



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag, institutt for sykepleie og psykisk helse.

4BACH

Janny Marie Granberg og Benedicte Berg

Veileder: Marie Dahlen Granrud

Den gode relasjon.

The good relation.

Antall ord: 12.053

Bachelor i sykepleie/BASY2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Livets høst.

Jeg er lik et tre!
Lik treet ble jeg også til ved et frø.
Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.
Lik treet om høsten mister jeg nå blader.
Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.

Livet mitt «faller av».
Uten blader, intet liv, sier du vel.
Men du som ser meg, kjenner meg.
Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.
Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.
Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg!

(Kirsti Solheim, 1996, s. 17)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	5
1.3 Hensikt og valg av problemstilling	5
1.4 Begreps avklaring og presisering	6
1.5 Oppgavens avgrensninger	7
1.6 Oppgavens oppbygging	8
2 Metode.....	9
2.1 Kildekritikk	9
2.2 Innhenting av litteratur	10
3 Teori	13
3.1 Demenssykdom	13
3.2 Relasjonen mellom sykepleier og bruker med en demenssykdom.....	14
3.3 Kommunikasjon med brukere med en demenssykdom.....	15
3.3.1 Realitetsorientering	16
3.3.2 Validering.....	17
3.3.3 Reminisens	18
3.4 Hjemmesykepleie	18
3.5 Etikk	20
3.5.1 Autonomi.....	20
3.5.2 Paternalisme	21
3.6 Sykepleieteoretikere	22
3.6.1 Kari Martinsen.....	22
3.6.2 Joyce Travelbee	23
4 Drøfting	24
4.1 Den gode relasjon	24
4.2 Sykepleierens kommunikasjonsevner	26
4.3 Kommunikasjon som grunnlag for den gode relasjon.....	27
4.3.1 Realitetsorientering	28
4.3.2 Validering.....	29
4.3.3 Reminisens	30

4.4 Sykepleie i hjemmet	31
4.5 Balansegangen mellom autonomi og paternalisme	34
5 Konklusjon	36
Litteraturliste	38
Sammendrag	42
Vedlegg 1	43

1 Innledning

Som snart ferdig utdannede sykepleiere skal vi nå skrive en bacheloroppgave. Vi har i denne oppgaven valgt temaet hjemmeboende brukere med en demenssykdom. I følge Sosial – og helsedirektoratet (2007) bor minst halvparten av alle med en demenssykdom hjemme. Et av målene i rapporten er at alle skal få muligheten til å bo hjemme lengst mulig og få tilrettelagte tjenester. Antall eldre vil øke i årene fremover, og holder forekomsten av demenssykdommer seg på nivået som den er i dag, dobles antall personer med demens innen 2040. Vi har valgt dette temaet da det er veldig aktuelt og det stiller store krav til kommunene i forhold til å tilrettelegge hjemmetjenestene. Vår oppgave vil dreie seg om hvordan vi kan skape en god relasjon til hjemmeboende personer med demens.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da vi skulle skrive bacheloroppgaven vår var det selvvalgt tema. Grunnen til at vi valgte å skrive om hjemmeboende brukere med en demenssykdom er at vi begge har praksiserfaring innenfor temaet. I følge Helse – og omsorgsdepartementet (2007) er det mangel på kunnskap og kapasitet i hjemmesykepleien. God demensomsorg krever innsikt i pasientens livshistorie og sykdomsbilde. I fjerde semester hadde vi praksis i hjemmebasert omsorg og fikk selv erfare tidspresset, mangel på kunnskap blant helsepersonell og dårlig kjennskap til brukerne.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren skape en god relasjon gjennom kommunikasjon med eldre hjemmeboende brukere med en demenssykdom?

1.3 Hensikt og valg av problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse dette temaet ved å ta for oss ulike kommunikasjons metoder, viktigheten med å ha kunnskap om sykdommen og den enkelte bruker. Som sykepleiere vil vi møte denne pasientgruppen på flere ulike arenaer hvor vi kan ha nytte av denne kunnskapen. Dette mener vi kan bidra til å styrke vår profesjonalitet og kvaliteten på sykepleien vi utøver.

1.4 Begreps avklaring og presisering

Nedenfor vil vi definere de ulike begrepene vi har brukt i vår problemstilling. Disse begrepene er, relasjon, kommunikasjon, eldre, bruker og demenssykdom. Vi vil også presisere begrepet bruker og vår taushetsplikt.

Begrepet relasjon brukes i dagligtale om en forbindelse mellom mennesker. Begrepet brukes i samhandlingen mellom sykepleier og bruker (Eide & Eide, 2010). Det å være i en relasjon innebærer at en påvirkes følelsesmessig av en annens situasjon. Dette involverer vår evne til å tolke og forstå andre mennesker (Kristoffersen & Nortvedt, 2008).

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*. Det betyr å gjøre noe sammen og ha forbindelse med en annen (Eide & Eide, 2010). Kommunikasjon defineres i følge Heap (2002) som en utveksling av mening gjennom å gi, motta og utveksle tegn og signaler. Ved å bruke signaler i definisjonen mener han at vi ikke bare utveksler ord, men også tegn, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser og fakter.

Begrepet eldre blir brukt på forskjellige aldersgrupper, men eldre betegnes i faglitteratur som personer over 67 år (Romøren, 2010).

Begrepet bruker formidler et syn som vektlegger pasientens mulighet til å ha en mer aktiv rolle og retten til selvbestemmelse. Bruker er et positivt begrep, men det har blitt kritisert for å stille krav til den hjelpetrengende (Fjørtoft, 2011). Vi har likevel valgt å anvende begrepet bruker da vi synes dette er et mer riktig begrep overfor de hjemmeboende fordi de er brukere av en tjeneste. Vi synes dette begrepet er inkluderende og ser ikke den negative betydningen ved å bruke dette begrepet i vår problemstilling. Selv om vi har påpekt at vi vil benytte oss av brukerbegrepet, vil det i enkelte sammenhenger være naturlig å bruke ordet pasient.

Begrepet demenssykdom er en fellesbetegnelse på en rekke kognitive irreversible sykdomstilstander i hjernen. Kjennetegnene på demens er intellektuell svikt, sviktende evne til å utføre daglige gjøremål og sviktende emosjonell kontroll (Engedal & Haugen, 2009).

I oppgaven kommer vi også til å trekke inn egne praksiserfaringer og vil anonymisere disse slik at vi ivaretar vår taushetsplikt i henhold til Helsepersonelloven (1999).

1.5 Oppgavens avgrensninger

Nedenfor vil vi sette avgrensninger for oppgaven vår. Vi har også valgt å avgrense noe underveis i oppgaven.

Vi har selv erfaring fra hjemmesykepleien og vil derfor ta for oss viktigheten med kunnskap om demenssykdom og kjennskap til brukeren. Slik at vi på denne måten kan kommunisere godt og dermed skape en god relasjon. Vi kommer til å skrive om realitetsorientering, validering og reminisens. Disse er anerkjente kommunikasjonsmetoder innenfor blant annet demensomsorgen. Vi har ikke valgt å avgrense oss til en metode, da vi ønsker å drøfte disse opp mot hverandre.

Vi kommer kun til å skrive om den milde fasen av demens, da halvparten av alle med en demenssykdom som bor hjemme er i en tidlig fase av sykdommen. Den andre halvparten er i en moderat eller alvorlig fase og disse har ofte plass på institusjon (Engedal, 2010). Vi har valgt å ikke avgrense oppgaven til en type demenssykdom, da halvparten av de som bor hjemme med en kognitiv svikt ikke har fått en diagnose (Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006). Vi går ikke inn på risikofaktorer og behandling knyttet til demenssykdom, da dette ikke er relevant for vår problemstilling.

Vi har valgt å ta med to sykepleieteoretikere, Kari Martinsen og Joyce Travelbee. Vi vil ta for oss Martinsens syn på omsorg, at det kreves kunnskap og forståelse for å gi god omsorg. Videre vil vi trekke inn hennes tolkning på hvordan den syke er avhengig av sykepleieren og makten dette gir oss. Vi tar også med hennes forklaring av tidsbegrepet og hjemmets betydning for sykepleien. Av Travelbees teorier har vi kun valgt å trekke ut menneske – til – menneske – forholdet. Dette forholdet bygger på kommunikasjon og målet er å oppfylle den sykes behov for pleie (Kirkevold, 2005). I dette forholdet legger hun vekt på å se personen bak sykdommen (Travelbee, 2011). Vi har valgt disse teoriene da vi mener at de er relevante for vår oppgave.

Det finnes fire etiske prinsipper, velgjørenhet, ikke skade, autonomi og paternalisme. Alle fire er likeverdige, men vi har kun valgt å skrive om autonomi og paternalisme. Grunnen til at vi har valgt disse to er fordi vi synes disse er mest sentrale for vår problemstilling. Demente brukere er ofte i en sårbar situasjon i forhold til sin selvbestemmelsesrett (Fjørtoft, 2011). I form av å være sykepleier har vi mye makt. Vi vil belyse balansegangen mellom makten vi

som sykepleiere har og pasientens selvbestemmelsesrett gjennom begrepene autonomi og paternalisme (Slettebø, 2009). Brukerne i vår oppgave har samtykkekompetanse, da de er i en tidlig fase i sykdomsforløpet og ikke alltid har fått en diagnose. Vi vil derfor ikke ta for oss samtykkekompetansen da vi mener at dette ikke er relevant for vår problemstilling. Bruk av tvang er heller ikke noe vi velger å ta for oss, da samtykkekompetansen må være vurdert før brukerne kan få enkeltvedtak på bruk av tvang (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Dette er heller ikke med på å skape den gode relasjonen vi er ute etter.

1.6 Oppgavens oppbygging

For å bygge opp oppgaven har vi benyttet oss av boken metode og oppgaveskriving for studenter (Dalland, 2012). Oppgaven vår består av et innledningskapittel, et metodekapittel, et teorikapittel, et drøftingskapittel og en konklusjon. Innledningen består blant annet av en redegjørelse for valg av oppgave, problemstilling, begrepsavklaringer og avgrensninger. Metodedelen inneholder en beskrivelse på hva en metode er, kildekritikk, hvordan vi har gått frem for å finne litteratur og kritisk vurdering av forskningsartikler. Teoridelen vil bestå av teori som er relevant for vår oppgave og som ligger til grunn for å besvare vår problemstilling. I drøftningsdelen vil vi drøfte teorien og forskningsartiklene som vi har brukt i oppgaven. Vi vil også trekke inn egen praksiserfaring som vi har tilegnet oss under sykepleieutdanningen. Avslutningsvis vil vi ha en konklusjon hvor vi samler trådene og oppsummerer svaret på vår problemstilling. Vi kommer til å følge APA-standard i henhold til skolens reglement for oppgaveskriving for studenter. Det vil også medfølge et vedlegg for detaljer rundt litteratursøk.

2 Metode

Vilhelm Aubert beskriver metode som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap, et verktøy til å samle inn data og løse problemer (referert i Dalland, 2012). Metoden sier også noe om hvordan kunnskap er blitt innhentet og redegjør underveis for valgene som er tatt. Det finnes ulike metoder og man velger den metoden som gir de beste svarene på problemstillingen (Dalland, 2012).

