



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

Kurskode: SY180H

Dato: 25.04.12

Kandidatnummer: 303

”Hvordan kan sykepleiere forebygge og begrense bruken av tvang i den daglige omsorgen innen demensomsorgen”

Antall sider: 34 (9380 ord)



Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	s.1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	s.1
1.2 Spesifisert problemstilling	s.2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	s.3
1.4 Oppgavens hensikt	s.4
1.5 Forforståelse	s.4
1.6 Oppgavens Oppbygning	s.5
2.0 Metode	s.6
2.1 Litteraturstudie som metode	s.6
2.2 Presentasjon av artikler og kildekritikk	s.7
2.2.1 Bruk av tvang i sykehjem	s.8
2.2.2 Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang	s.9
2.2.3 Staff attitudes towards institutionalized dementia residents	s.9
2.3 Oppsummering av metode	s.10
3.0 Teori	s.11
3.1 Demenssykdom	s.11
3.1.1 Klassifikasjoner av sykdommer som fører til demens	s.12
3.1.2 Demenssykdommens progresjon	s.13
3.1.3 Pasientens subjektive forståelse av demens	s.13
3.1.4 Utfordrende atferd	s.14
3.2 Sykepleierteori	s.15
3.2.1 Joyce Travelbee sin sykepleierteori	s.15
3.2.1.1 Menneskesyn	s.15
3.2.1.2 Sykepleiens Mål og Hensikt	s.17
3.2.1.3 Kommunikasjon	s.18
3.3 Oppsummering teorikapitlet	s.19
4.0 Drøfting	s.20
4.1 Forebygging av tvang	s.20
4.2 Hvordan begrense tvang	s.25
4.3 Når bruk av tvang er en nødvendig del av omsorgen	s.27
5.0 Avslutning	s.28
6.0 Litteraturliste	s.29

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I Norge i dag er det cirka 71 000 personer med demens, og forutsatt at forekomsten av demenssykdommen holder seg på dagens nivå vil det innen år 2040 være 130 000 pasienter med diagnosen. Pasienter med demens utgjør den største sykdomsgruppen i omsorgstjenestene. De aller fleste som arbeider innen omsorgstjenestene vil møte og gi tjenester til personer som har demenssykdom (Sosial- og helsedirektoratet 2007, Engedal og Haugen 2009:27).

Det blir etterlyst flere hender til eldreomsorgen fra de fleste partiene på stortinget, og det er klart et økende behov for helsepersonell som følge av at vi går mot en fordobling av populasjonen over 67 år innen 2040 (Statistisk sentralbyrå 1999). En ser også at det tilbudt eldre pasienter får den dag i dag ofte blir svartmalt i Norske medier (Moxnes 2012), og mange virker til å ha et kritisk forhold til eldreomsorgen. Noe jeg ønsker å sette fokus på er at det kanskje også er behov for å etterlyse økt kompetanse og mer fokus på hvilke holdninger helsepersonell har til pasientene de arbeider med.

I denne oppgaven skal jeg skrive om bruk av tvang innen demensomsorgen. Bruk av tvang har til en viss grad vært en del av alle sykepleiepraksiser og helserelaterte jobber jeg per i dag har hatt i min praksis. Enten det har vært snakk om å bruke nattbord som en hindring foran den vandrende pasienten i korridoren på sykehuset eller når en har holdt hendene til demente pasienter som har blitt aggressive eller engstelige i stell og omsorgssituasjoner.

Tvang blir oftest brukt i relasjon til aktiviteter i det daglige livet, og gjerne som følge av det en betegner som utfordrende atferd (Kirkevold 2005). Utfordrende atferd er en del av det følelsesmessige og atferdsmessige symptombildet som opptrer ved demenssykdom. Eksempler på utfordrende atferd er fysisk aggresjon, vandring, rastløshet, roping, gråting, banning, tiltaksløshet og manglende seksuelle hemninger. I norsk faglitteratur blir disse symptomene ofte omtalt som atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens, forkortet APSD. Den utfordrende atferden er gjerne et uttrykk for noe, for eksempel for fortvilelse eller frustrasjon som kan komme av alt fra vrangforestillinger og hallusinasjoner til feiltolkning av situasjonen pasienten befinner seg i (Rokstad 2008:kap 8 s 181). Flere undersøkelser har vist

at det er i samhandling mellom pleiepersonell og personen med demens at det oftest oppstår vanskelige situasjoner og utfordrende atferd (Engedal og Haugen 2009:315).

Sommeren 2011 hadde jeg sommerjobb på en skjermet avdeling for demente, og bruk av tvang i forhold til utfordrende atferd var noe en måtte forholde seg til på daglig basis. Jeg hadde møtt utfordrende atferd i tidligere praksiser, men da var det gjerne vært snakk om enkelttilfeller. Når man flere ganger daglig opplevde situasjoner hvor pasienter ropte mot en eller ble fysisk aggressive på det som for en uinnvidd virket som irrasjonelle grunnlag, ble det klart for meg at hvordan man som helsepersonell forholdt seg til demente var viktig og avgjørende for å oppnå gode tilfredsstillende resultater både for pasient og pleier.

Ved den skjermede avdelingen opplevde jeg at terskelen for bruk av tvang når man møtte utfordrende atferd var lav, at de faktiske tvangsvedtakene for enkeltpasienter aldri ble fremlagt fram for de som hadde blitt ansatt for sommeren og at tilfeller av bruk av tvang ikke ble journalført. Dette viser seg også er tilfelle på mange sykehjem i Norge (Kalstveit, Rydland 2012).

Jeg oppfattet det slik at tvang i noen tilfeller ble brukt primært for å få jobben gjort, uten at tilstrekkelig tillitskapende tiltak ble forsøkt. Tillitskapende tiltak er blant annet å tilrettelegge situasjonen slik at pasienten ikke motsetter seg nødvendig og forsvarlig helsehjelp på et irrasjonelt grunnlag. Et eksempel på et tillitskapende tiltak vil være å ta seg tid til å prate med en pasient og prøve å legge til rette for at pleie skjer i samhandling med pasienten før en gjennomfører en prosedyre som for eksempel forflytning eller stell. Om en ikke forsøker å skape en plattform av felles forståelse kan pasientene bli omgjort til arbeidsoppgaver som skal gjennomføres, og ikke medmennesker. Med min opplevelse og erfaring fra demensomsorgen tatt i betraktning, ønsker jeg å gå nærmere inn på hvordan man som sykepleier og helsepersonell kan sørge for at tvang brukes forsvarlig innen demensomsorgen.

1.2 Spesifisert problemstilling

Hvordan kan sykepleiere forebygge og begrense bruken av tvang i den daglige omsorgen innen demensomsorgen?

1.3 avgrensning og presisering av problemstilling.

I juridisk sammenheng er tvang definert som fravær av samtykke, jamført psykisk helsevernlov § 1-2 andre ledd. Det er altså sentralt å avklare hva som ligger i samtykkebegrepet før en kan forklare hva tvang er.

Samtykke er i denne sammenhengen den tillatelsen en pasient gir til den helsehjelp han/hun får. Om en pasient har redusert evne til selvbestemmelse/autonomi og derav åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke til helsehjelp innebærer som følge av psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning, kan deres kompetanse til å vurdere eget samtykke falle bort, jamført pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd.

I forskningsartikkelen "Bruk av tvang i sykehjem" bruker Kirkevold (2005) følgende definisjon av begrepet tvang: "bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse eller behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler, og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens vitende og vilje". Denne definisjonen dekker godt den generelle definisjonen av tvang.

I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på tvang i form fysisk holding i den daglige omsorgen. Når jeg bruker begrepet daglig omsorg sikter jeg blant annet til situasjoner hvor en ønsker å opprettholde pasientens hygiene, for eksempel ved stell om morgen eller kveld, hjelp eller tilrettelegging ved toalettbesøk, tilrettelegging av spisesituasjoner, mating, og lignende.

Som helsepersonell skal man gi den helsehjelp en evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig, jamført helsepersonelloven § 7. Det er når man skal gi det man oppfatter som påtrengende nødvendig helsehjelp og møter motstand fra pasienten at tvang gjerne forekommer. Med forebygging av tvang sikter jeg til hvordan en kan unngå bruken av tvang i den daglige omsorgen når man gir helsehjelp, mens en samtidig forholder seg til pasienter på en måte som tilsier at en bevarer pasientenes verdighet så godt som mulig. At man i størst mulig grad sørger for at pasienten medvirker og er en aktiv deltaker i sin egen omsorg. Dette blir belyst i pasient- og brukerrettighetsloven som blant annet sier at før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskappende tiltak forsøkes, med mindre det

er åpenbart formålsløst å prøve dette, jamført pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd.

