

Avdeling for folkehelsefag

Campus Elverum

Kristin Johansen og Trine Holden Teien

Veileder: Kari Kvaal

Stellet – en arena for muligheter eller krenkelseser?

Tvang i demensomsorgen

The care situation - an arena for opportunities or violations?

Use of coercion in dementia care

Antall ord: 11 278

Bachelor i sykepleie, kull BASY 2014

Bacheloroppgave 2017

Norsk sammendrag

Tittel:

«Stellet – en arena for muligheter eller krenkelser?: Tvang i demensomsorgen»

«The care situation – an arena for opportunities or violations?: Use of coercion in dementia care»

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å undersøke om vi som sykepleiere kan unngå bruken av tvang hos pasienter med Alzheimers sykdom.

Problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleiere forhindre bruken av tvang under stellesituasjoner hos pasienter med Alzheimers?

Metode:

Oppgaven er en litteraturstudie basert på pensumlitteratur, aktuell litteratur, forskning og egne erfaringer.

Teori:

Teoridelen består av teori vi anser som relevant for å besvare problemstillingen og inneholder teori om Alzheimers sykdom, Kari Martinsens omsorgsfilosofi, personlig hygiene, lovverk, tillitsskapende tiltak og etikk.

Oppsummering:

Vi har funnet ut at tvang i stellesituasjoner hos pasienter med Alzheimers sykdom kan hindres, men dette krever kunnskap, tålmodighet og gode holdninger fra omsorgsgiver.

Innholdsfortegnelse

INNHold	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR OPPGAVEN	6
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	7
1.3 AVGRENSNING	7
1.4 BEGREP	8
1.5 CASE	9
1.6 ANONYMISERING	10
1.7 OPPGAVENS OPPBYGNING	10
2. METODE	12
2.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK	12
2.2 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	13
2.2.1 <i>“Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care”</i> 13	
2.2.2 <i>“How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study”</i>	14
2.2.3 <i>“Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang”</i>	15
2.2.4 <i>“Ufordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv”</i>	15
2.2.5 <i>“Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care”</i>	17
2.3 KILDEKRITIKK	18
2.4 ETISKE OVERVEIELSER	19
3. TEORI	20
3.1 KARI MARTINSEN	20
3.1.1 <i>Omsorg</i>	20

3.1.2	<i>Omsorgsarbeid og vedlikeholdsomsorg</i>	21
3.1.3	<i>Autonomi og paternalisme</i>	22
3.2	ALZHEIMERS SYKDOM.....	22
3.2.1	<i>Symptomer og kjennetegn på Alzheimers sykdom</i>	23
3.3	PERSONLIG HYGIENE	24
3.4	TVANG OG SAMTYKKEKOMPETANSE	25
3.5	HELSEHJELP TIL PASIENTER UTEN SAMTYKKEKOMPETANSE.....	26
3.6	TILLITSSKAPENDE TILTAK	27
3.6.1	<i>Reminisens</i>	28
3.6.2	<i>Musikk</i>	29
3.7	ETISKE PRINSIPPER INNEN MEDISINSK ETIKK	30
3.7.1	<i>Autonomi</i>	30
3.7.2	<i>Velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet</i>	31
4.	DRØFTING	32
4.1	DET ETISKE PROBLEMET	32
4.2	AUTONOMI OG PATERNALISME.....	34
4.3	BETYDNINGEN AV KOMPETANSE OG RESSURSER	35
4.4	TILLITSSKAPENDE SYKEPLEIE.....	37
4.5	REMINISENS OG MUSIKK.....	39
4.6	OMSORG SOM TILLITSSKAPENDE TILTAK	41
5.	KONKLUSJON	43
	LITTERATURLISTE	45
	VEDLEGG 1	1

Do not ask me to remember

Do not ask me to remember,
don't try to make me understand.
Let me rest and know you're with me,
kiss my cheek and hold my hand

I'm confused beyond your concept,
I'm sad and sick and lost.
All I know is that I need you,
to be with me at all cost.

Do not lose your patience with me,
do not scold or curse or cry.
I can't help the way I'm acting,
can't be different though I try.

Just remember that I need you,
that the best of me is gone.
Please don't fail to stand beside me,
love me 'til my life is done.

(Owen Darnell, s.a.)

1. Innledning

Gjennomsnittsalderen i Norge blir stadig høyere, og forekomsten av demens øker med stigende alder. Det finnes ingen eksakte tall på antall personer med demens i Norge per dags dato, men det antas å være ca. 77 000. Demens er den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem, og rundt 80 % av alle som bor på sykehjem har demens (Tretteteig, 2016).

Som tallene viser er dette en pasientgruppe som er svært aktuelt for oss som sykepleiere. Dessverre har både litteratur og egne erfaringer gjennom studiet vist oss at tvang ovenfor denne pasientgruppen forekommer. Dette er noe vi anser som svært alvorlig. Som en del av vår sykepleierutdanning skal vi skrive en bacheloroppgave, og med bakgrunn på faktaene som nevnt har vi valgt å ta for oss temaet demens og tvang.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

I flere av våre praksisperioder har vi jobbet med denne pasientgruppen. Erfaringene vi sitter igjen med er at bruk av tvang ovenfor denne pasientgruppen forekommer i større eller mindre grad. Pasientene blir ofte beskrevet som «vanskelige» fordi de motsetter seg hjelp eller blir utagerende. Å bruke tvang virket som en enkel løsning for personalet da det kan være tidskrevende å benytte andre tilnæringsmåter i en travel hverdag med mange oppgaver som skal gjøres. Lovverket ble med andre ord ikke tatt hensyn til.

Av erfaring vet vi at en person med demens har følelser på lik linje som alle andre. Derfor er vi opptatt av å behandle mennesket med respekt og omsorg. At det utøves jevnlig tvangstiltak hos disse pasientene på bakgrunn av at «de er vanskelige», tidskrevende og mangel på kunnskap fra personalets side synes vi er meget trist og alvorlig. Sykepleie hos denne pasientgruppen har vi erfart kan være utfordrende og innebære mange vanskelige situasjoner som krever kunnskap og evnen til refleksjon, men samtidig er det spennende og givende når man lykkes.

Som nevnt innledningsvis er dette en svært aktuell pasientgruppe som vi vil møte nesten uansett hvor vi jobber som sykepleiere. Derfor anser vi det som viktig for vår sykepleieutøvelse i fremtiden at vi tilegner oss kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan unngå bruken av tvang hos pasienter med demenssykdommer.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut om vi som snart sykepleiere kan forhindre bruken av tvang i stellesituasjoner hos personer med Alzheimers sykdom. Vi tenker at å ha kunnskap på dette område vil øke kvaliteten på vår sykepleieutøvelse, og ikke minst vil være av stor betydning for våre fremtidige pasienter og deres pårørende.

Problemstillingen vår lyder som følgende: «Hvordan kan vi som sykepleiere forhindre bruken av tvang under stellesituasjoner hos pasienter med Alzheimers?»

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven ønsker vi å ta for oss hvordan vi som sykepleiere kan forhindre bruken av tvang hos pasienter med demens som bor på sykehjem. Vi har valgt å fokusere på tvang i forhold til stellesituasjoner da vi har erfart at aktiviteter i forhold til stell ofte kan by på motstand fra denne pasientgruppen. Det finnes flere typer demens, men vi har valgt å ta for oss Alzheimers sykdom da det er den mest vanlige demenssykdommen. Diagnostikk og behandling ser vi på som urelevant i forhold til problemstillingen, og har derfor valgt å ekskludere dette i oppgaven vår.

Som sykepleieteoretiker har vi valgt Kari Martinsen. Vi ønsker å bruke hennes omsorgsfilosofi da vi anser omsorg samt avstand fra overtramp og makt som viktig teori for

å besvare vår problemstilling. Av erfaring kan demensomsorgen by på etiske utfordringer, og vi har derfor valgt å ta i bruk prinsippene om autonomi, velgjørenhet og ikke-skade som Slettebø (2013) mener er sentrale prinsipper i medisinsk etikk.

Annen teori vi ønsker å ha med er pasient- og brukerrettighetsloven, tillitsskapende tiltak og personlig hygiene. Innenfor tillitsskapende tiltak mener vi personlig at musikk og kommunikasjon hører hjemme. Av de tre kommunikasjonsteknikkene innenfor demensomsorgen har vi valgt å bare ta i bruk reminisens i denne oppgaven. Når det kommer til personlig hygiene anser vi tannpuss, å vaske seg/dusje, hudpleie og påkledning som en del av dette, men har valgt å fokusere på å vaske seg/dusje da det er dette situasjonen i caset dreier seg om.

1.4 Begrep

Tvang: Fravær av samtykke (Rokstad & Smebye, 2008).

Samtykkekompetanse: Samtykkekompetanse innebærer at en person er myndig samt psykisk og fysisk i stand til å ivareta sine egne interesser (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014).

Tillitsskapende tiltak: Tillitsskapende tiltak vil være det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og vedkommendes problematikk (Rokstad & Smebye, 2008).

Tillit: Menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller et system til å handle på mine vegne, til mitt beste (Fugelli, 2011)

Autonomi: Autonomi betyr selvregulering eller selvstyring, altså retten til å ta egne avgjørelser (Hummelvoll, 2012; Slettebø, 2013).

Paternalisme: Paternalisme betyr «far bestemmer» og handler om at legen eller sykepleieren avgjør hva som er best for pasienten og tar avgjørelser på bakgrunn av dette (Slettebø, 2013).

