



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4AVS304

Mona Kristiansen og Pål Larsen
Veileder: Anne Grethe Kydland

Tillit eller tvang?

Confidence or coercion?

Antall ord: 10983

Bachelor i sykepleie, 6. semester

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsliste

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	4
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	5
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	5
1.4 Oppgavens disposisjon.....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Litteraturstudie.....	7
2.2 Databaser og søkeord.....	7
2.3 Kildekritikk.....	8
2.4 Anonymisering.....	10
3.0 Teoridel.....	11
3.1 Hva er demens?.....	11
3.1.1 Symptomer ved demens.....	11
3.2 Kommunikasjon og relasjon med pasienter med demens.....	13
3.2.1 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen.....	14
3.2.2 Kommunikasjon ved vrangforestillinger.....	14
3.3 Sykepleie og omsorg.....	15
3.3.1 Paternalisme.....	16
3.3.2 Svak paternalisme.....	16
3.4 Sykepleierens oppgave i forhold til medisinadministrasjon ved demens.....	17
3.5 Tillitsskapende arbeid.....	17
3.6 Demens og tvang.....	18
3.6.1 Medisinadministrasjon og tvang.....	19
3.6.2 Når pasienten motsetter seg ikke livsnødvendige medikamenter..	20
3.7 Ethiske prinsipper.....	20
3.7.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	21
3.7.2 Pliktetikk.....	21
3.7.3 Konsekvensetikk.....	21
4.0 Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere tvang ved administrering av medikamenter til pasienter med demens?.....	23
4.1 Relasjonsbygging – muligheter og utfordringer.....	23
4.2 Tillitsskapende tiltak.....	25
4.2.1 Helhetlig tenkning.....	26

4.2.2 Kartlegging av årsak til at pasienten motsetter seg medikamenter.....	27
4.2.3 Kommunikasjonsform ved medisinadministrering.....	28
4.3 Medisinadministrering av livsnødvendige medikamenter med bruk av tvang.....	30
5.0 Konklusjon.....	33
Litteraturliste.....	35
Vedlegg 1.....	39
Vedlegg 2.....	41

1.0 Innledning

Vi vil i dette kapittelet gi en presentasjon av bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven, en presentasjon av problemstilling, avgrensninger i oppgaven og en oversikt over oppgaven oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven

Tema for denne oppgaven er «Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom». Grunnen til at vi valgte temaet er fordi begge har observert at unødig bruk av tvang ofte oppstår i praksis.

I dag er det ca. 71000 personer med demens i Norge. Dersom forekomsten av demens holder seg på samme nivå som i dag, vil antallet nesten fordobles i løpet av 30 år (Helsedirektoratet, 2011). For å kunne håndtere denne økningen av sykdomsforekomsten må sykepleiere få større forståelse og mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan gi god omsorg til denne pasientgruppen. Området vi her ønsker å gå nærmere inn på er bruk av tvang i forbindelse med pasienter med demens som motsetter seg medikamenter. Hensikten med oppgaven er å sette fokus på hvordan sykepleiere kan administrere medikamenter til disse pasientene på en best mulig måte. Hvordan kan vi skape relasjon og tillit? Hvordan ivareta både faglig forsvarlighet og pasientens beste?

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A trådte i kraft 1. januar 2009. Formålet ved denne loven er å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som nekter nødvendig helsehjelp. Loven skal også sikre begrenset bruk av tvang (Helsedirektoratet, 2008). Pasienter med alvorlig demens mister sin samtykkekompetanse, og sykepleier må dermed være pasientens «høyre hånd». Forskning viser at hele 46 % av norske aldersinstitusjoner knuser til tider medisinene og gjemmer det i pasientens mat eller drikke, uten at pasienten vet det (Kirkevold & Engedal, 2010). Vi har opplevd i praksis at dette er en del av den daglige administreringen av medikamenter på sykehjem, særlig i demensomsorgen. Vi har også sett at andre tiltak uten bruk av tvang er lite i fokus. Vi stiller oss også kritiske til at tillitsskapende tiltak blir utført før bruk av tvang. Vi synes at dette er urovekkende, da forskningen viser såpass høye tall, selv etter lovens ikrafttredelse. Vi ønsker at bruken av tvang i demensomsorgen reduseres, og at sykepleiere fokuserer mer på relasjonsbygging og tillitsskapende tiltak før eventuelt tvang iverksettes.

1.2 Presentasjon av problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere tvang ved administrering av medikamenter til pasienter med demens?

1.3 Avgrensning av oppgaven

Tema for oppgaven er hvordan sykepleier kan bidra til å redusere bruken av tvang til pasienter med alvorlig demens, som motsetter seg medikamenter. I oppgaven har vi valgt at pasienten ikke har samtykkekompetanse fordi pasienter med alvorlig demens mister sin samtykkekompetanse, da de ikke lenger er i stand til å forstå hva samtykke omfatter. Når pasienten ikke har samtykkekompetanse er det pårørende som i utgangspunktet skal samtykke for pasienten, men i denne oppgaven ser vi vekk ifra pårørendes rolle, da det også er pasienter som ikke har pårørende. Det er da helsepersonell som må samtykke for pasienten. Ved å administrere medikamenter på en god måte mener vi å administrere medikamenter på en måte som gjør at pasienten får de medikamentene som trengs, uten at pasientens integritet krenkes.

Vi har fokusert på sykepleierens rolle ved medikamentadministrering, og hva sykepleieren kan gjøre for å begrense bruken av tvang. Vi har valgt å avgrense oppgaven til pasienter som er innlagt på langtidsavdeling på sykehjem. Grunnen til at vi har valgt denne pasientgruppen er fordi sykepleierne da vil ha tid til å bygge opp relasjoner, og gjennomføre tillitsskapende arbeid før tvangstiltak iverksettes.

Det er viktig at sykepleieren vurderer andre administrasjonsmåter før tvang iverksettes. Medikamenter kan ofte administreres på flere måter, som for eksempel i tablettform, injeksjon og ved å drikke medikamentet. I oppgaven fokuseres det på legemidler i tablettform, fordi vi har observert at det oftest er tablettene pasienter med demens motsetter seg, da tabletter er den vanligste administrasjonsmåten. Vi har fokusert på alle typer medikamenter, og ikke de som er rettet spesielt mot behandling av demens fordi pasienter med demens har også somatiske sykdommer, som behandles medikamentelt.

Vi har brukt kommunikasjonsprinsippene validering og realitetsorientering. Vi har valgt å se bort i fra reminisens, da litteraturen i forhold til reminisens bygger på reminisensgrupper med flere deltagere. Vi ser ikke på det som nyttige tiltak for tillitsbygging og med hensyn til medisinaladministrasjon i denne oppgaven.

Dersom tvang iverksettes har vi avgrenset dette til administrering av livsnødvendige medikamenter, da unødig bruk av tvang ikke skal forekomme. Vi har valgt å fokusere på relasjonsbygging, tillitsskapende tiltak og den gode bruken av tvang. Vi vil drøfte dette opp mot sykepleieteoretikeren Kari Martinsen og hennes omsorgsteori. Grunnen til at vi har valgt å bruke Kari Martinsen er fordi hennes teori legger stor vekt på å se hele mennesket. Hun legger også vekt på sykepleierens fokus på omsorg til pasienten.

1.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1.0: Innledningen til oppgaven viser hvorfor vi har valgt temaet, hensikten med oppgaven, problemstillingen, hvilke avgrensninger vi har gjort, og oppgavens disposisjon.

Kapittel 2.0: I metodekapittelet beskriver vi hva metode er, og beskriver hvilken metode vi har brukt. Vi beskriver også hvordan vi har kommet frem til valgt litteratur og forskning, og kritisk vurderer litteraturen.

Kapittel 3.0: I dette kapittelet gjør vi rede for aktuell teori, som er relevant for problemstillingen. Kapittelet beskriver demens, kommunikasjon ved demens, sykepleie og omsorg, tvang, lovverk og etikk.

Kapittel 4.0: Drøfting av den aktuelle teorien vi har valgt, ved å finne svar på problemstillingen. Kapittelet er delt inn i 3 deler, der vi først drøfter hvordan sykepleier kan skape en god relasjon med den demenssyke pasienten. Deretter drøfter vi hvordan sykepleier kan utføre tillitsskapende arbeid for å unngå bruk av tvang, ved medikamentadministrering. Til slutt drøfter vi hvordan sykepleiere kan administrere livsnødvendige medikamenter ved bruk av tvang på en god måte.

Kapittel 5.0: Er vår konklusjon. Her trekker vi frem det vi mener er det viktigste i oppgaven.

Tilslutt litteraturliste og vedlegg.

2.0 Metode

I dette kapittelet beskriver vi hvilken type studie vi benytter, og hvordan vi har funnet frem til relevant litteratur og forskning. Vi vil kritisk vurdere den litteraturen vi har funnet, for å finne den beste litteraturen som kan svare på vår problemstilling.

Audert Vilhelm definerer metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2007. s.81).

2.1 Litteraturstudie

Som oppgavens metode er det blitt foretatt litteraturstudie, med bruk av systematisk litteratursøk. Formålet for litteraturstudien er å svare på oppgavens problemstilling. Den litteraturen vi har brukt bygger på både kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative metoder bygger på meninger og opplevelser som ikke er målbare. Kvantitative studier gir oss målbare data i form av statistikk og tabeller (Dalland, 2007). I oppgaven er det blitt brukt pensumlitteratur, forskningslitteratur og annen selvvalgt litteratur. Forskning og selvvalgt litteratur er henvist med * i litteraturlisten. Vi har i oppgavens drøftingsdel brukt egne erfaringer som kan underbygge eller motsi litteraturfunn og forskningsfunn. Alle kildene som er blitt bruk i oppgaven er henvist etter APA-standard fra februar 2012.