Tillitskapende tiltak innebærer blant annet at en informerer pasienten og forsøker å gjøre situasjonen så trygg som mulig ved å ta seg tid til å forstå hvorfor pasienten eventuelt motsetter seg helsehjelp. Tillitskapende tiltak vil langt på vei være det samme som god faglig tilnærming til pasienten og den problematikken som pasienten sliter med, slik at pasienten ikke motsetter seg nødvendig og forsvarlig helsehjelp på et irrasjonelt grunnlag (Johnsen og Smebye 2008: 220). En skal alltid ha forsøkt tillitskapende tiltak før tvang blir et alternativ.

Jeg har valgt å ikke skrive om spesifikk miljøterapi, som f.eks Marte Meo-metoden, siden jeg ikke har noen erfaring med bruk av slike verktøy fra egen praksis. I oppgaven blir jeg ikke å utdype bruk av tvang innen psykiatri, men velger å fokusere på bruk av tvang i relasjon med eldre pasienter med demens som bor på sykehjem

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å gå nærmere inn på hvordan helsepersonell kan begrense bruken av tvang i demenssomsorgen, blant annet gjennom tillitskapende tiltak. Jeg ønsker gjennom oppgaven å få en bredere og bedre forståelse for omstendighetene rundt bruken av tvang ved å reflektere over og drøfte erfaringer fra demenssomsorgen i lys av relevant litteratur.

1.5 Forforståelse

Min forforståelse av problemstillingen er påvirket av erfaringer fra praksis og arbeid i helsesektoren, og dette har nok farget mitt syn på bruk av tvang. Som nevnt i innledningen arbeidet jeg en sommer på en skjermet avdeling for demente. Det at jeg jobbet som sommervikar har nok gitt meg et utgangspunkt hvor forholdene ikke nødvendigvis var optimale. Dette som følge av at de fleste jeg arbeidet sammen med også var sommervikarer som ikke hadde lang erfaring innen demenssomsorg eller god kjennskap til hver enkelt pasient på avdelingene. Det ble også bemerket av de som jobbet fast ved avdelingen at pasientene var mer urolige når det var mange vikarer om sommeren.

Jeg har valgt å gjengi historier fra egne erfaringer i demensomsorgen for å få frem mine opplevelser og syn på hvordan man kan forebygge og begrense bruk av tvang. Jeg vil bruke mine erfaringer og refleksjoner i lys av relevant litteratur som en fremgangsmåte for å få en bedre forståelse og ny kunnskap. For å overholde taushetsplikten benytter jeg ingen navn og navngir heller ikke institusjoner eller avdelinger i mine eksempler. Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jmført helsepersonelloven § 21.

1.6 Oppgavens oppbygning

I det andre kapitlet skal jeg ta for meg hvilken metode jeg har brukt for å tilegne meg informasjon om problemstillingen samt bakgrunnen for den valgte metoden. Tredje kapittel omhandler aktuell teori i forhold til problemstillingen. I det fjerde kapitlet drøfter jeg relevant teori og erfaringer. I det femte kapitlet, som er avslutning, oppsummerer jeg hva jeg har lært og samtidig samler jeg konkrete svar/løsninger på problemstillingen som kommer fram i det fjerde kapitlet.

2.0 Metode

Dalland forklarer ordet metode blant annet gjennom et sitat fra boken "Det skjulte samfunn" av Vilhelm Aubert (1985):

"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 2008:83).

Metoden sier derfor noe om hvordan man går frem for å få de svarene og den kunnskapen man søker.

2.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven. En litteraturstudie er en studie av den litteraturen som er tilgjengelig rundt det emnet som er valgt. Det materialet en bruker er den kunnskapen som allerede eksisterer og er presentert i artikler en finner ved å søke i databasene en har til rådighet. Man skaper ikke ny kunnskap gjennom en litteraturstudie, men en kan belyse eksisterende kunnskap og sammenstille kunnskap fra flere undersøkelser/artikler (Støren 2010:18). Når jeg sier at jeg har brukt litteraturstudie som metode må jeg spesifisere at jeg ikke har gjort et systematisk søk, men en gjennomgang av aktuell litteratur og annen relevant teori.

Årsaken til at jeg valgte denne metoden var for å få en oversikt over hva aktuell forskning sier om tvang i demensomsorgen, og for å få et bredere perspektiv rundt temaet enn hva jeg besitter i utgangspunktet.

Jeg har søkt etter relevante bøker blant pensumlitteratur, aktuell faglitteratur, skolens bibliotek og følgende databaser:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

PubMed er et gratis medisinsk bibliotek på internett.

Inklusjonskriteriene jeg har brukt i denne databasen var at treffene skulle være randomiserte kontrollerte studier som omhandlet pasienter 65 år eller eldre.

<http://www.sykepleien.no>

Hjemmesiden til magasinet "Sykepleien" som blant annet gir ut "Sykepleien Forskning". Dette er et vitenskapelig tidsskrift med fagfelleevaluering som kommer ut 4 ganger per år. I databasene for sykepleien var inklusjonskriteriene jeg forholdt meg til artikler gitt ut i magasinet "Sykepleien Forskning".

<http://tidsskriftet.no/>

Hjemmesiden for "Tidsskrift for Den norske legeforening". Tidsskrift for Den norske legeforening er både et vitenskapelig tidsskrift og medlemsblad for Den norske legeforening. I databasene for tidsskriftet var inklusjonskriteriene jeg forholdt meg til "originalartikler" og "oversiktartikler og klinisk praksis".

Jeg har brukt engelske og norske søkeord som er relevante i forhold til min problemstilling. Søkeordene jeg har brukt i databasene er blant annet; [bruk av tvang], [tvang], [sykehjem], [Nursing AND Dementia], [Staff attitudes AND dementia],

Ettersom databasene hadde forskjellige grunnlag for inklusjonskriterier har jeg skrevet opp de forskjellige kriteriene jeg har forholdt meg til for hver enkelt database. De generelle inklusjonskriteriene jeg har brukt for artikler var at de i abstrakt eller tittel omhandlet bruk av tvang innen demensomsorgen og at de var gitt ut etter 2005.

2.2 Presentasjon av artikler og kildekritikk

Det har vært utfordrende å finne aktuell litteratur om bruk av tvang gjennom internasjonale søkemotorer i forhold til avgrensningene i min problemstilling. Jeg fant mye forskning om bruk av mekaniske midler som hindrer bevegelse, men bruk av tvang i den daglige omsorgen har ikke blitt forsket på i like stor grad. Dette blir blant annet tatt opp av Kirkevold (2005) i den første artikkelen jeg har valgt ut.

Jeg har vært bevist på bruk av kildekritikk i mitt valg av artikler, og jeg har blant annet skrevet artikkelforfatternes yrkestitler og i hvilket tidsskrift deres artikler har blitt publisert i. De artiklene jeg har valgt har alle blitt fagfellevurdert (peer reviewed). Kildekritikk handler om å vurdere om kilden man henter litteratur fra er pålitelig (Dalland 2007:66).

Jeg har valgt ut tre artikler som jeg mener er relevante i forhold til min problemstilling. Jeg blir å presentere disse artiklene hver for seg.

2.2.1 Bruk av tvang i sykehjem (Kirkevold 2005)

Artikkelen er skrevet av Øyvind Kirkevold, utdannet sykepleier og Dr. philos ved nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, og tar for seg bruk av tvang i sykehjem. Artikkelen ble utgitt i Tidsskrift for den norske legeförening. Bruk av tvang ble kartlagt ved intervju av primærpleieren til 1 926 sykehjemspasienter.

Kartleggingen viste at 45% av pasientene i skjermede enheter for demente og 37% av pasientene i ordinære somatiske avdelinger ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Vanligst var bruk av tvang i forbindelse med Activities of Daily Life (ADL), mekaniske tvangstiltak og tvang i forbindelse med medisinsk undersøkelse eller behandling (særlig tilsetning av medisin i mat eller drikke). Mental svikt, stort behov for hjelp i ADL og episoder med aggressiv atferd var assosiert med bruk av tvang. I 65% av tilfellene hvor tvang ble brukt forelå ingen skriftlig dokumentasjon av tvangsbruken.

