:305). På denne måten lærer vi de å kjenne og man kan lettere skape en dialog mellom både pårørende og den demente personen. Her er også viktig å benytte prinsippene til Travelbee slik de er beskrevet over for å sikre en god kommunikasjon.

Når man skal snakke med demente personer er det viktig å bruke et forståelig språk. Birkeland og Flovik (2011) har i sin bok sykepleie i hjemmet satt opp følgende punkter som er nødvendig for å kommunisere med en demens person. Disse punktene er:

- ▲ Bruke nødvendig tid.
- ▲ Ha øyekontakt.
- ▲ Snakke tydelig og langsomt.
- ▲ Bruke enkle ord og korte setninger.
- ▲ Avgrense antall temaer i samtalene.
- ▲ Fokuserer på her og nå situasjonen.
- ▲ Vise respekt, høflighet og medmenneskelighet.
- ▲ Skape en positiv atmosfære (Birkeland og Flovik 2011:96)

Dersom man ikke kjenner den demente eller kjenner til deres bakgrunn, kan det å holde en samtale i gang være vanskelig. Gjennom å benytte pårørende til å hente informasjon, kan vi lettere se personen bak demensen og dermed lettere kommunisere med dem (Engedal og Haugen 2009:302-303). Når for eksempel ektemannen blir dement og bor hjemme med kona, vil språket kunne endre seg og det er da svært viktig å hjelpe henne til å kunne kommunisere med sin mann (Engedal og Haugen 2009:339). På den måten vil hun være i bedre stand til å hjelpe han når hjemmesykepleien ikke er tilstede.

Det er viktig at vi ser betydningen både av verbal og nonverbal kommunikasjon. Et hvert møte mellom mennesker inneholder alltid kommunikasjon, enten i form av verbal eller ikke-verbal (Kristoffersen 2011:221). Fordi gjennom aktivt å se på både den verbale og nonverbale kommunikasjonen hos bruker eller pårørende, vil vi kunne få en bedre forståelse av situasjonen (Blix og Breivik 2006:305). Det er også viktig å være oppmerksom på sin egen verbale og nonverbale kommunikasjon. Når vi er på et hjemmebesøk eller har en samtale enten med pårørende eller den demente selv er det viktig være oppmerksom på sin egen holdning til kommunikasjonen. Utseende i form av smykker, ringer, piercing eller liknende, mimikk, tonefall, berøring og at man er «tilstede» under samtalen, at man har tid nok og at man er interessert i hva som blir sagt er også viktige momenter innenfor kommunikasjon (Kristoffersen 2011:221).

Dersom vi stresser under en samtale eller besøk kan det ofte oppfattes negativt fra den andre parten og kan medvirke til at den eller de vi snakker med reserverer seg og man ikke oppnår det man ønsker med samtalen (Blix og Breivik 2006:305).

3.4 Bruker- og pårørende medvirkning

Jeg har valgt å kalle dette kapitlet for både bruker- og pårørende medvirkning. Dette begrunner jeg med at ikke alle demente klarer å gjøre godt nok rede for seg selv, enten det er språk eller andre problemer som kommer i veien. Brukermedvirkning betyr at bruker får være med på å bestemme innholdet i tjenestene de mottar og ikke bare blir tatt med på råd. Dette innbefatter autonomi, rett til informert samtykke i behandlinger og rett til respekt for personlig integritet (Fjørtoft 2006:127). Fjørtoft (2006:127) har en god definisjon av hva brukermedvirkning er «Brukermedvirkning kan defineres som brukerens mulighet og evne til selvbestemmelse i møte med fagpersoner og tjenester».

Empowerment er et sentralt begrep innenfor brukermedvirkningen og kan oversettes med myndiggjøring. Personalet overfører noe av sin makt til bruker, og inkluderer dem dypere i prosessen rundt sin helse. Man skaper en samarbeidspartner fremfor en tjenestemottaker (Fjørtoft 2006:128-129).

Det er flere lover som regulerer brukers rettigheter. Blant annet så sier sosialtjenesteloven (Sosialtjenesteloven 1991) at bruker av langvarige tjenester har rett på å få utarbeidet en individuell plan som skal utarbeides i samarbeid med bruker. Pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven 1999) slår fast det samme, men her er fokusert på pasient og ikke bruker i stor grad. Pasientrettighetsloven skal erstattes med pasient- og brukerrettighetsloven (St.mld 16 (2010-2011: Kapittel 7)).

En bruker defineres av helsedirektoratet som «personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenester indirekte som pårørende eller barn» (Helse og omsorgsdepartementet [online]). Her defineres altså begge parter, både pårørende selv og den som mottar tjenestetilbudet som brukere av tjenesten. Brukerrollen er ytterligere styrket i regjeringens forslag om ny lov som skal erstatte dagens pasientrettighetslov. De nye lovene som forkortet heter helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven fremhever brukerrollen mye tydeligere enn tidligere lovgivning har gjort.