(Personlig) Integritet: Handler om å anerkjenne og respektere den enkelte som en unik person med sin særegne identitet og selvforståelse (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014).

Afasi: Språkproblemer. Vansker med å snakke flytende, finne riktige ord samt forstå ord (Tretteteig, 2016).

Agnosi: Manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter. For eksempel så skjønner ikke pasienten hva bestikk er og hva det brukes til (Tretteteig, 2016).

Apraksi: Manglende evne til å utføre viljestyrte målrettede bevegelser og handlinger. Pasienten kan ha problemer med å kle på seg eller gre håret på tross av at pasienten forstår hva som skal gjøres (Tretteteig, 2016).

Visuospatial svikt: Manglende evne til å forstå og handle i rom. Problemer med å beregne avstander, vite hva som er opp og ned på ting og indentifisere gjenstander fra forskjellige vinkler i rommet gjør at pasienten kan ha vansker med å for eksempel dekke et bord (Tretteteig, 2016).

1.5 Case

Inga er 86 år gammel. Hun har vært en engasjert husmor med fire barn. Inga ble enke i en alder av 69 år, men fikk en opptur like etterpå da enda et barnebarn ble født. Siden mannen hennes døde har hun tatt seg av hus og hage på egen hånd. Hun brukte mye tid på å stelle hagen, noe hun likte svært godt. Ellers var Inga en meget sosial dame og var ofte på sosiale sammenkomster med sine venninner. Sang og musikk er også noe hun var veldig glad i.

For fire år siden fikk Inga diagnosen Alzheimers. Hun flyttet inn på Soltoppen sykehjem da hun ikke lenger klarte seg på egenhånd. Etter at hun fikk diagnosen og flyttet inn på sykehjemmet har hun blitt mer ukritisk til personlig hygiene. Hun har blitt mer innesluttet og vil ofte være alene. På grunn av sin kognitive svikt trenger hun veiledning og tilrettelegging i blant annet stellesituasjoner, men blir irritert og nekter dette da hun gjerne vil klare seg selv.

En morgen kommer sykepleier Magnhild og den nye assistenten Georg inn til Inga. I døren blir de møtt av en stram lukt. Inga ligger i sengen, som er tilgriset av avføring. Magnhild forteller Inga at hun er nødt til å dusje, og at de skal hjelpe henne med dette. Inga blir irritert og roper: «Jeg vil ikke dusje!». Pleierne fikk omsider med seg Inga inn på badet. Nok en gang gir Inga tydelig tegn på at hun ikke ønsker å dusje. Hun klyper etter pleierne og roper. Magnhild ber Georg om å holde fast hendene til Inga mens hun dusjer henne. Magnhild såper inn og spyler av Inga mens hun roper og er tydelig frustrert over situasjonen. Etter dusjen var pleierne meget fornøyd fordi de fikk dusjet Inga og at hun er klar til frokosten kl. 09.00. Inga derimot er trist, sliten og innesluttet.

Personalet ved Soltoppen sykehjem står ovenfor lignende situasjoner nesten daglig når det kommer til Inga og personlig hygiene. Hun vil sjeldent frivillig stå opp om morgenen og stelle seg. Dette gjør det vanskelig for personalet fordi fra deres synspunkter så trenger Inga å vaske og stelle seg.

1.6 Anonymisering

Vi har konstruert et case ut ifra egne erfaringer og kunnskap vi har tilegnet oss gjennom studiet. Det vil si at alle personene er i caset er fiktive og situasjonen er ikke et eksempel fra praksis. Dermed byr ikke caset på yrkesetiske problemstillinger.

1.7 Oppgavens oppbygning

Oppgaven vår er bygd opp av en innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel og konklusjon. Metodedelen inneholder en presentasjon av forskningsartiklene vi har valgt å bruke for å besvare problemstillingen, fremgangsmåte for litteratursøk samt kildekritikk av litteraturen vi har funnet. Teoridelen består av kunnskap vi anser som viktig for vårt tema samt nødvendig for å besvare problemstillingen. I drøftingsdelen vil vi drøfte teorien vi har

innhentet samt egne erfaringer fra sykepleierstudiet. I konklusjonen vil vi oppsummere og vise til svarene vi har funnet. I henhold til retningslinjene for bacheloroppgaven vil oppgaven følge APA-standard og inneholde litteraturliste. Til slutt har vi lagt ved et vedlegg som viser fremgangsmåten for å finne de ulike forskningsartiklene.

2. Metode

Metode sier oss hvordan vi bør gå frem for å anskaffe oss kunnskap, og blir beskrevet som følgende: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2012). Bacheloroppgaven vi skal skrive er et litteraturstudium, det vil si at oppgaven bygger på skriftlige kilder (Dalland, 2012). Vi vil bruke forskning, pensumlitteratur og annen litteratur samt egne erfaringer for å besvare problemstillingen. I dette kapittelet vil vi legge frem gjennomføringen av litteratursøk, valg av litteratur, funn, kildekritikk samt etiske overveielser.

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Retningslinjene til bacheloroppgaven krever at oppgaven skal inneholde pensumlitteratur gjennom studiet samt minst 400 sider med selvvalgt litteratur, inkludert fire forskningsartikler hvor to av dem må være engelskspråklige.

Pensumbøkene vi har brukt i oppgaven er vi kjent med gjennom studiet, og hadde derfor en oversikt over hvilke pensumbøker som inneholdt litteratur vi ville få bruk i denne oppgaven. Demensboka (Tretteteig, 2016) fikk vi anbefalt av en kollega som holdt på med videreutdanning innen demens. Det ble sagt at boken var relativt ny og inneholdt nyttig litteratur. Etter å ha lest litt i boken fant vi ut at den var relevant for oppgaven vår, og valgte derfor å bruke denne.

Som sykepleieteoretiker valgte vi som sagt Kari Martinsen og hennes omsorgsfilosofi. Vi ønsket å finne en bok hun selv hadde skrevet. Vi startet med å søke etter Kari Martinsen og hennes utgivelser på nett. Der fant vi liste over hennes bøker. For å finne den boken vi syntes passet best mulig til vår oppgave, leste vi gjennom overskrifter og bøkens sammendrag. Vi endte opp med boken «Omsorg, sykepleie og medisin» (Martinsen, 2003).

I søket etter forskningsartikler har vi brukt høgskolens databaser som søkemotor. Databasene vi har brukt er: Cinahl, SweMed+, Oria, sykepleien og PubMed. Vi laget en liste over norske søkeord vi anså som viktige i forhold til tema og problemstilling: Alzheimers sykdom, demens, sykehjem, sykepleie, sykepleier, omsorg, tvang, tillit, kommunikasjon, musikk, reminisens, autonomi, brukermedvirkning og samtykkekompetanse. Deretter brukte vi SweMed+ for å finne MeSH-termer, og fant følgende: Alzheimers disease, dementia, nursing home, caregiver, coercion, physical restraint, trust, communication, music, reminiscence, personal autonomy, decision making, patient participation, informed consent og patient rights. Søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner og i ulike databaser. Vi startet med å lese overskrifter og sammendrag først. Dersom dette var av interesse, leste vi resten av artikkelen for å finne ut om den var relevant og kunne brukes i oppgaven.

2.2 Presentasjon av forskningsartikler

Her vil vi presentere de ulike forskningsartiklene vi har funnet. For å gjøre presentasjonen mer oversiktlig, har vi valgt å lage underoverskrifter til hver enkelt artikkel. Vedlagt i oppgaven har vi beskrevet fremgangsmåten for søket etter hver enkel forskningsartikkel (vedlegg 1).

2.2.1 “Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care”

Dette er en kvalitativ studie som er gjort på to sykehjem i Sverige. 10 pasienter og 6 pleiere deltok i studien hvor alle pleierne hadde fått trening i MTC (music therapeutic caregiving). Det ble gjort videoobservasjoner av stellesituasjonene med og uten MTC, som senere ble analysert. Hensikten med studien er å beskrive hvordan den verbale og nonverbale kommunikasjonen mellom pleierne og pasientene var under stell med og uten MTC (Hammar, Emami, Engström & Götell, 2011).

Studien viste at musikk kan bidra til å forhindre utfordrende atferd i stellesituasjoner hos pasienter med demens fordi pasientene var mer avslappet. Dessuten bidro sang og musikk til en bedre kommunikasjon og et bedre samarbeid mellom pasient og pleier (Hammar, Emami, Engström & Götell, 2011). Vi har valgt å inkludere denne forskningsartikkelen fordi den er meget relevant i forhold til problemstillingen vår. Den viser at musikk kan være med på å redusere utfordrende atferd og forhindre bruken av tvang i stellesituasjoner hos pasienter med demens.