Kirkevold konkluderte med at det er utstrakt bruk av tvang i norske sykehjem og at det forekommer oftere enn det som er faglig forsvarlig. Den høye forekomsten, den dårlige dokumentasjonen og tilfeldighetene med hensyn til hvem som avgjør at tvang skal benyttes, sannsynliggjør at det mer er snakk om dårlige rutiner enn om nøye overveielser i hvert enkelt tilfelle. Han etterlyser også at legene bør ta mer del i den omsorgen som blir gitt til hver enkelt pasient, utover diagnostikk og behandling. Dette ettersom det gir mer rom for tverrfaglige diskusjoner.

2.2.2 Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang (Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde 2010)

Studie gjort av Marit Helene Hem, psykiatrisk sykepleier, Elisabeth Gjerberg, sosiolog, Reidar Pedersen, lege og filosof, og Reidun Førde, professor dr.med. om grenselandet mellom frivillighet og tvang i omsorg og pleie til personer med demens i sykehjem, utgitt i fagskriftet Sykepleien Forskning. Forfatterne baserer sine resultater på fokusgruppeintervjuer med 60 pleiere på fem sykehjem og et systematisk litteratursøk for perioden 1995–2009 i Medline, Cinahl og Sociological abstracts med følgende søkeord: «coercion», «restraint», «nursing home» og «dementia».

Deres tolking av intervjuene viste at å hjelpe personer med demens med personlig stell byr på mange utfordringer. Grensene mellom frivillighet og tvang er ofte uklare, og frivillige situasjoner kan raskt vippe i retning av sin motsats, tvang. Motstand kan ligge mer i måten ting gjøres på enn motstand mot selve handlingen. Etablering av tillitsfulle relasjoner til pasientene er en måte å redusere tvang og øke frivillighet og samarbeid på.

For å utvikle bevissthet om og alternativer til tvang, mener forfatterne at det er viktig at pleierne engasjerer seg i kontinuerlige diskusjoner om praksis. Det er behov for kvalitativ forskning for å forstå og utvikle feltet. Kunnskap om pleiernes erfaringer og håndteringsmåter kan bevisstgjøre og gi pleierne flere strategier for å gjennomføre krevende pleieoppgaver, og den kan bidra til å iverksette tiltak som styrker kvaliteten på omsorgen. På sikt kan det redusere tvang.

2.2.3 Staff attitudes towards institutionalised dementia residents (Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung 2009)

Artikkel skrevet av Sundaran Kada, assisterende professor ved fakultet for helse og sosial forskning ved Bergen universitet, Harald A Nygaard, professor emeritus ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus på Askøy, Bickol N Mukesh, Biostatistikker ved Marshfield Clinic Research Foundation og John T Geitung, radiograf ved Haraldsplass Universitetssykehus samt Kavli's forskningssenter for aldring og demens, utgitt i Journal of Clinical Nursing om helsepersonells holdning til demente pasienter i sykehjem. 14 sykehjem og en geriatrisk

avdeling på sykehus i Bergensområdet deltok i studiet som kartla deres holdninger til demente ved hjelp av et oversatt ”approach to dementia” spørreskjema. Dette spørreskjemaet tar blant annet for seg pleiernes håp- og person-sentrerte-holdninger til demente pasienter.

Populasjonen som deltok i studiet besto av 291 mannlige og kvinnelige sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og assistenter i alt fra 25% til 100% stilling som arbeidet innen demensomsorgen. De aldersgruppene som er representert er fra 20 årene til og med 50, og over, med arbeidserfaring i alt fra mindre enn 10 til over 20 år.

I Artikkelen sier forfatterne at ettersom demens ikke er en kurerbar sykdom spiller det en stor rolle om sykepleien en gir til pasienter med sykdommen påvirker pasientene med demens positivt. Pleiernes kunnskap om og holdninger til demente pasienter spiller en stor rolle for den pleien demente pasienter får. Videre poengterer forfatterne at negative holdninger mot demente kan være en hindring for bedre omsorg for pasientene i demensomsorgen.

Generelt viste undersøkelsen at pleiere hadde positive holdninger til demente pasienter, og at de ansatte var mer fokusert på personsentrerte- enn håp-holdninger. Videre viser funnene i studien at det blant Sykepleiere med videreutdanning var mer positive holdninger i forhold til demente pasienter enn annet personell, mens eldre personell hadde betydelig mindre positive holdninger til pasientene. Utdanning, alder, erfaring, størrelsen på enheten og videreutdanning utgjorde forskjeller i holdningene til demente pasienter.

Artikkelforfatterne anbefaler at man skal tilby videreutdanning og kursing til sine ansatte for å forbedre holdninger, og pleierne med videreutdanning bør ta aktiv del i dette.

2.3 Oppsummering av metodekapittelet

I dette kapittelet har jeg skrevet om litteraturstudie som metode, presentert databaser jeg har brukt, hvilke inklusjonskriterier jeg har valgt å forholde meg til i hver enkelt, samt generelt i mitt søk etter relevant litteratur. Jeg har også presentert noe av litteraturen jeg har valgt å bruke og skrevet litt om kildekritikk.

3.0 Teori

I dette kapitlet blir jeg å ta for meg relevant teori i forhold til min problemstilling. Første del er om demens mens andre del tar for seg sykepleierteori i lys av min problemstilling.

3.1 Demenssykdom

De fleste forbinder gjerne demens med glemsomme gamle mennesker som har mistet fotfestet i tilværelsen. Sykdommen opptar mange og betegnelsen er nok for mange et skrekkeeksempel på hvor deprimerende og skremmende alderdommen kan være (Engedal og Haugen 2009:16).

Før en forklarer hva demens er må en ha klart for seg at etter hvert som man eldes har man normale kognitive aldersforandringer som er en følge av fysiologiske prosesser. Den normale aldringsprosessen innebærer at en blir langsommere både i tempo, innlæring, informasjonsbearbeiding og at man får en forlenget reaksjonstid etter hvert som en blir eldre, mens den generelle intellektuelle kapasiteten er godt bevart (Rokstad 2008:28). Det er altså naturlig at ting kan gå litt saktere for en etter hvert som en blir eldre. Jeg blir i denne oppgaven å bruke begrepet kognitiv svikt for å omtale funksjonstap som følge av sykdom, ikke aldring.

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer som påvirker hjernen og fører til irreversibel kognitiv svikt. I Norge brukes det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th version) ved diagnostisering av demens. De viktigste kriteriene for at tilstanden skal gå under demens-definisjonen er at hukommelse er svekket, især for nyere data, og svikt av andre kognitive funksjoner som bl.a. dømmekraft, planlegging, tenkning og abstraksjon.

Engedal og Haugen (2009:34) har laget en omfattende liste over de kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomene. Under kognitive symptomer har man blant annet svekket oppmerksomhet, læringsevne og hukommelse, språkevne (ordleting, redusert taleflyt), mindre forståelse av handling i rom, svekkede intellektuelle evner, apraksi (konstruksjon, ideasjonell, ideomotorisk), handlingssvikt og agnosi.

De atferdsmessige symptomene er depresjon og tilbaketrekning, angst, panikkangst og katastrofereaksjoner, vrangforestillinger og illusjoner, hallusinasjoner, personlighetsendring, rastløshet, motorisk uro, vandring, apati og interesseløshet, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger (roping, hamstring) og forandret døgnrytme. Jeg blir å komme tilbake til en del av disse symptomene når jeg omtaler utfordrende atferd.

De motoriske symptomene er muskelstivhet, styringsproblemer, balansesvikt og inkontinens

Det er viktig at en utelukker delirium, forgiftning eller bivirkninger av legemidler før en stiller en demensdiagnose (Engedal og Haugen 2009:18).

3.1.1 Klassifikasjoner av sykdommer som fører til demens

Man bruker gjerne tre klassifikasjoner av sykdommer som fører til demens etter årsak; Degenerative hjernesykdommer, Vaskulær demens og Sekundær demens (Engedal og Haugen 2009:28). Jeg blir ikke å omtale noen spesifikk form for demens i denne oppgaven, men velger å skrive kort om hver enkelt klassifikasjon for å vise det store spekteret av sykdommer og symptomer som kan følge med en demensdiagnose.