Hvem som regnes som pårørende er også regulert i §4A-3 i sosialtjenesteloven, her regnes ektefelle, samboer, myndige barn, foreldre, myndige søsken og besteforeldre som pårørende og rekkefølgen de nevnes i fastsetter deres prioritetsforhold.

4.0 Drøfting

Etter å ha transkribert og lest gjennom intervjuene flere ganger, ble de analysert, systematisert og gruppert i temaer. Temaene ble så selektert på bakgrunn av problemstillingen. Ut fra dette var det tre temaer som var gjennomgående og relevante i forhold til problemstillingen. Temaene er «tid, kunnskap og kommunikasjon» med pårørende og brukere. Disse vil bli diskutert opp mot litteraturen som er presentert i teori-kapitlet.

Siden demens er en tilstand som ikke lar seg reversere, men som kun kan utsettes i noen tilfeller med de rette tiltak har jeg valgt og vinkle drøftingen opp mot forebyggende tiltak i forhold til problemstillingen.

Etter at intervjuene var gjennomført fremstod et funn som særlig interessant. Det var intervjupersonenes syn på hvordan de håndterte personer med demens og deres kunnskapsnivå når det gjaldt demens. Begge mente de taklet situasjonene godt, men at de ønsket et høyere kunnskapsnivå både personlig og i tjenesten generelt spesielt innen demens. Intervjupersonene jeg hadde valgt er begge erfarne sykepleiere og deres håndtering og oppfattelse av vanskelige situasjoner må sees ut i fra dette. Kanskje er det nettopp deres praktiske erfaringskunnskaper innen feltet som gjør dem i stand til å håndtere situasjonene, selv om de føler kunnskapen om demens som diagnose mangler.

4.1 Tid en mangelvare i hjemmetjenesten?

«I forhold til brukere med demens er det viktig at man tar seg god tid» sa en av intervjupersonene. Dette er svært viktig siden både omsorg og kommunikasjon er to områder som krever mye tid av oss. Spesielt viktig blir det når personen man skal hjelpe kanskje ikke forstår hva som skjer og man må ta tiden til å forklare hva som skal gjøres.

Fjørtoft (2006) sier at det å bli sett er et grunnleggende behov for oss mennesker. Dersom man er stresset og har dårlig tid har man heller ikke mulighet til virkelig å se personen man er inne hos og skal hjelpe. Det å se personen er nettopp ett av kriteriene Birkeland og Flovik (2011) har som nødvendig i kommunikasjon med den demente. Oppgavene man skal utføre blir da ofte fort hovedfokuset og personens behov for kontakt kan bli glemt.

Mange eldre og særlig de med demens har mistet mye av sin sosiale omgangskrets.

Hjemmetjenesten kan da være en av de få sosiale tilknytningene de har igjen. Dersom sykepleieren gir uttrykk for å ha dårlig tid kan dette gi negative signaler til personen de er inne hos. Blix og Breivik (2006:305) peker nettopp på hvordan dårlig tid kan få pasienten til å reservere seg. De kan også utvise sinne, tilbakeholdenhet og regresjon som svar på sykepleierens væremåte i forhold til dårlig tid. Som sykepleier er det svært viktig at vi forstår hvorfor dette skjer (Blix og Breivik 2006:305).

Dersom trenden hos en bruker alltid er at hjemmesykepleien ikke har nok tid, vil forholdet kunne bli dårlig og man vil risikere å få vanskeligheter med å hjelpe. Personen med demens kan motsette seg hjelp som følge av regresjon eller frustrasjon som svar på behandlingen han eller hun får. Dette

vil særlig kunne gi seg utslag når de er inne i en dårlig periode. Selv i en stresset hverdag bør man tilstrebe og utvise ro ovenfor den demente brukeren slik at man kan unngå ovennevnte problemer. Den vanskelige situasjonen kan jo nettopp oppstå som følge av stress i hverdagen fra hjemmesykepleierens side. «Om de oppfatter at vi har dårlig tid, blir de stressa og urolige» uttalte en av mine intervjupersoner. Her omtalte intervjupersonen også en bruker senere i intervjuet, «styrer vi rundt henne så blir hun oppjaga». Denne brukeren fortalte intervjupersonen at hun hadde opplevd motsatte seg hjelp. Brukeren nektet å ta en blodfortynnende medisin i form av sprøyte. Dette kan ha vært et resultat av at hun opplevde stress og styr rundt seg og dermed kanskje forsvant hennes trygghet og tillit til personalet Hun følte kanskje hun ikke ble sett eller forstått av hjemmesykepleien.