2.2.2 “How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study”

Dette er en kvalitativ studie som er gjort på 5 sykehjem i sør Norge. Det er blitt brukt 11 fokusgrupper med 60 pleiere som var med på undersøkelsen. Intervjuene varte ca. i 2 timer. Hensikten med studien var å finne ut om hvordan sykepleiere takler utfordringer rundt situasjoner der pasientene motsetter seg behandling (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

Sykepleierne i studien brukte ulike strategier for å forebygge og forhindre bruken av tvang. Disse strategiene var blant annet å avlede pasienten fra det som utløste utfordrende atferd, inngå kompromiss som for eksempel å bare vaske deler av kroppen, avvente aktiviteten og heller prøve igjen senere eller gripe muligheten når pasienten var mottakelig for aktiviteten, «bytte ansikt» ved at en annen pleier gikk inn eller å ha en-til-en-kontakt med pasienten. Det å kjenne til pasientens bakgrunn kan hjelpe sykepleierne til å forstå hvorfor pasienten reagerer som han gjør. De viser også til viktigheten av at det er nok ansatte på jobb og at de som er på jobb bør ha nok faglig kunnskap og evner innenfor demensomsorgen (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

Studien viser at det ble brukt mer tvang i helgene enn resten av uken på disse sykehjemmene hvor undersøkelsen pågikk. Det var stort sett ufaglærte assistenter som jobbet i helgene. Studien viste at det er flere faktorer som må være tilstede for å unngå bruken av tvang

(Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013). Artikkelen viser ulike tilnæringsmåter og strategier som helsepersonell bruker for å takle utfordrende atferd og forhindre bruken av tvang. Pleierne i studien peker også på kompetanse og ressurser som en viktig faktor. Derfor ser vi på studien som relevant for oppgaven vår og har derfor valgt å bruke denne.

2.2.3 “Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang”

Studien fokuserer på grenseland mellom frivillighet og tvang til den demente som bor på sykehjem. Den er basert på 11 fokusintervjuer med 60 pleiere på 5 sykehjem. De brukte en analyse av det transkriberte datamaterialet som var på 311 sider. Hensikten med studien var å få frem de typiske situasjonene som skjer når pasienter med demens motsetter seg hjelp innen omsorg og pleie (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2011).

Funnene viser at det er en vanskelig situasjon å hjelpe personer med demens med personlig hygiene. Grensen fra å ønske noe selv til at det kan bli tvang er ofte uklare. Raske situasjoner ble gjort i feil retning og ble gjort mot pasientens vilje. Studien viser også at måten pleierne møter pasientene har noe å si på hvordan pasienten reagerer og motsetter seg hjelp. Ved å skape tillit til pasienten kan man redusere tvang samt øke samarbeidet mellom pleier og pasient (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2011). Vi synes denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den viser at grensen mellom frivillighet og tvang er uklar, noe som gjør omsorgen for pasienter med demens utfordrende.

2.2.4 “Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv”

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som er utført på en avdeling for aldersdemens og alderspsykiatri i Norge. 12 pleiere ved avdelingen ble intervjuet for å besvare forskningsspørsmålet: fire sykepleiere og åtte hjelpepleiere, hvor tre av hjelpepleierne hadde videreutdanning innen psykiatri. Hensikten med studien er å finne ut at hvordan personalet

beskriver sin opplevelse av å arbeide med personer som har demens og utagerende atferd, hvilke utfordringer personalet opplever i omsorgen med denne pasientgruppen samt hva personalet etterlyste av kompetanse i arbeidet med denne pasientgruppen for å ivareta egen trygghet (Rognstad & Nåden, 2011).

Personalet opplevde at de følte seg maktesløse og mislykkede i sitt arbeid når pasienten viste utagerende atferd. I tillegg følte de seg usikre og redde da denne pasientgruppen kan være uforutsigbar. Pleierne opplevde at bemanningssituasjonen var problematisk, spesielt i forhold til kvelds- og nattevakter. De hadde fått beskjed om å ikke gå inn i stellesituasjoner alene når pasienten viste tegn til vold, noe de fortalte at de måtte når det var få på vakt (Rognstad & Nåden, 2011).

Videre sier personalet at de opplevde mange, store etiske dilemmaer i sitt arbeid - spesielt da i forhold til autonomi og tvang. Det var ikke med lett hjerte at de utøvde tvangstiltak, men følte seg forpliktet til å eksempelvis gi nødvendig medikamenter. Pleierne etterlyste kompetanse, kurs samt refleksjon og drøfting innad institusjonen på grunn av de mange, vanskelige situasjonene. Kunnskap om hvordan de skulle forholde seg til utagerende pasienter, grensesetting, tvang og press samt autonomi var noen områder de så som nødvendig. De mente at mer kompetanse på disse områdene bidro til mindre frykt hos dem selv og dermed en mer verdig omsorg for pasientene (Rognstad & Nåden, 2011). Denne forskningsartikkelen synes vi er aktuell for bacheloroppgaven vår fordi det er mye vi kjenner oss igjen i fra praksis. Studien viser viktigheten av ressurser og kompetanse for å gi en verdig demensomsorg, men dette kan være en utfordring i praksis med ufaglært personell og begrenset personell.

2.2.5 “Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care”

Denne forskningsartikkelen har metoden «grounded theory». Det er en form for kvalitativ forskning som brukes for å utvikle en teori som kan forklare et fenomen eller en situasjon (Malt, 2017). Hensikten med studien er å forstå personer med demens, personalets og pårørendes perspektiv på reminisens, dens innvirkning på deres liv samt erfaring med omsorg (Casey, Hunter, Murphy, Casey, Devane, Smyth, Dempsey, Murphy, Jordan & O’shea, 2014).

Funnene i artikkelen viser at reminisens har positiv innvirkning på relasjonen mellom pasient og pleier. Reminisens bidro til en bedre forståelse for den unike personen bak diagnosen ettersom pleierne ble kjent med pasientens tidligere liv. Pleierne forstod årsaken bak den «rare» oppførselen og de lærte seg teknikker for å forhindre utfordrende atferd. Kommunikasjonen mellom pleier og pasient ble bedre fordi de hadde viktige ting å snakke om fremfor «vær og vind». Pasientene følte at pleierne var interessert i dem og deres liv. Dessuten hadde reminisens en positiv innvirkning på hele avdelingen. Reminisens bidro til mindre utfordrende atferd, som igjen bidro til et roligere miljø og bedre livskvalitet for alle pasientene. Pårørende var også positive til reminisens. De følte en byrde ble fjernet fra deres skuldre når noen andre hjalp til med å vedlikeholde personens minner, verdighet o.l. Dessuten styrket det pårørendes følelse av at pleien var god når deres kjære ble sett som individuelle personer. Ulempen med minnearbeidet er at det tar tid, og tid er noe pleierne hadde lite av på grunn av mange andre arbeidsoppgaver i løpet av arbeidsdagen (Casey et al., 2014). Vi har valgt å ta med denne forskningsartikkelen fordi den underbygger reminisens som et tillitsskapende tiltak og viser at reminisens har flere gode effekter på både pasienter og pleiepersonalet.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2012) skriver at kildekritikk er metoder for å fastslå om en kilde er sann. Det handler om at vi vurderer de kildene som vi benyttet. Videre skriver han at primærkilde er den opprinnelige kilden som forfatteren selv har skrevet, mens sekundærkilde er andre forfatters fortolkning av primærkilden. Vi anser derfor primærkilde som en sikrere kilde og ønsket helst å benytte oss av det, men i litteratursøket fikk vi erfare at dette kan være vanskelig. Derfor anser vi sekundærkilder som et godt andre valg da også våre pensumbøker er sekundærkilder som refererer til andre forfattere og kilder.

I søket etter litteratur ønsket vi å finne så ny forskning som mulig. Det vil si at vi har avgrenset alle søk etter forskning til årstallene 2010-2017. Grunnen til dette er at som sykepleier så har man et ansvar om å holde seg faglig oppdatert. Vi har også valgt å se etter artikler som følger IMRaD-strukturen da dette er den mest brukte normen for oppbygning og struktur av artikler. IMRad-strukturen er en forkortelse for introduction, methods, results and discussion og denne strukturen gjør det lett å orientere seg i en artikkel samt raskere å lese (Dalland, 2012) – noe vi vil si oss enige i. I vurderingen om forskningsartiklene har vi brukt Dallands bok «Metode og oppgaveskrivning» (2012, s. 74-77) hvor han har beskrevet ulike punkter og spørsmål vi bør se etter i denne vurderingen. Dette omhandler blant annet om kildens relevans for oppgaven vår og hvordan den kan brukes, hvem har skrevet kilden og hvilket forhold forfatteren har til temaet o.l.

Et av kravene for bacheloroppgaven er at minst to av forskningsartiklene er på engelsk. For å kvalitetssikre at vi har forstått innholdet i artiklene riktig, har vi benyttet oss av norsk-engelsk ordbok.

2.4 Ethiske overveielser

Caset har vi som sagt konstruert selv og personene i caset er fiktive. I drøftingen har vi med innspill av egne erfaringer vi har tilegnet oss gjennom studiet. Disse innspillene røper på ingen måte navn, fødselsdato, sted, tid eller andre opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. På denne måten er alle personer anonymisert og vi forholder oss derfor til vår taushetsplikt.

Gjennom hele oppgaven har vi gitt den opprinnelige forfatteren kreditt ved å henviser der vi benytter noen andres kunnskap. I henhold til retningslinjene for bacheloroppgaven, har vi fulgt APA-standard med referanseliste.

3. Teori

I dette kapittelet vil vi presentere teori vi anser som relevant for å besvare problemstillingen. Vi har derfor valgt å ta med Kari Martinsens omsorgsfilosofi, teori om Alzheimers sykdom og symptomer, personlig hygiene, pasient- og brukerrettighetsloven, tillitsskapende tiltak og etikk.

3.1 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og har gjennom sitt omfattende forfatterskap utviklet sin omsorgsfilosofi. Hennes forfatterskap har stadig vært under utvikling, og hun har vært inspirert av mange ulike filosofer. Allikevel står omsorg sentralt i hennes arbeid (Kristoffersen, 2011).