Under degenerative hjernesykdommer har man blant annet Alzheimers sykdom, Picks sykdom, frontotemporal demens, demens med Lewylegemer, Parkinsons sykdom med demens og Huntingtons sykdom med demens. Felles for disse sykdommene er at de er degenerative sykdommer, altså sykdommer av mer eller mindre ukjent natur som fører til at nerveceller dør litt etter litt (Engedal og Haugen 2009:19). Disse har en rekke symptomer, ofte motoriske, hvor demens bare er en del av sykdomsbildet. (Engedal og Haugen 2009:30)

Felles for sykdommer som klassifiseres som årsaker til vaskulær demens er at de er sykdommer i hjernens blodårer som fører til demens. Herunder kommer blant annet infarkter i hjernen, småkarssykdom (Binswangers sykdom), skader som opptrer ved surstoffmangel (iskemiske-hypoksiske hjernesker) og ulike sjeldne karsykdommer i hjernens blodårer. (Engedal og Haugen 2009:123)

De sykdommene som fører til sekundær demens kjennetegnes ved at demens er ett av flere symptomer, og ikke nødvendigvis det mest i øyenfallende (Engedal og Haugen 2009:139).

Noen av de sykdommene som faller under dette er demens som en følge av alkoholmisbruk (Wernicke-Korsakoffs syndrom), vitaminmangeltilstander (Spesielt vitamin B-1 og B-2), hjerne- og hjernehinne-betennelser, AIDS, prionsykdommer, hjernesvulster, hodeskader, subduralt hematom og metabolske sykdommer (Engedal og Haugen:2009:139-150).

3.1.2 Demenssykdommens progresjon

Demenssykdommer er i de fleste tilfeller progressive, pasientene blir altså som oftest mer og mer påvirket av de forskjellige symptomene som er typiske for demensdiagnosen. Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg vil de ulike bakenforliggende sykdommene presentere seg mer og mer likt. Det er vanlig å inndele utviklingen i tre faser; kompenseringsfasen, dekompeniseringsfasen og pleiefasen (Engedal og Haugen 2009:20).

I kompenseringsfasen ser man de første tegn til kognitiv svikt i form av sviktende hukommelse, spesielt for hendelser i nær fortid, tidsorienteringen svikter, noen pasienter opplever språkvansker, manglende taleflyt eller tegn til manglende orientering. Det er i neste fase, dekompeniseringsfasen, at pasienter gjerne kommer i kontakt med helsevesenet. Hukommelsesevnen er svekket og hos noen er også språkevnen og evnen til å orientere seg i rom betydelig redusert. På dette stadiet har pasienter vansker med å bruke sine tillærte mestringsevner, og det sees hyppige psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger, synshallusinasjoner og underlig, uforståelig atferd. I siste fase, pleiefasen, er pasientene gjerne preget av motorisk svikt, inkontinens, manglende motorisk styring, balansesvikt og gangproblemer. De fleste i denne fasen er totalt avhengig av fysisk pleie (Engedal og Haugen 2009:20-22). Det er pasienter i de to siste fasene som er mest relevante i forhold til min problemstilling.

3.1.3 Pasientens subjektive forståelse av demens

En viktig forutsetning for å møte demente er å ha en personfokuset tilnærming til pasienten, at en fokuserer på mennesket og ikke sykdommen. Cheston og Bender (1999) hevder at personell som arbeider i demensomsorgen har blitt eksperter på å jobbe med fremmede individer, uten å ta hensyn til at dette er mennesker som har levd lange og innholdsrike liv.

Selv om demens er en hjerneorganisk lidelse, utelukker ikke det at pasienten fortsatt er en person som aktivt reagerer og tilpasser seg sykdommen (Engedal og Haugen 2009:51).

En bør prøve å sette seg inn i hvordan det oppleves å få en demenssykdom. Når vi har tid til samtale og får god kontakt med demente pasienter vil en gjerne erfare at mange opplever ensomhet, egen svikt og frykter hva som vil skje i fremtiden. De opplever en følelse av å ikke være til nytte, ikke fungere sosialt og av å være en byrde for andre. Selv om personer med demens er sterkt reduserte bevarer de fortsatt deler av sin personlighet intakt og fortsetter å være mennesker med stolthet og behov for å være selvhjulpne i daglige gjøremål. Selv om en har demenssykdom utelukker ikke det at man kan bli såret og føle seg plaget av å ikke fungere som tidligere (Engedal og Haugen 2009:54).

3.1.4 Utfordrende atferd

Utfordrende atferd er et begrep som brukes som fellesbetegnelse på psykiatriske- og atferdsmessige symptomer som oppstår hos en person. (Engedal og Haugen 2009:312).

Mulige psykiatriske symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner, paranoia, depresjoner, angst og feiltolkninger. Atferd som går under begrepet er aggresjon og utagering, som kan gi seg uttrykk i slåing, spyting, klyping, kjefting og lignende, vandring, døgnrytmeforstyrrelser, ukritisk atferd, som seksuell atferd og språkbruk, plukking, roping og gjentatte spørsmål (Engedal og Haugen 2009:313).

Som nevnt innledende er utfordrende adferd en del av det følelsesmessige og atferdsmessige symptombildet som opptrer ved demenssykdom. (Rokstad 2008:kap 8 s 181).

Atferdsproblemer ble konkludert som et psykologisk symptom på demens i 1996 av International Psychogeriatric Association (IPA) I denne sammenhengen oppsto begrepet APSD (Engelsk: Behavioral and psychological symptoms in dementia - BPSD). (Engedal og Haugen 2009:311).

De pasientene som utviser atferd som oppfattes som vanskelig kan gjerne bli betegnet som vanskelige pasienter, og med denne formuleringen er det lett å plassere problemet på pasienten og demenssykdommen. Om en plasserer problemet på pasienten eller pasientens diagnose, tar en ikke hensyn til at det kan være forhold i miljøet eller ved andre personer, for

eksempel pleieren, som gir grunnlag til pasientens reaksjoner. For å forstå utfordrende atferd bør en se på atferdsendringer og følelsesmessige reaksjoner som reaksjoner på endret livssituasjon, påvirket av hjerneorganiske forandringer, endrede muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon, samt endret atferd hos personer i omgivelsene (Rokstad 2008:182). Skal en håndtere og forebygge utfordrende atferd bør en fokusere på samhandling med pasienten og miljøfaktorer, og ikke bare på forhold knyttet til demenssykdommen (Engedal og Haugen 2009:311). Dette er spesielt viktig når det er ønskelig å forebygge og begrense bruk av tvang.

3.2 Sykepleierteori

Jeg har valgt å forholde meg til sykepleierteoretikeren Joyce Travelbee i denne oppgaven, fordi jeg mener at hennes interaksjonsteori, og spesielt fokuset på mellommenneskelige relasjoner, er veldig relevant i forhold til forebygging og begrensnings av tvang. Travelbee (1971) presenterte i boken "Interpersonal Aspects of Nursing", oversatt til norsk av Thorbjørnsen (1999), sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Hennes teori kom som en reaksjon på det hun mente var en avhumanisering innen helsesektoren i USA i årene etter andre verdenskrig. Travelbee ønsket en "humanistisk" revolusjon hvor det enkelte individ skulle stå i sentrum (Travelbee 1999:5).

3.2.1 Joyce Travelbee sin sykepleierteori

Jeg har tatt utgangspunkt i Travelbee sine inndelinger av sin sykepleierteori og skal i dette kapittelet si noe om de enkelte delene som er relevante i forhold til min problemstilling og komme med min egen tolkning.

3.2.1.1 Menneskesyn

Travelbee mener at den grunnleggende kvaliteten ved sykepleieomsorgen til det enkelte individ primært bestemmes av sykepleierens forståelse av den syke, og av det menneskesyn pleieren har. For å forstå den syke sier Travelbee at sykepleieren må forstå sykdom som en individuell menneskelig erfaring hvert enkelt menneske opplever forskjellig. Den som er syk vil sammenligne sin livsførsel nå med den livsførselen de hadde på et tidligere tidspunkt når

de ikke var syke. Dette perspektivet på sykdom er greit å ha i bakhodet når en arbeider med pasienter med kognitiv svikt som kan oppfatte at de i nåtid er friske, mens de i realiteten har betydelig redusert motorisk og kognitiv svikt (Travelbee 1999: 51, 126).

Tvang forekommer gjerne når pleiere ønsker å yte nødvendig helsehjelp som pasienten gjør motstand mot. Skal en forebygge tvang under slike omstendigheter er det viktig at en først og fremst ser mennesket en arbeider med, framfor oppgaven en skal gjøre. Man bør ta i betraktning det enkelte menneskets forståelse av de situasjonene hvor en skal yte nødvendig helsehjelp. En viktig forutsetning for god omsorg er i følge Travelbee at man ser at hvert eneste menneske er absolutt unikt og et uerstattelig individ (Travelbee 1999: 51).