2.2 Databaser og søkeord

For å finne frem til relevante forskningsartikler, har vi søkt i flere ulike databaser. Databasene vi har brukt er Sykepleien forskning, Helsebiblioteket, Cinahl, Ovid Nursing og SweMed+. Vi har brukt både engelske og norske søkeord. De søkeordene vi har brukt mest på engelsk er «Dementia», «Medication», «Nursing homes» og «Attitudes». Vi har kombinert disse søkeordene i ulike rekkefølger med «And». I norske databaser har vi brukt søkeordene «Demens», «Tvang», «Sykehjem» og «Miljø». De artiklene som var mest relevante for vår problemstilling fant vi gjennom Cinahl og Sykepleien forskning. SweMed + har vi i hovedsak brukt for å finne mesh termer. For å begrense søkene på Cinahl har vi kun søkt på artikler som er å få i fulltekst. Når vi kun velger artikler som er i fulltekst vil vi sannsynligvis sortere bort

gode artikler. Men for å kunne bruke artiklene i oppgaven må de være tilgjengelige i fulltekst på internett. Vi synes allikevel de artiklene vi fant i fulltekst var relevante og troverdige. Vi har forsøkt å finne nyere forskning innenfor valgt tema, og derfor begrenset søkene til artikler som er publisert fra 2005-2012. Vi fant flere artikler som passet til problemstillingen, men vi har valgt ut 3 artikler som vi har brukt i oppgaven. Alle de artiklene vi valgte er forskingsartikler.

I fag- og forskningsarkivet på sykepleien.no brukte vi søkeordene «demens» og «miljø». Vi fikk da 11 treff, hvorav nummer 6 av artiklene var aktuell for vår oppgave. Denne artikkelen heter «Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter». På samme søkested som overnevnte artikkel brukte vi søkeordene «tvang» og «demens». Vi fikk da 8 treff, hvorav artikkel nummer 3 var aktuell. Denne artikkelen heter «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang».

I databasen Cinahl brukte vi søkeordene «dementia», «attitudes» og «nursing». Vi kombinerte disse søkeordene med «and». Vi begrenset søket til artikler som var tilgjengelig i fulltekst, og artikler som var publisert mellom 2007 og 2012. Vi fikk da 87 treff, hvorav artikkel nummer 6 var aktuell. Artikkelen er hentet fra Journal of clinical nursing og heter «Staff attitudes towards institutionalised dementia residents».

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som blir brukt for å finne ut om en kilde er sann. Man må da vurdere og karakterisere de aktuelle kildene (Dalland, 2007). Pensumlitteraturen vi har benyttet i oppgaven anser vi som gyldig og god litteratur, samtidig som det er godkjent fra Høgskolen i Hedmark. Noe av pensumlitteraturen vi har bruk er sekundærlitteratur, så vi har derfor også søkt opp primærlitteratur for å kvalitetssikre funnene. Noen av kildene er sekundærhenvisninger, da det ikke har vært mulig å søke opp primærlitteraturen. Dette kan være en svakhet for kvalitetssikringen, men vi har vurdert kildene og ansett det som troverdig. Den litteraturen som er selvvalgt er bøker hovedsakelig fra videreutdanningen i geriatri. Bøkene som er skrevet av Kari Martinsen anser vi som troverdige da Kari Martinsen er en sentral teoretiker innenfor faget, og blir også brukt i pensumlitteraturen. Vi har også brukt rundskrivet Lov om pasientrettigheter kapittel 4A, dette anser vi som troverdige kilder da det er et rundskriv om den aktuelle loven fra Helsedirektoratet.

I vår vurdering av forskningsartiklene har vi vært kritiske til om artiklene har vært relevant for oppgaven, hvem er forfatterne, om resultatene er troverdige og om resultatene kan benyttes i sykepleiepraksis. Vi har først og fremst brukt databaser som er velegnet og godkjent til bruk for sykepleierelatert forskning.

Artikkelen «Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter» er en kvantitativ studie fra 2010 som er skrevet av Øyvind Kirkevold og Knut Engedal. Øyvind Kirkevold er sykepleier (Aldring og Helse, s.a) og seniorforsker/forskningsjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Knut Engedal er professor ved geriatrisk avdeling på Oslo universitetssykehus.

Forskningsartikkelen viser ved hjelp av spørreskjema som er sendt til 721 norske sykehjem, hyppigheten og graden av knusing av medikamenter i eldreomsorgen (Kirkevold & Engedal, 2010). Grunnen til at dette er en kvantitativ studie er fordi den viser målbare resultater (Dalland, 2007). I denne artikkelen vil det være fare for feil i resultatene, på grunn av at det er blitt foretatt bruk av spørreskjema. Man kan derfor stille seg kritisk til om respondentene har feiltolket eller misforstått spørsmålene, og om det er de ønskede personene som har svart på spørreskjemaet (ibid.).

Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» er en kvalitativ studie fra 2010 som baserer seg på en tematisk ordnet intervjuguide. Artikkelen er skrevet av Marit Helene Hem, Elisabeth Gjerberg, Reidar Pedersen og Reidun Førde. Alle forfatterne jobber ved seksjon for medisinsk etikk. Marit Helene Hem er psykiatrisk sykepleier/PhD, Elisabeth Gjerberg er sosiolog, dr.polit og seniorforsker, Reidar Pedersen er lege og filosof, og Rediun Førde er professor og har en medisinsk doktorgrad. Artikkelen fokuserer på grenselandet mellom frivillighet og tvang i demensomsorgen, og viser typiske situasjoner som oppstår når pasienten motsetter seg helsehjelp. Studien er basert på intervju med 60 pleiere på fem sykehjem i Norge. Denne artikkelen har en svakhet der de kun har benyttet intervju som metodisk tilnærming, og ikke utført deltagende observasjon. På en annen side er det en styrke i forskningen at de har utført gruppeintervju hvor deltagerne har utfordret hverandre, og stilt med ulike tanker, meninger og erfaringer (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Vi kan allikevel stille oss kritisk om samhandlingen mellom intervjuer og respondent har gitt uheldige svar, eller om intervjuer og respondent har hatt mye utenomsnakk som har ledet vekk fra hovedtemaet (Dalland, 2007).

Artikkelen «Staff attitudes towards institutionalised dementia residents» er en norsk kvantitativ studie fra 2009 som baserer seg på spørreskjema der målet er å undersøke

helsepersonellets holdninger i forhold til pasienter med demens på sykehjem. Artikkelen er skrevet av Sundaran Kada, Harald A. Nygaard, Bickol N. Mukesh og Jonn T. Geitung. Sundaran Kada har master i vitenskap og er assisterende professor ved fakultet for helse- og sosialvitenskap i Bergen. Harald A. Nygaard har mastergrad i medisin, og er professor ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Bickol N. Mukesh har en doktorgrad i filosofi og jobber med biostatistikk ved Marshfield Clinic Research Foundation i USA. Jonn T. Geitung har doktorgrad i medisin og filosofi, har en master i helseadministrasjon og er radiolog. Han jobber ved Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen (Kada, Nygaard, Mukesh & Geitung, 2009). Vi stiller oss noe kritisk til at ingen av forfatterne er sykepleiere. Allikevel er den basert på forskning om sykepleiernes holdninger til pasienter med demens på sykehjem. Forskerne har relevant bakgrunn og utdanning, samt erfaring innenfor feltet. Vi har nøye lest igjennom artikkelen og anser den som troverdig og relevant for oppgavens tema og problemstilling. Forskningen baserer seg på spørreskjema, og vi vil derfor stille oss kritisk til om det er den de ønskede personene som har svart på spørsmålene, og om de eventuelt har feiltolket eller misforstått spørsmålene (Dalland, 2007).

2.4 Anonymisering

Vi har i oppgavens drøftingsdel brukt erfaringer fra praksis. Erfaringene kan ikke relateres til personene og situasjonene kan ikke identifiseres under noen omstendigheter, da vi ikke har brukt navn på personer, institusjon eller kommune.

3.0 Teori

I dette kapittelet beskriver vi litteratur som vi mener er relevant for valgt tema, og for å kunne svare på vår problemstilling. Denne litteraturen blir kontinuerlig brukt i drøftingskapittelet.

3.1 Hva er demens?

Demens er en samlebetegnelse for en langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid. Den viktigste betingelsen for tilstanden er at tankeevnen og hukommelsesevnen er nedsatt på den måten at det oppstår en betydelig svikt sammenlignet med personens tidligere kognitive funksjonsnivå (Rokstad, 2008). Engedal og Haugen (2009) definerer aldersdemens slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (s. 20).

For å kunne bruke begrepet demens, må det kunne påvises eller antas at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som årsak til tilstanden. Det må utelukkes at tilstanden skyldes forgiftning eller delirium, samt bivirkninger av legemidler (Engedal & Haugen, 2009).

Ved alvorlig grad av demens vil pasienten bli preget av en alvorlig handlingssvikt, samt hjelpeløshet og kan dermed ikke klare seg uten hjelp. Avhengigheten av andres hjelp medfører behov for tilsyn og omsorg til en hver tid (Rokstad, 2008).