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsfilosofi til å besvare problemstillingen vår. Grunnen til dette er at vi mener hennes syn på omsorg stemmer overens med våre tanker om hva omsorg innebærer. Martinsen er opptatt av de svake i samfunnet som ikke er selvhjulpne. Vedlikeholdsomsorgen hun beskriver tar sikte på å opprettholde funksjonsnivå eller unngå forverring fremfor vekstomsorg som tar sikte på å gjøre pasienten uavhengig og selvhjulpne (Martinsen, 2003). Mennesker med Alzheimers blir aldri friske, og derfor tenker vi at vedlikeholdsomsorgen er viktig når det kommer til denne pasientgruppen. Dessuten er hun imot overtramp og makt, noe som står sentralt i oppgaven vår (Kristoffersen, 2011).

3.1.1 Omsorg

Ordet omsorg er beslektet med det tyske ordet «sorgen» som betyr «omtenksomhet» og «å bekymre seg for». Dessuten er omsorg satt sammen av ordene «om» og «sorg», hvor ordet «sorg» betyr å sørge for fremfor å sørge. For eksempel å sørge for å lindre smerte. Det vil si

at omsorg forutsetter to parter: Nå en part lider, vil den andre parten være bekymret og sørge for å lindre (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) beskriver tre fundamentale kvaliteter ved omsorg:

1. Omsorg er en sosial relasjon som har med fellesskap og solidaritet å gjøre.
2. Omsorg handler også om forståelse. Å gjøre ting for og sammen med andre gjør at vi utvikler felles erfaringer. De situasjonene vi har erfaring fra, kan vi forstå. Dermed vil man forstå den andre ut i fra måten han eller hun forholder seg til sin situasjon.
3. Å forholde seg til andre på en slik måte at man anerkjenner personen ut i fra hans situasjon, er vesentlig for at omsorgen skal være ekte. Det vil si at utøve omsorg på en slik måte at personens evne til selvhjulpenhet ikke blir verken overvurdert eller undervurdert.

3.1.2 Omsorgsarbeid og vedlikeholdsomsorg

Martinsen (2003) forteller at omsorgsarbeid handler om å ha omsorg for de menneskene i samfunnet som ikke er selvhjulpne (for eksempel eldre, barn eller syke). Omsorgsrelasjonen innebærer ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøveren og er basert på generalisert gjensidighet. Generalisert gjensidighet innebærer å gi omsorg uten å forvente noe tilbake.

Kari Martinsen tar avstand fra egenomsorgstenkning og vekstomsorg da målet med dette er at pasienten skal bli selvhjulpne og uavhengig. Hun sier at dette er et urealistisk mål for en stor del av pasientgruppene vi som sykepleiere yter omsorg til (Kristoffersen, 2011). Vedlikeholdsomsorg derimot har som mål å opprettholde funksjonsnivå eller unngå forverring. Pleien er preget av å gjøre det så godt som mulig for pasienten i hans her-og-nå-situasjon. Pasientens evne til selvhjulpenhet skal verken over- eller undervurderes, men man skal tilstrebe at evnen til selvhjulpenhet styrkes der hvor det er mulig (Martinsen, 2003).

3.1.3 Autonomi og paternalisme

Martinsen tar avstand fra overtramp og maktovergrep da hun sier at omsorg skal ytes på pasientens premisser. Allikevel viser hun til etiske problemer når det kommer til autonomi og paternalisme. I spennet mellom autonomi og paternalisme, sier hun at myk paternalisme er det som er ønskelig. Sykepleieren har fagkunnskap som ikke pasienten har. Men sykepleieren ser, hører, forstår og tar imot pasientens inntrykk og lar pasienten få slippe til sin rett. Sykepleieren skal ikke herske over pasienten ved å overse han (Kristoffersen, 2011).

Hun sier at i noen tilfeller skal pasienten være med på beslutninger som vedrører han. Men i andre situasjoner, hvor pasienten gir uttrykk for at det er ønskelig å slippe, skal han få slippe å ta stilling til spørsmål som pasienten mangler forutsetninger for å håndtere (Kristoffersen, 2011).

3.2 Alzheimers sykdom

Alzheimers sykdom er den vanligste demenssykdommen og utgjør omtrent 60 % av alle demenstilfeller. Sykdommen kategoriseres som en degenerativ hjernesykdom hvor det kan ses karakteristiske forandringer i hjernen (Rokstad & Smebye, 2008).

Den tyske legen Alois Alzheimer beskrev sykdommen for mer enn 100 år siden etter å ha fulgt med på hvordan sykdommen utartet seg hos en 51 år gammel kvinne. Når hun døde obduserte han henne og fant avleiringer av proteinet beta-amoloid. Proteinene er uoppløselige og legger seg som plakk utenfor hjernecellene (Tretteteig, 2016). Dette plakk skader nerveceller og ødelegger cellenes funksjon (Rokstad & Smebye, 2008).

Alois fant også ut at fibrillene, som fører ernæring til cellene, knytter seg sammen og danner floker. Dermed dør fibrene og nervecellen (Tretteteig, 2016). I tillegg til floker og plakk,

skjer det også en del forandringer i nevrokjemiske substanser. En reduksjon i signalsubstansene bidrar til at nerveimpulsene går langsommere. For eksempel så kan redusert mengde av sirkulerende Acetylkolin føre til redusert oppmerksomhet, dårligere hukommelse og hallusinasjoner (Rokstad & Smebye, 2008).

Den eneste årsaken vi kjenner til hos Alzheimers sykdom er arvelighet. Det finnes derimot risikofaktorer for å utvikle sykdommen. Disse risikofaktorene er høy alder, downs syndrom og livsstilsfaktorer som høyt blodtrykk, diabetes mellitus, høyt kolesterol, ubalanse i vitamin B12/folinsyrestoffskiftet, overvekt og røyking. Langvarig eller tilbakevendende depresjon er også en risikofaktor (Tretteteig, 2016).

3.2.1 Symptomer og kjennetegn på Alzheimers sykdom

Symptomene på Alzheimers sykdom er individuelle. Ikke alle personer med sykdommen får alle symptomene, og symptomene kan variere i styrke og omfang hos ulike pasienter. Blant annet er symptomene hos de med tidlig debut (før fylte 65 år) tydeligere og mer omfattende (Tretteteig, 2016) uten at vi går noe mer inn på det.

Symptomene kan deles inn i tre kategorier: kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. De kognitive symptomene innebærer redusert oppmerksomhet, hukommelse og evnen til læring, orienteringsevne og intellektuell evne. Pasienten vil ha problemer med å konsentrere seg om en oppgave uten å bli distraheret eller vansker med å rette oppmerksomheten mot flere ting samtidig. Læring er avhengig av hukommelse. Dermed vil evnen til å lære være redusert når hukommelsen svikter. Pasienten vil også ha problemer med å holde rede på tid og sted. Evnen til å resonnerer, problemløsning og å se konsekvenser vil også være svekket. Andre kognitive symptomer er afasi, agnosi, handlingssvikt, apraksi og visuospatial svikt (Tretteteig, 2016).

De atferdsmessige symptomene omhandler:

- Angst kan utløses av fortvilelse, håpløshet og redsel når pasienten ikke forstår egen situasjon, kan sørge for seg selv eller forstår situasjonen han står i (for eksempel i stell) (Tretteteig, 2016).
- Depresjon kan oppstå når pasienten føler tap av evnen til mestring, men kan også skyldes endringer i signalstoffene i hjernen (Tretteteig, 2016).
- Psykose kan ses ved at pasienten har vrangforestillinger og hallusinasjoner. Pasienten kan være mistenksom og tro at ektefellen er utro eller at noen stjeler fra dem. De kan også ha problemer med å skille mellom det de ser på TV og virkeligheten. Menneskene på TV kan oppfattes som tilstedeværende slik at pasienten snakker til dem (Tretteteig, 2016).
- Personlighetsendringer. Pasienten kan endre seg i væremåte og oppførsel mot andre (Tretteteig, 2016).
- Interesseløshet og passivitet, rastløshet og uro, irritasjon og utagering, roping samt endret døgnrytme er andre atferdsmessige symptomer (Tretteteig, 2016).

Motoriske symptomer handler om svikt i evnen til å koordinere bevegelser. Pasienten kan da ha balansesvikt, problemer med å beregne avstander og svikt i samordning av muskulaturen til hensiktsmessige bevegelser. Det kan vise seg som for eksempel vansker med å sette seg ned på stolen uten å sette seg på armlenet, sviktende evne til å bruke bestikk og å tygge mat. Kontrollen over naturlige funksjoner svikter, og fører til inkontinens (Tretteteig, 2016).

3.3 Personlig hygiene

I løpet av tre år på sykepleieutdanningen har vi opplevd at stellet gir oss som sykepleiere mange muligheter som for eksempel å gjøre en rekke observasjoner, gi følelse av velvære, ivareta verdighet og integritet samt bygge en god relasjon med pasientene. Stellet er en av de mest grunnleggende ferdighetene vi har som sykepleiere, men det er langt ifra den letteste oppgaven. Vi må for eksempel være klar over at stellet kan være skremmende, spesielt hos

pasienter med en demenssykdom som kanskje ikke skjønner hva som skal skje. Stellet kan også åpne opp for krenkelser og bruk av tvang.

Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2014) skriver at pleieren må gjennomføre stellet på en måte som viser respekt og omtanke. Et stell krever kunnskaper om hvordan aldring, funksjonssvikt og sykdom påvirker den eldre pasientens kropp. I tillegg vil redusert evne til å kommunisere fra pasientens side, sette større krav til pleierens evne til innlevelse, kommunikasjon og samhandling. Videre skriver hun at å møte en pasient som et helt menneske fremfor en kropp, krever en individuell tilnærming. Å kjenne pasienten, hvilke vaner og ritualer personen har i forbindelse med personlig hygiene samt preferanser i forhold til deodorant, tannkrem o.l., er en forutsetning for slik tilnærming og at disse hensynene vil bidra til å gi pasienten følelse av identitet og mening.

Eli-Anne Skaug (2011) skriver at å holde huden ren og hel er viktig for å ivareta sin beskyttende funksjon. Huden er naturlig rustet med produksjon av talg som holder huden myk og smidig. Dessuten er huden lave pH en barriere mot mikrober. Dersom det går hull på huden eller ubalanse i den naturlige pH-verdien, vil det oppstå en risiko for infeksjon. Inkontinens for urin og avføring kan bidra til å redusere hudens forsvar mot mikrober. Urin og løs avføring bidrar også til å bløte opp huden slik at den blir mer gjennomtrengelig for mikrober. Nedbrytningen av urin og avføring danner ammoniakk, som igjen bidrar til å øke hudens pH-verdi. Hudens pH-verdi økes også når huden dekkes til med blant annet bleier. Når hudens pH øker, fremmes aktiviteten av fekale enzymer som kan gi direkte hudskade.

3.4 Tvang og samtykkekompetanse

Tvang kan defineres som fravær av samtykke. Flere rapporter og undersøkelser viser at det forekommer bruk av tvang i demensomsorgen uten at det foreligger lovhjemmel. Tvang brukes hyppigere i sykehjem enn hva som kan forsvares faglig (Rokstad & Smebye, 2008).

Samtykkekompetanse innebærer at en person er myndig samt psykisk og fysisk i stand til å ivareta sine egne interesser (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014). I følge pasient- og brukerrettighetsloven er hovedregelen for samtykke at helsehjelp bare kan gis dersom pasienten har samtykket til dette, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke (1999, §4-1).

Loven forteller også at alle over 18 år i utgangspunktet har samtykkekompetanse, men samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming ikke er i stand til å forstå hva et samtykke innebærer (1999, §4-3). Den amerikanske filosofen Becky C. White sier at samtykkekompetansen er situasjonsbestemt. Det vil si at pasienter med demens kan være samtykkekompetente i enkelte situasjoner, og ikke samtykkekompetent i andre situasjoner (referert i Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 217).

Den som yter helsehjelp skal vurdere om pasienten er samtykkekompetent eller ikke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). I følge rundskrivet IS-8/2015 er det følgende fire områder som fokuseres på ved vurdering av samtykkekompetanse: evnen til å uttrykke valg, evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp, evnen til å anerkjenne informasjon i sin egen situasjon og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene samt evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene (Helsedirektoratet, 2015).

3.5 Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse

Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven beskriver helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Hensikten med dette kapittelet er å yte nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, samt begrense bruken av tvang (1999, §4A-1).

I følge loven skal tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før man benytter seg av tvang. Dersom pasientens motstand vedvarer, kan det fattes vedtak om helsehjelp hvis en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, dersom helsehjelpen er nødvendig og tiltakene står i forhold til behovene for helsehjelpen (1999, §4A-3). Gjennomføringen av tvangstiltaket må skje på så skånsom måte som mulig, og pasientens integritet og menneskeverd må respekteres så langt det lar seg gjøre (Johnsen & Smebye, 2008).

3.6 Tillitsskapende tiltak

Tillitsskapende tiltak er vanskelig å definere, og definisjonene varierer. Tillit er noe som bygges opp over tid, og vil være det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og vedkommendes problematikk. Vi må oppnå en allianse med pasienten slik at vedkommende ikke motsetter seg nødvendig helsehjelp (Rokstad & Smebye, 2008).

Rundskrivet IS-8/2015 omtaler eksempler på tillitsskapende tiltak. Det første rundskrivet nevner er helhetlig tenkning. Det innebærer at det ikke nødvendigvis er viljen eller motivasjonen til pasienten som er årsaken til motstanden, men at pasienten ikke skjønner hva som skjer eller som skal skje. Dermed vil for eksempel stell og munnhygiene være skremmende. Dermed vil målet være å få pasienten til å forstå hva som skal skje. Gjenkjennbare og trygge omgivelser (for eksempel at et bad ser ut som et bad) samt tilrettelegge for at pasienten klarer mest mulig selv er tillitsskapende tiltak (Helsedirektoratet, 2015).

Kjennskap til pasienten kan bidra til nyttig kunnskap om hvordan pasienten kan motiveres til å ta imot helsehjelpen. Familie og pårørende kan være en nyttig informasjonskilde slik at vi som helsepersonell blir kjent med pasienten, men også i kartlegging av eventuelle årsaker til motstand. Det kan foreligge ulike årsaker til pasientens motstand (Helsedirektoratet, 2015). Vi har blant annet opplevd ved flere anledninger gjennom studiet hørt historier om pasienter

som motsetter seg stell fordi de er traumatisert av misbruk som har funnet sted tidligere i livet deres.

Informasjon og kommunikasjon blir også nevnt som tillitsskapende tiltak. Det handler om å bidra til at pasienten forstår hvorfor helsehjelpen er nødvendig og konsekvenser av å unnlate helsehjelp. Ulike former for kommunikasjon blir nevnt: vektlegging av det positive, stemmeleie, trøste osv. Et annet tiltak er å tilrettelegge slik at helsehjelpen kan gis i «doser» etter pasientens motivasjon, fremfor å gjøre alt på en gang. Andre tiltak som blir nevnt er å bruke god tid, la pasienten vende seg til helsehjelpen og ikke minst at kollegaer veileder hverandre og utveksler erfaringer (Helsedirektoratet, 2015).

3.6.1 Reminisens

Hos personer med demens er langtidshukommelsen ofte mer intakt enn korttidshukommelsen. Reminisens handler om å hente frem minner fra tidligere i livet. Sansestimulering kan bidra til økt mental produksjon. Det vil si at man kan fremkalle minner ved å bruke bilder, gjenstander, lukt, smak og musikk. Å dele minner kan gi personer med demens en følelse av identitet, glede og tilhørighet. Minnearbeid kan også brukes for å minne personer om sin tidligere selvtillit og kompetanse, noe som igjen gir bedre selvfølelse. Minnearbeid kan også være et godt antidepressivt tiltak (Rokstad & Smebye, 2008).

Signe Tretteteig (2016) skriver at livet slik det oppleves i dag, sees i lys av tidligere erfaringer. Det vil si at personens livshistorie kan gi oss kunnskap om hva som er meningsfulle aktiviteter for pasienten, noe som igjen er grunnlag for gode miljøtiltak.

3.6.2 Musikk

I følge Audun Myskja (referert i Eide & Eide, 2007, s. 394) gir sang og musikk en helhetlig stimulering av hjernen, og at musikkens effekt hos eldre antas å være en kombinasjon av erindring, bearbeiding av følelser samt modulering av nevrohormonelle faktorer.

Musikk har mange positive effekter på personer med demens. Sang og musikk har blant annet en sterk forbindelse med hukommelse og språk slik at dette blir lettere tilgjengelig for pasienter med demens. Minnene som dukker opp i forbindelse med musikk kan gi økt selvfølelse. Samtidig stimulerer musikk til sosial deltakelse, fremmer identitet og gir følelse av samhørighet. Rytmen i musikken kan stimulere hjernen til hensiktsmessige bevegelser samt bidra positivt til initiativ og ferdigheter hos personer med demens. Dette kan igjen hjelpe pasienten med å bli mer selvhjulpne i forbindelse med for eksempel stell eller måltider (Tretteteig, 2016).

Hos personer med demens brukes musikk på to måter. Musikk kan brukes til å øke aktivitetsnivået hos passive og nedstemte pasienter. Dette gjøres gjerne i grupper hvor det kombineres av bevegelse, dans og fokus på å vekke minner. Musikk kan også brukes for å dempe uro, angst og stress. Dette skjer gjerne i mindre grupper eller individuelt. Musikk som gir ro, trygghet og velvære velges i kombinasjon med en behagelig sittestilling/liggstilling (Rokstad & Smebye, 2008).

Tretteteig (2016) beskriver begrepet omsorgssang. Det handler om hvordan sang og musikk kan brukes for å dempe uro under for eksempel stell. Dersom pleieren synger eller setter på musikk kan dette virke positivt på pasientens konsentrasjon og samarbeidsevne samt bidra til økt mestringsevne. Det er viktig å understreke at musikken bør være kjent for pasienten.

3.7 Etske prinsipper innen medisinsk etikk

Hummelvoll (2012) skriver at etikk er en systematisk analyse av moralske normer samt refleksjon over hvilken funksjon disse normene har i menneskelig handling. Moral handler om hva som er rett eller urett, og viser seg i personens handlinger. Med andre ord kan vi si at moralen viser seg i de handlingene vi som mennesker utfører, mens etikken er teorien bak disse handlingene.