En grunnleggende antagelse Travelbee kommer med er at sykepleiere bør forsøke å etablere menneske-til-menneske-forhold, og ikke sykepleier-pasient-forhold. I følge Travelbee er menneske-til-menneske-forholdet karakterisert ved en viss måte å oppfatte, tenke, føle og handle på. Det er en gjensidig prosess hvor giveren og mottakeren av hjelp oppfatter og responderer på hverandre som individ. Pasienten skal ikke bli oppfattet stereotypt som en personifisering av alle pasienter som sykepleier har møtt (Travelbee 1999:16, 178).

Menneske-til-menneske-forholdet etableres ifølge Travelbee gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser; det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Ved det innledende møtet kjenner ikke pasient og pleier hverandre. De har da generaliserte og stereotype oppfatninger av hverandre. I utgangspunktet er pasienten en hvilken som helst pasient og pleier blir sett på ut ifra forventninger til sykepleiere flest. Sykepleieren må i det innledende møtet se mennesket i pasienten. Årsaken til at Travelbee poengterer dette er at hun mener at kun enkeltpersoner kan etablere relasjoner som ikke bare er kategorier eller merkelapper (Travelbee 1999:188).

Etter det innledende møtet vil interaksjonen mellom sykepleier og pasient utvikle seg. Både pasient og sykepleiers identitet trer da fram. De stereotype rolleoppfatningene blir svakere og sykepleier og pasient begynner å etablere et kontakt-forhold. Det er da sykepleier oppfatter pasienten som forskjellig fra andre pasienter, og begynner å forstå hvordan nettopp denne pasienten opplever sin situasjon. Pasienten kan også begynne å oppfatte sykepleier som

individ, men med kognitiv svikt tatt i betraktning er ikke dette alltid tilfelle (Travelbee 1999:189).

Empati er ifølge Travelbee evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. En kan delta i og forstå meningen med den andres tanker og følelser, samtidig som personen holder sitt eget selv atskilt. Empatisk forståelse er en bevisst intellektuell prosess som ikke er avhengig av om en liker eller misliker den en har empati med, og dette skiller begrepet fra identifikasjon og projeksjon (Travelbee 1999:193).

Sympati er resultatet av den empatiske prosessen. Mens empati, ifølge Travelbee, er en nøytral forståelse som ikke er knyttet til handling eller et ønske om å gjøre noe, er sympati knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten. Ønsket oppstår på grunnlag av den innsikten i, og forståelsen for pasienten som er utviklet i empatifasen (Travelbee 1999:200).

Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen, og er et resultat av det som har skjedd i interaksjonen i de tidligere fasene. Den utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre, og rent faktisk hjelper pasienten (Travelbee 1999:211).

Selv om pasienter har like diagnoser, for eksempel demens, er det ikke derav sagt at alle med lik diagnose kan møtes eller behandles på samme måte. Om en følger Travelbee sin tankegang og prøver å forstå det unike individet en arbeider med, legger man grunnsteinene for en relasjon bygd på tillit. Det menneskesynet en har kan føre til forebygging av tvang ved at en ser hver individuelle pasients reaksjoner på omsorg og pleie i lys av pasientens forståelse av hver enkelt situasjon. Sykepleie skal ikke ha handlinger som mål, men som et middel til å hjelpe et annet menneske (Travelbee 1999:4).

3.2.1.2 Sykepleiens mål og hensikt

Sykepleiens mål og hensikt er i følge Travelbee å hjelpe individer, familier eller samfunnet med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. Travelbee sier at forholdet mellom lidelse og det å bry seg om

noen er paradoksalt. Lidelse er knyttet mot det å engasjere seg om andre, men man kan også lide fordi at man ikke er i stand til å bry seg om andre (Travelbee 1999:41, 98).

Om man som sykepleier skal hjelpe noen å finne mål og hensikt i sin sykdom og lidelse er det i følge Travelbee viktig at en bruker seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. En må ha selvinnsikt og selvforståelse, forståelse for menneskelig atferd og evne til å forutse både egen og andres atferd. For å gjøre dette er det viktig at en tenker helhetlig, man kan ikke bare se pasienten, men en må se interaksjonen mellom en selv og pasienten på tvers av interesseområder (Travelbee 1999:44-46).

Et eksempel på forskjellige interesseområder er når en pleier ønske å yte det som ansees som nødvendig helsehjelp i et stell eller en pleiesituasjon, mens pasienten ønsker å ivareta sin verdighet i en situasjon som for pasienten kanskje oppfattes som truende. Når en skal gi helsehjelp til demente innebærer dette blant annet at en må forsøke å få tillit hos pasienten i hver enkelt situasjon og forstå betydningen av en mellommenneskelig prosess hvor begge partene i interaksjonen er likeverdige. Her kommer viktigheten av tillitsskapende tiltak tydelig fram.

I samhandling mellom pasient og sykepleier påvirker man hverandre i en endringsprosess, og som sykepleier må man være i stand til å identifisere og frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkssom måte (Travelbee 1999:29).

3.2.1.3 Kommunikasjon

Travelbee definerer kommunikasjon som en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle det hun definerer som sykepleiens mål og hensikt. Kommunikasjon er et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, samt hjelpe pasienten til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. Travelbee mener at lidelse og sykdom henger sammen, og en persons holdning til lidelse langt på vei bestemmer hvor effektivt en mestrer sykdom (Travelbee 1999:98, 135).

Det skjer kommunikasjon i hvert møte mellom sykepleier og pasienter, selv om man er tause eller snakker. Det er dessverre begrenset hvor langt en kan komme med verbal

kommunikasjon med noen demente pasienter. Å kunne tolke nonverbal kommunikasjon kan utgjøre store forskjeller i pleien man gir, men en må også være oppmerksom på at hvordan en selv kommuniserer non-verbalt spiller inn. Demenssyke har kognitiv svikt, men ikke nødvendigvis følelsesmessig svikt. Kognitiv svikt gjør at forutsetningene for å oppfatte sammenhenger er redusert, i tillegg kan hørsel og syn være svekket. Måten verbal informasjon blir gitt på og holdningene personalet har under samhandling påvirker mulighetene personen med demens har for å forstå hva som skjer (Engedal og Haugen 2009:316). Om man forstår dette i interaksjon med på pasienten er det lettere å gjennomføre tillitsskapende tiltak på pasientens premisser.

Pleiere må også ha i bakhodet hvordan de selv kommuniserer, og være klar over at nonverbal kommunikasjon ledsager alltid den verbale kommunikasjonen (Travelbee 1999:138). Man må som sykepleier forstå det som blir kommunisert i interaksjonen og bruke informasjonen videre i sin planlegging og pleie.

Travelbee mener at det er den profesjonelle sykepleierens oppgave å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen med den syke på en måte som tjener sykepleiens mål og hensikt (Travelbee 1999:135). Sett i lys av min problemstilling vil dette blant annet innebære at man reduserer bruk av tvang gjennom bevisst bruk av tillitsskapende tiltak.

Som sykepleier må en skille sine egne behov og ønsker fra behovene og ønskene hos pasienten. Gjennom interaksjon lærer en pasienten å kjenne, og gjennom interaksjonen kan en oppfylle sykepleiens mål og hensikt, å identifisere og ivareta den sykes behov for pleie (Travelbee 1999:140-142).

3.3 Oppsummering av Teorikapitlet

Jeg har i dette kapitlet skrevet om demensdiagnosen, dens progresjon, pasientens subjektive forståelse av demens og utfordrende atferd. Jeg har også trukket frem deler av sykepleierteorien til Travelbee og satt det i samsvar med min problemstilling.

4.0 Drøfting

Som utgangspunkt for drøftingen blir jeg å komme med to historier fra sommeren jeg arbeidet som vikar på en skjermet demensavdeling. Jeg blir å se på disse i lys av de artiklene jeg har valgt ut, og den teorien jeg har skrevet om min problemstilling.

4.1 Forebygging av tvang

Forebygging av tvang handler mye om hvordan en håndterer situasjoner, hvilke holdninger en utviser, hvorvidt en presterer å bruke tillitskapende tiltak og de relasjonene en etablerer til hver enkelt pasient. Den første historien jeg forteller tar for seg en situasjon hvor jeg mener tvang ble brukt uten at det var forsøkt tilstrekkelig med tillitskapende tiltak, og tvang kunne vært unngått.

Jeg arbeider dagvakt på en av avdelingene og en av pasientene ved avdelingen kommer gående inn i stuen ved vaktskifte om morgenen. Pasienten bruker bleie på grunn av inkontinens. Når pasienten kommer inn i stuen har han kun bleie og en nattskjorte på seg. Bleien er tydelig tung og det ser nesten ut som om den er på vei til å gli av. Vi sier god morgen til pasienten som setter seg ved frokostbordet og sier at vi skal hjelpe han med morgenstell, men han ønsker ikke hjelp til stell og går tilbake på rommet sitt og legger seg i sengen.