I vår oppgave kommer vi til å benytte oss av litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en vurdering av litteraturen innenfor et valgt tema og gir svar på et problem eller en problemstilling. Man gir en konkret beskrivelse på fremgangsmåten og gjør rede for valg av litteratur (Dalland, 2012).

2.1 Kildekritikk

Kildekritikk er en kritisk vurdering av litteratur for å fastslå om innholdet i artikkelen er troverdig (Dalland, 2012). IMRAD – prinsippet brukes i de aller fleste vitenskapelige artikler og står for introduksjon, metode, resultat, abstrakt og diskusjon. I tillegg kan en få en rask oversikt ved å vurdere om formålet med artikkelen kommer tydelig frem, hva funnene er, kan en stole på disse og er resultatene overførbare til praksis (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Det er viktig å vurdere tidspunktet teksten er skrevet på. Innenfor enkelte fagområder kan kunnskapen fort bli utdatert og det er nødvendig å tenke over om kunnskapen fortsatt er aktuell. Dette betyr ikke at eldre kilder er uaktuelt å bruke, men at en må ta en kritisk vurdering av dette. I noen av databasene er det mulig å krysse av for peer reviewed, dette betyr fagfellevurdert. Det er vanlig at artikler som er i vitenskapelige tidsskrifter går igjennom en strengere kontroll enn artiklene i fagtidsskriftene.

Fagfellevurdering betyr at eksperter innenfor fagområdene vurderer og godkjenner artiklene før de blir utgitt i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2012). Vi tenker også at ved bruk av utenlandske artikler bør en vurdere om disse er overførbare til det norske helsevesenet.

Det finnes to ulike forskningsmetoder, den ene er kvalitativ og den andre er kvantitativ. Forskjellen mellom metodene handler om måten en samler data på (Dalland, 2012). Vi har valgt å benytte oss av tre kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel i vår oppgave. I en kvalitativ forskning bruker en data som ikke kan tallfestes ved analyse, men data som oftest er innhentet gjennom intervju, observasjoner og lesing av dokumenter. Her tas det sikte på å

fremstille subjektive menneskers opplevelser og erfaringer (Nortvedt et al., 2012). I kvantitativ forskning kan den innhentede dataen gjøres om til målbare enheter (Dalland, 2012). Dette kan presenteres i for eksempel prosent, gjennomsnitt eller hvis en ønsker å beskrive forekomst, fordeling eller sammenligne ulike variabler (Nortvedt et al., 2012).

I oppgaven vår kommer vi til å benytte oss av kunnskap fra primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er den opprinnelige kilden. Sekundærlitteratur er litteratur som refererer til primærlitteratur, her kan litteraturen ha blitt fortolket av andre enn den opprinnelige forfatteren som skrev teksten. Dette kan medføre usannheter. Det er ønskelig at en først og fremst bruker primærlitteratur, men det er ikke alltid forholdene ligger til rette for dette (Dalland, 2012). Vi anvender oss av en bok som er sekundærlitteratur, dette er Kirkevold (2005) sin bok om sykepleieteorier. Grunnen til at vi har valgt å benytte oss av denne, er for å få en bedre forståelse av teoriene til Kari Martinsen og Joyce Travelbee. I tillegg til denne boken, har vi også med primærlitteratur fra Martinsen og Travelbee.

2.2 Innhenting av litteratur

Vi begynte med å finne gode søkeord som blant annet hjemmesykepleie, demens, Alzheimer, eldre, hjemmeboende, kommunikasjon, tillitt, sykepleie – pasientfelleskapet og holdninger. Vi benyttet oss av SveMed+ for å finne MeSH termer for å kunne søke i de ulike engelske databasene. De engelske søkeordene er blant annet dementia, home nursing, home care nursing, home care services, elderly, communication, trust, nurse – patient relations, attitude of health personnel og patient – centered care. Vi har søkt i databasene Cinahl, Ageline, Ovid Nursing, SveMed+, Idunn, Bibsys og PubMed. For å velge ut artikler som er relevante for vår problemstilling leste vi overskriftene på artiklene, de som vi synes passet til vårt tema leste vi også sammendraget på. På denne måten kom vi frem til 5 artikler vi ønsket å bruke.

Vi har brukt høgskolens bibliotek hvor vi har sett i aktuelle bøker og tidsskrifter. Vi kommer til å benytte oss av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur i form av bøker, artikler, forskningsartikler, offentlige dokumenter, ABC demens, lovverk og Yrkesetiske retningslinjer.

Nedenfor presenterer vi fire ulike forskningsartikler og en fagartikkel som vi kommer til å benytte oss av i oppgaven. Vi kommer til å bruke boken, Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok (Nortvedt et al., 2012) når vi vurderer artiklene våre. I noen databaser var det

mulig å krysse av på peer reviewed, utgivelses år og språket. Dette var noe vi benyttet oss av. For detaljer rundt søkehistorikk se vedlegg 1.

Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Denne artikkelen ser på kvaliteten på tjenesten, om de er i tråd med kvalitetsforskriftene og sykepleiens grunnlag. Konklusjonen tilsier at kvaliteten på tjenestene ikke er tilstrekkelige. Selv om brukerne føler seg krenket og må innrette seg etter tjenesten, ønsker de likevel å bo hjemme. Metoden som er benyttet er kvalitativ, men kommer noe utydelig fram. Vi har valgt å bruke denne artikkelen, da den sier noe om hva brukerne aksepterer for å kunne bo hjemme. Den sier også noe om kvaliteten på tjenestene som blir gitt.

Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens (Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006). Denne artikkelen setter søkelys på den offentlige hjelpen hjemmeboende personer med demens får og hvordan hjelpen gis. Dette er en kvantitativ forskning. Funnene i artikkelen er at brukerne må forholde seg til mange ulike pleiere i løpet av en uke, og stiller da spørsmål ved kvaliteten og tilbudet på tjenesten. Vi har valgt å bruke denne artikkelen da den sier litt om mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien og mulige konsekvenser av dette.

The use of life story work with people with dementia to enhance person – centred care (McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan & Repper, 2010). Artikkelen har sett på bruken av livshistorier og effekten det har for personer med demens. Dette er en kvalitativ forskning, der dataen er hentet gjennom observasjoner og intervjuer. Funnene presenteres i tre hovedpunkter: å se personen bak demenssykdommen, at personen blir hørt og forstått og siste punktet er pasientenes følelse av verdi. Det er viktig å kunne se hele personen bak demenssykdommen og ikke bare sykdommen, dette er grunnen til at vi har valgt å bruke denne artikkelen.

The experience of lying in dementia care: A qualitative study (Tuckett, 2012). Denne handler om hvordan helsepersonell lyver til pasienter med demens og de etiske aspektene rundt dette. Artikkelen kommer frem til tre ting, det ene er at lyving blir sett på som terapeutisk, det andre er at sannheten bør ha første prioritet, men det å lyve kan være en brukbar erstatting. Det tredje den kommer fram til er at en løgn bør være godt gjennomtenkt da den kan ødelegge relasjonen mellom pleier og pasient. Grunnen til at helsepersonell velger å lyve til pasienten er for å beskytte dem, kontrollere utagerende atferd og ta del i deres syn på virkeligheten. Vi velger å bruke denne artikkelen i oppgaven vår fordi den tar opp de etiske overveielserne rundt det å

lyve til en pasient og at en bør være veldig bevist på eventuelle konsekvenser dette kan medføre.

Vi har også funnet en fagartikkel vi vil benytte i oppgaven vår. *Communication bridges for patients with dementia* (Elkins, 2011). Artikkelen handler om hvordan forbedre kommunikasjonen med demente personer. Vi har valgt å ta med denne fagartikkelen da kommunikasjon er en viktig brikke i relasjonen.

Boken til Kirsti Solheim (1996) har vi brukt mye i oppgaven vår. Den har kommet med en 2.utgave i 2009, men vi har ikke gått til anskaffelse av denne. Vi har sammenlignet kapitlene vi har brukt med den nye utgaven, og har funnet ut at det er lite som skiller dem. Vi har også valgt å benytte oss av *Demensomsorgens ABC* på bakgrunn av at det er anerkjente forfattere som har bidratt til disse studieheftene. Heftene gir oss en oversikt over viktige temaer innenfor demensomsorgen, og har også hjulpet oss og finne annen litteratur.

3 Teori

I denne delen av oppgaven innhenter vi oss kunnskap som er relevant for å besvare vår problemstilling. Vi kommer til å skrive om demenssykdom, deretter hva som skal til for å skape en god relasjon. Videre tar vi for oss kommunikasjon med demente, belyser hva hjemmesykepleie er, deretter etiske overveielser som inkluderer autonomi og paternalisme. Vi vil også nevne aktuelt lovverk og de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Avslutningsvis i denne delen vil vi se på Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Joyce Travelbees mellommenneskelige forhold i sykepleien.

3.1 Demenssykdom

Demens betyr uten fornuft og begrepet kan gi grunnlag for stigmatisering. Det er ladet med negative verdier og kan på denne måten frata et menneske sin betydning og integritet. Sykdommen medfører skader på nervecellene intracellulært, her tvinner proteinfibrene seg om hverandre, såkalt tangels. Skader på nervecellene ekstracellulært skjer når proteinet beta-amyloid ødelegger nerveutløpene. Dette fører til at hjernecellenes funksjon ødelegges og cellene dør (Hummelvoll, 2012). Som igjen medfører at mentaliseringsevnene svekkes (Moksnes, 2010). Det oppstår også en mangel på kjemiske signalsubstanser, neurotransmittere, ekstracellulært som medfører svekkelser i overføringen av signaler i den synaptiske spalten (Hummelvoll, 2012).

Demens blir brukt som en fellesbetegnelse på flere sykdomstilstander i hjernen (Engedal & Haugen, 2009). Sykdommer som kan medføre demens kan deles inn i tre hovedgrupper, primær degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens. Innenfor disse tre hovedgruppene finnes det en rekke ulike typer demens pannelaps demens, vaskulær demens, Parkinsons sykdom med demens, demens knyttet til alkoholmisbruk, Lewy-legmer sykdom med demens eller Alzheimer sykdom. 97 % av alle som har demens har en av disse sykdommene (Engedal, 2010). Ca 65 % av disse har en Alzheimer sykdom, da dette er den hyppigste. Demens utvikler seg gradvis med økende svikt i de kognitive funksjonene. Dette skyldes forandringer i hjernen som fører til at hukommelsen svikter. Det er gjerne data av nyere dato som blir borte først. Tenkning, muligheten til å orientere seg, forståelse, muligheten til å lære nye ting og språket kan etter hvert bli borte samt at dømmekraften svekkes. Bevisstheten blir ikke svekket. Med de kognitive reduksjonene følger det gjerne

forandringer i den emosjonelle kontrollen. Noen utvikler også utfordrende atferd som for eksempel uro, rastløshet, irritabilitet, aggresjon, forvirring og søvnproblematikk. Noen kan også utvikle angst og depresjon (Moksnes, 2010).