Som jeg nevnte tidligere kan reaksjoner på dette være regresjon. I dette tilfellet kan kanskje nettopp dette ha skjedd som en følge av for dårlig tid i hjemmetjenesten. Resultatet i denne situasjonen ble tilkallelse av lege som skulle se på behovet av medisinen og eventuelt endre administrasjonsform.

Problemet for hjemmetjenesten er slik jeg har forstått det ut i fra intervjupersonene at man har for dårlig tid, det er for mange brukere på hver enkelt ansatt. Dette understøttes også av Jörg Kirchoff (2011) som er utdannet anestesisykepleier og jobber som første amanuensis ved høgskolen i Østfold. Han har skrevet en artikkel som skulle kartlegge faktorer de ansatte mente ville kunne føre til yrkesrelatert stress blant ansatte i hjemmebaserte tjenester. Gjennom intervjuer av sykepleiere og hjelpepleiere avdekket han at arbeidsoppgaver ofte ble utsatt og det ble en reduksjon i omsorgen som følge av tidspress. Det kommer også frem i hans intervjuer at stress smittet over på brukere.

Kirchoff (2011) skrev at alle fikk sitt, men omsorgen som ble gitt følte både sykepleiere og hjelpepleiere at var under deres idealbilde for hva god omsorg innebar. De ønsket å yte mer, men på grunn av tidspress kunne de «bare» gi det som var påkrevd i vedtaket og ikke mer. Også mine intervjupersoner gir uttrykk for at de ikke får utført oppgaver på en tilfredsstillende måte og at tidspress er en stor utfordring. «En av våre største utfordringer i dag er tidspresset», uttalte en av mine intervjupersoner da jeg spurte om hvordan andre ansatte i hjemmetjenesten møter utfordringene i forhold til demens. «Jeg tror mange av våre ansatte går med en dårlig følelse eller samvittighet i forhold til hva de får gjort og ikke gjort». Dette utsagnet er urovekkende for hvordan skal man kunne utøve god helsehjelp når man konstant går og tviler på sin egen innsats? Uttalelsen ble bekreftet av den andre intervjupersonen som på spørsmål om hvordan hun opplevde tidspresset sa «man går hjem med dårlig samvittighet».

Det å ha for dårlig tid inne hos brukeren kan fort føre til at man fokuserer på oppgaven man er inne for å gjøre fremfor brukeren som person. Dette er stikk i strid med Travelbee sin filosofi som påpeker at man må se hele personen og ikke bare rollen brukeren har (Kristoffersen 2011:219). Ved ikke å se personen, men rollen personen innehar, vil omsorgen bli upersonlig, overflatisk og mekanisk (Kristoffersen 2011:220). Man stenger på en måte døren for videre kommunikasjon med brukeren, og uten kommunikasjon kan man heller ikke se mennesket i sin helhet. Man går dermed glipp av viktig informasjon og skaper avstand. Kirchoff (2011) illustrer dette på en god måte med et sitat fra et av intervjuene. «Prøvde så godt jeg kunne, føler jeg, men jeg måtte jo liksom videre ... følte at jeg nesten avbrøt ho vet du. Så hvor skuffa og lei seg ho ble når jeg sa at jeg måtte gå videre ... Det var kjipt ...» (Kirchoff 2011). Her kan man nesten føle skuffelsen til den eldre kvinnen som ble forlatt hjemme kanskje med en følelse av å være i veien og ikke bli sett for den hun er, men en byrde. Dette kan føre til tillitsbrudd og dermed øke sjansen for at vanskelige situasjoner hvor kanskje bruker motsetter seg hjelp øker.

Nærhet og trygghet er nøkkelbegreper som om vi er avhengige av for å skape en god relasjon og dermed oppnå god omsorg.

En annen pekepinne på at man har for dårlig tid i hjemmetjenesten kom frem i et av intervjuene. Det var snakk om sommervikarer og hun sa, «de rekker ikke å bli kjent med den enkelte før de er ferdige for sommeren». Spørsmålet som da umiddelbart reiser seg er, hvordan kan man yte god og forsvarlig omsorg til personer man ikke kjenner og særlig eldre personer med demens. Videre påpeker hun at sommervikarene ikke nødvendigvis er faglig dårligere enn de faste ansatte, men de kjenner ikke brukerne og dermed faller kvaliteten på omsorgen i følge henne. Dette kan skape mye frustrasjon og dermed føre til mange vanskelige situasjoner. Brukeren kan motsetter seg hjelp som følge av mistillit til den som skal hjelpe. Det og hele tiden møte nye ansikter er en utfordring for den demente. I følge intervjupersonene finnes det på deres arbeidsplass ingen retningslinjer på antall ansatte pr demente bruker pr dag eller uke. Det forsøkes at man tar hensyn til dette, men i en presset hverdag og når brukeren krever mange tilsyn blir det automatisk mange personer som titter innom i løpet av dagen. Forteller mine intervjupersoner til meg.