Når en pleier så følger etter ham på rommet og sier at de må gå på toalettet slik at han får stelt seg blir pasienten irritert og sier at pleieren skal forlate romme med en gang. Pleieren går ut av rommet og sier at vi kanskje kan avvente litt å se om pasienten blir i bedre humør om man gir han litt tid. I løpet av den følgende timen forsøker man et par ganger å gå inn på rommet for å følge pasienten til toalettet for stell og klesskifte med gulroten om at det er alt som gjenstår før frokost. Blant annet blir det forsøkt å orientere pasienten om at han burde skifte tøy, og om den eventuelle risikoen ved å ha på seg vått tøy over lengre tid, men han ønsker ikke hjelp og blir sint når en tilnærmer seg han.

I frustrasjon sier en av pleierne med lengre ansiennitet på avdelingen, mens hun sitter på sengen til pasienten, at to av pleierne må gå i stell med han, hvor en skal forsøke å holde hendene til pasienten, slik at han ikke kan slå eller klippe, mens den andre gjennomfører stellet. Pleieren begrunnet tiltaket med at hun anså å skifte bleie på pasienten som nødvendig helsehjelp, og vi hadde tross alt tvangsvedtak på denne pasienten.

Denne historien viser en situasjon hvor en pasient motsier seg helsehjelp på et grunnlag som tilsynelatende er irrasjonelt. Som helsepersonell ser man klart behovet for å skifte på pasienten i dette tilfellet. Bleie og eventuelt vått tøy bør skiftes, da urin er et godt vekstmedium for bakterier, og sammen med kroppsvarme kan en fuktig bleie være årsak til urinveisinfeksjon, og stoffer i urinen kan irritere hud og slimhinner (Blix og Breivik 2006:245, 251). Men en må spørre seg om tvang er et legitimt virkemiddel for å gi helsehjelpen.

Det kan være krevende å være hjelper for demente pasienter, og det er ikke alltid enkelt å handtere situasjoner når pasienter handler irrasjonelt. I møte med slik atferd er det viktig at man som pleier er klar over hvordan en kommuniserer med pasienten, hvilke holdninger man viser og at man forsøker å forstå hvorfor pasienten reagerer som han gjør i hver enkelt situasjon, slik at en kan handle deretter.

Før tvang ble lagt fram som et alternativ hadde vi forsøkt flere ganger å få pasienten til å bli med på toalettet, men måten dette ble kommunisert på var nok ikke optimal. I dette tilfellet hadde en pleier kommet inn til pasienten flere ganger og prøvd å få pasienten til å bli med på stell, men ble kjeftet på og bedt om å komme seg ut hver gang. Pleieren som kom inn til pasienten kjente han ikke spesielt godt, alle pleierne på denne vekten, utenom en, var sommervikarer. Her viste nok pleieren for stor respekt for pasientens autonomi, og kunne sikkert tatt seg mer tid sammen med pasienten og forsøkt å etablere en relasjon med pasienten i stedet for å la seg avfeie i møte med pasientens frustrasjon og sinne. Mangelen på initiativ i disse innledende møtene gikk nok på bekostning av den pleien som var nødvendig.

Som nevnt innledende var det et klart behov for å hjelpe pasienten med stell, og en viss mild parental tilnærming var nok nødvendig for å gjennomføre denne pleien, men måten den mer parentale tilnærming blir gjennomført i dette tilfellet var særs krenkende for pasienten. I

historien legges forslaget om bruk av tvang fram i frustrasjon og irritasjon over pasientens manglende vilje til å samarbeide, fremfor pasienten. Det er ikke alltid lett å takle situasjoner som denne, når pasienter oppfører seg irrasjonelt i møte med pleiernes gode hensikter, men en må se pasientens reaksjoner i lys av pasientens demenssykdom og samhandlingen mellom pasienten og pleierne. I dette tilfellet hadde det ikke blitt prøvd tilstrekkelig med tillitskapende tiltak, i stedet ble tvang et alternativ som en reaksjon på den tilsynelatende irrasjonelle motstanden fra pasienten.

Noe jeg spesielt reagerte på var at pleieren som ønsket at vi skulle bruke tvang var tydelig sint når hun foreslo tvang. Når man er aggressiv framfor noen kan det virke truende, ikke minst når det er snakk om et menneske som allerede er i en situasjon hvor han føler seg usikker og redd. Når man overkjører et menneske blir de gjerne mer usikre, og det er forståelig at en pasient kan utvise utfordrende atferd i møte med noen som tilsynelatende skal begå det som kan oppfattes som et overgrep av pasienten. For å unngå en slik setting kan man som pleier forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon og se mennesket i pasienten.

Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) mener at motstand i pleiesituasjoner kan ligge mer i måten ting gjøres på enn motstand mot selve handlingen. Skal en forebygge bruk av tvang, og øke frivilligheten fra pasienten, bør en forsøke å etablere en relasjon med pasienten som er basert på tillit. Her kommer tillitskapende tiltak inn. Pleierne burde kanskje i større grad bruke seg selv terapeutisk, altså se interaksjonen mellom seg selv og pasienten, og samhandle med pasienten for å gjennomføre pleien. I samhandling bør en blant annet være oppmerksom på hvorvidt en dobbeltkommuniserer, altså om en sier en ting verbalt og en annen ting med kroppsspråket. Innledende opptrådte nok vi som pleiere avvisende, siden situasjonen kanskje virket truende når pasienten ropte, mens når tvang ble et alternativ framsto vi nok som truende.

Slik pasienten kanskje ser det sitter det en sint person på sengekanten som mot pasientens vilje ønsker å ta han ut av den trygge sengen for å vaske han uten at han ønsker det. Det hadde nok vært langt bedre for pasienten om den personen som forholdt seg til han tok seg god tid til å skape en trygg atmosfære og forsøkte å samhandle med pasienten, i stedet for å redusere pasienten til en arbeidsoppgave som må gjennomføres.

Det er viktig å takle og forstå egne følelser i møte med pasienten. Om man som pleier blir frustrert over at arbeidsoppgaver blir kompliserte i møte med motstand fra pasienten, som kanskje ikke forstår sine egne grunnleggende behov, kompliserer man en allerede vanskelig situasjon. Våre følelser er vårt ansvar, og i møte med pasienten avspeiles vår nonverbale og verbale væremåte i pasienten. En situasjon som i utgangspunktet ikke trenger å føre til fysisk tvang kan fort vippe over til det om pleiers tilnærming virker truende for pasienten (Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde 2010).

En måte å møte situasjoner som den beskrevet i historien, uten at tvang trenger å bli et alternativ, er å ha i bakhodet hvordan man selv ville ønsket å bli behandlet om man var i pasientens situasjon. Som pleietrengende ønsker man høyst sannsynligvis at ens hygiene skal bli opprettholdt, men det er nok ingen som ønsker at dette skal gå fullstendig på bekostning av ens selvstendighet. I en situasjon hvor man selv ikke forstår omstendighetene hadde vel det beste vært å bli behandlet som et individ med medbestemmelsesrett. Med dette i bakhodet er Travelbees menneske-til-menneske-forhold et godt utgangspunkt for trygge relasjoner, man burde erkjenne at pasienten man møter er et unikt individ med særegne behov, og ikke minst at pasienten har en egen forståelse av situasjonen han er i, som man som pleier må forsøke å forstå for at samhandling skal være mulig.

Atferden pasienten viste i denne historien kommer nok mer av hvordan situasjonen ble håndtert av pleierne og de negative holdningene vi som hjelpere utviste i møte med pasienten, enn en motstand mot det stellet vi så som nødvendig. Negative holdninger mot de med demenssykdom kan være en hindring for god omsorg for pasientene (Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung 2009).

Det ligger som et bakteppe for denne historien er at de fleste av pleierne som var på arbeid på denne vekten stort sett var ufaglærte sommervikarer, og kjennskap til hver enkelt pasient og rutiner på arbeidsplassen ikke var godt etablert blant de som var på arbeid. Den pleieren som mente man skulle ty til tvang var den eneste på dette skiftet som var fast ansatt på avdelingen, hadde lengst ansiennitet, var eldst av de ansatte på vakt og var også den eneste av de på arbeid med fullført høyskoleutdanning. I praksis var det denne pleieren som ledet de andre pleierne på skiftet.

Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung (2009) sin forskning viser til at utdanning, alder og erfaring spiller inn på hvordan holdning en har til demente. I dette tilfellet spiller kanskje utdanning mindre inn, og de rutine og som har blitt fulgt tidligere i løpet av den faglærte pleierens fartstid på avdelingen var det som satt standarden for hvordan hun valgte å reagere på pasientens atferd. I sin forskning kom Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung (2009) blant annet fram til at pleiere som var over 50 år gammel hadde betydelige lavere håps- og persons- holdninger til demente pasienter. Dette vil tilsa at eldre pleiere i undersøkelsen hadde mindre tro på at det var håp i hverdagen for demente, at de i mindre grad enn yngre medarbeidere mente at det er viktig for demente å ha en stimulerende og fornøyelige aktiviteter på i sin hverdag, og at de i mindre grad mente at demente pasienter har det bedre og ble mer fornøyde i tilværelsen om de ble møtt med forståelse og forsikring. I sin forskning bemerkte de at dette er merkelig, siden eldre pleiere gjerne har mer erfaring innenfor demensomsorgen, og de etterspør videre forskning rundt dette.

I artikkelen tar også Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung (2009) opp at de med relevant kompetanse bør ta ansvar i å spre gode holdninger. I min historie vil jeg påstå at det er det motsatte som forekommer. Jeg prøver på ingen måte å så tvil om deres resultater, og det må nesten legges til at pleieren omtalt i min historie ikke hadde spesialistutdanning, men jeg ønsker bare å poengtere at man kan lære fra seg både gode og dårlige holdninger til tross for den utdanningen en har. Det er den øvrige ledelsen ved hvert enkelt sykehjem som har ansvar for at det ikke er negative holdninger som blir normen.

Jeg nevner i historien at det visstnok var tvangsvedtak på denne pasienten, men det ble aldri lagt fram for sommervikarene. I situasjonen som historien beskriver har pleierne i følge loven ikke lov å bruke tvang, siden pasienten helt klart ikke samtykker. Tvang er noe som kun bør forekomme ved ekstreme forhold (Kirkevold 2007), og en våt bleie, til tross for at det innebærer en viss helserisiko, er ikke grunnlag for at en skal forkaste at man faktisk arbeider med et medmenneske som i lovlig forstand fortsatt har en viss grad av autonomi til tross for sin kognitive svikt.

En god del av det å forebygge bruk av tvang, innebærer at en har gode holdninger. For å utvise gode holdninger må man være oppmerksom på hvordan man behandler sine medmennesker.

4.2 Hvordan begrense tvang

Det er noen situasjoner hvor motstanden en kan møte hos pasienter er bråere, og kanskje vanskeligere å håndtere. Under slike omstendigheter blir gjerne tvang et alternativ, men gode rutiner, dokumentasjon og organiseringen av arbeidet kan begrense bruken av tvang.

Jeg skal nå komme med en historie om en situasjon i stell med en pasient som sitter i rullestol. Ved toalettbesøk med pasienten måtte vi bruke heis som følge av pasientens motoriske svikt. Pasienten er tydelig usikker i stellet og når pasienten jeg omtaler i denne historien er usikker forekommer det at han slår og roper mot menneskene rundt seg. Han har ikke lenger språk og når han uttrykker seg verbalt er det gjerne i form av roping. Dette var mitt første stell med denne pasienten.

Vi er to pleiere på toalettet sammen med pasienten, slik at en pleier kan forsøke å roe pasienten og eventuelt holde hendene om han blir urolig og begynner å slå etter personen som gjør stellet. Når vi har heist opp pasienten fra rullestolen, forflyttet han over toalettet og jeg har dradd ned pasientens bukse og undertøy slik at han kan sette seg på toalettet reagerer pasienten med å slå rundt seg og rope. Dette fører til at den andre pleieren holder pasientens hender og forteller pasienten rolig at han ikke trenger å være urolig, vi er bare her for å hjelpe. Pasienten blir klart mer provosert av holdingen, men vi unngår at han eller en av oss kommer til skade. Når pasienten har roet seg virker pasienten til å være lei seg og er tydelig frustrert.

Når vi som pleiere sto i denne situasjonen oppfattet vi nok pasientens reaksjon som truende, og vi så det som legitimt å holde pasientens hender for å forebygge at han skadet seg selv eller en av pleierne. Man kunne kanskje unngått å holde pasienten denne situasjonen om man hadde gått unna og gitt pasienten rom for å reagere, men dette kunne kanskje igjen ført til at pasienten kunne komme til å skade seg selv. Under omstendigheter hvor pasienter fysisk utagerer mot pleiere og situasjonen er akutt truende for pasienten, medpasienter, pårørende eller helsepersonell, kan man, jamført med straffelovens paragrafer om nødrett og nødverge i § 47 og 48. samt helsepersonellovens § 7, ty til tvang.

Vi var to pleiere hos pasienten ettersom man anså det som rutine ved avdelingen å være flere hos denne pasienten, spesielt om man ikke kjente han. Grunnlaget for at to stykker skulle være i stell hos pasienten var usikkerhet rundt hvordan en skulle håndtere pasientens fysiske utagering. Man kan spørre seg om dette var en god rutine. Når to stykker står rundt pasienten og han ikke forstår hva som foregår i en situasjon hvor han trenger å gjøre fra seg på toalettet er det nok forståelig at han reagerer med frustrasjon eller sinne.

Etter litt lengre erfaring ved avdelingen valgte jeg å gå i stell alene med denne pasienten, og pasienten var betydelig roligere når man var bare en person i stell. Det forekom at pasienten utagerte fysisk når han oppfattet situasjoner som truende selv med en person i stell, men jeg oppfattet det slik at det var lettere å få han til å bli roe seg ned, uten å måtte ty til holding, når det kun var en pleier å forholde seg til. Jeg oppfattet det som veldig viktig at man tok seg god tid hos denne pasienten, og når en ga mer rom for samhandling ble det betydelig enklere å arbeide sammen med pasienten. Mye av grunnen til at det gikk bedre var kanskje at jeg som pleier var tryggere på pasienten etter hvert som jeg fikk bedre relasjon til pasienten.

Det at pasienten reagerte med å bli lei seg etter stellet i min historie kan tolkes på flere måter. Det kan være en reaksjon på holdingen, og frustrasjon over en følelse av hjelpeløshet. Min oppfatning, noe jeg ser spesielt etter at jeg ble bedre kjent med han, var at pasienten ble lei seg mest av alt på grunn av sin egen voldsomme reaksjon. Han oppfattet etter hvert at omstendighetene kanskje ikke var så truende som han først trodde og han ønsket kanskje ikke å skade noen, bare å uttrykke sin uro i situasjonen.

Skal en begrense bruken av tvang er det viktig at en har gode rutiner i møte med utfordrende atferd, har man ikke det blir det lett at det er tilfeldigheter og enkeltvurderinger som ligger til grunn for hvordan en skal håndtere pasienter. Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) etterlyser at pleiere skal engasjere seg i kontinuerlig diskusjoner om praksis. Et utgangspunkt for diskusjoner er at man har fakta om de rutinene en bruker tilgjengelig, et godt grunnlag for dette er at man journalfører tilfeller hvor tvang blir brukt. Min opplevelse er at dokumentasjon av tvang er dårlig i praksis, noe også Kirkevold (2005) tar opp i sin artikkel. Årsaken til dette er nok at tilfeller hvor en for eksempel må holde hendene til en pasient når han slår etter deg rett og slett blir sett på som en del av hverdagen på jobb.

Skal man bygge gode rutiner er det viktig at en dokumenterer når en bruker tvang og under hvilke omstendigheter en bruker det i. Hvis man ikke dokumenterer blir det lett til at hver enkelt pleier håndterer pasientene på sin måte, og de gode, eller dårlige, løsningene ikke kommer fram. Om bruken av tvang forekommer i skjul har man ikke utgangspunkt for å diskutere de rutinene man har ved avdelingen.

Som et siste punkt vil jeg omtale arbeidsmiljøet rundt pasienter og hvordan dette kan påvirke den pleien en gir. Hvordan man omtaler pasienter har mye å si for holdningene man har til pasienter, om man for eksempel starter en vakt med å gi en rapport om at en pasient har vært ufordragelig legger det til grunn for at de som kommer på jobb denne dagen inntar en negativ holdning til pasienten allerede fra morgenstellet. Våre holdninger og forventninger er avgjørende for gode resultater i pleie og omsorg, og er viktige i forhold til hvordan pleie demente pasienter får (Kada, Sundaran, Nygaard, Mukesh og Geitung 2009).

