

UNIVERSITETET I
NORDLAND

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

*”Hvordan kan sykepleiere begrense bruken
av unødig tvang overfor sykehjemspasienter
med demens?”*

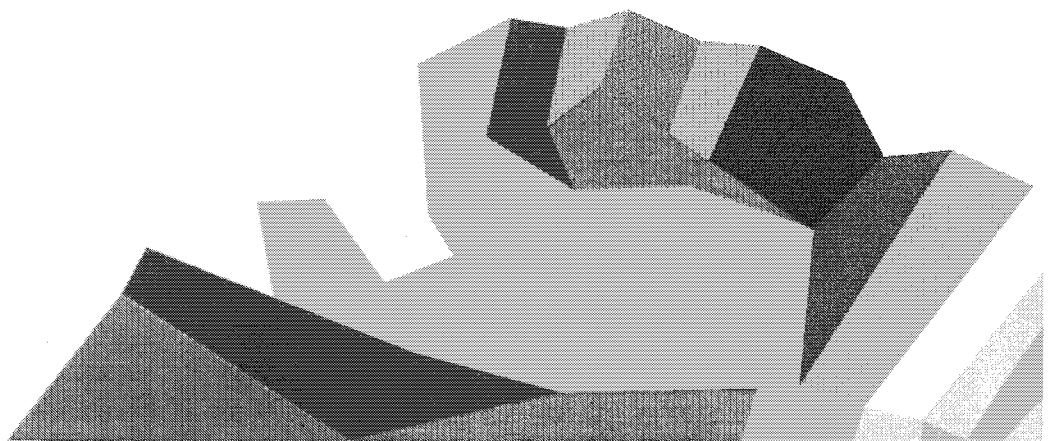
[Liland, Rikke Steffensen]

Kurskode: SY180H

Dato: 26/10-12

Kandidatnummer: 11

Antall sider: 35 (9797 ord)



Innholdsfortegnelse

Aftenvakt på sykehjemmet	s. 4
1.0 INNLEDNING	s. 6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s. 6
1.2 Hensikt med oppgaven	s. 6
1.3 Presentasjon av problemstilling med begrunnelse	s. 6
1.3.1 Avgrensninger og presisering av problemstilling	s. 7
1.4 Oppgavens disposisjon	s. 7
2.0 METODE	s. 8
2.1 Hva er en metode?	s. 8
2.2 Metodevalg med begrunnelse	s. 9
2.2.1 Narrativ metode	s. 9
2.2.2 Etsiske hensyn	s. 9
2.3 Kildekritikk	s. 9
Dagvakt på sykehjemmet	s. 11
3.0 TEORI – SAMHANDLING MED PASIENTER MED DEMENS	s. 12
3.1 Hva er demens?	s. 12
3.2 Å møte personer med demens	s. 14
3.2.1 Holdninger og menneskesyn – å se den andre	s. 14
3.2.2 Omsorg og etikk	s. 16
3.2.3 Verdighet og kvalitet	s. 17
3.2.4 Kommunikasjon og tilrettelegging	s. 18
3.2.5 Refleksjon og kompetansutvikling	s. 18
3.3 Bruk av tvang overfor pasienter med demens	s. 20
3.3.1 Tvangsbruk og samtykkekompetanse	s. 20
3.3.2 Når samtykkekompetanse mangler	s. 21

4.0 DRØFTING	s. 23
3.4 En uverdige ettermiddag for Olga	s. 23
3.4.1 Olga sitt uttrykk	s. 23
3.4.2 Bleieskift på ”død og liv”?	s. 25
3.4.3 Hvilke holdninger og menneskesyn ble Olga møtt med?	s. 26
3.5 En verdig opplevelse for Olga	s. 28
3.5.1 De tålmodige pleierne	s. 28
3.5.2 Å tilrettelegge for Olga	s. 29
3.5.3 Vi må reflektere mer!	s. 30
4.0 MINE AVSLUTTENDE ORD OG REFLEKSJONER	s. 32
5.0 LITTERATURLISTE	s. 33
5.1 Pensumlitteratur	s. 33
5.2 Selvvalgt litteratur	s. 33

Aftenvakt på sykehjemmet

Aftenvakten på sykehjemmet begynner med en liten rapport gitt av personalet som har vært på dagvakt. Det er ingenting spesielt denne dagen. Denne avdelingen jeg har min praksis på er en avdeling med en pasientgruppe som er sterkt pleietrengende. Blant annet har vi Olga, en gammel dame med langtkommen demens. Det er henne jeg skal ha fokus på i denne fortellingen.

Ettermiddagen begynner med å hjelpe de gamle opp fra middagshvilen, og så er det ettermiddagskaffe. Til kaffen står det enda en plass ledig ved bordet, og det er her Olga bruker å sitte. Olga bruker å ligge til litt senere på ettermiddagen før vi hjelper henne å stå opp. Hun må ha sengehesten oppe, da hun hadde kommet til og vandret dagen lang dersom hun ikke ble tvunget til å ligge en stund. Allerede her kommer tvangsbegrepet inn. Å bruke en sengehest mot pasientens samtykke er å bruke tvang, ifølge pasientrettighetsloven.

Når de andre pasientene på avdelingen har fått seg kaffe er det på tide å gå inn til Olga. Jeg merker meg at den personen jeg går på jobb sammen med bare går rett inn til henne, tar ned sengehesten og sier at nå skal Olga få komme opp. Jeg forsøker å snakke rolig med Olga underveis, men alt går så fort. Olga får hjelp til å sette seg opp på sengekanten, med litt motstand, etterfulgt av å ta henne i hver vår arm og nesten dra henne ut på badet, der hun skal få gå på do. Olga stritter i mot, hun vil ikke, hun skjønner ikke hva som skjer. ”Ja vel, da kan du stå her med vasken, så vi får skiftet bleien din.” Olga tviholder på buksen sin, mens vi forsøker å få den ned. Vi klarer det til slutt. Olga blir sint. Hvem ville ikke blitt det? Når vi er ferdige er Olga snar med å komme seg ut av badet.

Olga setter seg til bordet og får sin ettermiddagskaffe og noe å bite i. Etter dette vandrer hun rundt i gangene. Setter seg litt ned, vandrer litt igjen. Sånn går ettermiddagen.

Når det er på tide å legge Olga, er det samme prosedyre som på ettermiddagen. Å ta henne i hver vår arm og nærmest dra henne inn på rommet sitt, og videre inn på badet. Alt vi gjør fra vi tar henne med oss, til vi sier god natt til henne kan defineres som tvang, fordi at det gjøres mot hennes vilje. Av med klær, på med nattkjole, skifte bleie, pusse tenner. Senga går hun selv til og setter seg på. Føttene må vi svinge opp i senga, og så opp med sengehesten. Til slutt er det øyendråpene. Jeg henter de på badet til Olga, går bort til henne og forteller at jeg skal dryppe øynene. Olga sier ”nei, nei!” og vifter med armene framfor øynene sine. Jeg vet at

mange av de ansatte ville ha holdt hendene hennes, for så og dryppet, men her på dette tidspunkt sier alt inne i meg ”STOPP! Dette vil jeg ikke!” Jeg setter øyendråpene tilbake, sier god natt til Olga, slukker lyset og går ut av rommet. Olga har trukket dynen over ansiktet, tydelig preget av redsel.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom min praksis som sykepleierstudent har jeg sett hvordan ulike måter tvang er blitt brukt på. Tvang er å gjøre noe uten pasientens samtykke, for eksempel et stell der pasienten motsetter seg dette. Jeg har det inntrykket av at det ikke tenkes nøye gjennom hvorfor man gjør sånn som man gjør. Ofte tror jeg vi skylder på dårlig tid når vi går til de skrittene og bruker tvang, eller at vi er nødt til å bruke det, da andre alternativ ikke nytter.

Etter hendelsen med Olga, har jeg tenkt veldig mye på tvangsbruk. Dermed handler denne oppgaven om bruk av tvang og hvordan helsepersonell kan redusere denne tvangsbruken, og dermed gjøre situasjonen best mulig for pasientene.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å sette fokus på bruken av tvang, og på hvilke måter man kan begrense tvangsbruken i situasjoner der tvang kan bli aktuelt. Tvang skal være siste utvei, andre metoder skal være prøvd først. Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å finne ut hvordan man som helsepersonell kan bli flinkere til å unngå tvang, og dermed bidra til å endre praksis når det gjelder dette problemet.

1.3 Presentasjon av problemstilling med begrunnelse

Temaet for oppgaven er *demens og bruk av tvang*. Med utgangspunkt i dette temaet er problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiere begrense bruken av unødig tvang overfor sykehjemspasienter med demens?