3.1.1 Symptomer ved demens

Symptomene ved demens kan deles inn i tre grupper. Disse er kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. De kognitive symptomene er i hovedsak symptomer som svekket hukommelse og læringsevne, svekket oppmerksomhet, handlingssvikt, svekket språkevne (ordleting og redusert taleflyt), apraksi som er manglende evne til å utføre praktiske handlinger til tross for full førlighet og forståelse av det som skal gjøres. Svekket forståelse av handling i rom, samt svekkende intellektuelle evner er også vanlige kognitive symptomer ved demens. Agnosi – manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter er også noe som

vil spille inn i pasientens dagligliv. Smak- og luktagnosi, samt syn- og hørselsagnosi er ofte utbredt blant pasienter med demens (Engedal & Haugen, 2009).

De vanligste 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, repeterte handling og forandret døgnrytme. Motoriske symptomer ved demens er symptomer som muskelstivhet, styringsproblemer, balansesvikt og inkontinens (ibid).

Hos pasienter med alvorlig demens er innlæringsevnen, oppmerksomheten og forståelsen sterkt svekket (Snoek & Engedal, 2008).

Svekket hukommelse: Det mest vanlige symptomet ved demens er svekket hukommelse. Svikt i denne funksjonen kan komme til uttrykk på flere måter. En forutsetning for å kunne huske, er at det har skjedd en innlæring, og at det som er lært er blitt forstått. Vi skiller ofte mellom korttidshukommelse og langtidshukommelse. *Korttidshukommelsen* er evnen til å holde på informasjon i opptil 30 sekunder. Denne evnen er betydelig svekket ved alvorlig demens. *Langtidshukommelsen* er evnen til å holde på informasjon i mer enn 30 sekunder, det vil si i minutter, timer, dager og år. Denne evnen blir svekket ved mild demens og blir mer og mer svekket ettersom sykdommen utvikler seg. Episodisk langtidshukommelse handler om evnen til å huske en konkret hendelse, som for eksempel en beskjed eller avtale. Ved demens er denne evnen betydelig svekket. Det som ofte blir husket er hendelser som er knyttet til sterke følelser på både godt og vondt. Pasienter i et sent stadium kan huske hendelser fra livet sitt som de stadig kommer tilbake til i samtaler (ibid.).

Svekket forståelse: Gnosis er en sammensatt funksjon som beskriver hvordan hjernen kan gjenkjenne eller tolke gjenstander og ord (ibid.). «Agnosi er manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon» (Engedal & Haugen, 2009. s. 42). Dette vil si at det foreligger en hjerneskade og manglende kobling i hjernen. Dette symptomet ser man oftest ved moderat og alvorlig demens. Hørselsagnosi er vanligst blant demente. Det dreier seg om at pasienten ikke klarer å forstå eller tolke ord som blir sagt. Han kan for eksempel høre ordet glass, men vet ikke hva det skal brukes til. Synsagnosi er en tilstand der pasienten har vansker med å gjenkjenne gjenstander ved hjelp av synet. Pasienten kan se en kopp, men vet ikke hva det er eller hva det skal brukes til (Snoek & Engedal, 2008).

Irritabilitet og aggressivitet oppleves ofte som vanskelig atferd hos pasienter med demens. Årsakene er komplekse. Ulike faktorer som type demens, personlighet, manglende forståelse av egen svikt, sviktende samhandling mellom pasienten og miljøet, samt miljøet pasienten lever i, spiller en stor rolle for pasientens atferd. Forsvarsaggressivitet oppstår ofte av en hendelse eller en vanskelig situasjon pasienten er kommet opp i, dette ses oftest i samhandling mellom pasienten og personer i miljøet. Dette kan skyldes at pasientens intimsfære overskrides, misforståelse av den aktuelle situasjonen eller at pasienten føler seg såret, frustrert, krenket eller skamfull. Pasienten kan reagere med forsvarsaggressivitet hvis han gjenopplever en vond situasjon fra tidligere (Engedal & Haugen, 2009).

Vrangforestillinger kan forekomme hos mange personer med demens, og kan skyldes tidsforskyvning, eller en følge av pasientens kognitive svikt (ibid.). Vrangforestillinger er påstander fra pasientens side som ikke har noen sammenheng med virkeligheten. De vanligste påstander er at andre stjeler pasientens eiendeler, at noen er ute etter dem, eller at ektefellen er utro (Rokstad, 2008).

3.2 Kommunikasjon og relasjon med pasienter med demens

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. I enkel form kan kommunikasjon defineres som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (Eide & Eide, 2007. s. 17). Kommunikasjon dreier seg om alle prosessene mennesker påvirker hverandre gjennom. Det handler om å utveksle meningsfylte signaler og etablere en felles mening. Samt gleden og strevet med å forstå og bli forstått. Kommunikasjon involverer minst to parter der begge står overfor en tosidig utfordring når de skal forsøke å skape en felles forståelse. Den ene må gjøre seg forstått, mens den andre må ha evnen til å respondere og kunne forstå (Wogn-Henriksen, 2008).

Begrepet relasjon kommer fra det latinske ordet *relatio*, som betegner at én gjenstand står i forbindelse med en annen. Begrepet brukes ofte om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker i dagligtale (Eide & Eide, 2007).

Kommunikasjonsprosessen blir utfordret ved demens, på grunn av de generelle kognitive og spesifikke språklige sviktene som sykdommen medfører seg. I en demensprosess vil sender- og mottakerfunksjonen, samt evnen til å forstå og gjøre seg forstått bli påvirket. Vurdering av språkfunksjon er derfor sentralt ved utredning av demens. Alle mennesker har et strekt behov

for å kunne kommunisere. Det er ingenting som tyder på at pasienter med demens har mindre behov for kommunikasjon, selv om språket ikke er like presist. Kommunikasjon er avgjørende for et godt liv og en god livskvalitet. Reduserte kommunikasjonsevner kan være en faktor til aggressiv atferd og tilbaketrekking hos pasienter med demens (Wogn-Henriksen, 2008).

3.2.1 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen

Ved kommunikasjon med personer med demens refereres ofte tre innfallsvinkler. Disse er reminisens, realitetsorientering og validering. Realitetsorientering er en metode som innebærer å informere om virkeligheten for å hjelpe pasienten til å forstå, samt bearbeide situasjonen han er i og opplever, slik at den blir mindre forvirrende og meningsfull (Hummelvoll, 2004). En pasient med demens har ikke alltid forståelse for tid, situasjon og sted, og kan dermed miste oversikten eller erstatte manglende oversikt med egne antakelser, som i de fleste tilfeller er feil (Wogn-Henriksen, 2008).

Validering er en metode der fokuset er pasientens opplevelse og interesser, og ikke på hva som er reell og sann informasjon. Det viktige i dette arbeidet blir ikke å korrigere og lede pasienten frem til rett data, men å bekrefte og anerkjenne det pasienten meddeler. Ved hjelp av utforskende spørsmål som hva, hvem, hvor, når og hvordan kan man bidra til å bekrefte de følelsesmessige sidene under kommunikasjonen med pasienten (ibid.).

3.2.2 Kommunikasjon ved vrangforestillinger

Variierende bevissthetsnivå, redusert virkelighetsoppfatning, tidsforskyvning, feiltolkninger og hallusinasjoner kan til tider gjøre en samtale med en dement pasient svært utfordrende. Det kan være ulik alvorlighetsgrad av sviktende realitets evne, det kan være fra enkeltstående synsbedrag eller misforståelser da den demente er sliten, til mer bastante og vedvarende vrangforestillinger som kan gå utover all samspill. Hvordan man skal møte pasienter med vrangforestillinger avhenger av pasientens følelsesmessige tilstand, situasjonen og målsettingen med kontakten. Både realitetsorientering, forsikring, ignorering, trygging og avledning kan være mulige måter å møte pasienten på. Enkelte ganger kan ren ignorering av vrangforestillingene være den beste løsningen for å unngå konflikt og aggresjon hos

pasienten. Avledning ved å lede samtalen inn på noe hyggelig kan også være en bra løsning (ibid.).

3.3 Sykepleie og omsorg

Kari Martinsen er utdannet sykepleier, har magistergrad i filosofi og dr.philos. Martinsen har skrevet en rekke bøker, og det er gjennom det lange forfatterskapet hun har utviklet sin omsorgsfilosofi (Martinsen, 2003a). Martinsen har vært, og er fremdeles en sentral person i debatter om sykepleie og kunnskapsutvikling i sykepleie i Norge og Norden. Hun stiller seg kritisk til den moderne sykepleie og til teoretisering av sykepleie (Kristoffersen, 2005).

Egenomsorg er et sentralt begrep i sykepleie, men dette forutsetter at personene blir selvhjulpne. Martinsen vil forsøke å vise at omsorg ikke bare er et sentralt begrep i sykepleien, men at det er et mer grunnleggende begrep enn egenomsorg (Martinsen, 2003a).

Omsorg i sykepleie vises gjennom sykepleierens praktiske omgang med ting og redskaper rundt seg. Sykepleierne bruker disse på bestemte måter sammen med andre, ut i fra en felles forståelse av helheten tingene går inn i. Omsorg er en sosial relasjon, det vil si at det har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Omsorg har med forståelse for andre å gjøre. En forståelse man lærer seg gjennom arbeid for og sammen med andre. Man forstår situasjoner ut i fra de erfaringene man gjør seg, både alene og i fellesskap. På en slik måte vil man forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. Hvis omsorgen skal være ekte, må sykepleieren forholde seg til andre ut fra en holdning som anerkjenner pasienten fra pasientens situasjon (ibid.).