I følge Hummelvoll (2012) oppstår ett etisk dilemma når to eller flere etiske regler, prinsipper eller verdier kommer i konflikt med hverandre slik at uansett hva man gjør, blir det feil. Man blir satt i en situasjon hvor man må velge mellom flere handlingsalternativer, og ingen av disse handlingsalternativene gir en løsning som er ett hundre prosent optimalt.

3.7.1 Autonomi

Autonomi betyr selvregulering eller selvstyring, altså retten til å ta egne avgjørelser (Hummelvoll, 2012; Slettebø, 2013). I følge Slettebø (2013) kan autonomi forstås på tre ulike måter:

- Som prinsipp. Det vil si at pasienten skal bli hørt og at hans ønsker og behov skal respekteres når medisinske avgjørelser skal fattes.
- Som egenskap. Dette er knyttet opp mot pasientens evne til å handle i tråd med egne planer og ønsker. Dersom man forstår autonomien som egenskap, vil pasientens evne til autonomi variere ut i fra blant annet pasientens medisinske tilstand. Dermed kan det i enkelte situasjoner være riktig å gå imot pasientens autonomi på kort sikt for å fremme autonomien på lang sikt.
- Som rettighet. Da har pasienten krav på å få sine valg respektert. Det kan for eksempel handle om retten til å nekte behandling.

3.7.2 Velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet

Ikke-skade-prinsippet handler om å ikke skade eller forårsake lidelse. Tanken er at lidelse og smerte er noe ondt, og dersom man har flere alternativer så skal man gå for det alternativet som innebærer minst skade. Som sykepleier er man pliktet til å passe på at behandlingen man gir ikke er til skade for pasienten. Velgjørenhet innebærer å handle på en måte som er til nytte for andre. Det vil si at vi som sykepleiere skal handle til det beste for pasienten. Velgjørenhet innebærer også å forebygge og eliminere lidelse (Hummelvoll, 2012; Slettebø, 2013).

4. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte kunnskapen vi opparbeidet oss gjennom teori. Vi vil også trekke inn forskningsartiklene samt egne erfaringer vi har tilegnet oss gjennom sykepleieutdanningen vår. Temaene vi ønsker å drøfte er det etiske problemet, autonomi og paternalisme, betydningen av kompetanse og ressurser, tillitsskapende sykepleie, musikk og reminisens samt omsorg som tillitsskapende tiltak.

4.1 Det etiske problemet

Symptomene på Alzheimers sykdom kan variere i forhold til hvilke symptomer pasienten får og omfanget av disse symptomene (Tretteteig, 2016). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om at det kan være individuelle forskjeller i hvordan sykdommen utarter seg hos pasienter med Alzheimers sykdom. Tretteteig (2016) skriver at pasienter med Alzheimers kan ha atferdsmessige symptomer. Dette ser vi hos Inga i form av at hun tidligere var utadvendt og sosial, mens nå er hun innesluttet og utagerende. Ingas utagerende oppførselen ses spesielt i forhold til stellesituasjoner. Kognitive symptomer som svekket evne til å forstå samt å se konsekvenser, redusert hukommelse og språkvansker (Tretteteig, 2016) har vi erfart fra praksis kan resultere i utfordrende atferd samt vanskelige situasjoner for pleiepersonalet. Med bakgrunn på dette anser vi det som nødvendig å ha kunnskap om sykdommen og hvordan den utarter seg samt kjennskap til pasientens tidligere liv og interesser for å kunne utøve en tilrettelagt sykepleie.

I stellesituasjonen med Inga oppstår det et etisk dilemma når sykepleieren og assistenten kommer inn på rommet til Inga. Her ser de at både Inga og sengen er tilgriset med avføring. Med tanke på pasientens verdighet samt kunnskap om konsekvenser av å være tilgriset med avføring, ser sykepleieren nødvendigheten i at Inga får dusjet seg. Inga derimot ser ikke behovet eller konsekvensene ved dette, og ønsker derfor ikke å dusje. Det oppstår dermed en konflikt mellom hva sykepleieren anser som nødvendig og hva Inga anser som nødvendig.

Et etisk dilemma er et dilemma som oppstår når flere etiske regler, prinsipper eller verdier kommer i konflikt med hverandre slik at man havner i en situasjon hvor resultatet av handlingsalternativene blir feil uansett hva man velger (Hummelvoll, 2012). Dette ser vi i situasjonen med Inga. Ingas autonomi, altså retten til selvbestemmelse (Hummelvoll, 2012), står i konflikt med sykepleierens velgjørenhet og ikke-skade-prinsipp, som handler om å ikke skade eller forårsake lidelse samt å handle til nytte for andre (Hummelvoll, 2012). Ut i fra dette ser vi det slik at sykepleier Magnhild hadde to handlingsalternativer i stellesituasjonen med Inga:

- Det første er å ta hensyn til Ingas autonomi og ønske om å ikke dusje, men dermed risikere konsekvensene ved å være tilgriset av avføring og stå i fare for å krenke verdigheten hennes.
- Det andre er å ta hensyn til velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet ved å tvinge Inga til å dusje slik at konsekvensene elimineres og verdigheten blir ivaretatt, men da krenkes Ingas autonomi.

Som vi ser har sykepleier Magnhild et vanskelig valg. Hva er riktig og hva er galt? Hvordan vurderer man hvilket handlingsalternativ som er mer riktig enn det andre? I våre øyne gir ingen av handlingsalternativene et godt resultat. Vi tenker derfor at det kan være viktig å se hvordan dette reguleres i lovverket. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er i utgangspunktet alle over 18 år samtykkekompetent og man må ha pasientens samtykke for å gi helsehjelp. Men samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer, som ved en demenssykdom slik som Inga har. Samtykkekompetansen må vurderes av helsepersonellet som yter helsehjelpen.

Dersom pasientens motstand vedvarer og en unnlattelse av helsehjelpen fører til helseskade, kan det fattes et vedtak om helsehjelpen. Men man skal alltid ha forsøkt tillitsskapende tiltak før man benytter seg av tvang, og et eventuelt tvangstiltak bør foregå så skånsomt som mulig for pasienten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Slik vi ser det begår sykepleier Magnhild og assistenten Georg lovbrudd i stellesituasjonen med Inga. Det er ikke fattet vedtak på personlig hygiene hos Inga, og dessuten blir det heller ikke forsøkt med

tillitsskapende tiltak. Situasjonen hvor Inga blir holdt fast og såpet inn anser vi heller ikke som skånsomt for Ingas del.

Som sykepleierstudenter vil vi understreke at vi ser nødvendigheten i at Inga får vasket seg, men sykepleieren i caset kunne ha hatt gode forutsetninger for å gjennomføre stellet på en god måte dersom hun hadde brukt sin kompetanse i forhold til Ingas sykdom og tillitsskapende tilnæringsmåter samt bakgrunnskunnskap om Inga.

4.2 Autonomi og paternalisme

Autonomi og paternalisme er kontraster. Autonomi handler om selvbestemmelse og retten til å ta egne avgjørelser, mens paternalisme betyr «far bestemmer» og handler om at legen eller sykepleieren avgjør hva som er best for pasienten og tar avgjørelser på bakgrunn av dette. I gamle dager var paternalisme tradisjonelt fordi legen visste best og bestemte derfor hva som skulle gjøres. I den senere tid har det blitt mer vanlig å ta med pasienten i beslutninger som omhandler for eksempel behandling (Slettebø, 2013). Dette er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1 og §3-2) som forteller at pasienten har rett til å få nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand samt rett til å medvirke i gjennomføring av helsetjenesten og ved valg som omhandler undersøkelse og behandling.

Allikevel kan autonomi og pasienter med en demenssykdom, slik som Inga, by på etiske problemer. På grunn av kognitiv svikt kan det være vanskelig for pasienter som Inga å forstå informasjonen som blir gitt samt se konsekvenser av valgt man tar. Dette gjør det vanskelig for sykepleiere fordi vi har kunnskap om forebygging og konsekvenser. Martinsen viser også til dette etiske problemet og sier at i spennet mellom autonomi og paternalisme, er det svak paternalisme som er det ønskelige. Dette handler om at vi som helsepersonell har kunnskap som ikke pasienten har, og må derfor bruke denne kunnskapen på en måte som vil gagne pasienten mest mulig. Allikevel tar hun avstand fra overtramp og maktbruk fra sykepleierens side, og sier at pasienten skal bli sett, hørt, forstått og få komme med innspill (Kristoffersen, 2011).

Hem et al. (2011) skriver i sin studie «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» at pleierne tenkte at «litt» press og tvang var legitimt for å få med seg pasientene på nødvendige stell, men at det var en hårfin balanse mellom frivillighet og tvang. Pleierne brukte uttrykket «å lirke det til». Bakgrunnen og kompetansen til pleierne gjør de i stand til å vurdere et stell som nødvendig på grunn av risikofaktorer og konsekvenser som kan oppstå ved å unnlate stellet. Dette er kunnskap pasienten ikke har og ser derfor ikke konsekvensene av å ikke stille seg. Pleierne i artikkelen brukte derfor ulike måter «å lirke det til på» slik at pasienten ble med på stellet frivillig. Vi tenker at dette er en form for svak paternalisme fordi pleierne «dytter» pasienten i retning av stell selv om de frivillig går med på det. Et eksempel på dette kan være at pasienten nekter å skifte bleie fordi pasienten selv mener det ikke er nødvendig. Pleieren forteller at pasienten bør skifte bleie for å unngå å bli sår nedentil samt forebygge infeksjoner, og det synes pasienten hørtes lurt ut og går derfor med på å skifte bleie. Vi synes derfor at det pleierne sa i artikkelen illustrerer Martinsens syn på svak paternalisme fordi pleierne bruker sin kompetanse til pasientens beste uten å overkjøre de.

Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen (2013) skriver også i sin artikkel om ulike måter «å lirke det til på». Avledning er en av teknikkene som ble brukt. Det handlet om å ta fokus vekk fra situasjonen som utløste utfordrende atferd ved å for eksempel snakke om andre ting. Kanskje kunne sykepleier Magnhild fått det negative fokuset med dusj vekk ved å snakke om positive ting som for eksempel: «I dag er det sol og varmt ute. Kanskje du skal vaske deg litt og få på deg den fine kjolen din, så kan vi sitte ute i sola og kose oss med en kaffekopp?». Da ville sykepleieren ha argumentert seg frem til å få gjennomføre dusjen på en måte vi anser som mer positiv og tillitsfull fremfor «nå skal du dusje» som medfører total overkjøring og krenkelse av Ingas autonomi.

4.3 Betydningen av kompetanse og ressurser

Stellet kan være en utfordrende situasjon, og mange opplever at det faglige idealet om det gode stellet er vanskelig å få til i praksis. Dårlig tid og lav kompetanse hos pleiepersonalet er faktorer som kan bidra til at stellet blir utfordrende (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014). I praksis har vi opplevd at oppgaven om å stille pasientene ofte blir delegert til assistenter og

ufaglærte fordi sykepleierne har andre viktige oppgaver som krever deres kompetanse (som for eksempel medikamenthåndtering o.l.).

Lav kompetanse og tidspress kan medføre at personalet tar avgjørelser for pasienten fremfor å legge til rette for pasientens autonomi. Stellet kan også bli sett på som en hygienisk prosedyre med rutiner og ritualer. Dermed forsvinner omsorgsdimensjonen ved stellet, og krenkelser ovenfor pasienten kan oppstå. Ufaglærte personer bør få opplæring og veiledning i forhold til stellesituasjoner for å sikre en forsvarlig og omsorgsfull gjennomførelse av stellet (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014).

I stellesituasjonen med Inga har sykepleier Magnhild tatt med seg den nye assistenten Georg som er ufaglært. Magnhild er preget av tidspress for alle oppgavene hun skal gjennomføre før vekten er over og Georg er usikker fordi han er ny og uerfaren, noe Inga vil legge merke til i deres møte. Vi tenker derfor at stellesituasjonen Georg fikk delta i var svært uheldig. Sykepleieren burde forholdt seg rolig og gått frem som et godt eksempel for Georg. Vi anser det som sykepleierens ansvar å bidra med kunnskap, erfaringer og holdninger for å sikre at omsorgen for Inga skjer på en forsvarlig og verdig måte slik som Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2014) skriver. Sykepleier Magnhild kunne ha forberedt Georg på forhånd før stellesituasjonen slik at han ville opptrådt sikrere i sin rolle. For hvilke holdninger lærer Georg av pleiepersonalet på avdelingen dersom stellene foregår på måte hvor pasientene blir oversett og overkjørt? Hvordan vil han forholde seg til utfordrende atferd i stell han senere skal utføre på egenhånd?

Flere av våre forskningsartikler underbygger også viktigheten av kompetanse og ressurser for å yte en forsvarlig og verdig omsorg. En av artiklene skriver at det ble brukt mere tvang i helgene framfor resten av ukedagene. Årsakene til dette var at det ofte var ufaglærte med manglende kompetanse som var på jobb samt at bemanningen var redusert i helger (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013). Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2011) skriver ikke direkte om kompetanse og ressurser, men artikkelen viser at det er mye refleksjoner blant pleierne i

forhold til hva som er tvang og ikke. Dessuten forteller artikkelen at pleiepersonalet har kompetanse når det kommer til ulike tilnæringsmåter, relasjonsbygging og teknikker for å forebygge motstand fra pasientens side. Med bakgrunn på dette kan man se viktigheten av kompetansen hos helsepersonell. Rognstad og Nåden (2011) skriver også i sin artikkel at pleiepersonalet opplevde ufaglærte pleiere samt begrensede ressurser som problematisk i demensomsorgen. Pleiepersonalet følte seg mislykkede, usikre og redde i omsorgen for denne pasientgruppen. De anså derfor kompetanse som nødvendig for å utøve en verdig omsorg for pasientene, men også fordi de selv skulle føle seg sikre i sitt arbeid.

Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2014) skriver at man bør ta hensyn til at pasienten kan være sjenert. Eldre damer kan derfor ofte oppleve det som svært vanskelig å ta imot hjelp av en mann. Vi stiller derfor spørsmål til sykepleier Magnhilds valg om å ta med seg Georg inn i stellet og gjennomføre det på den måten det ble gjennomført på. For ikke bare er han av motsatt kjønn, men han er helt fremmed og holder henne fast med makt i en så intim og naken situasjon som en dusj? Hva gjør det med Inga? Og hvordan blir relasjonen mellom Inga og Georg i fremtiden? Kanskje kunne sykepleier Magnhild ha brukt sin kunnskap i forhold til Alzheimers sykdom og relasjonsbygging samt kunnskap om Inga til å forberede Georg, slik vi nevnte tidligere, for å bygge en god relasjon med Inga.

4.4 Tillitsskapende sykepleie

Rokstad og Smebye (2008) skriver at tillitsskapende tiltak vil være det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og de problemene vedkommende sliter med. §4A-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) forteller at hensikten med loven er å sikre nødvendig helsehjelp samt begrense bruken av tvang. Helsehjelpen skal foregå med respekt for pasienten og skal så langt det lar seg gjøre stemme overens med pasientens selvbestemmelsesrett. Rokstad og Smebye (2008) skriver også at det er vår plikt til å skape en allianse med pasienten for å forebygge motstand mot nødvendig og forsvarlig helsehjelp på irrasjonelt grunnlag. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §4A-3) forteller oss at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt før anvendelse av tvangstiltak. Slik vi ser det begår

sykepleieren og assistenten nok et lovbrudd ovenfor Inga. De viser ingen respekt for Inga i møte med henne, ei heller tar de hensyn til hennes ønske om å ikke dusje. Det blir heller ikke forsøkt med tillitsskapende tiltak. Basert på egne erfaringer fra praksis tror vi at måten sykepleieren og assistenten møter Inga på i dusjesituasjonen bidrar til motstand fra hennes side. Ved å møte henne med respekt og empati, kunne situasjonen ha vært annerledes på en positiv måte. Hadde de også forsøkt tillitsskapende tiltak, kunne Inga ha gått med på å dusje frivillig.

I følge Kari Martinsen er de spontane livsytringene det fundamentale i menneskelige relasjoner. Tillit er en av disse livsytringene. Hun sier at livsytringene er spontane og naturlig til stede mellom mennesker frem til de på en eller annen måte blir skuffet. Pasienten vil ha tillit til sykepleieren, og dermed overlater han noe av sitt liv til sykepleieren i forventning om å bli imøtekommet. En nødvendig forutsetning for tillitsforholdet mellom pasienten og sykepleieren, er at pasientens forventninger blir innfridd og at han blir tatt på alvor. Dersom pasienten opplever at hans tillit blir misbrukt, vil det kunne ødelegge tillitsforholdet mellom dem (referert i Kristoffersen, 2011, s. 249 og 255). For personer med demens kan virkeligheten være både truende og kaotisk, noe som gjør dem sårbare for måten de blir møtt på. Rokstad og Smebye (2008) sier at det derfor er svært viktig at personer med demens blir møtt på en tillitsskapende og vennlig måte. Dessuten vil det å skape tillit kunne føre til et bedre samarbeid mellom pasient og pleier samt redusere bruken av tvang (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2011).

Tillit er følelsen av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på, og medfører en overføring av makt til pleierne om å handle på pasientens vegne, for pasientens beste (Fugelli, 2011). Vi anser derfor sykepleierens og assistentens møte med Inga som svært lite tillitsskapende. Pleierne overkjører Inga fullstendig når de ikke tar hensyn til Ingas mange forsøk på å si og vise at hun ikke vil dusje. Med fysisk makt fra pleiernes side, blir hun tvunget til å gjennomføre en dusj hun ikke ønsker. Erfaringer har vist oss at våre hvite uniformer blir assosiert med forståelse, varme og omsorg. Etter dusjen er Inga både sliten og lei seg. Vi ser det slik at hennes forventninger til sykepleieren og assistenten, ikke ble innfridd. Sykepleieren og assistenten tar også Ingas tillit forgitt da de bruker makt til å

gjennomføre et tiltak hun selv er imot. Dermed står tillitsforholdet mellom Inga og pleierne i fare for å være ødelagt. Vi tenker også at Inga, som har en demenssykdom, ikke nødvendigvis vil kunne skille mellom personene som har gjort henne vondt, og kan derfor ha mistet tilliten til alle hvite uniformer som skal hjelpe i fremtiden. Av erfaring vet vi at tillit er noe som kan være vanskelig å bygge opp igjen når den først er brutt ned. Derfor anser vi handlingen fra sykepleieren og assistenten som svært uheldig for relasjonen mellom Inga og pleierne i fremtiden. Vi tror derfor at dersom deres møte med Inga hadde vært preget av en tillitsfull tilnærming i tillegg til respekt, empati og tillitsskapende tiltak ville ha hatt en positiv innvirkning på relasjonen og stellesituasjonen.