Det kommer frem i intervjuene at demensomsorg er et område som skal satses på i tiden som kommer. Et tiltak for personer med demens som nevnes er dagsenter. Denne uttalelsen støttes opp i Helse og omsorgs departementet sin Stortingsmelding nr 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Her skisseres en vektlegges av brukers rettigheter og planer for nettopp dagsenter i kommunene. Dette er tiltak som gir bedre tid til demente i den form av at de får et tilbud som

strekker seg ut i tid og også dekker det er sosiale behovet. Det kan også føre til at mange får mer tid fra hjemmetjenesten. Det kan kanskje føre til færre brukere å besøke i det gitte tidsrommet dagsenteret er åpent og dermed får hjemmetjenesten mer tid hos den enkelte.

Dette er svært positivt om det skulle bli utfallet siden man da kan gå tilbake til Travelbee sin tankegang og se brukeren fremfor brukerrollen og oppgaven som skal utføres. Kanskje kan mange tilfeller med brukere som motsetter seg hjelp unngås helt på denne måten.

4.2 Kommunikasjon bygger relasjoner

Når man følger Travelbee sin tankegang ser man at kommunikasjon er en av grunnpilarene for å kunne utføre god helsehjelp eller omsorg (Kristoffersen 2011:222). Dette gjenspeiler også måten hjemmesykepleien arbeidsmetode. Her kommer man inn i hjemmet til en bruker hvor man som regel ikke har andre hjelpemidler enn seg selv å benytte og det er helt andre «spilleregler» som gjelder her kontra på et sykehus. En av intervjupersonene illustrerte dette på en god måte. «Jeg bruker bestandig å si, det gjelder uansett om brukeren er dement eller ikke, man kommer inn i det private hjem og man kommer inn på brukerens premisser». Man har kanskje ingen opplysninger, ingen kurve man følger når man kommer inn. Det som skal rettleder en er brukerens ønsker og behov. For å finne tak i disse må man opprette en kommunikasjon enten med bruker alene eller med bruker og pårørende. I høringsnotatet fra Helse og omsorgs departementet (2009) legges nettopp brukerens behov til grunn for en verdig tjeneste slik intervjupersonen beskriver ovenfor. Man må lytte til dem man skal hjelpe og på den måten danne et bilde av behovet.

4.2.1 Det å høre brukeren

På spørsmål om hvordan intervjupersonene gikk frem når de kom hjem til en bruker med demens var svarene entydige fra begge. «I utgangspunktet er det ut i fra ståstedet til den enkelte bruker» «ved ny bruker har vi fått en henvendelse... og har lite kjennskap» sa en av intervjupersonene. Videre forteller hun at de ønsker pårørende tilstede sammen med bruker ved et førstegangsbesøk. På dette besøket starter kartleggingen av behovet til brukeren. Her samler de informasjon om deres behov og benytter pårørende som en ressurs. Flere ganger i dette svaret understreker hun at det alltid er brukerens utgangspunkt og ressursene deres de hele tiden jobber ut i fra.

Her ser vi hvordan de hele tiden setter bruker i fokus og hvordan de ut i fra deres situasjon ønsker å

kartlegge videre oppfølging. De benytter seg av empowerment og overfører mye av sin makt til brukeren. På denne måten samarbeider de med dem fremfor å diktere og styre over deres hoder. En slik måte å jobbe på vil kunne skape en trygghet hos både pårørende og bruker som blir forvisset om at de blir sett, hørt og tatt med i beslutninger. En slik måte å jobbe på er helt i tråd med Travelbee sin filosofi om systematisk tilnærming av brukeren (Kristoffersen 2011:222).

Allerede fra første stund ser man hvordan sykepleieren i dette tilfellet vektlegger brukerens ressurser og at hun bruker sin kunnskap og erfaring om hvorfor dette er viktig for videre relasjoner. Det er også viktig å benytte kunnskapene sine rett som en av intervjupersonene kom inn på i intervjuet. Hun sa «mange ganger kommer man til en grense hvor man ser at man er nødt til å utføre noe på tvers av brukerens vilje». Begge intervjupersonene er enige i at alvorlighetsgraden i tiltaket må avveies opp mot det å presse igjennom. Er det ikke så viktig, kan man høre på brukeren og la det være og heller prøve igjen senere, er begge enige om. En slik arbeidsmetode krever god menneskelig forståelse og faglig kunnskap. Når brukermedvirkningen er god vil omsorgen brukeren mottar kunne bli mye bedre enn om de ikke tas med på råd før vedtaket fattes.