Ved å anerkjenne pasienten i sin situasjon kan ikke sykepleieren vente seg noe tilbake. Sykepleieren ”sørger for” pasienten i dens situasjon på en bestemt måte, uten å verken undervurdere eller overvurdere pasientens evne til selvhjulpenhet. Sykepleierens omsorg er uekte hvis man går inn for å forandre pasientens situasjon uten å anerkjenne vedkommende. Sykepleieren forholder seg da likegyldig til pasienten, og gjør jobben sin ut fra sykepleierens forutsetninger. Om og når man skal gripe inn i pasientens liv mot hans vilje i den praktiske sykepleien er et moralsk problem som det ikke gis noen entydige svar på (ibid.).

Skjønnhet i sykepleien er en øving i å være åpen for de sanselige inntrykk. Ikke bare det å se, lytte og berøre på en klinisk måte, men å se, lytte og berøre klinisk på en god måte. I sykepleien er skjønnhet et tydningsarbeid hvor faglig kunnskap og naturlig sansing jobber

sammen. På en slik måte vil sykepleieren være i stand til å forstå pasientuttrykkene på en god måte (Martinsen, 2003b).

Når det oppstår kompliserte situasjoner, som for eksempel hvis pasienter reagerer med aggresjon må ofte sykepleieren samle seg og anstrenge seg. I slike situasjoner kan ofte sykepleieren reagere med medlidenhet og med elementer av avvisning og antipati. Slike reaksjoner innebærer at sykepleieren må få en mer omfattende forståelse av pasienten. Sykepleieren må forsøke å se hele pasientens situasjon. Ut i fra sykepleierens egne erfaringer og egne opplevelser av sykdom kan sykepleieren være i stand til å se pasienten ut i fra dens situasjon (ibid.).

Det karakteristiske ved omsorgsarbeid er at den som mottar omsorgen er i en ikke-selvhjulpen situasjon. Omsorgsrelasjonen fortsetter å være og det betyr ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøveren. Omsorgsrelasjonen er basert på generalisert gjensidighet, som betyr at sykepleieren utøver omsorg uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003a).

3.3.1 Paternalisme

Paternalisme er når sykepleieren bestemmer hva som er det beste for pasienten, i stedet for at pasienten selv diskuterer med kvalifisert personell og tar avgjørelser på egenhånd.

Sykepleieren begrenser pasientens autonomi ved og for eksempel å holde tilbake helseinformasjon da det anses å være det beste for pasienten. Når det gjelder forholdet mellom autonomi og paternalisme, er det viktig å være klar over at ikke alle former for paternalisme kan ses på som uetisk. Det gjelder da genuin og ønsket paternalisme. Genuin paternalisme utøves blant annet når mennesker ikke er i stand til å fungere autonomt på grunn av alvorlig mentale handikap for eksempel. Ønsket paternalisme kan utøves hvis en autonom person implisitt eller eksplisitt har gitt samtykke til å bli behandlet paternalistisk (Hummelvoll, 2004).

3.3.2 Svak paternalisme

Sykepleierens oppgave er å gå inn i relasjoner for å hjelpe pasienter på en best mulig måte. Pasienten skal tas med i beslutningsprosessen om egen pleie, men sykepleierens faglige skjønn avgjør om opplysningene er til det beste for pasienten. Sykepleieren bestemmer ut fra dette hvordan man skal handle slik at pasienten får det best mulig. Sykepleieren må da sette

seg inn i pasientens situasjon (Martinsen, 1990). Martinsen (1990) kaller dette for svak paternalisme.

3.4 Sykepleierens oppgave i forhold til medisinaladministrasjon ved demens

En viktig oppgave for sykepleiere er utdeling av legemidler. For å dele ut legemidler må sykepleieren ha tilstrekkelig kompetanse og erfaring om legemidlene og bruken av dem. For å unngå feil ved utdeling av legemidler må det følges noen kontrollpunkter (Bielecki & Børdahl, 2008). ”En sykepleier som deler ut medisiner, har ansvar for at den riktige *pasienten* får riktig *legemiddel* og *legemiddelform* i riktig *styrke* og riktig *dose* og på riktig *måte* og i riktig *tid*” (ibid., s. 26). En god regel ved medisinalutdeling er at medikamentet ikke er gitt før det er tatt. Man kan altså ikke bare sette medisinerne på nattbordet til pasienten og forlate rommet. Som sykepleier har man da ansvar for å sørge for at medikamentene blir tatt på en korrekt måte (ibid.).

Sykepleieren har et formelt –, faglig- og et moralsk ansvar ved legemiddelhåndtering. Det formelle ansvaret er å observere pasienten, og å melde fra til lege dersom noe unormalt inntreffer. Hvis det oppstår skader på grunn av feil legemiddelbehandling plikter sykepleier å rapportere dette. Sykepleierens faglige ansvar handler om å vedlikeholde og fornye nødvendig kunnskap om legemidler. Sykepleieren har også ansvar for å gi tilstrekkelig informasjon, og sikre at pasienten forstår hensikten med legemiddelbehandlingen. Sykepleierens moralske ansvar består av å vurdere sin egen faglige kompetanse innenfor legemiddelhåndtering. Det moralske ansvaret bygger blant annet på de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (ibid.).

3.5 Tillitsskapende arbeid

Et vesentlig aspekt i relasjoner er tillit (Tveiten, 2008). Begrepet tillit innebærer at tilværelsen er trygg, at verden er et godt sted å være, og at noen tilbyr hjelp dersom man trenger det (Eide & Eide, 2007). Mennesker møtes med en naturlig tillit til hverandre ifølge Løgstrup (referert i Tveiten, 2008). Det er derfor viktig at helsearbeidere styrker tilliten mellom seg og pasienten. Dersom en person er i krise, eller opplever noe truende og kaotisk, er ofte håpet og forventningene om positivitet svekket. Det er da hjelperens oppgave å skape en relasjon hvor pasienten opplever en situasjonsbetinget tillit som kan gi håp og styrke. En viktig oppgave for sykepleier vil være å gi god omsorg, overholde avtaler, være lett tilgjengelig og lytte (Eide &

Eide, 2007). Mennesker møter hverandre også med en grunnleggende tillit, men tilliten kan svekkes hvis det er en grunn til det. For å vise tillit må man utlevere seg selv, og derfor kan mange reagere sterkt når tilliten misbrukes. For å opprettholde tilliten mellom to personer må man ta sjansen på å legge sin egen sårbarhet i den andres hender (Tveiten, 2008).

3.6 Demens og tvang

Med begrepet tvang menes tiltak som blir brukt for å unngå motstand fra pasienten (Helsedirektoratet, 2008). Bruk av tvang i demensomsorgen begrunnes ofte med at det er til det beste for pasienten, og en vanlig måte å utføre tvang på er å tilsette medisiner i mat og drikke uten av pasienten vet det. Det er ikke alltid ulovlig å utføre tvang på pasienter med demens. Kapittel 4 A i pasient – og brukerrettighetsloven (1999) åpner for en begrenset bruk av tvang til pasienter uten samtykkekompetanse (Johnsen & Smebye, 2008).

§ 4A-3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

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

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Når pasienter ikke er i stand til å forstå hva samtykke innebærer, bortfaller samtykkekompetansen. Pasienter med alvorlig demens kan derfor miste sin samtykkekompetanse, og da kan de som yter helsehjelp samtykke på vegne av pasienten (Johnsen & Smebye, 2008).

§ 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, og
- b) mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art.

Samtykkekompetansen kan 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.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

For å øke pasientens mulighet for selvbestemmelse skal sykepleiere alltid legge til rette slik at pasienter selv kan samtykke til helsehjelpen. Med dette menes at sykepleierne blant annet må gi tilstrekkelig og adekvat informasjon, og passe på å gi informasjonen når pasienten er mottagelig for informasjon (Johnsen & Smebye, 2008).

3.6.1 Medisinadministrasjon og tvang

Nødrett er retten til å tvangsmedisinere pasienten for å redde han eller henne fra en ellers uunngåelig fare som pasienten utsettes for ved ikke å ta legemidlet. Kravet er at skadevirkningen er særdeles betydelig i forhold til den tvangen som utføres. Dersom det får alvorlige konsekvenser for pasienten hvis legemiddelet ikke inntas, og pasienten ikke er i stand til å vurdere sin situasjon, kan pasientens behandlende lege bestemme at pasienten skal tvangsmedisineres. Den vanligste tvangsmedisineringen på sykehjem er å gjemme medisiner i pasientens mat og drikke, uten at pasienten vet det (Bielecki & Børdahl, 2008).

I 1991 sendte helsedirektoratet ut en veiledning til fylkeslegene der det står:

Det er på somatiske sykehjem ikke adgang til tvangsmedisinering. Enhver medisin, også sovemedisin, beroligende og smertestillende medikamenter gitt mot pasientens vilje er tvangsmedisinering. Til aldersdemente pasienter må det likevel være adgang til å gi livsnødvendige medisiner mot pasientens vilje. Dette er ut fra en antagelse om hva pasienten selv ville gjort om han hadde forstått sin situasjon, og ut i fra en alminnelig hjelpeplikt (sitert i Bielecki & Børdahl, 2008, s.24).

3.6.2 Når pasienten motsetter seg ikke livsnødvendige medikamenter

Hvis pasienter nekter å ta medikamenter som ikke er livsviktige, skal man ikke tvinge pasienten til å ta dette. Det er både faglige, juridiske og etiske grunner til det. Tabletter og kapsler kan miste sin virkning, eller pasienten kan få for stor dose på en gang hvis legemiddelet knuses. Ved knusing av tabletter kan det også bli skade på slimhinner i munnhule, svelg og spiserør fordi absorpsjonen av legemiddelet skjer på et utilsiktet sted i fordøyelseskanalen (ibid.).