Jeg syns bruken av tvang overfor sykehjemspasienter med demens er et viktig tema, da det for det første er et overgrep mot menneskers integritet, og for det andre er det i følge Pasientrettighetslovens kapittel 4A en del vilkår som må være oppfylt før man kan gjøre vedtak om tvang. Jeg ønsker gjennom problemstillingen å finne ut av hvordan sykepleieren kan begrense denne unødige tvangsbruken.

1.3.1 Avgrensninger og presisering av problemstilling

Jeg ønsker i oppgaven å ha fokus på sykehjemspasienter med demens. Videre er tvang et tema som omfatter mye, for eksempel hjelp til stell, matning, medisiner, alt **uten** pasientens samtykke. Derfor tror jeg det kan være lurt å fokusere på et av disse områdene, og dermed har jeg valgt at min oppgave skal dreie seg om tvangsbruk når det gjelder pasientens personlige hygiene, herunder stellsituasjoner. Jeg vil i oppgaven ha fokus på de pasientene som fortsatt har evne til å kommunisere verbalt. I tillegg vil jeg fokusere på hvordan man kan bruke seg selv i tvangsforebyggingen, og dermed ser jeg bort fra andre hjelpemidler som for eksempel bruk av musikk og Marte Meo-metoden.

1.4 Oppgavens disposisjon

I denne oppgaven skal jeg skrive om hva som kan bidra til å redusere tvangsbruken blant sykehjemspasienter med demens.

Etter innledningen kommer det en metodedel der jeg redegjør for mitt metodevalg. Jeg har skrevet to fortellinger i forbindelse med metodevalget, og den første fortellingen har jeg valgt å ha helt i begynnelsen av oppgaven, før innledningen. Den andre fortellingen kommer før teoridelen.

Teoridelen kommer etter metodedelen, og her skal jeg gå inn på ulike faktorer som er viktig i vårt møte med pasienter med demens. Etter teoridelen skal jeg skrive en drøftingsdel, der jeg drøfter mine opplevelser opp mot teorien.

Til slutt skal jeg skrive en kort avslutning der jeg vil gi en liten oppsummering av det jeg er kommet fram til i løpet av oppgaveskrivingen.

2.0 Metode

2.1 Hva er en metode?

I følge Dalland (2000) er Vilhelm Aubert blitt sitert i mange sammenhenger når det gjelder spørsmål om hva en metode er, og hans definisjon på en metode vil også jeg benytte meg av her:

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, 2000, s. 71).

En metode er altså noe vi benytter oss av for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det er et redskap som hjelper oss til å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2000).

Det skilles mellom kvantitativt orienterte metoder og kvalitativt orienterte metoder.

Ved bruk av kvantitativ metode tar man sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter, som videre gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, som for eksempel å finne gjennomsnittet eller prosenter av en større mengde. Spørreskjema med faste svaralternativer er et eksempel på en kvantitativ metode (Dalland, 2000).

Ved bruk av kvalitativ metode tas det sikte på å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kjennetegn ved kvalitativ metode er blant annet at man ønsker å gå i dybden av det man vil undersøke, og dataen som samles tar sikte på å få fram sammenheng og helhet. Eksempler på kvalitativt orienterte metoder er blant annet intervju, der det ikke foreligger faste svaralternativer, men som heller preges av fleksibilitet. Litteraturstudie og narrativ metode hører også inn under de kvalitative metodene (Dalland, 2000).

2.2 Metodevalg med begrunnelse

I denne oppgaven skal jeg benytte meg av kvalitativ metode. Dette fordi jeg ønsker å gå i dybden av temaet jeg har valgt, som omhandler tvang og demens.

Jeg ønsker å benytte meg av narrativ metode, som jeg vil forklare nærmere.

2.2.1 Narrativ metode

Narrativ betyr fortelling. Narrativ metode er en anerkjent metode innenfor hermeneutisk vitenskap. Hermeneutikk vil si at gjennom å beskrive og fortolke fenomener vil man skape forståelse og mening. Hensikten er altså å forstå virkeligheten. Ved å reflektere gjennom de erfaringene man gjør seg, vil kunnskap utvikles. Narrativer har altså en funksjon ved at de skaper refleksjon og aha-opplevelser (Egede-Nissen og Knutsen, 2010).

I følge Egede-Nissen og Knutsen (2010) er fortellinger en grunnleggende form vi bruker for å uttrykke de erfaringene vi har gjort oss, og dermed kunne skape mening og sammenheng. Å fortelle om en erfaring en har gjort seg er en god metode for å forstå hvilken betydning erfaringene har (Egede-Nissen og Knutsen, 2010).

I denne oppgaven har jeg brukt to forskjellige erfaringer jeg har gjort meg gjennom min praksis, gjenskapt i to forskjellige fortellinger. Disse erfaringene brukes som utgangspunkt i drøftingsdelen for å se om mine erfaringer samsvarer med teori og forskningsbasert litteratur.

2.2.2 Etiske hensyn

I min fortelling er alt anonymisert, det vil si at navnet på pasienten er fiktivt, samt at navn på praksissted eller kommune ikke kommer fram. Dermed kan ikke fortellingen spores til det opprinnelige.

2.3 Kildekritikk

I denne oppgaven har jeg brukt både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, i tillegg til forskningsartikler og fagartikler. Pensumlitteraturen jeg har brukt ser jeg på som relevant for min oppgave og holdbar i og med at det er fagbøker valgt ut for sykepleierutdanningen.

Av selvvalgt litteratur har jeg valgt Rokstad og Smebye (2009) og Martinsen (2008).

Anne Marie Mork Rokstad er utdannet sykepleier og har videreutdanning i blant annet psykiatri. Rokstad er nå ansatt som leder ved Nasjonalt kompetansesenter for demens (Rokstad og Smebye, 2009).

Kari Lislerud Smebye er også utdannet sykepleier og har tilleggsutdanning i pedagogikk og sosiologi. Hun er i dag høgskolelektor ved Høgskolen i Østfold (Rokstad og Smebye, 2009). Boka "Personer med demens – møte og samhandling" fant jeg på skolens bibliotek, og etter å ha bladd i den fant jeg ut at det sto veldig mye bra jeg kunne bruke i min oppgave. Den har derfor vært flittig brukt gjennom hele oppgaven.

Kari Martinsen er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykiatri og er dr.philos. Hun er nå deltidsansatt ved Høgskolen for Diakoni og sykepleie i Oslo. I tillegg har hun forfattet flere bøker (Martinsen, 2008). Boka "Øyet og kallet" fikk jeg anbefalt av min veileder.

Jeg har brukt både sekundær- og primærlitteratur i oppgaven min. Ulempen ved bruk av sekundærlitteratur kan være at teksten er bearbeidet av en annen forfatter enn den opprinnelige. Jeg har den formening om at forfattere av sekundærlitteraturen jeg har benyttet meg av får frem budskap som er relevant for min oppgave, til tross for at jeg egentlig ikke kan vite hva den opprinnelige forfatterens budskap er/var. Imidlertid går jeg ut fra at forfattere av sekundærlitteratur ikke "vrir og vrenger" på budskapet til den opprinnelige forfatteren, men forsøker å få frem budskapet på en god måte, selv om de kan fortolke det på sin måte. Jeg har funnet fram til primærlitteratur der dette er mulig.

Artiklene jeg har brukt er både forskningsbaserte og fagartikler. De forskningsbaserte artiklene har relevans da de er sammenfallende med mitt valg av problemstilling. Fagartiklene ser jeg som relevante da de er bygd på empiri, altså erfaringsbasert, og de er med på å understøtte de erfaringene jeg har gjort meg.

Jeg har forsøkt å holde meg til nyere litteratur (ikke eldre enn 5 år), det er bare et par bøker med eldre årstall. Allikevel finner jeg disse relevante.

Metoden jeg har brukt (narrativ metode) er også bygd på empiri, altså **mine** erfaringer. Jeg har skrevet fortellinger ut fra det jeg har sett med mine øyne, og dermed er oppgaven preget av det jeg har observert og de erfaringene jeg har gjort meg. Noen andre hadde kanskje sett og erfart noe annet, da vi alle er forskjellige og ser med ulike blikk.

Dagvakt på sykehjemmet

I dag bestemte jeg og sykepleieren jeg var på vakt sammen med for å ta det rolig for pasientenes skyld. Tempoet skulle ikke holdes så høyt som det til vanlig holdes, samtidig som vi fortsatt skulle klare å få gjort alt som skulle gjøres.