Videre mener Travelbee i følge Kristoffersen (2011:222) at sykepleieren skal få avkrefret eller bekreftet antatte behov hos bruker for så å vurdere sin mulighet for å møte disse. Ut i fra dette skal sykepleieren danne seg en plan for omsorgen og til slutt evaluere og se om planen er tilstrekkelig god og dekker alle behov brukeren har. En av mine intervjupersoner beskrev denne prosessen i egne ord nesten slik Kristoffersen forklarer den. En slik arbeidsmetode er som sagt veldig sikker og bekreftende ovenfor bruker og pårørende.

Kanskje er det vel så viktig at sykepleieren tar vare på den pårørendes behov for å bli sett og tatt med på råd, som det er at brukeren blir med. Dette fordi brukere med demens er en spesiell gruppe å arbeide med siden deres evne til kognitiv forståelse ikke alltid er på plass. Dette vel og merke med brukere som har en langtkommet demens og som trenger sterke pårørende som kan tale deres sak.

Når det gjaldt og nå frem til bruker som motsetter seg hjelp, så forklarte den ene intervjupersonen dette på en god måte. «Det er viktig å bruke det kontaktnettet som personen har og eventuelt benytte seg av fastlege». Her synes jeg hun på en god måte illustrere viktigheten av pårørende og at hun ikke umiddelbart henvender seg til lege for å skaffe vedtak, medisiner for å løse situasjonen eller lignende. Begge intervjupersonene bekreftet at det per i dag ikke finnes noen vedtak om tvang innenfor deres tjeneste, fordi det ikke er behov for det. Dette er svært positivt dersom tjenesten

klarer å løse vanskelige situasjoner uten bruk av tvang. Hvordan de klarer dette illustrerte også begge intervjupersonene på gode måter. «Det er svært ofte at vi må gå med uforrettet sak» ... «Man kan ikke gi seg, har brukeren behov for hjelp vi skal gi så må man prøve gang på gang. Kanskje når vi frem den 11. gangen vi forsøker». «Man må kanskje vinkle det på en annen måte». Dette er et interessant funn som peker på at de begge forstår viktigheten av å la brukeren få tid til å ta innover seg hva som skal skje. De «buser» ikke frem som en av intervjupersonene så fint ordla seg. Fjørtoft (2006: 76-77) peker på at nettopp det å gi brukeren tid til å bearbeide inntrykk og hva som skal skje er viktig.

Videre peker hun også på viktigheten av å re evaluere tiltak for å finne årsaken til hvorfor bruker motsetter seg hjelp slik at dette kan forebygges i fremtiden. Intervjupersonene er inne på dette og peker på at det er ikke all hjelp som er nødvendig og når bruker motsetter seg hjelp, så kanskje sløyfes dusjen han ikke vil ha og det forsøkes senere.

I denne sammenhengen er Lystrup et. al (2006) sine funn i artikkelen omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens urovekkende. De utførte en studie blant 28 kommuner i Norge at personer med demens som var underlagt hjelp fra hjemmetjenesten ikke mottok mer hjelp enn andre brukere uten demens. Ut i fra disse funnene er det tilsynelatende ikke lagt opp til at løsninger som er beskrevet ovenfor får den nødvendige tiden det tar. Om tilfellene jeg har beskrevet ovenfor som kom frem i intervjuene er særegent for denne tjenesten eller ikke kan jeg ikke uttale meg om på bakgrunn av mine funn.

I mange tilfeller er det også pårørende som bor sammen med brukere med demens og i stor utstrekning dreier dette seg om ektefeller, men også deres barn i noen tilfeller. Disse pårørende er det spesielt viktig å ta godt vare på siden de ifølge mine informanter er en av ressursene som tillater mange demente å bo hjemme så lenge som de gjør. Uten de pårørende ville kanskje personer med demens måtte flyttet på sykehjem lenge før enn de som har pårørende.

Det å bo sammen med en person som har demens krever mye og kan i følge (Birkeland og Flovik 2011:147-148) føre til belastninger som kan manifestere seg i psykiske og fysiske sykdommer. Videre peker de effekt av opplæring og åpen dialog opp mot de pårørende er viktig. Birkeland og Flovik peker også på at opplæring hos pårørende er med på å redusere faren for slike belastninger og på denne måten klarer de å ha den demente hjemme lengre.

Begge intervjupersonene er enige i at det er viktig å avlaste de pårørende og særlig på dette med medisiner, stell og pleie som intim stell. De påpeker også at det er svært viktig å ha en god dialog med de pårørende og brukeren om hva de faktisk ønsker å gjøre selv og hva de ønsker hjelp til. Dette er også en god måte å validere og vise forståelse til både brukers og pårørendes behov. Dette er også i tråd med Fjørtoft (2006:73) sin uttalelse vedrørende pårørende samarbeid i forhold til arbeidsoppgaver.