3.7 Etiske prinsipper

Etikk handler om å velge handlinger. Hva er rett og hva er galt? Hva er godt og hva er ikke godt? Når vi er usikre på svarene til disse spørsmålene har vi et etisk problem. Etiske spørsmål kjennetegnes ved at det ikke foreligger noen innlysende løsning på problemstillingen (Rokstad, 2008). Etiske dilemmaer oppstår hver dag i sykepleiepraksis, det kan for eksempel handle om en konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte hjelp. Man kan skille mellom etiske dilemmaer, etiske problemer og etisk vanskelige situasjoner (Slettebø, 2008). Slettebø (2008) skriver at «etiske dilemmaer utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, eller alternativer som begge medfører uønskede konflikter.» (s.43). Etiske problemer kan kjennetegnes ved at det oppstår verdikonflikter på den måten at det er usikkerhet på om kunnskapen er nødvendig for beslutning, at de vekker forvirring og at løsningen har betydning for menneskesynet og relasjonene. Vi får en etisk vanskelig situasjon når verdier står på spill, og det er vanskelig å få realisert situasjonen. Et eksempel på dette kan være der en ønsker å gi pasientene en meningsfull hverdag, men ikke har ressurser for å følge dem opp like bra som ønskelig (ibid.).

3.7.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er bygget på ICN's etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring. Grunnlaget for sykepleie skal være respekten det enkelte mennesket og dens verdighet. Sykepleie skal baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene, samt at sykepleie også skal være kunnskapsbasert.

De yrkesetiske retningslinjene utdyper hvordan sykepleierens grunnleggende verdier og menneskesyn bør vernes i praksis, samt konkretiserer god praksis innen forskjellige områder. Retningslinjenes hovedpunkter er sykepleierens forhold til pasient, pårørende, profesjonen, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Sykepleiere skal anvende de yrkesetiske retningslinjer i sin yrkesutøvelse. De yrkesetiske retningslinjene skal ikke gi konkrete løsninger på etiske dilemmaer, men det skal være til hjelp for å angi retningen når det skal fattes vanskelige beslutninger (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2007).

3.7.2 Pliktetikk

Pliktetikk kalles også deontologisk etikk. *Deon* er gresk og betyr plikt. Personer som handler korrekt ut fra pliktetikk, handler i overensstemmelse med visse plikter uansett konsekvensene. I pliktetikken er det fokus på personen og handlingen, ikke på konsekvenser av handlingene. Vi skiller mellom ytre og indre plikter. Ytre plikter begrunnes ofte i religion, regler eller lovgivning. Indre plikter er plikter som er motivert innenfra. Som sykepleier har man en rekke plikter å følge. Helsearbeidere har plikt til å redde liv, samt utføre øyeblikkelig hjelp, vi har også taushetsplikt. Dette er plikter som er nedfelt i lov for helsepersonell. Samtidig har vi plikt til å respektere pasientens autonomi. Vi har også ofte plikt til å respektere at pasienter nekter helsehjelp. Et dilemma innenfor pliktetikken er hvorvidt pliktene er formulert slik at de utelukker unntak (Brinchmann, 2008).

3.7.3 Konsekvensetikk

Konsekvensetikk har fokus på mål og handlinger. Skal en handling være etisk akseptabel må det være en overvekt av gode konsekvenser i forhold til dårlige konsekvenser. Gode konsekvenser rettferdiggjør en handling, og gode konsekvenser kan være nytte, lykke eller lyst (Sneltvedt, 2008).

Innenfor konsekvensetikken er det i hovedsak to retninger, handlingsutilitarisme og regelutilitarisme. Ved handlingsutilitarisme tar man utgangspunkt i en konkret situasjon og vurderer den etisk riktige handlingen som den handlingen som fører til mest nytte for de involverte parter. Ved regelutilitarisme stilles det krav om at en handling skal kunne gjøres om til en allmenn regel, og at det er den handlingen som fører til mest lykke. Konsekvensetikken er kritisert for manglende begrep om menneskeverd da de gode konsekvensene kan oppnås ved at et mindretall ofres til fordel for et flertall (ibid.).

4.0 Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere tvang ved administrering av medikamenter til pasienter med demens?

Med utgangspunkt i problemstillingen deler vi drøftingskapittelet i to hoveddeler. Den første delen omhandler medisinutdeling uten bruk av tvang, og den andre medisinutdeling med bruk av tvang. Vi ønsker å diskutere sykepleierens ansvar i medisinadministrasjon med og uten bruk av tvang siden pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir en åpning for tvang hvis ikke andre alternativer for tillitsoppbygging lykkes. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4A-3 sier at «Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette». For å kunne iverksette relevante tillitsskapende tiltak, må en god relasjon mellom sykepleier og pasient bygges opp. Vi vil først belyse og diskutere hvordan man kan opprette en god relasjon med den demenssyke pasienten. Videre vil vi drøfte ulike handlingsalternativer som kan føre til en øktende tillit mellom sykepleier og pasient. Til slutt vil vi diskutere hvordan sykepleier kan administrere medikamenter på en god måte til demenssyke pasienter ved bruk av tvang, dersom tillitsskapende tiltak ikke lykkes.

4.1 Relasjonsbygging – muligheter og utfordringer

For at den demenssyke pasienten skal kunne forstå viktigheten av å ta medisiner må sykepleier opprette en god relasjon og bygge tillit slik at pasienten blir trygg på behandlingssituasjonen. Det er da en større sjanse for at pasienten aksepterer helsehjelpen (Helsedirektoratet, 2008). Kari Martinsen (2003a) sier at omsorg er en sosial relasjon, og at dette handler om fellesskap og solidaritet. Rokstad (2008) sier at sykepleier må sette seg inn i situasjonen til den demenssyke pasienten for å kunne bygge opp en god relasjon. Hun sier også at det bør legges mer vekt på pasientens opplevelse av sykdommen, og dens ressurser i stedet for pasientens kognitive svikt. Relasjon som er basert på samarbeid, der pasientens perspektiv fanges opp, må være et større fokus for at kvaliteten på omsorgen skal bli bedre. I møte med den demenssyke pasienten, må helsepersonell fremstå på en slik måte som lokker pasientens ønsker og behov (Rokstad, 2008). Eide & Eide (2007) underbygger at hjelperens interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er de viktigste egenskapene for å kunne bygge en god relasjon. På en annen side kan den demenssyke pasientens symptomer gjøre det utfordrende da man aldri kan være sikker på om pasienten forstår eller vil forstå sykepleierens

mål. Dette vil være utfordringer som alltid vil være til stede. Men det er allikevel viktig at sykepleieren ikke gir opp.

For å kunne forstå pasienten belyser Martinsen (2003a) at helsepersonellet bør samarbeide på en måte som fører til lik oppfatning av pasientens situasjon, samt ha felles normer og regler for behandling av pasienten. På denne måten kan man kartlegge problemområdet, ved bruk av satte rammer og tiltak for pasientens behandling (ibid.). På en annen side vil det være utfordrende for helsepersonell å ha samme oppfatning av pasientens situasjon, med tanke på kultur, holdninger og utdanning. Derfor mener vi at det er viktig at dokumentasjon og tiltak blir fulgt opp på en forsvarlig måte. Et annet problem med dette er at det er mye ufaglært personell i lave stillinger i helsetjenesten, som ikke har kompetansen som trengs for å følge opp tiltakene, der de heller ikke har mulighet til å bygge opp relasjon med pasientene. Vi mener det er viktig med kontinuitet i demensomsorgen, da dette er en pasientgruppe som krever oppfølging over tid. Forskning viser at ufaglærte og hjelpepleiere over 40 år, med minst ti års erfaring innenfor faget, har generelt dårligere holdninger til pasienter med demens, enn sykepleiere med spesialutdanning innenfor geriatri. Sykepleiere uten spesialisering har noe dårligere holdninger enn de med spesialutdanning (Kada, Nygaard, Mukesh & Geitung, 2009). Samme forskning viser at god opplæring av personalet har effekt på holdninger i forhold til demens (ibid.).

For å bygge relasjon til personer med alvorlig demens kan man i følge Hummelvoll (2004) være en slags «morsfigur» for pasienten der kommunikasjonen bærer preg av å være forklarende, støttende og trøstende. Hummelvoll (2004) begrunner dette med at personer med demens opplever følelser og stemninger sterkest, og at realiteter betyr mindre. På en annen side skriver Engedal & Haugen (2009) at i samvær med den demenssyke pasienten bør sykepleier fremstå på en slik måte at pasientens spesielle interesser og væremåte blir verdsatt, og ikke at pasienten blir sett på som et hukommelsessvekket individ. Med dette forstår vi at pasienten skal møtes med respekt, samt at sykepleieren må vise interesse for å forstå pasienten som et unikt menneske. Martinsen (1990) underbygger dette med at sykepleieren må være villig til å engasjere seg i relasjonen til pasienten, og at sykepleieren må vise respekt og interesse for pasienten. Eksempler på hvordan man kan i vareta pasientens tidligere rolle, kan være å snakke om tidligere jobb eller fritidsaktiviteter pasienten har sterk tilknytning til. En forutsetning for dette er å kjenne til pasientens bakgrunn (Engedal & Haugen, 2009). På en annen side kan det være utfordrende å få kjennskap til pasientens bakgrunn. Dette fordi ikke alle pasienter selv kan gjøre rede for bakgrunnen sin, eller har pårørende som kan gi informasjon. Erfaringsmessig setter mange demenssyke pasienter pris på å snakke om

«gamledager», da det vekkes minner fra pasientens fortid. Hendelser som ofte er knyttet til sterke følelser på godt og vondt, er ofte noe demenssyke pasienter husker fra tidligere i livet (Snoek & Engedal, 2008).