Demens deles opp i ulike grader, mild -, moderat - og alvorlig grad. I den milde fasen merker personen selv at glemsomheten får konsekvenser for hverdagen. Tidsorienteringen svikter, det blir vanskelig å følge med på klokke og kalenderen. Dagene kan gå i surr, personen glemmer alt fra avtaler, handle inn matvarer, hente inn posten og betale regningene. Vedkommende har ofte problemer med å komme på ord og det er lite flyt i setningene. I den milde fasen kan personen fortsatt klare seg hjemme med påminnelser, tilrettelegging og hjelp (Engedal, 2010).

For å få en diagnose må sykdommen ha vart i minst seks måneder og en del andre sykdomslignende tilstander må være utelukket (Engedal, 2010). Helsepersonell har en utfordring med å kartlegge svikten hos denne gruppen pasienter. En må lete etter de gjenværende ressursene hos personen på en respektfull måte, og i omsorgen skal den som er rammet av sykdommen få størst mulig grad av medbestemmelse (Hummelvoll, 2012).

3.2 Relasjonen mellom sykepleier og bruker med en demenssykdom

Uavhengig av hvilke handlinger vi som sykepleiere utfører overfor pasienter i en sårbar situasjon krevers det tillitt til sykepleieren. Tillitten bygger på faglige vurderinger, handlinger og sykepleieren som person (Kristoffersen & Nortvedt, 2008). For å skape en god relasjon er det viktig at vi som sykepleiere respekterer brukeren, viser at vi er tilstede, at vi gir ham tid, viser tålmodighet og omsorg, samt å gi brukeren medbestemmelse (Heap, 2002). I demensomsorgen er det også viktig at vi ser brukeren for den personen han er og ikke bare sykdommen (Rokstad, 2009). For å beskrive den gode relasjonen er det naturlig å trekke inn nærhetsetikk også kalt relasjonsetikk. Her er det viktig at sykepleieren og brukeren har et jeg og du forhold, og at dette er i sentrum. Det vil være uetisk for en sykepleier å ha et jeg og det forhold, da mennesker ikke er en gjenstand (Brinchmann, 2008). På denne måten kan vi skape tillitt og trygghet mellom sykepleier og bruker.

For brukeren med en demenssykdom kan det være utfordrende å fatte rasjonelle beslutninger. I et sykepleie – pasient forhold hvor pasienten er i en sårbar situasjon er ofte relasjonen mellom sykepleieren og pasienten asymmetrisk. Brukeren med en demenssykdom er i en situasjon, hvor han trenger hjelp og tilrettelegging. Som mennesker er brukeren og

sykepleieren likeverdige, men på grunn av sykepleierens fagkunnskap er ikke relasjonen likestilt, og dermed blir forholdet asymmetrisk. For å ivareta brukerens likeverd i et asymmetrisk forhold er det viktig at vi som sykepleiere kan leve oss inn i brukerens situasjon og dermed forstå brukeren. I en god relasjon er det nødvendig å kunne forstå brukeren. Selv om en aldri fullt ut kan forstå hvordan et annet menneske føler det, kan vi til en viss grad sette oss inn i den andres situasjon. Dette er empati (Kristoffersen & Nortvedt, 2008). I et asymmetrisk forhold hvor brukeren har en demenssykdom kan det være utfordrende å vite hva han ønsker slik at vi som sykepleiere kan handle ut ifra dette. I situasjoner som dette kan sykepleieren enkelte ganger legge egne verdier og oppfatninger til grunn for valg som skal tas (Rokstad, 2011).

I en relasjon er det viktig at sykepleieren er trygg på sin rolle, og at dette gjenspeiler seg i våre holdninger og væremåte. Når vi viser at vi er trygge på situasjonen, overføres denne tryggheten til brukeren. Holdninger er med på å uttrykke hvem vi er som person og hvordan vi reagerer i ulike situasjoner. Væremåte er måten vi tar oss på i de ulike situasjonene og kunnskap om sykepleierfaget vil være med på å påvirke vår profesjonelle opptreden. Våre holdninger og væremåte kan komme til uttrykk gjennom nonverbal kommunikasjon, her må vi være bevisste på at det vi sier gjenspeiles i det vi viser (Kristoffersen & Nortvedt, 2008).

I forhold til brukere som har en demenssykdom har man en tendens til å vektlegge svikten, i stedet for å vektlegge opplevelsen personen som rammes har. Relasjonen må baseres på samarbeid, som sykepleiere må vi lokke frem pasientens ønsker og behov, fra fokus på sykdommen til fokus på personen (Rokstad, 2009).

3.3 Kommunikasjon med brukere med en demenssykdom

Kommunikasjon er ikke bare tale, men kommer også til uttrykk gjennom kroppen vår. Verbal kommunikasjon handler om det som kommer frem via ordene vi faktisk sier. Nonverbal kommunikasjon handler om det vi utveksler gjennom kroppsholdning, øyekontakt, berøring, håndbevegelser, stillhet og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2010). Solheim (1996) nevner begrepet dobbeltkommunikasjon. Det betyr at ordene vi sier motsies av kroppen, noe som er med på å skape utrygghet hos brukeren. Det er spesielt viktig at sykepleieren er bevisst på sin kommunikasjon, da den demente oppfatter mer av kroppsspråket vårt enn ordene vi faktisk sier. Aktiv lytting brukes for å identifisere underliggende følelser. Det innebærer å involvere alle

sanser der man stiller seg innlevende til pasientens budskap, verbalt og nonverbalt for å kunne tolke og forstå brukers situasjon (Rokstad, 2009).

Som sykepleiere blir vår interesse, innlevelsessevne og vilje viktig i å etablere kontakt med brukeren som har en demenssykdom. Bekreftende kommunikasjon er et viktig element i kommunikasjonen med denne pasientgruppen, det å ta utgangspunkt i den andres fokus og tone seg inn på ham (Eide & Eide, 2010). For å skape trygghet hos brukeren er det behov for at sykepleieren har en inkluderende holdning der brukeren har en opplevelse av å bli akseptert (Solheim, 1996). Heap (2002) legger vekt på hva faren er hvis engasjement ikke er tilstede i kommunikasjonen og samtalen kan bli redusert til handlingen som utføres.

I følge Solheim (1996) er det en rekke punkter som må tas hensyn til i kommunikasjon med brukere som har en demenssykdom, spesielt i forhold til hvordan vi som sykepleiere skal forholde oss. Dette handler om vår evne og vilje til å tilpasse oss til brukers svikt og kommunisere med dette i bakhodet. Forholdene må legges til rette med lite stimuli, bruke god tid og legge vekt på å informere og rettlede. Man må ikke komme med mange spørsmål eller gi vanskelige valg. Målet med kommunikasjonen er god samhandling og ikke avsløre svikt hos brukeren. På denne måten gir vi brukeren mulighet til å forstå og oppfatte det som blir sagt og dette er med på å skape trygghet.

Nedenfor vil vi ta for oss tre anerkjente kommunikasjonsmetoder innenfor blant annet demensomsorgen, disse er realitetsorientering, validering og reminisens (Berentsen, 2010)

3.3.1 Realitetsorientering

Realitetsorientering tar sikte på og respektfullt lede brukeren til nåtid (Berentsen & Solheim, 2011). Metoden kan benyttes i samtale med brukeren, men også i miljøet. I samtale handler dette om konsekvent å navngi handlinger og objekter rundt brukeren. I miljøet handler det om å orientere i forhold til tid og sted. Daglig realitetsorienteres pasienter med demenssykdom ved at sykepleieren hilser på pasienten, forteller dato og klokkeslett (Berentsen, 2010).

Svekket orienteringsevne og kortidshukommelse er symptomer på demens, dette gjør at brukeren har en svekket evne til å orientere seg om tid og sted. Noe som kan føre til at brukeren mister oversikten og erstatter manglende oversikt med egne oppfatninger som ikke alltid er reelle. Dette kan være feiloppfatninger som kan føre til vrangforestillinger og mistenksomhet (Wogn – Henriksen, 2009). Skal realitetsorientering brukes til å korrigere

feiloppfatninger er det viktig at sykepleieren gjør det på en måte som gjør at brukeren beholder sin egenverd (Berentsen & Solheim, 2011). Bekrefter vi brukerens feiloppfatning med jutting tyr vi til en enkel løsning som ikke møter brukerens behov. Likevel brukes jutting i enkelte situasjoner hvor andre fremgangsmåter ikke når frem. Som sykepleier er det viktig at vi er bevist på konsekvensene av våre handlinger. Ved bruk av jutting kan brukeren gjennomskue og miste tillitten til sykepleieren. Ved avledning forsøker vi å få brukeren over på andre tanker, ofte vil brukeren glemme det som opptar ham noe som avhenger av hvor viktig handlingen eller tanken var for brukeren. Avledningsmanøver kan også føre til at brukeren ikke føler han blir tatt på alvor og igjen fører til svekket tillitt til sykepleieren (Solheim, 1996). I kommunikasjon med demente er det viktig å få tak i følelsen som ligger til grunn for utsagnet eller adferden (Berentsen & Solheim, 2011). Episoder som er forbundet med sterke følelser huskes gjerne lengre enn de episodene som ikke er forbundet med følelser (Berentsen, 2010). Selv om ikke brukeren husker selve episoden der sykepleieren eventuelt brukte jutting eller avledning, vil han minnes følelsen rundt situasjonen (Solheim, 1996).

Målet med realitetsorientering er å bidra til at brukeren skal huske mest mulig og ikke at sykepleieren skal teste hvor mye brukeren husker (Solheim, 1996). Mange brukere føler stor trygghet ved at sykepleieren gir en garanti for det de selv har vansker for å huske. Går man systematisk og hardt til verks ved korrigerende av feiloppfatninger kan realitetsorientering virke mot sin hensikt. Dette kan føre til at personen føler seg mer usikker eller latterliggjort (Wogn – Henriksen, 2009).

3.3.2 Validering

I kommunikasjon med pasienter som har en kognitiv svikt er det viktig å ta utgangspunkt i den andres oppmerksomhetsfokus og kommunisere bekreftende også kaldt validering (Eide & Eide, 2010). Brukeren med en demenssykdom har ofte sviktende intellektuell hukommelse, derimot er den følelsesmessige hukommelsen bevart. Det er nettopp den følelsesmessige hukommelsen validering bygger på (Solheim, 1996). Ved moderat og alvorlig grad av demens får realiteter mindre betydning og følelser oppleves sterkere (Hummelvoll, 2012). Validering er en metode som handler om å møte pasienten der han er, ved å legge vekt på pasientens fokus, være bekreftede, forsøke å forstå pasienten og ikke korrigere (Berentsen, 2010). Validering handler om å vise respekt for pasientens måte å se virkeligheten på (Berentsen & Solheim, 2011).