Det var en fin stund rundt frokostbordet, vi satt sammen med pasientene, og det var rolig. Til og med sykepleieren som gikk rundt med morgenmedisinen kommenterte dette. Til vanlig har jeg den oppfattelsen av at alt må gjøres i en hui og en hast for å komme i mål med gjøremålene.

Jeg skal nå tilbake til gamle Olga som har demens. Forskjellen fra den første fortellingen er at dette blir en finere fortelling.

Olga sover godt om morgenen, og derfor blir det ofte formiddag før vi hjelper henne å stå opp. I dag gikk vi inn litt tidligere for å skru på et av lysene slik at hun kunne få tid på seg til å våkne før hun skulle stå opp. Når vi kommer inn dit etter en stund, åpner hun øynene og hun smiler til oss. Når vi skal forklare hva som skal skje, ser vi fort at Olga ikke skjønner hva vi mener. Men vi er tålmodige. Vi tar sengehesten ned og setter skoene framfor senga. Dette ser Olga, og hun kommenterer skoene sine: ”Ja, der er de. De må stå der”. ”Ja, de skal du få kle på deg”, sier jeg. Vi lar henne bruke den tiden hun trenger, og etter litt setter hun seg opp på sengekanten. Olga ser på meg og ber meg om å sette meg ned sammen med henne på sengekanten, og det gjør jeg. Vi smiler til hverandre. Jeg ser på kroppsspråket til Olga at hun foreløpig forholder seg rolig. Sykepleieren sier: ”Olga, skal vi gå inn på badet slik at du får stelt deg?” Dette motsetter Olga seg, hun skal ikke være med på noe bad; ”Nei, nei, dere kan bare gå inn dit”. Men sykepleieren vet råd, og sier: ”da kan jeg hente et vaskefat slik at du får stelt deg mens du sitter på senga”. Vi bruker fortsatt god tid, tid til å forklare og tid til å vise henne hva hun skal gjøre. Hun får vaskekluten i handa, og det første hun gjør er å vaske føttene sine. Vi bløter kluten på nytt, og denne gangen vasker hun ansiktet sitt etter at vi har vist henne hvordan hun skal gjøre det med vaskekluten. Vi får hjelpe henne med å kle på seg på overkroppen, og hun hjelper til selv. Olga reiser seg fra senga og vi spør om vi får hjelpe henne med å stille seg nedentil. Dette får vi ikke noe konkret svar på, men hun stritter ikke i mot når vi forsøker. Hun står i ro. ”Olga, nå kan du dra opp buksen” Vi hjelper henne litt, og dermed er Olga klar til å gå ut på fellesstua/kjøkkenet for å spise frokost. Hun takker så fint for hjelpen og sier at vi er flinke. Etter dette går dagen som den bruker; Olga vandrer litt i gangene, setter seg litt ned innimellom, spiser når hun selv vil. Hun smiler og ser fornøyd ut.

3.0 Teori – samhandling med pasienter med demens

3.1 Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på sykkelige tilstander som fører til kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og svikt i funksjonsevne når det gjelder dagligdagse gjøremål. Demens er et hjerneorganisk syndrom, som vil si at det er skader i hjernen som fører til demenssykdommen. Den kliniske presentasjonen av demens vil i startfasen variere fra menneske til menneske da det foreligger ulike sykdommer som gir forskjellige skademønstre i hjernen (Engedal, 2008).

Til tross for mange ulikheter når det gjelder demens, er det også mange likheter. Alle som rammes av sykdommen vil ha hukommelsesproblemer, og det gjelder særlig for hendelser som hører den nære fortiden til. Problemer med å klare sin egenomsorg vil også være et sentralt fellestrekk ved de ulike demenssykdommene.

Det er vanlig å dele utviklingen av sykdommen i tre faser; startfasen, dekompeniseringsfasen og pleiefasen (Engedal, 2008).

I startfasen ser man de første tegnene til mental svikt, som hukommelsessvikt. Eksempler på dette er at pasienten kan glemme avtaler, glemme å handle, glemme å spise og lignende. Tidsorienteringsevnen kan også svikte. Noen pasienter får språkvansker, for eksempel ordlettingsproblemer (Engedal, 2008).

I den neste fasen, dekompeniseringsfasen, mister pasienten grepet på sin tilværelse. De kan bli lett forvirret og bringes ut av fatning, særlig når det oppstår stressende situasjoner. Hukommelsesevnen forverres også. Noen pasienter får vansker med å kommunisere språklig, noen klarer ikke ta vare på den personlige hygiene, og det er ikke uvanlig at noen pasienter kan gå seg vill. I denne fasen kommer de fleste pasientene i kontakt med helsevesenet (Engedal, 2008).

I pleiefasen, som er den siste fasen av demenssykdommen, er pasienten preget av motorisk svikt, som for eksempel inkontinens, balansesvikt og problemer med gangen. De fleste pasientene er i denne fasen helt avhengig av fysisk pleie.

Andre vanlige symptomer ved demens er svekket læringsevne, svekket orienteringsevne, svekket vurderingsevne og dømmekraft, samt svekket forståelsesevne (kognitive symptomer), depresjon, angst, personlighetsendring, vandring, apati, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger som for eksempel roping, og forandret døgnrytme (psykologiske og atferdsmessige symptomer)(Engedal, 2008).

I følge Engedal (2008) er de fleste demenssykdommene irreversible og progredierende. Dette vil si at sykdommen ikke kan kureres, og den vil mest sannsynlig forverres/utvikle seg, vanligvis over en ni til ti års periode. Alzheimers sykdom, demens med Lewy-legemer, frontotemporallappdemens og vaskulære demenstilstander hører inn under de irreversible og progredierende demenssykdommene (Engedal, 2008).

Til tross for at demens ikke kan kureres, finnes det legemidler som kan bedre symptomene for en periode (Jacobsen, 2009).

3.2 Å møte personer med demens

3.2.1 Holdninger og menneskesyn – å se den andre

”Han eller hun var i det minste klar i hodet til det siste” er ofte uttalelser man hører fra pårørende som har mistet en nær slektning, som om den avdøde kom i mål i livet på en mer verdig måte enn dersom han eller hun hadde hatt en demenssykdom. Dette gjenspeiler den oppfatning mange har om at et fullverdig liv er knyttet til en klar bevissthet og bevarte kognitive funksjoner, til tross for at mange personer med lett til moderat demens opplever å ha et godt liv (Rokstad, 2009).

I følge Rokstad (2009) understreker Tom Kitwood (britisk sosialpsykolog) at vår referanseramme som helsepersonell skal være PERSON-med-demens, og ikke person-med-DEMENS.

Kitwood har tatt et oppgjør med samfunnets tendens til å se på mennesker med bortfall av kognitive funksjoner som et tilfelle, i stedet for å anerkjenne at til tross for bortfall av kognitive funksjoner er mennesket fortsatt et fullverdig individ (Rokstad, 2009).

Å være profesjonell, i følge Martinsen (2008), innebærer å ha en fagkunnskap som gir mulighet til å se pasienten som et menneske, og ikke redusere han eller henne til et objekt. Pasienten er ikke redusert til sin diagnose (Martinsen, 2008). Martinsen (2008) sier at

”Sykepleieren tror det hun ser, og hun kjenner smerten igjen: et lidende menneske som berører henne og ber om hennes oppmerksomhet, om hennes medfølende tanke, tilstedeværelse og handlekraft i forhold til han og hans situasjon. Sykepleieren er oppfordret til å hjelpe ut fra den enkeltes særpreg, på den måte som den enkelte trenger det” (Martinsen s. 27, 2008).

Når det gjelder helsepersonellens holdninger, er det et stort behov å komme bort fra vektleggingen av svikt ved demenssykdom, og heller fokusere på opplevelsesaspektet hos de som rammes. Personer med demens må anerkjennes som kompetente på sin egen situasjon, i stedet for å usynliggjøres. Helsepersonell må ha en holdning som ikke innebærer at de er bedrevitere, men at de i langt større grad forsøke å finne frem til pasientens ønsker og behov. Til dette kreves aktiv lytting, og hjelper må forsøke å innleve seg i pasientens verbale og ikke-verbale budskap for å kunne forstå pasientens situasjon. Utfordringen ligger i å fange opp signaler fra pasienten, slik at tiltakene som iverksettes, reflekterer pasientens behov så godt det lar seg gjøre (Rokstad, 2009).

Martinsen (2008) snakker om *mesterskapet i å se*. Med dette mener hun at man kan trene seg opp til å bli oppmerksomme i forhold til pasientene. Man lærer å lytte til andre, til å se og se etter, og til å rette oppmerksomheten mot der en befinner seg; det handler om å være nærværende i situasjonen (Martinsen, 2008).