I tidligere praksiserfaringer har vi opplevd at det å bruke god tid på å bli kjent med pasientene, samt vise at man har god tid, har effekt på relasjonsbygging med pasienter med demens. Vi har også erfart at medisinerer av pasienter med demens, er lettere i ukedager da det er fast og kjent personell som utfører dette. I helger er det ofte mer vikarer, som pasientene ikke kjenner igjen, og heller ikke har lik erfaring og kunnskap, da blir medisinutdelingen et større problem. Forskning viser at dersom pleierne legger mer vekt på å bygge opp tillitsfulle relasjoner med pasientene, blir det sannsynligvis bedre fleksibilitet i samhandlingen, slik at samhandlingen blir større og mer ekte, derav mindre bruk av tvang (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Kari Martinsen (2003a) belyser det at ved ekte omsorg må sykepleieren forholde seg til pasienten med en holdning som godtar pasienten utfra pasientens situasjon. På denne måten underbygger (Hem et al., 2010) Martinsens teori med at man må bygge opp en god relasjon for å utføre ekte omsorg til pasienter med demens.

4.2 Tillitsskapende tiltak

Erfaringsmessig vet vi at tillitsskapende tiltak er en utfordrende del av demensomsorgen, på grunn av demenssykdommens utfordrende symptomer. Tillitsskapende tiltak kan bidra til at pasienten ikke motsetter seg å ta medisiner. Det er derfor en viktig sykepleieroppgave å finne hensiktsmessige tiltak som kan bidra til at tilliten mellom pasient og sykepleier styrkes. Kari Martinsen (1990) sier at den faglige dyktige sykepleieren, er en sykepleier som er opptatt av å skape tillit mellom seg selv og pasienten. Ved økt tillit mellom sykepleier og pasient, vil også sykepleieren få et bedre inntrykk av pasientens situasjon slik at behandlingen blir best mulig. Martinsen (1990) belyser også at en dyktig sykepleier må være kritisk til arbeidsforholdene som gjør at tilliten brytes. Med dette forstår vi at sykepleier hele tiden må være oppmerksom på fremtredelse foran pasienten. På denne måten vil tilliten gradvis øke. Smebye (2005) underbygger Martinsens teori på den måten at tillit mellom sykepleier og pasient gjør at pasienten i mindre grad frykter å bli sveket, utnyttet eller avvist. Det dannes heller et håp om å bli godtatt, få støtte, omsorg og interesse (ibid.).

4.2.1 Helhetlig tenkning

I en situasjon der sykepleier skal administrere medikamenter til en pasient med alvorlig demens, kan det ofte komme brått på pasienten, slik at han ikke forstår hva som skjer i situasjonen. Pasienten kan da bli utrygg, og uttrykke aggressivitet og redsel.

Helsedirektoratet (2008) skriver at det ikke nødvendigvis er manglende vilje eller motivasjon som ligger bak motsetningen av helsehjelpen, men at pasienten ikke forstår hva som skal skje. Når pasienten med demens får en opplevelse av ikke å forstå hva som skjer i situasjon, kan situasjonen oppleves som skremmende og pasienten reagerer med å motstå helsehjelpen (ibid.). Martinsen (2003a) skriver at sykepleier kan bruke sine fagkunnskaper, i tillegg til sine erfaringer og kunnskaper som medmenneske til å pleie den syke ut i fra pasientens situasjon. Sykepleieren kan legge til rette for omgivelsene slik at pasienten kjenner seg igjen i situasjonen ved å bruke redskapene på en slik måte at pasienten anerkjennes og ikke umyndiggjøres (ibid.). Helsedirektoratet (2008) underbygger Martinsens teori ved at en viktig målsetting for sykepleier i slike situasjoner vil være å hjelpe pasienten til å forstå hva som skjer. Sykepleier kan legge omgivelsene til rette slik at pasienten lettere kan forstå hva som skal skje (ibid.). Et eksempel på dette kan være at omgivelsene er gjenkjennbare og trygge, samt at personalet og medpasienter er gjenkjennbare. På denne måten vil omgivelsene oppleves som mer trygge og helheten av situasjonen legges til rette for at pasienten føler trygghet ved medisinutdeling. På en annen side er mange pasienter med demens på langtidsavdelinger som ikke er tilrettelagt for demenssyke. Erfaringsmessig er det på disse avdelingene manglende midler, kompetanse og interesse for tilrettelegging av miljø og omgivelsene.

I tidligere praksiserfaring har vi sett at sykepleiere som viser interesse for å forstå den demenssyke pasientens situasjon, har mindre problemer i forbindelse med medisinadministrering. Disse sykepleierne har også en god holdning som påvirker pasientens humør, og de kjenner også pasientens situasjon. Helsedirektoratet (2008) skriver at «Helsepersonell som kjenner pasienten vil lettere kunne yte helsehjelp uten at pasienten yter motstand.» (s.26). Viktigheten med å kjenne den demenssyke pasienten er stor, og vil kunne påvirke pasientens holdning, samt mestringsfølelse. Martinsen (2003b) belyser viktigheten om at sykepleieren forstår pasientens situasjon, og at dette virker inn på pasientens tillit til deg som sykepleier. På en annen side skriver Martinsen lite om viktigheten om kjennskap til pasienten som person. Helsedirektoratet (2008) poengterer at pasienter som opplever å bli sett og hørt, får mer tillit til det personalet som er interessert i å bli kjent med pasienten. Personalet som har kjennskap til pasienten, vil ofte kunne vite hvordan man kan øke

pasientens motivasjon for samhandling (ibid.). Smebye (2008) underbygger Helsedirektoratets poeng ved at viktigheten for at sykepleier kjenner pasientens bakgrunn og livshistorie vil kunne støtte opp om pasientens identitet og selvfølelse. På denne måten vil sykepleier lettere kunne forstå og tolke pasientens reaksjoner ved medisinsituasjon. Smebye (2008) poengterer også viktigheten med fast personale som har ansvar for pasienten over lengre tid. Pasient vil dermed gjenkjenne sykepleieren og ikke oppleve situasjonen som truende (ibid.)

Vi har positive erfaringer fra praksis i forhold til fast og kjent personale. I hjemmebasert omsorg var det knyttet et «demensteam» opp mot de pasientene som hadde demens. Det var da 6-7 helsearbeidere som jobbet målrettet opp mot pasientene med demens. På denne måten hadde pasienten kjennskap til personalet, og personalet hadde kjennskap til pasienten. Før demensteamet ble opprettet hadde flere av pasientene motsatt seg medikamenter. Etter at egne demensteam ble brukt i praksis forsvant gradvis problemene ved medisinutdeling, og samhandlingen mellom sykepleier og pasient ble mye bedre.

4.2.2 Kartlegging av årsak til at pasienten motsetter seg medikamentene

For at sykepleieren skal kunne iverksette gode tiltak relatert til medikamentadministrasjon, vil det være viktig å kartlegge årsakene til atferden. Når årsaken er kjent kan tiltakene være med på å hjelpe pasienten til å motta medisinene uten å føle utrygghet og redsel (Helsedirektoratet, 2008). Ved alvorlig demens og hva sykdommen medbringer seg av kognitive- atferdsmessige symptomer, får vi en forståelse for at det kan være flere grunner til at pasienten motsetter seg medisiner. Det vil være svært utfordrende, men allikevel nyttig å kartlegge hovedårsaken til at pasienten nekter å ta til seg medisinene. Svekket hukommelse og forståelse kan gjøre at pasienten verken husker eller forstår viktigheten med å ta medisinene (Engedal & Haugen, 2009). I tidligere praksis har vi opplevd at en av hovedårsakene til at pasienten ikke vil ta til seg medikamentet, er at pasienten ikke forstår hvorfor han skal ta de. Pasientene reagerer ofte da med aggressivitet og irritabilitet, noe som gjør det enda mer utfordrende å fortsette medikamentadministreringen. De to viktigste grunnene til å kartlegge årsaken til atferden er å finne en forklaring på hvorfor atferden fremstår, slik at sykepleier kan iverksette de mest hensiktsmessige tiltakene. Og ved å kartlegge hvordan atferden arter seg og når den oppstår, kan man evaluere tiltakene (ibid.).

Engedal & Haugen (2009) beskriver de viktigste forholdene som bør være med i kartleggingen og vurderingen av atferden. For å kunne kartlegge og vurdere pasientens atferd er det viktig å vite hva atferden består av. Om pasienten reagerer aggressivt på grunn av at han føler seg truet eller blir redd, fordi han ikke oppfatter situasjonen på lik måte som sykepleieren. Dette kan gjøres ved at sykepleier beskriver atferden i dokumentasjonen, da spesielt hvor ofte den inntreffer og hvor lenge den varer. På denne måten kan andre unngå å fremtre på lik måte, og heller finne en annen løsning på hvordan man skal fremstå overfor pasienten (ibid.). På en annen side skriver Martinsen (1990) at i omsorgen ligger det en mulig konflikt mellom pasient og sykepleier, der sykepleier ikke lenger tenker på hva som er best for pasienten, men setter sine egne følelser i sentrum. I praksis har vi uheldigvis observert at helsepersonell til tider ikke ser på pasientens atferd som et problem for pasienten, men som et problem for pleierne. Konflikten kan føre til at sykepleieren unnlater seg ansvaret for pasienten, eller begår overgrep ved for eksempel bruk av tvang (ibid.). Dette står i strid med de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere der sykepleierens grunnlag i forhold til pasienten er at «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» (s. 7). Vi forstår dette på den måten at sykepleieren har ingen grunnlag for å velge sine følelser fremfor pasienten. På en annen side skriver også Martinsen (1990) at sykepleieren skal opptre på en slik måte som gjør pasientens situasjon best mulig. Med tanke på viktigheten ved kartlegging av atferd, er Martinsen lite forklarende, og vi finner ingen klare holdepunkter om hvor vidt dette er viktig i Martinsens omsorgsteori.