4.3 Kunnskap

Jeg innledet drøftingen ved å se kort på noen interessante funn i intervjuene. Begge intervjupersonene slo fast at situasjoner hvor bruker motsatt seg hjelp var svært få innad i tjenesten ut i fra deres erfaring og at når de først oppstod, så taklet de dem godt. De anså også sine kolleger til å takle slike situasjoner godt. Senere i intervjuet kom det frem at begge synes de manglet kunnskap om demens i seg selv. Begge så sammenhengen mellom kunnskap og mestring av atferd til brukere med demens. De benyttet seg av eksterne kunnskapskilder som et regionalt senter som er spesialisert innen demens, lokalt demens team, leger samt andre kolleger i tjenesten dersom de møtte utfordringer de ikke håndterte alene. Begge gav uttrykk for at de aktivt søkte kunnskap og hjelp når de møtte situasjoner som var vanskelige.

Travelbee sin filosofi slik jeg ser den krever både praktiske- og teoretiske kunnskaper. De praktiske i møte med brukeren, evnen til å oppnå kontakt, skape tillit og være med menneskelig. De teoretiske kunnskapene må ligge til grunn slik at man forstår hva man ser, kan tolke informasjon rett og sette i verk rett tiltak til rett bruker. Ser vi foreksempel på Travelbee sine seks punkter for systematisk tilnærming av brukeren (Kristoffersen 2011:222), så krever denne begge deler. Klarer man ikke oppnå en god kontakt med både pårørende og bruker, vil resten heller ikke bli bra. Selv om man oppnår kontakten, men ikke har gode kunnskaper vil man kunne komme til kort når det gjelder det å se behov, utarbeide plan og evaluere hele prosessen i etterkant. Slik ser man hvordan Travelbee sin metode består av både praktisk og teoretisk kunnskap.

Det er ingen tvil om at intervjupersonene har meget gode praktiske kunnskaper. De teoretiske kunnskapene er også gode, men de ønsker å videreutvikle dem. Det kommer frem i intervjuet at de ønsker en spisskompetanse på nettopp demens, siden dette er en problemstilling som utvikler seg fort i samfunnet. Den ene intervjupersonen ordla seg på en god måte da hun beskrev dette. «Både hjelpepleiere og sykepleiere er allmennpraktikanter. De kan mye om mange ting». Men som hun

videre sier så trengs det en spesialkompetanse innen demensomsorgen i hjemmetjenesten. Ønsket fra en av intervjupersonene var å skolere en liten gruppe i hjemmetjenesten som har interesse for temaet og bruke disse personene til å utvikle kompetansen videre hos resten av de ansatte. Tiltak som ble foreslått var kurs i regi av det regionale kompetansesenteret og lokale kurs. Dette vil kunne øke forståelsen for prosessene som ligger bak utviklingen av spesielle demens typer og dermed kunne være i forkant for å forebygge vanskelige situasjoner før de oppstår. Det ble også fokusert på pårørendes manglende kunnskaper om demens og at dette kunne utgjøre et problem.

Som jeg har vært inne på tidligere er pårørende ofte hovedårsaken til at brukere med demens kan være hjemme i lang tid. Derfor er det svært viktig å spille på lag med dem. Ønsket fra deres side var å få ut mer informasjon til pårørende om den demenstypen deres kjære hadde slik at de skulle kunne takle den bedre. Et slikt behov har jeg sett ikke bare i hjemmetjenesten, men også ved avdelingen hvor jeg hadde psykiatri praksis. Her fikk jeg se effekten av lite kunnskap både hos de pårørende og i befolkningen generelt. Problemet til hennes ektemann var at han ble isolert i hjemmet som følge av at venner og bekjente trakk seg unna siden de ikke helt forstod hva som skjedde med henne. Denne utviklingen foregikk nettopp når hun var under tilsyn av hjemmebaserte tjenester. Videre så vi hvordan hennes nærmeste pårørende skjermet henne og dekket over, men til slutt kollapset under arbeidspresset det la på deres skuldre. Kanskje kunne et slikt utfall vært unngått dersom det hadde vært tilbud om enkle kurs som omhandlet hva demens er, symptomer, hvordan takle det og ikke minst når grensen for forsvarlighet å bo hjemme krysses. Hadde det i dette tilfellet vært tettere samarbeid mellom institusjoner, bruker og pårørende ville kanskje flere situasjoner som innebar nekt av hjelp vært unngått og kanskje hun hadde fått plass tidligere på institusjon.