I dette mesterskapet innbys sykepleieren til å følge med pasienten og hans tilstand for å finne ut hva han er best tjent med. Sykepleieren er i en deltakerposisjon der pasienten er den betydningsfulle (Martinsen, 2008).

Hvilket menneskesyn man har, handler om hvilken oppfatning man har av den andre. Ifølge Smebye (2009) har filosofen Martin Buber skissert to hovedmodeller når det gjelder ulike tilnærminger. Den første tilnærmingen er en jeg-det-tilnærming, der en ser den andre som et objekt og dermed behandler den andre nærmest som en ting uten forstand og sjel. Dermed blir resultatet at hjelperen er den som vet best og derfor handler på vegne av pasienten. Kroppen til pasienten er noe som skal vaskes, mates eller behandles. Gjøremålene blir viktigere enn personen (Smebye, 2009). Dette kalles også for et reduksjonistisk menneskesyn i følge Brinchmann (2008).

Den andre tilnærmingen, jeg-du-tilnærmingen, er et gi og ta-forhold, der det er en dialog mellom to personer. Hjelperen ønsker å stimulere pasientens gjenværende ressurser og kompensere for sviktende evner. Her kan personen med demens informere om sine ønsker og behov. For hjelperen er pasienten et verdifullt menneske. Resultatet av denne tilnærmingen er at pasienten alltid kommer først, hjelperen ser *personen*, og ikke bare sykdommen og symptomene (Smebye, 2009). Denne tilnærmingen kalles også for en holistisk tilnærming. Med dette menes en helhetsforståelse der alle deler av mennesket må tilgodeses (fysisk, psykisk, åndelig og sosialt). Hver del henger sammen med hverandre (Brinchmann, 2008).

3.2.2 Omsorg og etikk

Etikk er teorien om moralen. ”Moral er regler eller retningslinjer for hva som er rett eller galt, godt eller dårlig i det praktiske liv, og særlig i forhold til andre mennesker” (Brinchmann s. 16, 2008).

I følge Kristoffersen m.fl. (2006) er omsorg og moral nært sammenbundet. Omsorg er et fenomen som utgjør grunnlaget for den menneskelige eksistens og samhandling, som følge av en grunnleggende avhengighet mellom menneskene. Omsorg utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie. I følge Kristoffersen (s. 62, 2006) sier Kari Martinsen at ”omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv”. Enhver situasjon sykepleieren står overfor er av moralsk karakter, da utfordringen ligger i å handle til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2006).

Nærhetsetikken handler om tilnærmingen til moralske fenomener og moralsk praksis som setter jeg-du-forholdet i sentrum. Fokuset ligger på samspillet mellom to ulike individer. Nærhetsetikken knyttes hovedsakelig til den franske filosofen Emmanuel Levinas og den danske teologen og filosofen Knud Ejler Løgstrup. Felles for disse to er at etikken ses på som noe fundamentalt (grunnleggende), og etikkens utgangspunkt er de mellommenneskelige relasjoner til andre mennesker (Brinchmann, 2008).

Nærhetsetikken omhandler holdninger, væremåte og relasjoner, mens den normative etikken handler om plikter, regler og normer. Normativ etikk brukes ofte for å begrunne etiske dilemmaer og vanskelige valg, mens nærhetsetikken blir brukt for å belyse væremåte og holdninger blant helsepersonell (Brinchmann, 2008).

I følge Brinchmann (2008) blir Løgstrups etikk ofte referert til i sykepleie- og omsorgsetikk, og har vært viktig inspirasjonskilde for blant annet Kari Martinsen. Menneskets erfarte virkelighet utgjør grunnlaget for etikken i følge Løgstrup. Han sier det eksisterer noen grunnleggende fenomener i det å være menneske. Disse kaller han spontane livsytringer. Tillit, medlidenhet, barmhjertighet, åpenhet og håp er spontane livsytringer, og disse er en selvfølge for oss mennesker. Vi har en grunnleggende tillit til andre mennesker. Denne tilliten må ikke begrunnes, det er det bare mistilliten som må. Ved å vise tillit, utleverer vi oss selv. Noe av vårt liv blir lagt i den andres hender, og vi forventer å bli sett, møtt og tatt vare på. Den etiske fordring er å ta vare på den andres liv. Altså ligger det en etisk fordring i å gjøre situasjonen god for pasienten, slik at pasienten får tillit til hjelperen (Brinchmann, 2008).

I følge Martinsen må en i yrkesmessig sammenheng forsøke å bytte plass med pasienten, og forestille seg at man er i pasientens situasjon. Spørsmålet en da må stille seg selv er hvordan man selv ville ønsket og bli møtt (Kristoffersen, 2009).

3.2.3 Verdighet og kvalitet

I Menneskerettighetenes fortale er det slått fast at alle menneskene har en iboende verdighet, og denne har vi fordi vi er mennesker. Den subjektive verdigheten er hva den enkelte opplever som verdig for seg. For å oppleve verdighet må personen bli behandlet med verdighet fra andre. Motsatt kan man bli behandlet slik at man opplever mindreverdighet (Bredland m.fl., 2011).

I følge verdighetsgarantien skal eldreomsorgen tilrettelegges slik av alderdommen blir verdig og trygg, og sikre så langt som mulig et meningsfylt liv i samsvar med individuelle behov (Forskrift om en verdig eldreomsorg, lov av 2010).

Videre har sykepleiere de yrkesetiske retningslinjene å forholde seg til. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som er utarbeidet av ICN (International Council of Nurses), skal ”grunnlaget for all sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” og ”sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Når det gjelder sykepleieren og pasienten, skal sykepleieren ivareta hver enkelt pasientes verdighet og integritet, det vil si både retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, kap. 2, 2011).

I følge NS-ISO 8402 (1996) er kvalitet ”en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte behov eller krav som er antydnet” (Jakobsen s. 36, 2005).

Kvalitetsforskriftene skal bidra til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt de grunnleggende behovene. Dette skal gjøres med respekt for menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesteyting § 1, 1982).

3.2.4 Kommunikasjon og tilrettelegging

Kommunikasjon er en grunndimensjon i menneskelivet som er med på å bygge, utvikle og å opprettholde relasjoner. Kommunikasjon viser seg både verbalt (språklig) og non-verbalt (ikke-språklig, kroppsspråk) (Wogn-Henriksen, 2009).

Når vi skal kommunisere med pasienter med demens, er et godt utgangspunkt å ha fokus på mennesket, på mening og sammenheng, og i mindre grad på sykdommen og manglene.

En god holdning i forbindelse med kommunikasjon med pasienter med demens vil blant annet være å kjenne til hva en demenssykdom med dens forandringer innebærer. Samtidig skal vi erkjenne menneskets verdi. Vi må vise respekt og empati for den personen vi skal kommunisere med. Med respekt menes å ta personen på alvor, og empati innebærer å forsøke å forstå den andres situasjon og opplevelse (Wogn-Henriksen, 2009).

Gjennom de kognitive og språklige svikter som en demenssykdom kan innebære, vil kommunikasjonsprosessen bli utfordret. Ingenting tyder på at behovet for kommunikasjon blir mindre ved demens. En av de største utfordringene ved demens er vanskeliggjort kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2009). I følge Kristoffersen (2006) sier Martinsen at alt som skjer rundt pasienten må formidles i et dagligspråk og ikke i et fagspråk som pasienten ikke forstår.

Når det gjelder tilrettelegging for pasienter med demens, er det ofte behov for individuell tilrettelegging. Som helsepersonell må man ta utgangspunktet i mennesket og hva den kognitive svikten består av. Ut fra dette må man finne frem til tiltak som kan være til hjelp for hver enkelt pasient, slik at de kan mestre aktiviteten eller situasjonen, til tross for svikten (Holthe, 2009).

3.2.5 Refleksjon og kompetanseutvikling

Dersom en skal kunne gi personer med demens et kvalitativt godt tilbud er det viktig med kompetanse hos personalet som jobber med pasientene under hele sykdomsforløpet.

Refleksjon over de handlingene vi foretar oss i møtet med pasienten, er en viktig forutsetning for kunnskapsutvikling (Rokstad, 2009).