4.2.3 Kommunikasjonsform ved medisinadministrering

For å kunne administrere medisiner, samt skape tillit hos den demenssyke pasienten har kommunikasjonsformen mye å si. Måten du kommuniserer på kan være avgjørende for hvor vidt pasienten tar i mot medisinene eller ikke. Helsedirektoratet (2008) skriver at helsepersonellet kan forsøke å avdramatisere situasjonen gjennom sin opptreden, ved hjelp av for eksempel stemmeleiet og ved å legge vekt på det positive, dersom pasienten motsier seg å ta i mot medisinene. Hos pasienter med alvorlig demens er innlæringsevnen, oppmerksomheten og forståelsen sterkt svekket (Snoek & Engedal, 2008). Derfor må kommunikasjonsformen med pasienter med alvorlig demens tilpasses.

Kari Martinsen (2003b) skriver om betydningen av sansing og språk, og at dette arbeider sammen. Hun skriver også at sykepleieren må bruke et språk som er kjent for pasienten, ikke

et fagspråk som pasienten ikke forstår. Hvordan pasienten oppfatter det som blir sagt, handler i Martinsens teori om hvordan pasienten sanser og hører det som blir sagt. Vi forstår dette som at det blir viktig at sykepleieren å benytte sin kunnskap om kommunikasjon for å tilpasse språket til pasienter med demens. Berentsen (2008) skriver på en annen side at pasienter med demens ofte kan forstå kroppsspråket bedre enn innholdet i ordene til sykepleieren. Med helsedirektoratet, Martinsens og Berntsens tenkning, vil det derfor være viktig at sykepleieren fremtrer med et tydelig og vennlig kroppsspråk, samt bruker enkle ord og setninger. Pasienten kan dermed lettere forstå budskapet sykepleieren har.

Ved medisinadministrering til pasienter med alvorlig demens kan kommunikasjonsprinsippene som realitetsorientering og validering være til hjelp. Det vil imidlertid være en krevende balanse mellom det å stille krav til pasienten og legge til rette for at pasienten gjør så mye som mulig selv. Dersom pasienten motsetter seg medisinene, og reagerer med aggressivitet, vil det virke provoserende hvis sykepleieren stiller krav til pasienten (Engedal & Haugen, 2009). Realitetsorientering i en slik situasjon, kan sannsynligvis gjøre situasjonen verre. Wogn-Henriksen (2008) skriver at dersom pasienten reagerer med aggressivitet på grunn av vrangforestillinger og mistenksomhet kan det være lurt å overse situasjonen, eller å avlede pasienten inn på det positive. På en annen side har vi selv opplevd at dette er utfordrende i praksis. Vi opplever at dersom en pasient med demens først blir aggressiv kan det være best å gå ut av situasjonen, samt la pasienten være litt i fred, og heller gå inn i situasjonen på en annen måte senere. I en situasjon der sykepleier velger og avvente medikamentadministreringen må det være gitt av medisinene ikke må tas på et bestemt tidspunkt. Bielecki & Børdahl (2008) skriver at det ikke nødvendigvis har store medisinske konsekvenser at en enkeltdose medikamenter uteblir, men at det kan være plagsomt for pasienten dersom for eksempel beroligende medikamenter uteblir.

Dersom sykepleieren går inn i situasjonen ved bruk av validering som kommunikasjonsteknikk, kan sykepleier fokusere på pasientens interesse og opplevelse av situasjonen. Sykepleieren kan møte pasienten på det han er opptatt av i stede for å korrigere. Dette kan åpne for forståelse og nærhet (Wogn-Henriksen, 2008). Martinsens (2003a) teori på omsorg har mange likhetstrekk med valideringstenkningen, ved at man skal forstå pasientens situasjon og forsøke å se pasientens situasjon fra pasientens synspunkt. Martinsen (2003a) skriver også at denne måten å yte omsorg på er mulig fordi sykepleieren blir kjent med pasienten gjennom en praktisk arbeidssituasjon. Vi tolker dette på en slik måte at sykepleiere som har jobbet mye med enkelte pasienter, har lært seg å kjenne pasienten bedre, og har derfor lettere for å se situasjonen ut i fra pasientens synspunkt. På en annen side kan dette

være utfordrende i forhold til medisinadministrering da validering kan være tidskrevende i en hektisk hverdag. Helsedirektoratet (2008) skriver at det er viktig å bruke god tid når det er mulig. Den demenssyke pasienten trenger mye tid på å forstå hva som skjer og dermed innstille seg på å motta helsehjelpen. Det er også viktig at sykepleier gir uttrykk for god tid selv om det er travelt i avdelingen (ibid.).

Som tidligere nevnt kan ikke bruk av tvang ved medisiner iverksettes før det er forsøkt tillitsskapende tiltak. Det er viktig å være oppmerksom på at tillitsskapende tiltak ved alvorlig demens kan være tidskrevende, og avgjørende for dagsformen til pasienten. Vi har erfaringer fra praksis der pasienter med alvorlig demens ikke har samme atferd hver dag. Noen dager kan medisinadministreringen og samhandlingen være lettere enn andre dager. Dersom pasienten blir motivert til å motta sine medisiner, men ikke ønsker alle tablettene, bør dette aksepteres før man gradvis øker mengden medisiner (Helsedirektoratet, 2008). Det er da en viktig sykepleieroppgave å prioritere de medisinene som eventuelt er livsnødvendige. Dersom det tillitsskapende arbeidet er blitt jobbet med over tid, og pasienten enda motsier seg sine livsnødvendige medisiner, kan man i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4 A-4 gjennomføre helsehjelpen ved hjelp av tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.

4.3 Medisinadministrering av livsnødvendige medikamenter ved bruk av tvang

Sykepleiere kommer i situasjoner der en blir nødt til å administrere livsnødvendige medikamenter ved bruk av tvang til pasienter uten samtykkekompetanse, og alvorlig demens. For å kunne utøve en god bruk av tvang, og ikke krenke pasientens integritet er det avgjørende å vurdere hvilke tiltak som er minst inngripende i den enkelte situasjon. Tvang i form av fysisk makt oppleves som veldig krenkende for pasienter (Helsedirektoratet, 2008). Yrkesetiske retningslinjer skriver at sykepleier skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger, og at unødig bruk av tvang ikke skal anvendes (NSF, 2007). I tillegg skriver Johnsen & Smebye (2008) at personer med demens ofte kan oppfatte krenkelser enda sterkere fordi de ikke forstår hva som skjer. Martinsen (2003a) skriver at det er et stort problem i sykepleien å vite om og når en skal utføre tvang. I pasient- og brukerrettighetsloven kommer det tydelig frem når tvang kan iverksettes. I Helsedirektoratets (2008) rundskriv «Lov om pasientrettigheter kapittel 4A» kommer det utfyllende kommentarer til loven, som gjør det lettere å vurdere om og når tvang kan iverksettes. Martinsen (2003a) skriver at det ikke gis noen entydige svar på når sykepleieren skal gripe inn mot pasientens vilje. På en annen side

kom Martinsens teori før kapittel 4A trådte i kraft. Selv om helsedirektoratets rundskriv gjør det klarere om og når tvang kan iverksettes, kan det allikevel være utfordrende for sykepleieren å vurdere dette i praksis. En grunn til dette kan være at sykepleierne har en ulik oppfatning om hva som menes med at unnlatelse av helsehjelpen kan føre til vesentlige helseskader for pasienten. Fører det til vesentlig helseskade dersom pasienten ikke får 12 doser med Paracet? Vil det føre til helseskade dersom pasienten ikke får Marevan over lengre tid?

I følge plikketikken er sykepleier pliktig til å utføre helsehjelp og redde liv, men på en annen side er sykepleier også pliktig til å respektere at pasienter nekter helsehjelp (Brinchmann, 2008). I situasjoner der pasienten har en alvorlig demens, og ingen samtykkekompetanse plikter sykepleier å utføre den nødvendige helsehjelpen slik pasienten selv ellers ville valgt dersom pasienten ikke var demenssyk (Helsedirektoratet, 2008). Dersom pasienten motsetter seg medikamentene kan sykepleier utøve svak paternalisme overfor pasienten. I følge Kari Martinsen (1990) vil det alltid være en svak paternalisme tilstede i et sykepleie-pasientforhold. Dette vil allikevel ikke stride mot pasienten autonomi, fordi sykepleier bruker sitt faglige skjønn og handler på en måte som vil være til det beste for pasienten (ibid.). Hummelvoll (2004) underbygger Martinsens tenkning ved å skrive at paternalisme handler om at sykepleier bestemmer hva som er det beste for pasienten, men at paternalisme ikke nødvendigvis er uetisk, og av og til kan være ønskelig fra pasientens side.