Forutsetningen for bruk av validering er at kommunikasjon bør være preget av respekt, ærlighet og empati (Berentsen & Solheim, 2011). Det finnes fire premisser for validering. Alle mennesker fortjener respekt, få anerkjennelse for sitt liv ved å se tilbake på fortiden, ha rett til å uttrykke følelser og gjennom ekte relasjoner kan mennesker forandre seg (Solheim, 1996). Målet med validering er å skape trygghet hos brukeren og aksept (Berentsen & Solheim, 2011).

3.3.3 Reminisens

Reminisens eller minnearbeid krever kjennskap til pasienten, da man ved denne metoden kan snakke om pasientens livshistorie ved å ta for seg minner. Eldre med en mild grad av kognitiv svikt har ofte stor glede av dette (Eide & Eide, 2010). Denne metoden er med på å bekrefte hvem pasienten er og har vært (Berentsen, 2010). Reminisens forsterker opplevelsen av egen verdi og integritet, samt at det fører til økt mestringsevne og gir en sammenheng mellom hendelser i brukerens liv (Solheim, 1996).

Reminisens kan brukes i gruppe eller i samtale med pasienten (Solheim, 1996). Her legger vi vekt på hvordan dette kan brukes individuelt. I samtalen med brukeren er det viktig at vi som sykepleiere er interessert og lytter aktivt. Vi kan aktivt oppfordre brukeren til å se tilbake i tid (Heap, 2002). Anamneseskjema kan fylles ut og brukes som et hjelpemiddel. Her kan det komme frem opplysninger om pasienten som sykepleieren ikke har kjennskap til, som for eksempel familie, hobbyer som brukeren tidligere har hatt stor glede av og yrkesliv. Dette kan brukes i det daglige av helsepersonell (Engedal & Haugen, 2009).

3.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et omsorgstilbud til hjemmeboende når helsen svikter eller livssituasjoner gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre perioder. Omsorgstilbudet er ikke begrenset til alder eller sykdom, men et tilbud til alle som trenger nødvendig helsehjelp hjemme. Hjemmesykepleien har flere ulike funksjoner som forbyggende, behandlende, helsefremmende, rehabiliterende og lindrende. Et overordnet mål for hjemmesykepleiens arbeid er at brukerne skal få hjelp til å mestre hverdagen, slik at de kan leve et godt liv i sitt eget hjem. Det er viktig at vi som sykepleiere ser hver enkelt bruker, situasjon de er i og hva som skal til for at de skal ha det best mulig. Her er det nødvendig med individuelle tilpasninger, det må være rom for fleksibilitet, et godt samarbeid med brukeren og pårørende

for å komme frem til de beste løsningene. Som sykepleier i hjemmesykepleien kan man ofte oppleve en kamp mot klokken, vi skal holde tiden og rekke alle besøkene. Samtidig er det viktig at vi er til stede for brukeren den tiden vi er der (Fjørtoft, 2011). Et vesentlig mål i norsk helsepolitikk og eldreomsorg er at alle skal få muligheten til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelle tilrettelagte tjenester (Berentsen & Nilsen, 2011).

Personer med demenssykdom har et stort behov for at omsorgstilbudet er tilpasset hver enkelt brukers livssituasjon og funksjonsnivå. Hjelpet behovet vil øke i tak ettersom sykdommen forverre seg, her er det da nødvendig at omsorgstilbudet gjenspeiler hjelpebehovet (Fjørtoft, 2011). Muligheten til å tilpasse tjenesten rundt brukerens egne funksjoner gir størst mulig grad av mestring (Sosial – og helsedirektoratet, 2007). Det er da nødvendig at kommunene har et fleksibelt og koordinert tilbud, slik at det er mulig å ha et tilpasset opplegg for hver enkelt bruker. Det er viktig at det legges vekt på planlegging, forbyggende tiltak og ikke kriseløsninger. Med et mer tilrettelagt tilbud sikres kvaliteten på tjenesten til personer med demens (Fjørtoft, 2011). Nyere forskning viser at tjenesten i hjemmesykepleien rasjoneres dagelig, brukerens behov blir oversett og det er begrenset muligheten til å ta individuelle hensyn (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

Som sykepleier har vi muligheten til å påvirke hvor lenge brukeren kan bo hjemme. For å styrke muligheten for at brukeren med demens skal kunne bo hjemme lengst mulig er det viktig at vi som sykepleier gir de en trygg hverdag (Berentsen & Nilsen, 2011). Forsvarlige tjenester i hjemmesykepleien handler om at vi som sykepleier skal ivareta pasientens verdier, slik at de opplever trygghet, respekt, verdighet, forutsigbarhet, selvstendighet og muligheten til egenomsorg. Som sykepleier skal vi skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier, kriteriene for dette bygger på faglige normer som er i tråd med sykepleiens grunnlag og hva som er hjemmesykepleiens hensikt og ansvar (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

Sosial – og helsedirektoratet (2007) fremhever tre forutsetninger som er nødvendig for at personer med demens skal få en trygg hverdag. Det er at vi som sykepleier har kunnskap om demens, kjenner mottakers bakgrunn og situasjon. Dette gjør det enklere å forstå den eldre situasjon, problemer og gjør oss i bedre stand til å gi kvalifisert hjelp. Det andre er at brukerne har få personer å forholde seg til, ifølge forskning må hjemmeboende personer med demens forholde seg til gjennomsnittelig åtte hjelpere per uke (Lystrup et al., 2006). Den tredje forutsetningen er at tjenesten må være regelmessig (Sosial – og helsedirektoratet, 2007).

3.5 Etikk

Som sykepleier i hjemmesykepleien kommer vi tett inn på brukerne og livssituasjonen deres. Det er viktig at etikken ikke blir et isolert tema, men hele tiden er en del av våre faglige vurderinger. Etikk handler om verdivalg og livsverdier. Som sykepleier må vi respektere og ivareta de grunnleggende verdiene til brukeren. Det er også viktig å vise respekt og ydmykhet overfor brukerens hjem og dets verdier, regler, tradisjoner, rutiner og normer. Ordet respekt betyr å se tilbake, det kommer fra det latinske ordet respectus. Det blir brukt i en overførbar betydning som tar hensyn til, å ha aktelse for og vise ærbødighet. Å ta hensyn til er å vise at andre er betydningsfulle samt og vise varsomhet. Aktelse er å gi oppmerksomhet, verdsette og gjøre menneskene synlige. Ærbødighet er å være tilstede, gi tid, lytte, vise tålmodighet og gi brukeren medbestemmelse. Respekt er ikke bare en holdning, men hvordan man skal oppføre seg (Fjørtoft, 2011).

Som sykepleier har vi et personlig ansvar for det faglige og etiske ved egen yrkesutøvelse. De Yrkesetiske retningslinjene gir ikke noen konkrete svar på hvordan de ulike situasjoner skal løses, men sier noe om hvilke verdier som er sentrale i utøvelsen av faget. Sykepleieren skal gi pasienten helhetlig omsorg, fremme pasientens mulighet for medbestemmelse, beskytte pasienten mot krenkende handlinger, ivareta hans verdighet og sikkerhet. Vi er også pliktig til å holde oss oppdatert på aktuelt lovverk og sette oss inn i dette (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Nedenfor trekker vi fram noen av de etiske verdiene som vi synes er gjeldene for hjemmesykepleien. Integritet legger vi under autonomi, makt og ansvar under paternalismen (Fjørtoft, 2011).

3.5.1 Autonomi

Ordet autonomi kommer av gresk og er satt sammen av to ord. Auto betyr selv og nomos betyr lov, regulering og styring. Autonomi blir da selvstyring eller selvregulering og brukes om pasientens selvbestemmelse. Det er ikke alltid riktig å bruke det som helt selvbestemmende, men som medbestemmende. Dette gjelder når det brukes innenfor medisinsk etikk. Medbestemmelse kan dreie seg om retten til å bestemme behandlingsform, men ikke hvis det strider i mot legens oppfatning om hva som er til det beste for pasienten. Det andre er retten til å nekte behandling (Slettebø, 2009).

I følge Norsk sykepleierforbund står det 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” (2011, s. 4). Integritet er en følelse av å være hel, kjenne at man har verdi og være sin egen person (Heap, 2002). Som sykepleier må vi ta hensyn til hver enkelt brukers livssituasjon og respektere de valg og ønsker han har (Fjørtoft, 2011). Selv om demenssykdommen setter begrensinger for brukerens autonomi, gir det oss som sykepleiere ingen etisk fullmakt til å ta alle avgjørelser på brukerens vegne. Brukeren må få mulighet til å forta egne valg i enkelte situasjoner (Rokstad, 2011). Menneskets autonomi kan variere gjennom hele livet, som for eksempel ved alder og sykdom. Integriteten til et menneske er konstant, og i situasjoner der brukeren er sårbar så stiller dette store krav til at vi som sykepleiere ivaretar brukerens integritet. Målet med autonomi bør hele tiden være å unngå krenkelser av integriteten til brukeren (Brinchmann, 2008).

3.5.2 Paternalisme

Paternalisme kan oversettes med far bestemmer (Rokstad, 2009). Fra gammelt av var det legen som bestemte hva som var best for pasienten på en faderlig og autoritær måte. I dag blir paternalistiske holdninger hos helsepersonell nærmest sett på som negativt og svak paternalisme kan til nød bli godtatt når pasienten ikke er i stand til og selv vurdere hva som er til det beste for ham (Brinchmann, 2008). Paternalisme gir ikke helsepersonell fullmakt til å ta beslutninger over hodet på pasienten, selv om personen har demens, men det bør vurderes om pasienten vil lide unødvendig eller komme i fare dersom en ikke griper inn (Rokstad, 2009). Er det fare for liv og helse kan vi som sykepleiere i følge Helsepersonelloven (1999) gripe inn selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke eller motsetter seg helsehjelpen.

I rollen som sykepleier har vi mye makt. Det er viktig at denne makten er fordelt mellom sykepleier og bruker, slik at muligheten for medbestemmelse for brukeren er tilstedet. Dette gir oss et moralsk ansvar. Vi har ansvaret for at brukere i en sårbar situasjon blir ivaretatt på en faglig og forsvarlig måte. Det er også viktig at vi er klar over den makten vi har, muligheten og faren for maktmisbruk som ligger i det at vi ofte er på tomannshånd med brukeren (Fjørtoft, 2011). I noen situasjoner kan det være vanskelig for sykepleieren og vite hva brukeren ønsker. Selv om man mener å handle godt, kan det oppstå situasjoner hvor svak paternalisme blir kamuflert av den gode handlingen. Er handlingene vi utfører for vår egen del, for brukerens del eller gjør vi det på ren rutine. Arbeidsdagen for en sykepleier i hjemmesykepleien kan være preget av tidspress, slik at handlingene blir gjort på ren rutine.

Dette er noe som kan gå utover muligheten til å ta individuelle hensyn (Kristoffersen & Nortvedt, 2008).

3.6 Sykepleieteoretikere

Nedenfor vil vi ta for oss Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Joyce Travelbees mellommenneskelige forhold.