”Refleksjon er evnen til å tenke i begreper og til å se påstander og resonnement i sammenheng. Vi vurderer, tenker over og analyserer kritisk de erfaringene vi gjør” (Rokstad s. 343, 2009). Hver enkelt på en arbeidsplass må reflektere over egen væremåte i samhandling

med pasienter, både i handlingen og etter handlingen. Dette er en vesentlig del av en profesjonell kultur. En kan også reflektere i fellesskap over handlinger i ulike situasjoner. I fellesskap vil man da komme fram til en felles tolkning av situasjonen som vil danne en ledetråd for videre handling. Handlingsvalgene er basert på pasientens behov, de fagkunnskapene man innehar, samt de felles verdiene arbeidsplassen har. Eksempler på felles refleksjon kan være uformelle samtaler mellom kolleger, rapportmøter, personalmøter, behandlingsmøter eller rett og slett tilrettelagte veiledninger der felles refleksjon er en hovedbestanddel (Rokstad, 2009).

Dersom en skal heve kompetansen på en arbeidsplass, må det legges til rette for tilegning av kunnskap om demens, samt at personalet må få mulighet til å reflektere over sine opplevelser og samhandlinger med pasienter med demens. Ansvaret for denne faglige oppdateringen hviler både på lederen på arbeidsplassen og på de ansatte. Lederen har et ansvar for at virksomheten drives etter etiske, faglige og lovpålagte føringer. Lederens holdninger har stor betydning for både den faglige standarden og for det menneskesynet som råder på arbeidsplassen (Rokstad, 2009).

I følge Rokstad (2009) snakker vi gjerne om en *pleiekultur* når det gjelder arbeidsplasser, og med pleiekultur menes de tradisjonelle verdier og normer innenfor pleie- og omsorgsarbeidet. De felles verdiene, normene og forventningene som etableres bidrar til stabilitet og forutsigbarhet blant personalet. På grunnlag av dette vil mange holde fast ved den pleiekulturen som allerede er etablert, da det oppleves trygt. Konsekvensen av dette kan være at det legges et hinder for faglig utvikling. Derfor må endringer gjennomføres slik at det ikke anses som en trussel mot personalets behov for forutsigbarhet og trygghet (Rokstad, 2009).

3.3 Bruk av tvang overfor pasienter med demens

”I de senere år har det kommet flere rapporter og undersøkelser som viser at det foregår en ikke ubetydelig ulovhjemlet bruk av tvang i omsorgen for mennesker med demens. Det skaper mange vanskelige situasjoner og dilemmaer for de ansatte, og er et enda større problem for pasientene” (Johnsen og Smebye s. 208, 2009).

3.3.1 Tvangsbruk og samtykkekompetanse

For å kunne forholde seg til lovgivningen på rett måte, er det viktig å vite hvordan tvang defineres i juridiske sammenhenger. En enkel måte å definere tvang på er at *tvang er fravær av samtykke*. Definisjonen er blant annet brukt i psykisk helsevernlov (lov av 1999-07-02) § 1-2, tredje ledd (Johnsen og Smebye, 2009).

Samtykke er et sentralt begrep i denne forbindelse, og det vil dermed være naturlig å forklare dette nærmere. Når det er snakk om samtykke er det pasientrettighetslovens kapittel 4 som er gjeldende. Dersom en skal ha et juridisk grunnlag for å gi helsehjelp, kreves det i utgangspunkt at pasienten har samtykket til dette, i følge pasientrettighetsloven § 4-1. Begrepet helsehjelp omfatter ”handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie-og omsorgsformål som er utført av helsepersonell” (Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c).

Videre i pasientrettighetslovens § 4-1 første ledd står det at dersom samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått informasjon om sin helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake, men da skal den som yter helsehjelpen gi pasienten informasjon om eventuelle konsekvenser av at helsehjelpen ikke blir gitt, jfr. Pasientrettighetslovens § 4-1 andre ledd.

Pasientrettighetslovens § 4-3 sier noe om hvem som har samtykkekompetanse og når tid samtykkekompetansen bortfaller. I følge lovens § 4-3 annet ledd kan samtykkekompetansen ”bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.” Samtykkekompetansen bortfaller først når pasienten åpenbart ikke forstår hva samtykket innebærer. Videre står prinsippene om selvbestemmelse og autonomi sterkt i pasientrettighetsloven, og lovens § 4-3 andre ledd sier noe om at helsepersonell skal

legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp (Johnsen og Smebye, 2009).

3.3.2 Når samtykkekompetanse mangler

I følge Johnsen og Smebye (2009) begrunnes ofte tvang i demensomsorgen med at det er til pasientens beste. Et naturlig spørsmål å stille da vil være om helsepersonell alltid er de rette til å definere hva pasientens beste er. De aller fleste mennesker, også mennesker der samtykkekompetansen helt eller delvis er bortfalt, vil oppleve det som en krenkelse av sin integritet dersom de blir utsatt for tvangsbruk (Johnsen og Smebye, 2009).

Om integritet sier Martinsen (2008) at dette er noe som er urørlig og bør forbli urørlig. ”Integritet er en sårbar livssammenheng som en står i, og som sier noe om grenser for inngrep” (Martinsen s. 12, 2008). Dersom mennesket ses på som et objekt, vil integriteten utviskes. Urørlighetssonen blir brutt – det er ikke lenger noe som tilhører oss. Som helsepersonell kan vi ta alt i vår makt, og dette viser skamløshet (Martinsen, 2008).

I 2009 trådte et nytt kapittel i pasientrettighetsloven (kapittel 4A) i kraft. Formålet med dette kapitlet er ”å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruken av tvang” (pasientrettighetsloven § 4A-1 første ledd). Bestemmelsene i dette kapitlet gjelder for personer over 16 år som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, jfr. Pasientrettighetslovens § 4A-1 tredje ledd.

Kapittel 4A i pasientrettighetsloven stiller strenge vilkår for bruk av tvang. I lovens § 4A-3 første ledd heter det at tillitskapende tiltak først skal være forsøkt før helsehjelp som pasienten motsetter seg kan gis. Videre i paragrafens andre ledd heter det at dersom pasienten opprettholder sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp. Imidlertid er det noen vilkår som må være vurdert og tilstede; for det første må det føre til vesentlig helseskade for pasienten dersom ikke helsehjelpen gis, jf. pasientrettighetsloven § 4A-3 annet ledd bokstav a. For det andre skal helsehjelpen anses som nødvendig, og for det tredje skal tiltakene stå i forhold til behovet for helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 4A-3 annet ledd bokstav b og c. I følge § 4A-5 første ledd er det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som kan treffe vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg.

Ifølge Johnsen og Smebye (2009) er det sjeldent aktuelt å anvende seg av pasientrettighetsloven § 4A når det er behov for vanlige hygienetiltak som stell. Loven kommer til anvendelse når en pasient kan være i fare for å skade seg selv eller andre.

4.0 Drøfting

4.1 En uverdige ettermiddag for Olga

4.1.1 Olga sitt uttrykk

For Olga og for vår del ble det ikke kommunisert mye underveis når vi skulle hjelpe Olga å stå opp fra middagshvilen. Vi kom inn på rommet, sa god morgen til henne, tok ned sengehesten og sa ”nå skal du få stå opp”. For Olga er demenssykdommen kommet så langt at når vi som helsepersonell spør om noe, gir sjeldent svarene hennes sammenheng med spørsmålet. Det kan godt hende hun forstår hva vi sier, men det er ikke sikkert hun finner rette ord til å svare med. Det foreligger en utfordring når det gjelder kommunikasjon med personer som har demens. Utfordringen vår, som helsepersonell, blir å få fatt på uttrykkene til blant annet Olga - hva sier de oss? Man kan se om en person er redd, engstelig, glad, rolig etc. Kroppsspråket vårt kan gi mye informasjon.

Da vi kom inn til Olga denne ettermiddagen var ikke kommunikasjon det mest fremtredende i møtet med henne. Vi sa at ”nå skal du få stå opp”, og det var nesten det eneste. Olga ble ikke hørt. Alt skjedde så fort. Jeg forsøkte å snakke med henne underveis, men det ble bare stress. Det er lett å se når Olga blir urolig. Det er lett å se generelt på mennesker når de tenker ”hva skjer?” De får et spørrende og kanskje engstelig uttrykk i ansiktet. Olga hadde et sånt uttrykk, samt at hun ga uttrykk for at hun bare ville ha oss bort. Hun viftet med armene mot oss og signaliserte med hele kroppen at hun ikke ville ha oss der.

Vi skylder lett på den dårlige tiden vi sier vi har, men det koster ikke så mye å sette seg ned med pasientene for å forsøke og skape litt trygghet. Dette gjør vi blant annet gjennom kommunikasjon. Jeg tenker også at det handler om å ta seg tid. Jeg tror og har den erfaring at dersom vi tar oss litt mer tid, kan vi unngå tvang i mange tilfeller. Selv om det er en utfordring å samhandle med Olga har jeg erfart at vi kan om ikke annet gjøre situasjonen litt bedre for henne med at vi tar oss tid!