Jeg har tidligere sagt at pårørende er en viktig ressurs når det gjelder hvor lenge brukeren kan bo hjemme, men det finnes grenser også og i dette tilfellet ble de brutt. Både forsvarlige grenser ovenfor bruker, men også hennes nærmeste pårørende ble nok brutt. Selv om man er pårørende skal man kunne leve et normalt liv. I slike tilfeller er det god kunnskap om sykdomsforløp, klinisk blikk i situasjoner og erfaring kommer inn i bildet slik at slike situasjoner så langt det lar seg gjøre kan unngås.

5.0 Oppsummering

Som jeg skrev i innledende kapitler var aldri hensikten med oppgaven å fokusere på hvordan man behandlet demens som en degenerativ sykdom i seg selv, men hvordan man handlet i forhold til den demente bruker med særlig fokus på vanskelige situasjoner hvor bruker motsetter seg hjelp. Ut i fra dette har jeg sett på hvordan særlig *tid, kommunikasjon og kunnskap* går hånd i hånd for å klare å gi en god omsorg. Problemstillingen *hvordan kan sykepleieren i samarbeid med pårørende ivareta forsvarlig omsorg hos brukere som motsetter seg hjelp* har ut i fra funn i intervjuene og funn i faglitteratur blitt belyst fra flere sider. Etter mitt syn er alle tre hovedtemaer *tid, kunnskap og kommunikasjon* som jeg har diskutert i oppgaven essensielle for å klare å gi en forsvarlig omsorg. Dersom man fjerner en av faktorene vil man på et tidspunkt ikke klare å gi tilstrekkelig omsorg. Man kan beskrive det som et triangel, fjerner man en side kollapser hele strukturen.

Jeg har altså fokusert på den forebyggende delen av arbeidet som hjemmesykepleien bedriver. Gjennom forebygging av vanskelige situasjoner i lys av erfaring og kunnskap vil man etter mitt syn skape en bedre pleie til nettopp denne gruppen brukere som diskuteres i oppgaven. De krever ro, forutsigbarhet, tid og forståelse for ikke å falle i kognitiv nivå fortere enn nødvendig.

Intervjuene jeg gjennomførte har gitt meg en dypere forståelse av omsorg særlig til bruker gruppen med demens, men mye av dette kan overføres til andre grupper uten store endringer. Alt i alt vil jeg si at jeg har lært mye etter denne prosessen og dette vil styrke min yrkesutøvelse i alle situasjoner som innebærer omsorg for brukere, pasienter eller kolleger.

Funnene mine indikerer også at det ikke nødvendigvis er nødvendig med dyp inngående kunnskap om tilstanden demens, så lenge man har god erfaring fra praksisfelt. Man må ha en basis forståelse av grunnproblemet og all dypere kunnskap vil gjøre en i stand til bedre å forutse problemer. Har man derimot liten eller ingen praktisk erfaring vil man allikevel møte problemer i møte med bruker, selv med god forståelse av sykdommen. En kombinasjon av erfaring og kunnskap vil etter mitt syn gi den beste helhetlige behandlingen av brukeren.

Interaksjon med brukere med demens er etter mitt syn altså et samspill mellom praktisk og teoretisk kunnskap kombinert med god tid og god kommunikasjon. Gjennom å jobbe ut i fra disse prinsippene vil man etter mitt syn klare å unngå svært mange og takle de fleste vanskelige situasjoner som kan oppstå i møte med brukere som har demens.

Litteraturliste

Pensum litteratur

Blix, E. S og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. Og Haugen, P. K. (2009) *Demens lærebok. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Fjørtoft, A. K. (2006) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helse og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [Online] Tilgjengelig fra: http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*& . Besøks dato: 15.10.2011

Helse og omsorgsdepartementet (1982) *Lov om helsetjenestene i kommunene*. [Online] Tilgjengelig fra: http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjenestelov*& . Besøksdato: 23.10.2011.

Helse og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om pasientrettigheter*. [Online] Tilgjengelig fra: http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*& Besøks dato: 23.10.2011

Helse og omsorgsdepartementet (1991) *Lov om sosiale tjenester m.v.* [Online] Tilgjengelig fra: http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19911213-081.html&emne=sosialtjenestelov*& . Besøks dato: 23.10.2011.

Selvvalg litteratur

Antall sider:412

Birkeland, A. Og Flovik, A. M. (2011) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe. Antall sider: 5

Helse og omsorgsdepartementet. *Brukermedvirkning*. [Online]

Besøksadresse: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning.html?id=536803> Besøkt: 17.10.11 Antall sider 1.

Helse og omsorgs departementet (2009) *Høringsnotat, Endringer i kommunehelsetjenesteloven – et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien.* [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2211883/horingsnotat%20et%20verdigg%20tjenestetilbud.pdf> . Besøkt: 23.10.2011. Antall sider: 18

Helse og omsorgs departementet (2011) Stortingsmelding 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* [online]

Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794> . Besøkt: 13.10.11 Antall sider: 125.