Dersom pasienten bruker livsnødvendige medikamenter, er det en åpning for bruk av tvang. Et aktuelt tiltak i forhold til medisinaladministrering kan være å skjule medisinene i pasienten mat eller drikke (Helsedirektoratet, 2008). Forskning viser at dersom sykepleiere på sykehjem knuser tablett, kontrollerer 61,6 % alltid om legemiddelet kan knuses dersom det er tvil (Kirkevold & Engedal, 2010). På en annen side vil det da være 38,4 % som ikke alltid sjekker med felleskatalogen. Forskningen viser også at ca. 60 % synes det kan være vanskelig å finne informasjon om knusing av medisiner i felleskatalogen (ibid.). Vi har erfart fra praksis der knusing av tablett gjøres i stor grad uten å kontrollere med felleskatalogen. Dette viser at det er behov for mer kunnskap innenfor legemiddeladministrasjon. Sykepleier må forsikre seg om at det er forsvarlig å knuse legemiddelet, og må vite at egenskapene til legemiddelet ikke blir påvirket (Bielecki & Børdahl, 2008). Helsedirektoratet (2008) skriver at forutsetningen for knusing og skjuling av medisiner i pasientens mat og drikke, er at alternativet er mer belastende for pasienten enn den krenkelsen det er å bli medisinert uten å vite det. Sett i lys av konsekvensetikken må tvangsmedisineringen da ha flere gode konsekvenser for pasienten, enn hva konsekvensene ville ført med seg dersom livsnødvendige medisiner hadde uteblitt

(Sneltvedt, 2008). Konsekvensetikken rettferdiggjør i følge Sneltvedt (2008) en handling hvis det er overvekt av gode konsekvenser.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skriver i § 4 A-3 at dersom pasienten opprettholder sin motstand kan det fattes vedtak om helsehjelp dersom det fører til vesentlig helseskade om helsehjelpen ikke utføres. Når medisinadministrering skjer ved å gjemme medisiner i pasientens mat eller drikke må det forsikres at det er kun livsnødvendige og viktige medikamenter som blir brukt. Det er legens ansvar å endre eller avslutte legemiddelbehandling (Bielecki & Børdahl, 2008). Sykepleier må derfor få lege til å seponere eventuelt andre medikamenter som ikke er livsnødvendig, dette fordi unødig bruk av tvang skal unngås (Helsedirektoratet, 2008). Erfaringsmessig blir dette dårlig fulgt opp, og pasienter må ta alle legemidlene som er ordinert, selv om ikke alle er livsnødvendige.

Uheldigvis har vi sett tilfeller i praksis hvor sykepleiere og hjelpepleiere går inn i en «ond sirkel» og fortsetter tvangsmedisineringen over lang tid uten å vurdere tiltakene fortløpende. Dersom vedtak om tvang blir fattet, er det viktig at dette skjer på grunnlag av pasientens eget beste, og ikke i den hensikt for å løse ressurs- og personalbehov. Når man først åpner opp for bruk av tvang, vil det alltid være en fare for overdreven bruk av tvang, og direkte overgrep mot pasienter (Johnsen & Smebye, 2008). For å unngå at slike hendelser oppstår skriver Helsedirektoratet (2008) at tvangstiltak må vurderes fortløpende og avbrytes dersom vilkårene i loven ikke lenger er oppfylt. Det er også viktig å vurdere om tvangstiltakene ikke har ønsket virkning, som for eksempel at bivirkningene av medisinene fører til større plager (ibid.). I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleieren har et personlig ansvar for at utførelsen av sykepleien står i samsvar med faglig, etisk og juridisk kunnskap (NSF, 2007).

5.0 Konklusjon

Vi valgte temaet «bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom». Ut i fra dette temaet valgte vi å fokusere på sykepleierens rolle i forhold til medikamentadministrering til pasienter med alvorlig demens, og som motsetter seg medikamenter. Vi kom da frem til følgende problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere bruk av tvang ved administrering av medikamenter til pasienter med demens?».

Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse blir regulert av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. For at sykepleier skal kunne utføre tvang til pasienter med alvorlig demens, uten samtykkekompetanse, må tillitsskapende tiltak være forsøkt. Det vil være større sannsynlighet for at pasienten aksepterer å ta imot medisinene dersom sykepleieren har en god relasjon til pasienten, og pasienten har tillit til sykepleieren (Helsedirektoratet, 2008).

Oppgaven viser at sykepleiere i stor grad kan bidra til å redusere bruken av tvang ved administrering av medikamenter til pasienter med demens. Relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient, og iverksetting av tillitsskapende tiltak kan gjøre at pasienten ønsker å motta medikamentene sine. Dersom pasienten med demens har tillit til sykepleieren, og føler seg trygg på behandlingssituasjonen er det større sjanse for at pasienten aksepterer medisineren (ibid.).

Vi har diskutert hvordan sykepleier kan utføre tillitsskapende tiltak. Vi har fokusert på at sykepleieren må tenke helhetlig, kartlegge årsaken til at pasienten motsier seg medikamenter og hvordan sykepleieren kan tilpasse kommunikasjonen ved medisinutdeling. Oppgaven viser at det kan ha god effekt å benytte disse tiltakene til pasienter med alvorlig demens. For å kunne utføre god sykepleie har oppgaven vist oss at sykepleieren må kunne sette seg inn i pasientens situasjon, og se situasjonen fra pasientens side (Martinsen, 2003a). Sykepleieren må ha interesse og respekt for pasienter med demens. Våre erfaringer fra praksis viser imidlertid at ikke alle har interesse og respekt for pasienter med demens. Vi har også erfaringer fra praksis der sykepleiere iverksetter tvang ovenfor pasienter med demens, uten å forsøke tillitsskapende arbeid først. Demenssykdommens mange symptomer samt tidspress og samarbeid med helsepersonell uten relevant kunnskap kan gjøre at dette arbeidet blir utfordrende.

Dersom pasienten fremdeles motsetter seg medikamenter etter at tillitsskapende tiltak har vært forsøkt, kan det fattes vedtak om at tvangstiltak kan iverksettes. Hvis sykepleieren skal kunne

utføre en god bruk av tvang er det viktig å vurdere hvilke tiltak som er minst inngripende i den enkelte situasjonen, slik at pasientens integritet ikke blir krenket. Vi har diskutert hvordan sykepleieren kan administrere medikamenter til pasienter med demens på en god måte. Oppgaven peker i den retning at å gjemme medisiner i pasientens mat og drikke uten at pasienten vet det, kan være en løsning som kan forsvares både faglig, etisk og juridisk. Det er da en viktig sykepleierrolle å få legen til å seponere de medikamentene som ikke er livsnødvendige, fordi unødig bruk av tvang skal unngås. Tvangstiltak må bare benyttes hvis det er for pasientens beste, ikke for å løse ressurs- og personalbehov.

Selv om det er besluttet at tvang skal iverksettes, betyr det ikke at tvang vil være den beste løsningen for pasienten. Dersom sykepleieren skal redusere bruken av tvang vil det derfor være viktig å handle i den hensikt at pasienten selv ønsker å motta medisinene. Det betyr at sykepleieren alltid må styrke relasjonen til pasienten, og utføre tillitsskapende tiltak. Det kan være utfordrende, og tidskrevende men allikevel kan det resultere i at pasienten selv ønsker å motta medikamentene sine, og bruken av tvang reduseres.

Litteraturliste

Aldring og helse. (s.a.). *Øyvind Kirkevold*. Lokalisert på <http://www.nordemens.no/?PageID=128&ItemID=228>.

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bielecki, T., & Børdahl, B. (2008). *Legemiddelhåndtering*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B.S. (2008). Pliktetikk. I Brinchmann, B.S. (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2.utg., s. 55-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Helsedirektoratet. (2008, juli). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. (Rundskriv IS-10/2008). Oslo: Helsedirektoratet. *

Helsedirektoratet. (2011). *Demens*. Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>. *

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

Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt –ikke stykkevis og delt*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johnsen, L., & Smebye, K.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I Rokstad, A.M.M., & Smebye, K.L (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg., s. 207-231). Oslo: Akribe AS. *

Kada, S., Nygaard, H.A., Mukesh, B.N., & Geitung, J.T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residenst. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2383-2392. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x. *

Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2010). Legemiddelhåndtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter. *Sykepleien forskning*, 5(1):16-25. doi: 10.4220/sykepleief.2010.0014. *

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. (1.utg., s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4-3 & 4A-3. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien –En moralsk utfordring. I Jensen, K (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (1.utg., s. 61-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. *

Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget. *

Martinsen, K (2003b). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget. *

Norsk sykepleieforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Oslo: NSF

Rokstad, A.M.M. (2008). Hva er demens? I Rokstad, A.M.M., & Smebye, K.L (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg., s. 27-45). Oslo: Akribe AS. *

Rokstad, A.M.M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A.M.M., & Smebye, K.L (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg., s. 60-86). Oslo: Akribe AS. *

Slettebø, Å. (2008). Etiske dilemmaer. I Brinchmann, B.S. (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2.utg., s. 42-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smebye, K.L. (2005). Kontakt med andre. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (1.utg., s. 80-117). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smebye, K.L. (2008). Å møte personer med demens. I Rokstad, A.M.M., & Smebye, K.L (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg., s. 13-26). Oslo: Akribe AS. *

Sneltvedt, T. (2008). Konsekvensetikk. I Brinchmann, B.S. (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2.utg., s. 67-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J.E., & Engedal, K. (2008). *Psykiatri. Kunnskap-forståelse-utfordringer*. (3.utg.) Oslo: Akribe AS.

Tveiten, S. (2008). *Veiledning – mer enn ord...* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I Rokstad, A.M.M., & Smebye, K.L (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1.utg., s. 87-113). Oslo: Akribe AS. *