Wogn-Henriksen (2009) nevner respekt og empati. Med respekt tar vi personen på alvor, og empati innebærer at vi forsøker å forstå den andres situasjon og opplevelse. For meg handler respekt om i denne sammenheng at vi setter oss ned med pasienten og viser tilstedeværelse, altså at vi hører etter. Med dette kan vi skape trygghet. Det som skjedde i fortellingen, var

respektløst i mine øyne. Vi overkjørte Olga. Jeg har i teoridelen skrevet litt om integritet og hva Martinsen (2008) sier om dette. Jeg vil si at vi brøt Olgas integritet – vi tvang oss på henne, vi viste denne skamløsheten Martinsen (2008) snakker om. I forbindelse med denne situasjonen tenker jeg noen ganger på hvis det hadde vært meg selv i den situasjonen. Hvis jeg hadde ligget og sovet, og plutselig hadde det kommet to fremmede mennesker inn og sagt at jeg skulle stå opp. Klart hadde jeg blitt engstelig. Jeg syns ikke det er vanskelig å forstå personer med demens' reaksjoner i slike situasjoner. Kommunikasjon er en vesentlig del av relasjonsbyggingen. Vi må snakke til pasienten og la pasienten få svare. Og vi må høre etter! Relasjons- og tillitsbygging er alfa og omega i vårt arbeid med pasienter med demens, dersom vi skal kunne gjøre hverdagen deres bedre og mer verdig. Det handler om å vise omsorg, i den betydning at vi viser omtanke for pasienten. Omsorg utgjør tross alt grunnlaget for sykepleien (Kristoffersen, 2006).

Jeg sier ikke at kommunikasjon og det å ta seg tid alltid hjelper- noen ganger er det svært vanskelig å samarbeide med pasienter med demens. Da nytter det ikke hvor god tid vi tar oss. Det er uansett viktig at vi forsøker! For det **kan** faktisk bidra til at tvangsbruk reduseres, og at deres opplevelse av situasjonen blir bedre. Det handler om at pasienten skal oppleve verdighet. I teoridelen kommer det fram at den subjektive verdigheten er hva hvert menneske opplever som verdig (Bredland m.fl., 2011). For eksempel hva er verdighet for meg? For meg vil verdighet være å bli møtt med respekt. Jeg vil at andre mennesker skal akseptere og respektere mine ønsker og behov. Dersom de ikke gjør det, vil det kanskje føre til at jeg føler mindreverdighet, da det ikke er så viktig hva jeg vil.

Olga har demens, men skal ikke hun få oppleve verdighet til tross for sykdommen sin? Det er ikke alltid like lett å få tak på hva ønskene til personer med demens er, og hva som er viktig for dem, spesielt når sykdommen har fått utviklet seg en stund. Imidlertid går jeg ut i fra at de fleste mennesker vil bli hørt, altså bli møtt med respekt og ikke overkjørt når det gjelder deres behov eller ønsker, demens eller ikke demens.

4.1.2 Bleieskift på ”død og liv”?

Det ligger veldig mye etikk og moral i å arbeide med mennesker. Som pasient på sykehjemmet er noe av Olgas liv lagt i våre hender, og det er vårt ansvar å ta vare på dette. Vi som helsepersonell har ansvaret for å handle moralsk, altså gjøre situasjonen til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2006). Det vi gjorde i fortellingen var å nærmest dra Olga med oss på badet slik at hun kunne få gå på do og få skiftet bleien. Behøvde Olga egentlig det, eller er vi bare styrt av rutiner?

Nærhetsetikken har fokuset på samspillet mellom to ulike individer, og det handler om holdninger, væremåte og relasjoner (Brinchmann, 2008). I følge Brinchmann (2008) har vi som mennesker noen spontane livsytringer, blant annet tillit. Jeg tror tilliten Olga kunne hatt til oss, ble brutt i det vi gjorde dette overtrampet. Det var ikke mye etikk som lå bak handlingen. Situasjonen ble ikke god for Olga. I tillegg vet vi at Olga bruker å gå på do når hun kjenner hun må. Det er sjeldent bleien er så våt at vi **må** skifte den. Når bleien er blitt så våt at den ikke klarer å ta av for mer væske, da syns jeg det er uetisk for pasientens del å ikke skifte den. Hvem vil vel gå rundt med gjennomvåt bleie og lukte urin? I den sammenheng kan vi se litt på hvordan bleieskiftet gjøres på. I følge en forskningsartikkel skrevet av Hem (2010), kom det fram at det ofte er en utfordring å hjelpe pasienter med demens i stellsituasjoner. Det som er interessant er at resultatet forskningen viser er at motstand mot hjelp ligger mer i **måten** handlingen blir utført på enn selve handlingen. Det handler om å etablere tillitsfulle relasjoner, som jeg har snakket om. I Olgas tilfelle ble hun nærmest dratt inn på badet for å skifte bleien, og det var overhodet ingen god måte å skape tillit på.

Med overskriften på dette kapitlet, ønsker jeg å sette slike situasjoner på spissen. Mitt synspunkt er at det er lite aktuelt å bruke tvang overfor Olga når det gjelder bleieskiftet, og dette synspunktet understøttes av Pasientrettighetsloven kapittel 4A som stiller strenge vilkår for bruk av tvang. I følge Pasientrettighetsloven § 4A-3 annet ledd bokstav a skal det føre til vesentlige helseskade for pasienten dersom ikke helsehjelpen blir gjennomført, og hvilken vesentlig helseskade kan det gi Olga om vi ikke skifter bleien? Men som sagt syns jeg ikke det er greit at pasienter skal gå med gjennomvåt bleie og lukte urin. Da må vi forsøke å forklare til pasienten hvorfor bleien burde skiftes. Igjen det med kommunikasjon. Jeg har erfart at det nytter å informere pasienten om dette. Blant annet husker jeg en situasjon med en pasient som er lite villig til å få hjelp til stell. En kveld kom jeg inn på rommet hennes og tilbydde meg å hjelpe henne hvis hun ville stille seg. Det luktet svette av klærne hennes. Hun

vasket seg selv, og jeg sa at jeg hadde hentet nytt undertøy til henne hvis hun ville skifte det. Hun sa at det behøvde hun ikke, men saken var den at i trusen hadde det kommet litt urin og avføring. Jeg sa forsiktig til henne at kanskje det var lurt siden trusen var blitt litt skitten, og når hun så det selv var hun helt enig i at den måtte skiftes. Vi kan ikke ”gi opp” de pasientene som gir oss utfordringer, for eksempel dersom det har vært vanskelig å samhandle med pasienten før, tar vi det for gitt at hun eller han er det i dag og. Vi **må** forsøke å få til et godt samarbeid med pasienten uansett utgangspunkt!

Myrset (2010) sier i en fagartikkel at noen ganger er alt som skal til mer smidighet overfor rutiner og prosedyrer, for å lykkes. Jeg kunne ikke vært mer enig. Jeg tror vi er veldig styrt av rutiner. Olga hadde ikke behov og blitt dratt inn på badet for å få skiftet bleien. På den måten hadde kanskje Olga følt mer kontroll over situasjonen, og fått en mer verdig opplevelse med at hun fikk bestemme over seg selv der og da. Vi må ikke glemme verdighetsgarantien, kvalitetsforskriften og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som jeg har skrevet om i teoridelen.

Når det gjelder stellsituasjoner, tror jeg vi burde stoppe opp og tenke dersom pasienten gjør motstand: ”Lukter pasienten så stygt at han faktisk er nødt til å stelle seg?” Vi skal ikke bruke dette som en unnskyldning for at vi kanskje ikke orker å gjøre jobben vår, men vi skal forsøke da vi vet at personlig hygiene er en viktig del av velværen vår. Jeg mener bare at dersom vi ikke oppnår en god relasjon i situasjonen med pasienten, **da** skal vi stoppe opp å tenke. Hva så om ikke Olga eller noen andre pasienter stelte seg en morgen? Vi må være fleksible som helsepersonell. Det er snakk om tilrettelegging, men dette kommer jeg tilbake til senere i drøftingen.

Myrset (2010) spør så fint om det er rom for at våre rutiner kan legges litt bort sånn at pasientens ønske her og nå er det som gjelder. Jeg mener klart ja!