3.6.1 Kari Martinsen

Alle mennesker er avhengig av hverandre og omsorg vil da være av stor betydning. Makt og avhengighet preger forholdet mellom sykepleier og pasient, her er det da viktig at sykepleierens omsorg bygger på moralsk ansvarlig maktbruk. Avhengigheten kommer tydelig frem hos mennesker som har en sykdom, lidelse eller en funksjonshemming. Begrepet omsorg bygger på relasjoner, hvordan vi som sykepleiere gir omsorg som et svar på den andres avhengighet. For å handle omsorgsfullt er det nødvendig å ha forståelse for den andres situasjon og som sykepleier kan vi ikke forvente noen tilbake for den omsorgen vi gir (Kirkevold, 2005).

Martinsen (2003) skriver at mennesker er avhengig av hverandre og kritiserer egenomsorgen. Kritikken av egenomsorg, bygger på at de vi ikke kan forvente skal klare seg selv blir glemt. På denne måten mener Martinsen at samfunnet vil bli bygd på hjelp til selvhjelp prinsippet. Videre skriver hun at helsevesenet er preget av en kuldebølge, betydningen av det er at omsorgen blir produktiv, effektiv, hurtig og overfladisk. Dette er det hun kaller sentimental omsorg, denne omsorgen er krenkende da den ikke viser omtanke og interesse for den andre. Vi som sykepleiere har et ansvar overfor pasientene, særlig de som ikke kan gjenvinne sin uavhengighet. Den demente bruker er i en situasjon hvor de ikke har mulighet til å gjenvinne sin uavhengighet og har behov for en ikke krenkende omsorg (Kirkevold, 2005).

Huset er med på å gi mennesker tilhørighet. Hjemmet gir gjenkjennelighet og forutsigbarhet til brukeren og gjenstandene i huset er med på å gi trygghet. Hjemme er med på å gi sykepleierne en inngangsport til å forstå brukeren og sammen skape en relasjon (Martinsen 2001).

3.6.2 Joyce Travelbee

Travelbee tar avstand fra begrepene sykepleier og pasient. Da hun mener begrepene gjør enkelt mennesker generelle og ikke som enestående uerstattelig individer (Kirkevold, 2005). For å etablere et menneske – til – menneske – forhold kreves gjensidighet mellom sykepleier og den syke, men den ansvarlige for å etablere og bevare forholdet er sykepleieren. Kommunikasjon er sentralt i etableringen av menneske – til – menneske – forholdet. Her blir sykepleieren kjent med den syke og den syke blir kjent med sykepleieren. Formålet med dette forholdet er å kunne identifisere og ivareta den sykes behov (Travelbee, 2011).

4 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte presentert teori, utvalgte artikler, samt egne erfaringer. Vi vil synliggjøre sykepleierens funksjon i arbeidet med å skape en god relasjon, drøfte de tre presenterte kommunikasjonsmetodene og balansegangen mellom autonomi og paternalisme. Vi ønsker gjennom drøftingen å finne svar på vår problemstilling som er følgende:

Hvordan kan sykepleieren skape en god relasjon gjennom kommunikasjon med eldre hjemmeboende brukere med en demenssykdom?

4.1 Den gode relasjon

I følge Travelbee (2011) er det sykepleierne som er ansvarlig for å etablere og opprettholde relasjonen, mens relasjonen bygges opp av begge parter. For å skape en god relasjon med den demente brukeren er det flere elementer som må ligge til grunn for dette (Kristoffersen & Nortvedt, 2008). Disse elementene tar vi for oss nedenfor.

Som sykepleiere har vi mye fagkunnskap på ulike områder (Slettebø, 2009). For å skape en god relasjon til pasientgruppen i vår problemstilling er kunnskap om demens og kommunikasjon viktige elementer (Engedal & Haugen, 2009). Vi har et eksempel fra praksis hvor mangel på kunnskap kommer frem. Vi var hjemme hos en bruker med demens, hun spurte sykepleieren gjentatte ganger om det samme og trakk rundt sykepleieren hele tiden. Sykepleieren blir lei og kjefter på brukeren. Brukeren blir enda mer forvirret og urolig. Hadde sykepleieren hatt mer kunnskap om demens hadde hun kunne løst situasjonen på en annen måte. Å kjeffe på et annet menneske er aldri relasjonsbyggende. Personer med demens har behov for trygghet fordi deres hverdag er preget av uforutsigbarhet og sviktende funksjoner (Engedal & Haugen, 2009). Hvis sykepleieren kjefter, påpeker hun svikten, noe vi ikke skal gjøre. Vi skal se brukeren som unik og ikke vektlegge svikten (Rokstad, 2009). Brukeren skal oppfattes og behandles som et unikt menneske, ikke som en jobb som skal gjøres (Travelbee, 2011).

For di sykepleiere har mye fagkunnskap blir forholdet mellom sykepleier og bruker asymmetrisk. Alle handlingene vi utfører skal bygge på brukerenes ønske, dermed er det nødvendig å ha kjennskap til brukeren (Kristoffersen & Nortvedt, 2008). Vi har selv erfart hvor vanskelig det kan være å holde en samtale i gang når en ikke kjenner brukeren, som for eksempel første dag i praksis eller i en ny jobb. Vi opplevde en situasjon første uken i praksis

hvor det var en bruker som spurte etter Ola. Vi var nye på stedet og kjente verken brukeren eller livshistorien hennes. Da vi ikke kunne svare på dette, ble hun veldig usikker på oss og lurte på hvem vi var som ikke kunne svare henne. Når vår væremåte uttrykker usikkerhet, kan denne usikkerheten overføres til brukeren. Dette kan være med på å skape utrygghet og er ikke positivt for den gode relasjonen. Har sykepleieren kunnskap om demenssykdom vil vi bli trygge på vår rolle i møte med den demente bruker. Er ikke sykepleieren trygg på sin rolle kan det utfordrende å skape trygghet og tillitt hos brukeren (Kristoffersen & Nortvedt, 2008).

Holdningene til sykepleieren er en forutsetning for relasjonen mellom sykepleier og bruker. Sykepleieren må ha en holdning som ønsker å få frem brukerens gjenværende ressurser og ikke ha en ovenifra og ned holdning (Rokstad, 2009). Fagkunnskap er avgjørende for dette og gjør det gjør mulig å se personen bak sykdommen, ikke bare svikten (Eide & Eide, 2010). I følge forskning så er enkelte sykepleieres syn på den demente at de ikke er i stand til å forstå noe som helst. Videre står det at uansett emne i samtalen kan sykepleieren svare hva som helst på spørsmålene til den demente (Tuckett, 2012). Hummelvoll (2012) beskriver begrepet demens som uten fornuft, dette begrepet er ladet med negative verdier og fratår ett menneske sin betydning og integritet. I følge Rokstad (2009) er dette et uttrykk for den dementfobe holdningen blant helsepersonell. Det er et syn på demente personer som hjernedøde. Denne holdningen er ikke med på å skape en god relasjon til brukeren da sykepleieren ikke viser noe interesse i å se personen bak sykdommen. Fra praksis på en lukket demensavdeling opplevde vi at de ansatte fortalte at ingen av beboerne hadde samtykkekompetanse. Dette gjenspeilet seg i samhandlingen med beboerne, der terskelen for maktbruk var lav. Her viste det seg i ettertid at ingen var blitt fratatt samtykkekompetansen på noen områder. Dette kan si noen om hva slags holdninger enkelte har til demenssykdom. Et annet eksempel på holdninger vi har fra praksis er i forhold til å se brukerens ressurser og gi henne medbestemmelse. Vi hadde en dement dame i hjemmesykepleien hvor vi smurte på mat. Brukeren kunne nok smurt maten sin selv med tilrettelegging, men sykepleieren overtok påsmøringen uten å delaktiggjøre henne. Det ble heller ikke spurte om hva hun ønsket å ha på maten. Da vi pratet med sykepleieren om hvorfor hun valgte å gjøre det på denne måten, svarte hun at det tok for lang tid og delaktiggjøre brukeren. I tillegg kunne hun ikke gi uttrykk for hva hun ønsket på maten. Vår oppfatning av brukeren var at hun absolutt kunne svare for seg og at hun ikke hadde noen problemer med å kommunisere.

Martinsen (2005) beskriver noe hun kaller kuldebølgen, hvor omsorgsvesenet ser på pasienten som et objekt, tjenestene blir preget av hurtighet, anspenhet og er overfladiske. Vår forståelse av kuldebølgen har vi selv erfart i praksis på sykehuset. Her har vi opplevd at det er kun diagnosen som blir sett og ikke hele pasienten. Dette gjelder spesielt eldre pasienter med en demenssykdom. Sykepleiere kan oppleve en travel hverdag, hvor vi må være effektive. Martinsen (2005) skriver at denne travelheten ødelegger for nærvær til andre mennesker da det ikke er rom for å bruke tid. For en sykepleier i hjemmesykepleien kan en arbeidsdag være preget av utfordringer, uforutsigbarhet og ofte blir ikke dagen slik som planlagt. Noen av utfordringene er å holde tiden og rekke alle besøkene. For å gi brukere med en demenssykdom gode opplevelser krever dette omtanke, kreativitet og engasjement. Det er da viktig at sykepleieren er tilstedet den tiden hun tilbringer hos brukeren (Fjørtoft, 2011).

Kommunikasjon er nødvendig for å skape en god relasjon (Eide & Eide, 2010). Nedenfor tar vi for oss dette og utdyper ikke dette noe nærmere her.

4.2 Sykepleierens kommunikasjonsevner

Kommunikasjonsferdigheter er et av sykepleierens viktigste redskap (Fjørtoft, 2011). I kommunikasjon med demente er det nødvendig at sykepleieren har kjennskap til brukeren, da det ofte er sykepleieren som må holde samtalen i gang. Uten kjennskap til brukeren kan det være utfordrende å forstå hva han ønsker og mener med kommunikasjonen (Engedal & Haugen, 2009).

I følge Solheim (1996) er det grunn til å tro at brukere med en demenssykdom oppfatter kroppsspråket vårt lettere enn ordene vi sier. Det er da nødvendig å være bevisst på den nonverbale kommunikasjonen vår. En situasjon vi opplevde i praksis var at en sykepleier fortalte oss at han ikke ønsket å jobbe med demente. Når han kommuniserte med brukerne forsøkte han gjennom den verbale kommunikasjonen å være vennlig og imøtekommende. Den nonverbale kommunikasjonen viste hans manglende ønske om å jobbe med demente. Brukerne gjennomskuet han og trodde ikke på hans vennlige ord. Dette er et eksempel på dobbeltkommunikasjon og er ikke positivt da det skaper uro og utrygghet blant brukerne (Solheim, 1996). For å jobbe med demente krever det at sykepleieren er interessert og liker de utfordringene demensomsorgen gir (Fjørtoft, 2011).

Aktiv lytting handler om at sykepleieren er bevisst på både den verbale og nonverbale kommunikasjonen i samtale med demente (Eide & Eide, 2010). Og ved at sykepleieren er bevisst på dette, viser hun at hun er engasjert (Rokstad, 2009).