Helse og omsorgs departementet (2006) Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* [online] Besøksadresse:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> . Besøkt: 13.10.11 Antall sider: 123

Kirchoff, J. (2011) *Yrkesrelstert stress i hjemmebaserte tjenester*. I: Sykepleien Forskning 2011 6(2):144-150 [Online] Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/665859/yrkesrelstert-stress-i-hjemmebaserte-tjenester>. Besøkt: 22.10.2011. Antall sider: 6

Kristoffersen, N, J. Og Nortvedt, P. (2011) relasjoner mellom sykepleier og pasient. I: Skaug, E. A. (Red) et al. *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 43

Kristoffersen, N, J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Skaug, E. A. (Red) et al. *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 63

Lystrup, L. S, Lillesveen, B. Nygård, A. og Engedal, K. (2006) *Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens*. [online] I: tidsskrift for Den norske legeforening. nr. 15 10.august 2006.

Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1405024> . Besøksdato: 23.10.2011. Antall sider: 4

Ordsiden.no [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.ordsiden.no/ordbok.php?ordbok=kognitiv> Besøkt 23.07.11. Antall sider 1.

Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. Antall sider: 17

Romsland, G. I. (2011) *Kognitivsvik. Lærebok for fagfolk i møte med mennesker med ervervet hjerneskode*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 5

Vedlegg

Antall: 1

Intervjuguide

Datasamling:

Alder:

Kjønn:

Stilling:

Arbeidserfaring innen helse arbeid og særlig hjemmetjenesten:

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren i samarbeid med pårørende ivareta forsvarlig omsorg hos brukere som motsetter seg hjelp?

Spørsmål:

1. Hva legger du i begrepet omsorg?

Hva legger du i begrepet forsvarlig omsorg?

2. Kan du fortelle litt hvordan du går fram når du kommer hjem til en bruker med demens og skal hjelpe han/henne?

- ▲ Er det noe du legger særlig vekt på? *(be informanten om å fortelle i eksempler om hun ikke gjør det selv)*

3. Mennesker med demens kan av og til være vanskelig å hjelpe. De kan være hissige, irritable, eller til og med bestemt nekte å ta i mot hjelp selv om både vi og pårørende mener de trenger det.

(Bruk underpunkter dersom ikke intervjupersonen selv kommer inn på det)

- ▲ Hvordan opplever du personlig slike situasjoner?
- ▲ Hva gjør du når brukeren nekter å ta i mot hjelp?
- ▲ Hvordan nærmer du deg en bruker med demens som oppfører seg hissig eller irritabel?
- ▲ Benytter du deg av spesielle metoder?
 - Dersom positivt svar - Har du fått opplæring i disse metodene?
- ▲ Behandler du vanskelige situasjoner i etterkant på noen som helst måte?
- ▲ Det jeg tenker på er om du har spesielle rutiner du følger, eller om du selv gjør noe etterpå *(Er ute etter om det blir dokumentert slik at det senere kan følges opp igjen)*
- ▲ Hva tenker du om det etiske rundt en slik situasjon?
- ▲ Diskuterer dere i kollegiet på noen måter framgangsmåtene dere bruker hos disse brukerne som er vanskelig å hjelpe?
 - Kan du si litt om hvordan dere diskuterer?

(Du vil nå få frem både hvis de har etablert rutiner for etisk refleksjon, og hvordan det fungerer, eller dersom de har tilfeldige diskusjoner. Også dersom hun savner dette, eller du får vite at hun ikke ser noen verdi i dette og dermed ikke savner det).

4. Kan du si litt om hvordan det er å samarbeide med pårørende til denne gruppen brukere?

- ▲ Hva mener du pårørende bør gjøre for brukeren og hva anser du som ditt ansvar som pårørende ikke bør gjøre?
- ▲ Hvordan opplever du personlig ditt forhold til disse pårørende?

(da tror jeg dette med ressurs eller belastning kommer fram. Hvis ikke spør du direkte - Ser du på pårørende som en ressurs eller en belastning?)

- ▲ Hvem mener du bør bestemme dersom pårørende og de som jobber i tjenesten er uenige?
- ▲ Er det forskjeller mellom disse pårørende og andre pårørende?

5. Har du noen mening om hvordan andre ansatte møter de utfordringene vi har snakket om?

6. Ser du noen sammenhenger mellom kunnskaper om demens og mestring av atferden til brukeren?

- ▲ Er det etter din mening andre faktorer som spiller inn?
- ▲ Føler du selv noen ganger at du trenger mer veiledning eller kunnskap for å mestre jobben hos disse brukerne?