4.1.3 Hvilke holdninger og menneskesyn ble Olga møtt med i fortellingen?

Når jeg nå ser tilbake på den situasjonen vi stod i, ser jeg at det foreligger en holdning hos oss der vi ser demenssykdommen framfor personen. Jeg tror dessverre det kan være lett å tenke at denne pasienten har demens, så derfor vet ikke personen hva som er det beste for seg. Vi som helsepersonell framtrådte som bedrevitere. Vi forsøkte ikke å forstå Olga. Jeg vil si at vi viste det Smebye (2009) karakteriserer som en jeg-det-tilnærming, uten at det var bevisst (i hvert fall fra min side). Gjøre målene blir viktigere enn personen. Kroppen til pasienten blir sentral,

den skal vaskes, mates eller behandles. Vi ser ikke personen - vi lyttet ikke til Olga og forsøkte heller ikke å fange opp de signalene Olga sendte ut. Det vi skulle gjøre ble viktigere enn Olga.

Vi skulle sett personen framfor demenssykdommen. Vi kunne snudd situasjonen om til noe positivt, tror jeg, dersom vi hadde vært bevisst våre holdninger. Vi skulle møtt Olga der hun er nå, igjen tilbake til det å være tilstedeværende. I stedet for å skynde oss, kunne vi tatt oss tid til Olga, og gitt henne en opplevelse av å bli sett som den personen hun er, og ikke som et demenstilfelle. Fortellingen uttrykker en dårlig holdning og et menneskesyn der kroppen til Olga kom først, ikke personen Olga. Martinsen (2008) sier at å være profesjonell innebærer å se pasienten som et menneske, og ikke redusere han eller henne til et objekt.

Jeg er ganske sikker på at med slike dårlige holdninger, legges det et grunnlag der tvang blir lettere å ty til, da vi muligens møter pasienten nettopp som et tilfelle, og ikke det mennesket han eller hun er. Vi må bli flinkere til å tenke på hvordan vi møter våre medmennesker, pasient eller ikke pasient. Vi skal **bygge opp** relasjoner som helsepersonell, ikke bryte de ned!

4.2 En verdig opplevelse for Olga

4.2.1 De tålmodige pleierne

Vi bestemte oss før vi begynte med stell den morgenen at vi skulle bruke god tid. Olga liker å sove lenge, så for å gradvis gi henne tilvenning til at det var inorgen, gikk vi inn og skrudde på litt lys. Etter dette var vi innom jevnlig for å se om hun var klar til å stå opp. Etter en stund var Olga klar, og hun satte seg først opp i senga, og så på sengekanten. Vi tok oss tid til å kommunisere med henne. Vi fokuserte på Olga, og forsøkte å forstå hennes uttrykk. Jeg mener vi viste en god holdning, vi så først og fremst **personen**. En av hensiktene med å gå inn til Olga var jo at vi skulle hjelpe henne med å stå opp og få stelt seg, men vi skulle gjøre det på Olgas premisser. Alle pasienter er personer som har en rett til å bestemme over seg selv. Det er viktig at de får fortsette å ha denne selv- og medbestemmelsen så langt det lar seg gjøre, til tross for deres demenssykdom. Det handler om verdighet, og jeg syns vi som helsepersonell har en viktig rolle i å tilstrebe at pasientene skal føle verdighet, de skal bli hørt. Personer med demens har også følelser, selv om de ikke alltid klarer å uttrykke hva deres ønsker eller behov er.

Ved å se Olga som et menneske viser vi jeg-du-tilnærmingen, der Olga er et verdifullt menneske med ønsker og behov. Vi som hjelpere skal i følge Smebye (2009) ønske å stimulere pasientens gjenværende ressurser og kompensere for sviktende evner. Akkurat dette føler jeg vi gjorde i situasjonen med Olga.

Vi forsøkte gjennom dialog med Olga å bygge opp trygghet og tillit, både gjennom vår måte å snakke på og gjennom kroppsspråket. Med kroppsspråket vårt kan vi vise vennlighet.

Sjørengen (2004) har gjennom sin artikkel understreket vennlighetens betydning i kommunikasjon og samhandling, og definisjonen av vennlighet, som hun innleder artikkelen med lyder som følger: "Et varmt smil er vennlighetens verdensspråk". Videre skriver Sjørengen (2004) at vennlighet er et redskap vi alltid har for hånden i vår samhandling med pasientene, og for å oppnå gode resultater er det viktig å bruke dette redskapet.

Jeg satte meg ned på sengekanten da Olga ba om det, og smilte til henne. Når jeg blir møtt med et smil, blir jeg glad, og det tror jeg de fleste blir. En så liten ting kan ha så mye å si i vårt møte med pasienter. Det er kanskje med på å skape trygghet og tillit, i hvert fall i langt større grad enn om vi møter pasienten med et kroppsspråk som viser blant annet utålmodighet.

Kroppskontakt kan også være bra for relasjonsbyggingen og det å føle trygghet. Noen ganger

når jeg legger handen min på ryggen til Olga viser hun med kroppsspråket at hun ikke vil ha den der, med at hun forsøker å ta den bort, og det er greit. Andre ganger søker hun etter hånden til meg eller andre som hjelper henne, og da kan hun sitte lenge og bare holde oss i hånden. Jeg tror det er med på å skape trygghet for Olga, for da ser det ut som hun blir rolig.

4.2.2 Å tilrettelegge for Olga

I situasjonen der vi tok oss tid til Olga, uttrykte Olga at hun ikke ville ut på badet for å stelle seg. I stedet for å ta henne mellom oss å gå inn på badet, gikk sykepleier for å hente et vaskefat. Vaskefatet ble satt framfor Olga slik at Olga kunne vaske seg selv, samtidig som hun slapp å gå ut på badet. I følge Holthe (2009) må vi gi individuell tilrettelegging til personer med demens, og vi må finne frem til tiltak som kan være til hjelp for hver enkelt pasient. På denne måten kan de føle en mestring av aktiviteten eller situasjonen, til tross for svikten demenssykdommen medfører (Holthe, 2009). Olga fikk ta del og være medbestemmende på det som skjedde. Jeg tror vi ga Olga mulighet til å ha kontroll over situasjonen; det var ingen som kom og overstyrte henne da hun sa hun ikke ville på badet. Ved å få sitte på senga med vaskefatet framfor seg, fikk Olga gjøre det meste av stellet selv. Hun forsto at hun skulle vaske seg i ansiktet, og på hendene. Kanskje var vaskekluten og vannet noe gjenkjennbart for henne. Vi hjalp henne med nedentilstellet uten at hun strittet i mot. Olga opplevdes som rolig under dette stellet, ut fra kroppsspråket å bedømme; hun hadde det ikke travelt med å komme seg opp av senga og ut fra rommet.

Et annet eksempel jeg har når det gjelder tilrettelegging, er med en annen pasient på sykehjemmet som også har demens. Når vi kommer inn på morgenen til henne har hun som oftest kledd på seg. Når jeg spør om hun vil gå på badet for å stelle seg, sier hun hver gang at hun har stelt seg. Det som i stedet gjøres er at hver kveld når hun begynner å bli klar for å legge seg, går vi sammen med henne på rommet og legger fram vaskerklut og handduk på badet, og nytt undertøy. Jeg bruker å si at jeg har lagt det fram dersom hun vil stelle seg litt før kvelden, og da bruker hun å si at det skal hun gjøre. Jeg bruker som oftest å være sammen med henne, og kanskje tilby å vaske henne på ryggen, og å hjelpe henne med å kle av for eksempel brystholderen. På den måten føler ikke jeg, og forhåpentligvis ikke hun, at jeg bare står og følger med på om hun vasker seg, men at jeg er der for å hjelpe. I tillegg gir det meg og andre som hjelper henne anledning til observasjon i forhold til hud og hygiene, samt fysiske funksjoner. Å tilrettelegge for pasienten er å gi god omsorg og å handle moralsk, da vi forsøker å gjøre det til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2006).

4.2.3 Vi må reflektere mer!

Etter morgenstellet med Olga, satte jeg og sykepleier oss ned og snakket om stellsituasjonen, og hvor godt det føltes å få til en god opplevelse for Olga. Hvis vi bare tar oss den lille ekstra tiden, kan vi kanskje bidra til å gjøre situasjonen god for pasienten. Noen sier at ”det er ikke tid nok på denne avdelingen!” Jeg og sykepleieren motbeviste dette, fordi vi tok oss **god** tid til hver enkelt pasient denne morgenen/formiddagen, og vi kom i mål med gjøremålene. Selvfølgelig kan det være dager det er mer å gjøre enn andre, men da må vi ta det der i fra. Vi må uansett forsøke å gjøre det bra for pasientene ut fra pasientenes ønsker og behov.