For å kunne kommunisere godt med brukeren med en demenssykdom, kreves det utdanning og opplæring av personalet (Egan, Bérubé, Racine, Leonard & Rochon, 2010). Vi har selv opplevd hvor store konsekvenser mangel på kunnskap kan gi. Vi møtte en pasient med en demenssykdom i praksis, som trengte mye bekreftelse for å mestre hverdagen. I en situasjon sa en pleier på praksisstedet til pasienten at dette får du ikke til. Pasienten reagerte veldig på pleierens bemerkning og gikk rundt og sa at ”jeg er dum” resten av dagen. Pasienten fikk i denne situasjonen bekreftelse på at han ikke mestrer hverdagen lengre, men det var ikke denne type bekreftelse han trengte. I ettertid av denne situasjon ble det pålagt at alle ansatte ved institusjonen måtte gjennomføre kurs i demensomsorg.

Målsetningen med kommunikasjon til pasientgruppen i vår problemstilling er å skape trygghet og tillitt og dermed bygge en god relasjon mellom sykepleier og bruker (Eide & Eide, 2010). Har sykepleieren lite kunnskap og dårlige kommunikasjonsferdigheter kan dette føre til konflikter, depresjon eller isolasjon som igjen kan føre til tidlig plass på institusjon. Klare vi å skape en god relasjon gjennom kommunikasjon og får det til å fungere hjemme for brukeren, er sykepleierne i hjemmesykepleien med på å påvirke hvor lenge brukerne kan bo hjemme (Egan et al., 2010).

4.3 Kommunikasjon som grunnlag for den gode relasjon

God demensomsorg bygger på det å møte den enkelte der de er og tjenestene bør være basert på innsikt i hver enkelt brukers livshistorie og sykdom (Helse – og omsorgsdepartementet, 2007). Med kjennskap til brukeren vil sykepleieren kunne se vekk fra svikten og se brukeren som et unikt individ som har sine interesser (Engedal & Haugen, 2009). Som sykepleiere må vi ha kunnskap om kommunikasjon og ferdigheter for å benytte realitetsorientering, validering og reminisens på en hensiktsmessig måte. Nedenfor vil vi trekke frem positive og negative sider ved realitetsorientering, validering og reminisens.

4.3.1 Realitetsorientering

Ved å benytte realitetsorientering i ulike situasjoner hvor brukeren tar opp forskjellige hendelsene, er det viktig at sykepleieren har kjennskap til ham da det kan være forskjellige følelser som er knyttet til utsagnet. Her må sykepleieren ikke bare forstå ordene, men også følelsene bak (Solheim, 1996). Fra praksis har vi opplevd to ulike pasientsituasjoner der pasientene var ulikt følelsesmessig involvert. I det ene tilfellet uttrykte pasienten ønske om å få komme hjem til mor og far, personalet valgte å realitetsorientere pasienten noe som resulterte i at pasienten begynte å gråte og ikke klarte å komme seg ut av denne sorgen. I det andre tilfellet uttrykte pasienten at han måtte på jobb, her ble realitetsorientering benyttet og pasienten uttrykte takknemlighet for at personalet var ærlig med han. I den første pasientsituasjonen var pasienten veldig følelsesmessig involvert, derfor lyktes vi ikke med å få ham tilbake til nåtiden. I slike situasjoner kan pasienten bli mer overbevist om at sin egen sannhet er riktig, jo mer andre forklarer jo mer overbevist blir han. Hadde sykepleieren hatt mer kjennskap om hvordan pasienten hadde reagert på realitetsorientering kunne kanskje utfallet i denne situasjonen vært annerledes (Berentsen & Solheim, 2011).

Personer med en mild grad av demens kan ha innsikt i egen sykdom og føle frustrasjon over tap av hukommelse og forsøke å dekke over denne glemsomheten (Engedal & Haugen, 2009). For personer med en demenssykdom er det viktig med bekreftende kommunikasjon og ikke bare å fokusere på tap av hukommelse (Eide & Eide, 2010). Her må sykepleieren fokusere på brukerens ønske, behov og ikke vektlegge svikten. Skal vi som sykepleiere bruke realitetsorientering til å korrigere feiloppfatninger skal dette gjøres på en slik måte at brukeren bevarer sin egenverd (Solheim, 1996). I den milde fasen av demenssykdommen er realitetsorientering en god metode da brukeren ofte ønsker å holde seg orientert (Hummelvoll, 2012). Som i eksempelet over hvor pasienten var takknemlig for at vi var ærlige med ham. Formålet med realitetsorientering er ikke at sykepleieren skal vite hva brukeren husker, men at vi skal hjelpe brukeren å huske mest mulig (Solheim, 1996).

Bør realitetsorientering brukes for en hver pris? Begge eksemplene over er hentet fra en avdeling som konsekvent brukte realitetsorientering i kommunikasjon med pasienter med en demenssykdom. Elkins (2011) tar sterk avstand til bruken av realitetsorientering da hun mener at det er med på å bekrefte svikten hos denne pasientgruppen og ikke ivaretar de gjenværende ressursene hos pasienten (Hummelvoll, 2012). En bør kanskje unngå å bruke

realitetsorientering ved korrigerende av feiloppfatninger, da konsekvensene av dette kan være ødeleggende for relasjonen mellom sykepleier og bruker. Brukeren kan bli mer overbevist om at han har rett, dette kan ende med kringling og at han sloss for sin sannhet (Solheim, 1996). Avledningsmanøver og jutting er noe sykepleieren bør være forsiktige med å benytte seg av. Her møter sykepleieren brukeren på en ikke respektfull måte og brukeren kan gjennomskue og miste tilliten til sykepleieren som ikke fremmer den gode relasjonen (Berentsen & Solheim, 2011). Som sykepleiere bør vi stille oss kritiske til bruken av realitetsorientering og ha konsekvensene av denne metoden i bakhodet. Selv om noen forfattere stiller seg kritisk til bruken av realitetsorientering har den en praktisk tilnærming når det brukes i miljøet (Berentsen, 2010).

4.3.2 Validering

Validering handler om å møte brukeren der han er, være bekræftende, legge vekt på hans fokus og ikke korrigere (Berentsen, 2010). Som sykepleiere skal vi gjennom validering vise respekt for brukerens syn på virkeligheten, være ærlige og vise empati (Berentsen & Solheim, 2011). Hvordan kan sykepleieren være ærlig ved å bekrefte pasientens oppfatning av virkeligheten, når denne virkelighetsoppfatningen ikke alltid er reel? Grunnene til at sykepleieren velger å bruke validering kan ofte bunne i at vi ønsker å skåne brukeren for unødig ubehag og stress (Tuckett, 2012). Et eksempel på dette kan være når den demente brukeren spør etter mor eller far. Her bør sykepleieren møte brukeren der han er og ikke korrigere med å si at mor eller far er død. Et dødsbudskap kan skape sorg hos brukeren. I dette eksempelet er det bedre å snakke om det brukeren spør om. Sykepleieren bør unngå å komme med dødsbudskapet eller bekrefte at mor og far lever. Ved å stille brukeren spørsmål rundt mor og far kan han på egne premisser komme frem til at de ikke er blant oss lengre (Berentsen & Solheim, 2011). Tuckett (2012) kommer frem til at validering er akseptert når sykepleieren bruker det for å skåne pasienten for vonde følelser.

Personer med en demenssykdom kan bli betraktet som en ikke – person, uten sjel, avsjelet og i dagligtalen omtalt som grønnsak eller helt bortreist (Rokstad, 2009). Hvis sykepleieren ikke har nok kunnskap om demenssykdom, kan man kanskje tro at den demensrammende brukeren ikke forstår at vi er uærlige og dette kan få konsekvenser for relasjonen mellom sykepleieren og brukeren (Tuckett, 2012). Det kreves ikke bare kunnskap om sykdommen når vi skal kommunisere med personer med demens. Det kreves også at sykepleieren har en fordomsfri holdning og ikke ser på brukeren som uten fornuft (Rokstad, 2009). Fra praksis observerte vi

en episode hvor sykepleieren fikk spørsmål fra en bruker om når kona hans kommer hjem. Sykepleieren pratet med brukeren om kona hans, han svarte på spørsmålene til sykepleieren til å begynne med, men ble etterhvert litt irritert på henne. Han spurte da hvorfor hun ikke svarte på hans spørsmål om når kona hans kommer hjem. Sykepleieren forsøker å endre fokuset hans, men lykkes ikke. Hun velger tilslutt å si at kona hans kommer snart. Tuckett (2012) skiver at validering kan bli sett på som et svik av enkelte pasienter. Brukeren i eksempelet over har en mild grad av demens hvor tenkeevnen er relativt intakt (Hummelvoll, 2012). Han vil kunne gjennomskue og føle seg sviktet av sykepleieren. I følge Tuckett (2012) kan validering få konsekvenser for relasjonen og dette må tas med i vurderingen. Selv om brukeren ikke nødvendigvis husker episoder hvor sykepleieren er uærlig, vil fortsatt følelsen av svik sitte i. Dette kan føre til at brukeren føler utrygghet og usikkerhet til sykepleieren noe som vil påvirke relasjonen (Elkins, 2011).

Blir validering brukt på riktig måte velger sykepleieren å unngå å si noe. Ved å prate i fortid bekrefter ikke sykepleieren brukerens feiloppfattning, men setter seg inn i hans måte å se verden på (Berentsen & Solheim, 2011). Vi hadde en pasient i praksis som lurte på om vi ikke kunne hjelpe henne opp på lasteplanet da hun skulle være med bort til nabogården. Hun hadde dårlig tid og hadde spurt noen tidligere, men ikke fått noen respons. Vi kunne ikke hjelpe henne med dette da det ikke stod en lastebil ved siden av henne, istedenfor spurte vi om hun ofte pleide å sitte på lasteplanet når de skulle bort. Her pratet vi i fortid med pasienten, og bekrefter derfor ikke hennes feiloppfattning, men forsøker å sette oss inn i hennes måte å se verden på. Pasienten godtok måten vi brukte validering på og spurte ikke om hjelp til å komme opp på lasteplanet, hennes fokus ble heller å svare på våre spørsmål rundt situasjonen.

4.3.3 Reminisens

Ved bruk av reminisens også kalt minnearbeid er det ekstra viktig at sykepleieren har kjennskap til brukerens fortid (Berentsen & Solheim, 2011). Langtidshukommelsen er ofte inntakt i en tidlig fase av sykdommen. Dette gir sykepleieren da muligheten til å trekke fram minner fra fortiden (Engedal & Haugen, 2009). Personer med en demenssykdom i en tidlig fase har stor glede av metoden reminisens (Eide & Eide, 2010). Ved å bruke reminisens i kommunikasjonen med denne pasientgruppen er det med på å gi økt tillitt til egen mestringsevne. Brukeren vil da føle egenverd og det er med på å styrke jeg – integriteten (Heap, 2002). Forskning viser at det å benytte seg av brukerens livshistorie gjør at den demente blir sett på som et unikt menneske og svikten er ikke i fokus. Brukeren vil da få glede

av å være en interessant person, som fører til kontinuitet i livet. Når vi som sykepleiere har kjennskap til brukerens fortid blir vi mer bevisst over brukerens tap (McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan & Repper, 2010).