4.3 Når bruk av tvang er en nødvendig del av omsorg

Jeg har i stor grad fokusert på hvordan en skal forebygge og begrense at tvang blir brukt i denne oppgaven, men jeg må også sette søkelys på dilemmaet i forhold til for mye fokus på pasientens autonomi kontra paternalisme fra pleiere.

Om en ensidig vektlegger pasientenes autonomi kan det resultere i omsorgssvikt og ansvarsfraskrivelse, noe som utgangspunktet til historien i første del viser. Motparten, altså Rendyrket paternalisme, vil føre til at pleiere alltid vet hva som er best for pasientene og dette kan ta initiativ fra pasientene og føre til at pleiere gir for mye hjelp med overformynderi og lært hjelpsløshet som følger. Om en overdriver i en retning er det altså ikke bra for pasientene.

5.0 Avslutning

Skal en gi god omsorg til pasienter med demenssykdom bør en i størst mulig grad se på hver enkel pasient som et unikt individ og forsøke så godt en kan å gi omsorg på pasientenes premisser. I de fleste tilfeller vil dette tilsi at man samhandler med pasienten. Det er gjerne i situasjoner hvor en overkjører pasienter at tvang blir et alternativ. God omsorg for personer med demenssykdom bygger på prinsippene om medbestemmelse og individualisering og forståelse for personens situasjon er en forutsetning for dette.

Jeg mener at en god måte å forebygge og begrense bruken av tvang vil være å gi rom for kontinuerlige diskusjoner om praksis på hver enkelt institusjon, noe også Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) etterlyser i sin artikkel.

Holdningene til pasienter, og ikke minst til arbeidet man gjør, har også en viktig rolle i forebygging og begrensnig av tvang. Skal man gi god omsorgen til demenssyke er det viktig at man har en positiv holdning til pasientene en arbeider med, og en bør nok også være positiv til det arbeidet man gjør. Mange ganger har jeg hørt helsepersonell selv gitt uttrykk for at de håper de aldri havner på sykehjem, men jeg mener at man ikke burde frykte et liv under andres omsorg som helsepersonell, for da legger man til grunn en presedens hvor en ikke har tillit til det arbeidet en selv gjør.

Helsepersonell bør være løsningsorientert og se på de mange situasjonene som kan være vanskelige i demensomsorgen som utfordringer, og ikke problemer. Når man ser på de situasjonene som oppstår som utfordringer kan man iverksette tiltak som styrker kvaliteten på omsorgen.

6.0 Litteraturliste

Blix E.S., Breivik S. (2006) Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland O. (2007) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk.

Engedal K., Haugen P.K. (2009) *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok. 5. utg. 2009.* Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse. kap. 1-3 (s. 15-57), 6 (s. 123), 7 (s. 139-150), 15 (s. 311-316) Totalt: 181 sider.

Hem M. H., Gjerberg E., Pedersen R., Førde R. (2010) *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.* I: Sykepleien Forskning 2010 5(4):294-301

Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang> (15.04.2012)

Kada S., Nygaard H. A., Mukesh B. N., Geitung J. T. (2009) *Staff attitudes towards institutionalised dementia residents.* I: Journal of Clinical Nursing: vol. 18, issue 16, pages: 2383 - 2392. August 2009.

Kalstveit K., Rydland S. (2012) *49 av 55 sjukeheimar bruker ulovleg tvang* I: NRK Hordaland

Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.8079744> (18.04.2012)

Kirkevold Ø. (2005) *Bruk av tvang i sykehjem.* I: Tidsskriftet nr 10 2005 s 1346-1348.

Kirkevold Ø. (2008) *Bruk av tvang i norske sykehjem Overgrep eller nødvendig del av god omsorg?* I: Utposten nr.6 2007 s. 11 – 14

Lov av 22. mai 1902 nr 10: Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven).

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19020522-010.html> (15.04.2012)

Lov av 2. juli 1999 nr. 64: om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html> (15.04.2012)

Lov av 2. juli 1999 nr. 63, sist endret 24. juni om 2011: om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html> (15.04.2012)

Rokstad A. M. M. (2008) kapittel 8: Ufordrende atferd I: Smebye, K. L, Rokstad, A. M. M. (red) Personer med demens Møte og samhandling. Oslo: Akribe s. 180 – 204

Johnsen L., Smebye K. L. (2008) Kapittel 9: Bruk av tvang i demensomsorgen I: Smebye K. L., Rokstad, A. M. M. (red) Personer med demens Møte og samhandling. Oslo: Akribe s. 207 – 231

Moxnes P. (2012) *Jeg hørte fortsatt skrikene hennes* I: Dagbladets Nettutgave

Tilgjengelig fra:

<http://www.dagbladet.no/2012/01/30/kultur/debatt/kronikk/sykehjem/dod/20002636/>

(15.04.2012)

Sosial- og helsedirektoratet,Oslo (2007) Glemsk, men ikke glemt – Om dagens situasjon og fremtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens.

Tilgjengelig fra:

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/ShDir_DemensRapport_KORR4.pdf

(15.04.2012)

Statistisk sentralbyrå (1999) Eldre i Norge. Oslo-kongsvinger

Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa32/sa32.pdf (15.04.2012)

Støren I. (2010) *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. Kap 2 (s. 13-20)

Travelbee J.; til norsk ved Thorbjørnsen K M (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget 1999

Tilgjengelig fra: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008100804021#&struct=DIV286 (15.04.2012)

Kap. 1 (s. 27-50), 2 (s. 51-59), 6 (s. 98-113), 8 (s. 126-127), 9 (s. 133-166), 10 (s. 169-217)
Totalt: 128 sider.

Selvvalgt litteratur:

Engedal K., Haugen P.K. (2009) *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok. 5. utg. 2009.*
Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse. kap. 1-3 (s. 15-57), 6 (s. 123), 7 (s. 139-150), 15
(s. 311-316) Totalt: 181 sider.

Hem M. H., Gjerberg E., Pedersen R., Førde R. (2010) *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang.* I: Sykepleien Forskning 2010 5(4):294-301
Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang> (15.04.2012)

Kada S., Nygaard H. A., Mukesh B. N., Geitung J. T. (2009) *Staff attitudes towards institutionalised dementia residents.* I: Journal of Clinical Nursing: vol. 18, issue 16, pages: 2383 - 2392. August 2009.

Kalstveit K., Rydland S. (2012) *49 av 55 sjukeheimar bruker ulovleg tvang* I: NRK Hordaland
Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.8079744> (18.04.2012)

Kirkevold Ø. (2005) *Bruk av tvang i sykehjem.* I: Tidsskriftet nr 10 2005 s 1346-1348.

Kirkevold Ø. (2008) *Bruk av tvang i norske sykehjem Overgrep eller nødvendig del av god omsorg?* I: Utposten nr.6 2007 s. 11 – 14

Lov av 22. mai 1902 nr 10: Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven).
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19020522-010.html> (15.04.2012)

Rokstad A. M. M. (2008) kapittel 8: Utfordrende atferd I: Smebye K. L, Rokstad A. M. M. (red) *Personer med demens Møte og samhandling.* Oslo: Akribe s. 180 – 204

Johnsen L., Smebye K. L. (2008) Kapittel 9: Bruk av tvang i demensomsorgen I: Smebye K. L, Rokstad A. M. M. (red) Personer med demens Møte og samhandling. Oslo: Akribe s. 207 – 231

Moxnes P. (2012) *Jeg hørte fortsatt skrikene hennes* I: Dagbladets Nettutgave

Tilgjengelig fra:

<http://www.dagbladet.no/2012/01/30/kultur/debatt/kronikk/sykehjem/dod/20002636/>

(15.04.2012)

Sosial- og helsedirektoratet, Oslo (2007) Glemsk, men ikke glemt – Om dagens situasjon og fremtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens.

Tilgjengelig fra:

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/ShDir_DemensRapport_KORR4.pdf

(15.04.2012)

Statistisk sentralbyrå (1999) Eldre i Norge. Oslo-kongsvinger

Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa32/sa32.pdf (15.04.2012)

Støren I. (2010) *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. Kap 2 (s. 13-20)

Travelbee J. ; til norsk ved Thorbjørnsen K. M. (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget 1999

Tilgjengelig fra: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008100804021#&struct=DIV286 (15.04.2012)

Kap. 1 (s. 27-50), 2 (s. 51-59), 6 (s. 98-113), 8 (s. 126-127), 9 (s. 133-166), 10 (s. 169-217)

Totalt: 128 sider.

Totalt antall sider selvvalgt litteratur er 598, i tillegg kommer artikler uten sidetall.