Jeg tenker også på hvor viktig refleksjon er i vårt arbeid med mennesker. Vi må tenke over hva vi gjør, og stille oss spørsmål hvorfor vi gjør det, og om vi kunne gjort det på en bedre måte. Dersom vi var i en situasjon der utfallet ble dårlig for pasienten, for eksempel i første fortelling om Olga der tvang ble brukt, skulle vi ha tenkt etterpå og gått gjennom opplevelsen, og spurt oss selv hvordan vi kunne gjort det annerledes. I følge Rokstad (2009) er det viktig med kompetanseutvikling hos personell som jobber med pasienter med demens, dersom vi skal kunne gi dem et godt kvalitativt tilbud. Refleksjon er en viktig forutsetning for kunnskapsutviklingen (Rokstad, 2009).

Jeg ser på min praksisplass og arbeidsplass at det er en del ufaglærte som jobber som vikar. Jeg ønsker ikke å rette kritikk til de som er ufaglært, da mange av dem er flinke i arbeidet med pasientene. Imidlertid ser jeg at mange ikke har den innsikten i tvangsbruk og tvangsforebygging, med tanke på at noen tar lett på bruken av tvang. Jeg var en gang på jobb sammen med en ufaglært. Olgas øyne skulle dryppes, men Olga strittet i mot alt hun klarte. Hun viftet med hendene og gjemte ansiktet under dyna. Jeg sa at dette ble jeg ikke å gjøre, da alt, både etisk og rettslig, strider i mot at vi skal gjøre dette. Min arbeidskollega var ikke enig med meg, da hun sa at ”Olga trenger jo øyendråpene, hun har jo glemte alt etterpå uansett.” Jeg sto på mitt og gjorde det ikke. Øyendråpene var ikke livsnødvendige for Olga! Jeg skjønner at dersom man har en øyensykdom er det viktig med behandling, men ikke under slike omstendigheter. Da må vi reflektere og forsøke å finne ut av hvordan vi kan gjøre det på en annen måte. Øyendryppingen til Olga ble lagt til morgenstellet da Olga er mer samarbeidsvillig på morgenen. Også her kommer tilretteleggingen inn. Vi **må** reflektere for å bedre praksisen; hadde ingen tatt grep om øyendryppingen til Olga, og vi hadde fortsatt å gå på ”autopilot” i forhold til gjøremålene hadde vi ikke kunne gjort situasjonen bedre for Olga.

Refleksjon rundt tvangsbruk har gjort at på den avdelingen jeg var i praksis, og som jeg også jobber som vikar, er man blitt mer oppmerksom og fleksibel når det gjelder Olga. Vi **skal ikke** bruke tvang på morgenen med å dra henne opp fra senga, men gi henne tid til å våkne. Det er ikke bestandig lett å endre pleiekulturen på arbeidsplassen, da man har forskjellige meninger. Tiden må tas til hjelp når det gjelder endring. Men jeg tror at jo flere som blir bevisst på bruken av tvang og hvordan vi kan forebygge det, jo bedre kan det bli. Vi må aktivt reflektere både alene og sammen med kolleger for å bidra til å skape et godt liv for pasientene, der de kan føle verdighet og ikke overgrep. Heldigvis er de fleste jeg har snakket med reflektert over tvangsbruken på avdelingen i forhold til Olga og at vi må tilstrebe å gjøre det best mulig for henne, samtidig som det ikke alltid er like lett.

Jeg har erfart at tvangsbruk faktisk **må** til noen ganger. På kvelden må vi som oftest rettlede Olga i seng, da hun ofte går inn på rommene til de andre pasientene etter de har lagt seg. Det er et etisk dilemma. Dersom tvang skal brukes må vi forsøke å gjøre det på en skånsom måte, altså ikke dra Olga med oss i hver vår arm, men forsøke å rettlede henne inn på rommet samtidig som vi snakker med henne.

Jeg tror de fleste føler frustrasjon over dette, og vi bruker å snakke om det. Med det mener jeg vi viser interesse for pasienten, og hvordan vi kan utvikle oss kunnskapsmessig når det gjelder tvangsbruk, og dermed gjøre det beste for pasienten.

5.0 Mine avsluttende ord og refleksjoner

Gjennom denne oppgaven har jeg tatt for meg det jeg mener er sentrale faktorer i tvangsforebyggingen – hvordan vi kan bruke disse i løpet av arbeidsdagen for å unngå tvangsbruk. Faktorene som går igjen i teorien og drøftingen er kommunikasjon, tid og tålmodighet, hvilke holdninger og menneskesyn vi møter pasienten med – at det handler om at vi **ser** den andre som et fullverdig menneske, og ikke som et objekt. Jeg har også vist hvordan tilrettelegging kan bidra til å unngå unødig tvangsbruk.

Sist men ikke minst handler det om etikk, omsorg og refleksjon. Vi må aldri slutte å spørre oss selv om hvordan vi kan gjøre det bedre for pasientene.

Opgaven handler om hvordan vi kan redusere tvangsbruken, og jeg tror vi er på god vei i tvangsforebyggingen dersom vi er bevisst disse faktorene jeg har skrevet om, selv om det kan være vanskelig noen ganger.

Olga står sentralt i oppgaven, men generelt handler det jo om hvordan vi møter alle pasienter i vårt arbeid.

Problemstillingen min var avgrenset til stellsituasjoner, og med ordene som en begrensning har det vært litt vanskelig å finne ut hva jeg skulle ta med og om jeg får budskapet mitt godt nok fram, men jeg håper i hvert fall det. Det har vært veldig interessant å skrive denne oppgaven. Jeg er blitt mer bevisst mine holdninger i møtet med pasienter og hvordan man handler. Vi **skal ikke** ty til tvang før annet er prøvd, og vi må bli mer kritiske til hvordan vi handler. Vi skal jo tross alt handle til det beste for pasienten!

6.0 Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

Bredland, Ebba Langum m.fl. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Brinchmann, Berit Støre (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Engedal, Knut (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Jacobsen, Dag m.fl. (2009). *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Jakobsen, Rita (2005). *Klar for fremtiden?* Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, Nina Jahren m.fl. (2006). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk

6.2 Selvvalgt litteratur

Egede-Nissen, Veslemøy og Ingrid Ruud Knutsen (2010). Narrativer som metode i bachelorprosjekter i sykepleierutdanningen. I: Arntzen, Erik og June Tolsby (2010). *Studenten som forsker i utdanning og yrke*. Høgskolen i Akershus Antall sider: 15

Hem, Marit Helene (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. I: *Sykepleien forskning 5(4) s. 294-301* Antall sider: 7

Holthe, Torhild (2009). Handlingssvikt og tilrettelegging. I: I: Rokstad, Anne Marie Mørk og Kari Lislerud Smebye (2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe Antall sider: 36

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (2010). FOR-2010-11-12-1426. Lastet ned fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html&emne=verdig*%20%2b%20eldreomsorg*&&

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (2003). FOR-2003-06-27-792. Lastet ned fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20030627-0792.html&emne=kvalitet*%20%2b%20i*%20%2b%20pleie*&&

Johnsen, Lasse og Kari Lislerud Smebye (2009). Bruk av tvang i demensomsorgen. I: Rokstad, Anne Marie Mørk og Kari Lislerud Smebye (2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe Antall sider: 22

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven) (2012). LOV – 1999-07-02-63, sist endret 2012-06-22. Lastet ned fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHETSLOV*&&

Martinsen, Kari (2008). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Antall sider: 124

Myrset, Lars Helge (2010). Etisk refleksjon forebygger tvang og krenkelser. I: *Demens og Alderspsykiatri vol. 14 nr. 4* Antall sider: 3

Rokstad, Anne Marie Mørk (2009). Forståelse som grunnlag for samhandling. I: Rokstad, Anne Marie Mørk og Kari Lislerud Smebye (2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe Antall sider: 24

Rokstad, Anne Marie Mørk (2009). Kompetanseutvikling hos personalet. I: Rokstad, Anne Marie Mørk og Kari Lislerud Smebye (2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe Antall sider: 9

Sjørengen, Marit (2004). *Vennlighetens betydning i kommunikasjon og samhandling*. Tønsberg: Aldring og helse Antall sider: 28

Smebye, Kari Lislerud (2009). Å møte personer med demens. I: Rokstad, Anne Marie Mørk og Kari Lislerud Smebye (2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe

Antall sider: 11

Wogn-Henriksen (2009). Kommunikasjon. I: Rokstad, Anne Mari Mørk og Kari Lislerud Smebye (2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe

Antall sider: 25

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler (2011). Oslo: Norsk sykepleierforbund

Antall sider: 11

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 315 (i tillegg kommer lover og forskrifter som er brukt).