For sykepleiere i hjemmesykepleien er reminisens en god kommunikasjonsmetode, da hjemmet er et godt verktøy (Berentsen & Solheim, 2011). I følge Martinsen (2001) er hjemmet med på å synliggjøre brukeren og sykepleierens tolkning av hjemmet er med på å hjelpe henne med sine oppgaver. Ved at brukeren har kjente gjenstander rundt seg, vil dette være med på å gi trygghet. I praksis i hjemmesykepleien brukte vi ofte bilder og gjenstander i brukerens hjem for å starte en samtale. Et eksempel på dette var en bruker som hadde en mann som hadde jobbet i forsvaret i sitt yrkesaktive liv. Mannen hadde gått bort for mange år siden, men brukeren viste stor glede og stolthet da vi snakket med henne om bilder og diplomer som hang på veggene.

Ved å bruke reminisens kan en også støte på vonde minner. Hvis brukeren formidler et ønske om å prate om disse, er det viktig at sykepleieren viser at hun er tilstede og ikke forlater en bruker som er i følelsesmessige vansker (Solheim, 1996). Sykepleieren bør være forsiktig med å ta opp vonde opplevelser uten å vite hvordan brukeren reagerer på dette, da vi ikke nødvendigvis har kompetansen til å hjelpe brukeren til å bearbeide opplevelser som kan ha vært traumatiske. I praksis møtte vi en bruker som hadde blitt misbrukt som ung. Gjennom kommunikasjon uttrykket brukeren tydelig at hun ikke ønsket å prate om episoder fra fortiden selv om hun snakket mye om mor og tante. Vi forsøkte å prate med henne om tidligere opplevelser, men da trakk hun seg bare tilbake. Her er det viktig at sykepleieren klarer å lese pasienten og ikke presser på når hun ikke ønsker å prate.

4.4 Sykepleie i hjemmet

Som sykepleier i hjemmesykepleien kan en arbeidsdag være preget av travelhet da vi skal holde tiden og rekke alle besøkene. Vi skal også være tilstede for hver enkelt bruker og behovene hans (Fjørtoft, 2011). I følge Sosial – og helsedirektoratet (2007) er det noen forutsetninger for å gi hjemmeboende brukere med en demenssykdom en tryggere hverdag. For det første må sykepleieren ha kunnskap om sykdommen og kjennskap til brukerens bakgrunn og situasjon. For det andre må brukeren ha få pleiere å forholde seg til og til sist skal tjenestene være regelmessige.

Martinsen (2005) skriver om betydningen av begrepet tid i sykepleien. Hun mener at tid er symbolet på moderniseringsprosessen, det vil si at man skal være hurtig og effektiv. Det fører til at man ikke skal bruke mer tid enn nødvendig. Denne hurtigheten og effektiviteten er ødeleggende for den gode relasjonen mellom sykepleier og bruker. Det er viktig å bruke tid til samtale selv om tiden hos brukeren er knapp målt etter klokken. På en vakt i hjemmesykepleien var vi innom en bruker med en demenssykdom. Dette var etter arbeidslistene et kort besøk. Vi utførte oppgaven, men tok oss også tid til en samtale. Dette satte hun stor pris på og uttrykket takknemlighet for at vi tok oss tid til dette. Det kreves ikke mye for å skape de gode opplevelse, men her er kommunikasjonen avgjørende for den gode relasjonen. Måten vi kommuniserer på må formidle respekt og trygghet (Fjørtoft, 2011).

Tønnessen og Nortvedt (2012) skriver at brukerne ikke får tjenester til avtalt tid. Noen ganger må de vente flere timer på å få hjelp. Brukere med en demenssykdom har behov for forutsigbarhet, det å ikke få tjenester til avtalt tid vil påvirke brukerne negativt. Dette er med på å skape utrygghet (Sosial – og helsedirektoratet, 2007). Utrygghet er ikke positivt for å skape den gode relasjonen. Vi har selv erfaring fra hjemmesykepleien. Det er alltid noen som må være den siste og må dessverre vente en stund på å få hjelp. Vi forsøker å rullere på hvem som får hjelp først, men det vil alltid være noen som ikke er helt fornøyde. Vi opplevde en situasjon hvor det var en bruker som fikk besøk senere en hva hun pleide på grunn av at vi måtte ta en trygghetsalarm. Da vi kom til brukeren var hun stresset og virket utrygg. Hun var sint fordi vi ikke hadde kommet til avtalt tid. Dette var en dement bruker som har fått hjelp av hjemmesykepleien over en lengre periode. Hjemme har hun en oversikt over tidspunktene hjemmesykepleien bruker å komme. Her kommer viktigheten med forutsigbarhet inn, da dette er med på å skape trygghet i hverdagen for den demente brukeren (Sosial – og helsedirektoratet, 2007). Selv om tjenestene er uforutsigbare og brukerne opplever krenkelser rundt dette, ønsker allikevel de aller fleste å bo hjemme lengst mulig (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Sosial – og helsedirektoratet (2007) har et mål om at alle skal gis muligheten til å bo lengst mulig hjemme og motta individuelt tilrettelagte tjenester. Enkelte brukere får også hjelp til tjenester de kan ivareta selv. Forklaringen på dette kan være at tjenestene er rutinepreget uten at det blir tatt individuelle hensyn eller at sykepleieren ikke tar seg tid til å motivere brukeren til å utføre det han selv mestrer (Lystrup et al., 2006). Selv om brukerne har en demenssykdom har de fortsatt ressurser til å mestre daglige gjøremål, men dette krever lengre tid en tidligere (Berentsen, 2010).

Forskning viser at tjenestene i hjemmesykepleien rasjoneres daglig. Behovene til brukerne blir ikke sett og dermed er det lite rom for individuelle hensyn (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Er det tidspresset som fører til at individuelle hensyn ikke blir tatt eller er arbeidet blitt for rutinepreget? Av egen erfaring er det lett for at arbeidet blir preget av rutiner slik at en ikke ser brukerens egne ressurser. Som for eksempel da en bruker har hatt ekstra hjelp en periode på grunn av sykdom. Da brukeren blir bra igjen og egentlig ikke har behov for den ekstra hjelpen lengre er det lett for sykepleieren å følge rutiner. Dermed hjelper hun brukeren med gjøremål som han har ressurser til å gjøre selv. I følge Tønnessen og Nortvedt (2012) begrenser enkeltvedtak muligheten til å imøtekomme brukernes behov da fokuset ligger på vedtaket. Vi har selv erfart at når man ikke ivaretar brukerens ressurser kan man skape pleiepasienter og i noen tilfeller sykehjemspasienter. I praksis opplevde vi stort tidspress i hjemmesykepleien. Her observerte vi at noen av sykepleierne ikke tok seg tid til å tilrettelegge for brukeren, men overtok for å spare tid. Brukerne resignerte, ble med tiden mer redusert og trengte da mer hjelp. En god demensomsorg handler om å se brukeren og ivareta hans ressurser. God kommunikasjon er en forutsetning for at sykepleieren skal få tak i brukerens ressurser (Solheim, 1996).

En forutsetning for å kunne gi personer med demens en trygg hverdag er at de har få personer å forholde seg til (Sosial – og helsedirektoratet, 2007). I følge forskning har brukerne i gjennomsnitt åtte pleiere å forholde seg til i løpet av en uke, dette gir grunn til å tro at kvaliteten på omsorgen ikke er optimal (Lystrup et al., 2006). Kontinuitet handler om at ingen må bli glemt og at hver enkelt bruker må få riktig hjelp til rett tid. I hjemmesykepleien må det legges til rette for at det ikke stadig kommer nye pleiere til brukerne med en demenssykdom. Denne pasientgruppen har behov for forutsigbarhet og det innebærer at det er kjente pleiere som daglig kommer til dem. Det er viktig at disse fagpersoner er sykepleiere som har kunnskap og engasjement for denne pasientgruppen (Fjørtoft, 2011).

Vi har både positive og negative erfaringer fra hjemmesykepleien. Et positivt eksempel på dette var da vi fikk en ny bruker. Hun var dement og veldig utrygg på hjemmesykepleien da hun var vant til å klare seg selv. Her var hjemmesykepleien beviste på at det skulle være faste personer som rullerte på besøkene hos brukeren. Etter en tid godtok brukeren besøk fra hjemmesykepleien, da uniformen, bilen og tidspunktet var kjent. Et negativt eksempel er når brukeren får mange personer å forholde seg til. Dette opplevde vi i praksis, hvor vi hadde en dement mann med språkvansker, som bodde hjemme med kona. Situasjonen var utfordrende

da det var vanskelig å kommunisere med ham og få ham til å forstå at sykepleierne var derfor å hjelpe ham. Brukeren reagerte med sinne og frustrasjon. Siden situasjonen var så utfordrende rullerte mange på å reise dit. På denne måten ble aldri noen ordentlig kjent med han, noe som resulterte i at de sa fra seg tjenestene da de følte at de ikke ble ivaretatt og at hjelpen ikke var god nok. Hvem tok hjemmesykepleien hensyn til her, var det brukeren eller personalet? I denne situasjonen ble det tatt hensyn til personalet og ikke brukeren. Dette mener vi at var en dårlig måte å håndtere situasjonen på. Her kommer viktigheten med kjennskap til brukeren frem. Det manglet kontinuitet, dermed var det ingen som ble kjent med han. Hadde det vært få sykepleiere involvert som tok seg tid, kunne kanskje utfalle vært annerledes. Tjenestetilbudet er mange steder ikke tilrettelagt for mennesker med demens. Det er manglende kontinuitet, kapasitet og kunnskap i tjenestene, noe som går utover kvaliteten på tilbudet (Helse - og omsorgsdepartementet, 2007).

I dag er kunnskapen og interessen for aldersrelaterte sykdommer for liten, i Omsorgsplan 2015 er det flere tiltak slik at en kan styrke både rekrutteringen til og kompetansen i omsorgssektoren (Helse – og omsorgsdepartementet, 2007). Hjemmesykepleien må ha kunnskap om brukerens sykdom og bakgrunn (Berentsen og Nilsen, 2011). Ved å kjenne brukeren kan sykepleieren tilpasse hjelpen som gis og møte hans behov (Fjørtoft, 2011). Ved at sykepleieren har kunnskap om demens vil dette gi økt interesse for faget (Sosial – og helsedirektoratet, 2007). Dette kombinert med gode kommunikasjonsevner gir et godt grunnlag for å skape den gode relasjonen (Engedal & Haugen, 2009).

4.5 Balansegangen mellom autonomi og paternalisme

Etiske refleksjoner er en forutsetning i samhandling med brukere som har en demenssykdom (Berentsen, 2010). Det er viktig med etisk refleksjon i praksis, slik at de beslutningene vi tar er gode og gjennomtenkte (Eide & Eide, 2010). For at hjemmesykepleien skal være faglig forsvarlig må brukerens verdier ivaretas. Brukeren må ha opplevelse av respekt, trygghet, verdighet og selvstendighet (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Demente brukere er i en sårbar situasjon hvor de er avhengige av sykepleieres kompetanse. Her er det viktig at sykepleieren er bevisst på den makten hun innehar. Selv om sykepleieren og brukeren har lik verdi som mennesker, er vi allikevel ikke likestilte (Kristoffersen & Nortvedt, 2008).

Ved at vi ikke er likestilte vil forholdet være asymmetrisk (Slettebø, 2009), men det gir oss likevel ingen fullmakt til å ta avgjørelser på brukerens vegne (Rokstad, 2011). Som

sykepleiere skal vi ivaretar brukernes autonomi og integritet slik at de får ivaretatt sin medbestemmelsesrett (Slettebø, 2009). I følge Kari Martinsen er sykepleierens ansvar å ta vare på de svake som ikke har muligheten til å gjenvinne sin egenomsorg. I situasjoner hvor mennesker er rammet av sykdom kommer det asymmetriske forholdet tydelig fram (referert i Kirkevold, 2005). Som sykepleiere har vi kunnskaper og ferdigheter. I enkelte situasjoner kan denne faglige makten gjøre at vi blander oss opp i en brukers rett til medbestemmelse. Grunnen til dette kan være at vi mener at det er til det beste for brukeren. Et eksempel på dette fra praksis er når brukeren ikke ønsket å dusje. Sykepleieren overkjørte brukerens ønske og begrunnet dette med verdier som velvære, behov, nytte og lykke (Rokstad, 2011). Av egen erfaring vet vi at mange eldre har et annet forhold til personlig hygiene en det vi har. Vi ser på det å dusje hver dag som en nødvendighet og dermed kan vårt syn på personlig hygiene bli påtvunget brukerne. Dette er paternalisme. En hver handlig vi utfører, skal bygge på brukerens ønske (Kristoffersen & Nortvedt, 2008). Når en bruker har en demenssykdom kan det være utfordrende å få tak i hva han virkelig ønsker. Er da det å ivareta brukerens autonomi og integritet en umulighet for personer med demens? I følge Kari Martinsen skal omsorg bygge på moralsk ansvarlig maktbruk (referert i Kirkevold, 2005). Makten vi som sykepleiere har må fordeles slik at brukeren har mulighet til medbestemmelse (Fjørtoft, 2011). Selvfølgelig setter demenssykdommen begrensninger for brukerens autonomi, men brukeren må få mulighet til å ta selvstendige valg i enkeltsituasjoner. Som sykepleiere må vi være bevisste på dette og gi brukeren muligheten til medbestemmelse (Rokstad, 2011).

5 Konklusjon

Som sykepleiere kan vi være med på å påvirke hvor lenge brukerne kan bo hjemme (Berentsen & Nilsen, 2011). Vi mener at den påvirkningskraften vi har her, er ved å skape et godt samarbeid. Vi må se brukerens ressurser, gi han medbestemmelse for å ikke skape pleiepasienter. Vi som sykepleiere har opplevd tidspresset som er i hjemmesykepleien. Tidspresset gjør det utfordrende å skape den gode relasjonen til brukeren. Det handler om å være tilstede den tiden vi er der, vise at vi bryr oss og er engasjerte (Fjørtoft, 2011).

For å besvare vår problemstilling har vi tatt for oss realitetsorientering, validering og reminisens. Dette er tre anerkjente kommunikasjonsmetoder innenfor demensomsorgen. Metodene er forskjellige og ikke like anvendbare i alle situasjoner (Berentsen, 2010). Realitetsorientering er en god metode for personer med en mild grad av demens, men bør ikke brukes for enhver pris (Hummelvoll, 2012). Her må vi tenke over hvor følelsesmessig involvert brukeren er og hvordan brukeren kan reagere på metoden (Berentsen & Solheim, 2011). Validering er en metode som brukes for å bekrefte den dementes syn på verden (Solheim, 1996). Denne blir vanligvis brukt til personer med en moderat eller alvorlig grad av demens (Hummelvoll, 2012). Av egen erfaring har vi opplevd at brukerne med en mild grad av demens gjennomskuer sykepleierens uærlighet. Dette er ikke med på å skape den gode relasjonen til vår pasientgruppe. Reminisens mener vi er den beste metoden å bruke til vår pasientgruppe. Denne metoden brukes på personer med en mild grad av demens og de har ofte stor glede av dette (Eide & Eide, 2010). Her setter vi oss inn i brukerens livshistorie og benytter denne historien i kommunikasjonen (Berentsen & Solheim, 2011). Ved realitetsorientering kan brukerens svikt påpekes, noe som kan være ødeleggende for relasjonen (Elkins, 2011). Bruk av reminisens gjør at vi ser brukeren som unik og fokuserer ikke på svikt. Metoden krever kjennskap til brukeren og vi mener at denne kjennskapen er relasjonsbyggende. Med tanke på at vår pasientgruppe bor hjemme er hjemmet en god ressurs for denne metoden (Martinsen, 2001). I tillegg bekrefter ikke denne metoden pasientens måte å se virkeligheten på som validering gjør (Solheim, 1996). Selv om vi mener reminisens er den beste metoden for vår problemstilling, er allikevel de to andre metodene kanskje et bedre valg i enkelte situasjoner. Fagkunnskapen til sykepleieren er avgjørende for valg av metode i de ulike situasjonene.

I drøftingen er det elementer som går igjen, dette er fordi disse elementene er med på å skape den gode relasjonen. For å skape en god relasjon gjennom kommunikasjon er det nødvendig at sykepleieren har kunnskap om demenssykdom, kjennskap til brukeren, har tilstedeværelse, er engasjerte og ser brukeren som et unikt individ (Fjørtoft, 2011).

Litteraturliste

(*) Berentsen, A. & Nilsen, A. (2011). *Demensomsorgens ABC: Tilbud til hjemmeboende personer med demens*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. 47 sider

(*) Berentsen, V. D. & Solheim, K. V. (2011). *Demensomsorgens ABC: Validering, realitetsorientering og reminisens*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. 51 sider

Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B. S. (2008). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (2. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

(*) Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C. & Rochon, E. (2010). Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010(2010), 1-11. doi: 10.4061/2010/906818 11 sider

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

(*) Elkins, Z. (2011). Communication bridges for patients with dementia. *Primary Health Care*, 21(10), 16-19. Lokalisert på

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=406dc1bb-a7de-4fde-8b9f-b2abeec3131a%40sessionmgr104&vid=5&hid=124> 4 sider

(*) Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer: En lærebok* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse. 48 sider

(*) Engedal, K. (2010). *Demensomsorgens ABC: Andre demens sykdommer* (3. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse. 10 sider

- (*) Engedal, K. (2010). *Demensomsorgens ABC: Demens og Alzheimers sykdom* (3. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse. 28 sider
- Fjørtoft, A.-K. (2011). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen: kommunikasjon – minner – kriser – sorg* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- (*) Helse – og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015: «Den gode dagen»*. Lokalisert på http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf 24 sider
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 7. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdata.no>
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdata.no>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- (*) Kirkevold, M. (2005). *Sykepleieteorier: -Analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. 30 sider
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2008). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 137-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- (*) Lystrup, L. S., Lillesveen, B., Nygård, A.-M. & Engedal, K. (2006). Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(15), 1917-1920. Lokalisert på <http://www.tidsskriftet.no/article/1405024> 4 sider
- (*) Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen. I T. Wyller (Red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 167- 190). Bergen: Fagbokforlaget. 24 sider
- (*) Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget. 50 sider
- (*) Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe. 26 sider

(*) McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan T. & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person – centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x 11 sider

Moksnes, K. M. (2010). Livets siste faser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke, *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn* (s. 446-486). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Pasient – og brukerrettighetslov LOV-1999-07-02-63. § 4. (2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>

(*) Rokstad, A. M. M. (2009). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smeby (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60-86). Oslo: Akribe. 27 sider.

(*) Rokstad, A. M. M. (2011). *Demensomsorgens ABC: Etiske utfordringer*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. 24 sider

Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 28-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

(*) Solheim, K. (1996). *Demensguide: holdninger og handlinger i demensomsorgen*. [Oslo]: Tano Aschehoug. 46 sider.

Sosial - og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt!: Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. (SHdir Rapport IS-1486). Lokalisert på http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/ShDir_DemensRapport_KORR4.pdf

- (*) Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 8 sider
- (*) Tuckett, A. G. (2012). The experience of lying in dementia care: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 19(1), 7-20. doi: 10.1177/0969733011412104 14 sider
- (*) Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280-285. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0134 6 sider
- (*) Wogn – Henriksen, K. (2009). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smeby (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe. 27 sider.
- (*) Totalt 520 sider selvvalgt litteratur

Sammendrag

Nøkkelord: Relasjon, kommunikasjon, hjemmeboende, demenssykdom, eldre, kunnskap, kjennskap og hjemmesykepleie.

Bakgrunn: Vi har begge praksiserfaring innenfor temaet og har selv erfart tidspresset, mangelen på kunnskap og dårlig kjennskap til brukerne i hjemmesykepleien.

Hensikt: Hensikten med oppgaven vår er å belyse problemstillingen, hvordan kan sykepleieren skape en god relasjon gjennom kommunikasjon med eldre hjemmeboende brukere med en demenssykdom? Vi vil møte denne pasientgruppen på mange ulike arenaer. Kunnskapen vi tilegner oss i denne oppgaven vil bidra til å styrke vår profesjonalitet og kvaliteten på sykepleien vi utøver.

Metode: Vi har benyttet oss av litteraturstudie som metode.

Resultater: Hjemmesykepleien er en utfordrende arena å jobbe i. Det er høyt arbeidstempo og stort tidspress, noe som kan gjøre det utfordrende og skape gode relasjoner. På tross av dette skal det ikke mye til for å skape gode opplevelser for brukere med en demenssykdom. Sykepleierens gode kommunikasjonsevner er en viktig forutsetning for å skape en god relasjon og det er viktig å være tilstede den tiden vi er der.

Konklusjon: Vi har kommet frem til at reminisens er den beste kommunikasjonsmetoden for å skape en god relasjon gjennom kommunikasjon. I tillegg til kommunikasjon er det nødvendig at sykepleieren har kunnskap om demenssykdom, kjennskap til brukeren, har tilstedeværelse, er engasjert og ser brukeren som et unikt individ.

Vedlegg 1

Database	Søkeord og boolske operatører (and, or, not).	Begrensning	Ant. treff	Grunn for eksklusjon av artikler	Utvalgte artikler
SveMed+	Eldre and forsvarlig and hjemmesykepleie.	Ingen	1		Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?
SveMed+	Hjemmeboende and demens	Peer reviewed	3	De to andre går på pårørende og derfor ikke relevant for vår problemstilling.	Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens.
Ovidnursing	Dementia and trust and communication	Ingen	17	Resten svarte ikke på problemstillingen	The use of life story work with people with dementia to enhance person-centered care
Ovidnursing	Dementia and attitude of health personnel and communication	Engelsk språklige, ikke eldre en 2007	29	Resten svarte ikke på problemstillingen	The experience of lying in dementia care: A qualitative study
Cinahl og Ageline	Dementia and patient-centered care and home nursing and communication	Peer reviewed 2007	14	Resten svarte ikke på problemstillingen	Communication bridges for patients with dementia