4.5 Reminisens og musikk

Reminisens er et begrep som handler om å bringe frem minner, og er et viktig redskap innen demensomsorgen. Minner kan trigges ved hjelp av bilder og gjenstander eller sansestimulering som lukt, smak og musikk (Rokstad & Smebye, 2008). Tretteteig (2016) skriver at musikk har en sterk forbindelse med hukommelse og språk, og vil derfor gjøre dette mer tilgjengelig hos en person med demens. Hun skriver også at personens livshistorie kan gi oss som sykepleiere kunnskap om hva som er meningsfulle aktiviteter for personen. Caset med Inga sier oss at Inga har vært en selvhjulpen, utadvendt dame som har vært meget glad i sang og musikk. Slik vi ser det kan tiltak som har utgangspunkt i musikk og sang være meningsfylt for Inga.

Forskning viser at reminisens har en positiv effekt på relasjonen mellom pleier og pasient. Pleierne så den unike personen bak sykdommen og pasientene følte at pleierne var mer interesserte i dem. Dessuten hadde reminisens også en positiv virkning på kommunikasjonen mellom dem (Casey et al., 2014). En annen forskningsartikkel underbygger også den positive effekteten på relasjonen og kommunikasjonen mellom pleier og pasient. I tillegg bidro musikk til mindre utfordrende atferd samt bedre samarbeid i stellesituasjoner (Hammar, Emami, Engström & Götell, 2011). Slik vi ser det, kunne dusjesituasjonen med Inga utartet seg på en annen måte dersom pleierne hadde brukt musikk eller sunget sanger

for henne. Ved bruk av musikk er det viktig å tenke på at denne musikken skal være kjent for Inga samt være av en sjanger hun liker for å ha hensiktsmessig effekt. Fremfor motstand og utagerende atferd, kunne stellet ha vært preget av frivillighet og samarbeid.

Vi tenker også at pleierne kunne ha forsøkt med minnearbeid før selve stellet. Av erfaring vet vi at det å få en god start på dagen, kan ha stor betydning for pasientens atferd resten av dagen. Det å kanskje bla i et fotoalbum og snakke sammen med Inga før stellet, kunne ha bidratt til et bedre humør hos Inga slik at hun kanskje frivillig ble med på et stell. Dessuten tenker vi også at det kunne ha vært nyttig slik at Inga og den nye assistenten ble litt kjent og fikk en god tone.

I caset med Inga får vi vite at hun ofte er utagerende i stellesituasjoner fordi hun ikke ønsker hjelp, men vil gjerne klare seg selv slik hun alltid hadde gjort. Etter at hun ble enke har hun stått alene med hus og hjem i mange år før hun ble syk og måtte flytte inn på sykehjem. I følge Tretteteig (2016) kan musikk bidra til initiativ og bedre ferdigheter hos personer med demens, og rytmen i musikken kan stimulere til mer hensiktsmessige bevegelser. Dette kan resultere i at pasienten blir mer selvhjulpen i blant annet stellesituasjoner. Dersom pleierne hadde brukt musikk i stellet med Inga, kunne det ha bidratt til at Inga ble mer selvhjulpen og klarte mer av stellet på egenhånd. Vi tenker derfor at å stimulere til selvhjulpenhet hos Inga er integritetsbevarende fordi hun bestandig har vært selvhjulpen. Mestring har vi også erfart i praksis kan virke positiv på pasientens selvfølelse. I tillegg vil det også ivareta funksjonsnivået til Inga. Å opprettholde funksjonsnivå beskriver Martinsen (2003) i sin vedlikeholdsomsorg, og denne vedlikeholdsomsorgen er viktig for pasienter hvor selvhjulpenhet og uavhengighet er et urealistisk mål.

Med bakgrunn på disse funnene anser vi musikk og reminisens som to svært viktige tillitsskapende tiltak som kunne ha vært gode verktøy i stellesituasjonen med Inga.

4.6 Omsorg som tillitsskapende tiltak

I følge Martinsen (referert i Kristoffersen, 2011) er omsorg grunnlaget for sykepleie. Omsorg handler om moral og relasjon, og kommer i uttrykk gjennom handlinger som sykepleieren yter. Videre sier Martinsen at tillit samt sykepleierens evne til å engasjere seg og vise interesse for pasienten er viktige forutsetninger for både relasjonen mellom begge parter samt sykepleierens evne til å identifisere pasientens behov. Dermed tenker vi at omsorg kan vise seg gjennom måten sykepleieren tilnærmer seg pasienten på.

Vi er begge enige i at sykepleieren og assistenten viste lite omsorg ovenfor Inga, og imøtekom hennes behov på en svært dårlig måte. Artikkelen «How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study» (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013) beskriver forhandling og kompromiss som tvangsforebyggende tiltak. Studien viser også at det å prøve igjen senere eller gripe muligheten når pasienten er mottakelig for det, kan bidra til å redusere bruken av tvang i demensomsorgen. Dermed ser vi flere alternativer som sykepleier Magnhild og assistent Georg kunne ha brukt i situasjonen med Inga. Tidligere i teksten har vi skrevet om et eksempel fra egne erfaringer i forbindelse med bleieskift hvor pasienten godtok dette når pleieren argumenterte for å gjennomføre bleieskiftet. Dette anser vi som svak paternalisme fordi man da «dytter pasienten i riktig retning». Sykepleieren kunne ha anvendt svak paternalisme og forhandlet seg frem til en løsning med Inga. De kunne også forsøkt å inngå et kompromiss med Inga hvor hun kanskje hadde gått med på å vaske seg og skifte fremfor å dusje, noe vi tenker er et bedre alternativ enn å unnlate stedet eller gjennomføre det med åpenbar tvangsbruk som både er imot loven og som vil prege Inga i fremtiden.

Forskningsartikkelens (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013) funn angående å forsøke igjen senere eller gripe sjansen når pasienten er mottakelig underbygger egne erfaringer på rundt disse tiltakene. Kanskje kunne sykepleier Magnhild og assistent Georg avventet stedet slik at Inga fikk tid til å vende seg til situasjonen, slik som rundskrivet IS-8/2015 (Helsedirektoratet, 2015) kategoriserer som et tillitsskapende tiltak. Et tiltak sykepleieren og assistenten kunne ha gjort for å forberede Inga til stedet, er å finne frem nødvendig utstyr

som for eksempel håndklær og vaskekluter. De kunne også inkludert Inga i stellet ved å la hun bestemme selv hvilke klær hun ville ha på seg den dagen. Disse forberedelsene har vi selv erfart kan virke positivt og motiverende i forbindelse med stellesituasjoner. Det er også en form for brukermedvirkning og ivaretagelse av autonomien når Inga får være med å bestemme selv. Dessuten er det tillitsskapende å ta hensyn til hennes ønsker og preferanser.

Vi tenker at dersom sykepleieren og assistenten hadde møtt Inga på en måte som beskrevet, viser de engasjement og interesse ovenfor Inga. En slik tilnærming anser vi som tillitsskapende, som igjen er en viktig forutsetning for en god relasjon. Med dette som bakgrunn vil vi si at omsorg er et viktig tillitsskapende tiltak i omsorgsutøvelsen for Inga.

5. Konklusjon

Ved hjelp av litteratur, forskning og drøfting har vi har forsøkt å finne svar på om tvang i stellesituasjoner hos pasienter med Alzheimers sykdom kan unngås. Å skrive denne oppgaven har gitt oss en forståelse for at det er flere ulike faktorer som må være tilstede for å forhindre bruken av tvang i stellesituasjoner hos denne pasientgruppen.

Først og fremst har vi funnet ut at kunnskap og ressurser er svært viktig for å forhindre bruken av tvang. Forskning har vist oss at tvang blir anvendt oftere i situasjoner hvor det er få pleiere på jobb (som for eksempel helger, kvelds- og nattevakter) og hvor pleierne er ufaglærte. Forskning har også funnet ut at grenselandet mellom frivillighet og tvang samt de etiske dilemmaene som kan oppstå i omsorgen ovenfor denne pasientgruppen, er vanskelige temaer. Derfor tenker vi at det er både viktig og nødvendig for en god demensomsorg at arbeidsplassen har takhøyde for at personalet kan reflektere og diskutere rundt disse temaene. Å ha kunnskap om lovverket kan være nyttig i situasjoner hvor pasientens autonomi står i konflikt med pleiernes verdier om å gjøre det beste for pasienten. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer bruken av tvang ved å fremme pasientenes rettigheter og medbestemmelse. Loven sier også at et tvangsvedtak må være tilstede og at tillitsskapende tiltak må være forsøkt før man kan anvende tvang. Sykepleieren og assistenten i caset burde ha opparbeidet seg tillit hos Inga for å forhindre at stellesituasjonen endte i tvang. Situasjonen resulterte derfor i mistillit, noe som kan ta lang tid å bygge opp igjen. Dessuten kan det bidra til at hun ikke stoler på resten av personalet heller. Pleierne kunne derfor ha forsøkt en mer tillitsskapende tilnærming og tatt i bruk tillitsskapende tiltak. Å opparbeide seg tillit med Inga ville trolig kunne forhindre tvangsbruk i fremtiden.

Det vil være individuelle forskjeller når det kommer til Alzheimers sykdom. I tillegg er det individuelle forskjeller på personlighet og interesse hos alle mennesker. Hvilke tillitsskapende tiltak som har effekt vil derfor kunne variere fra pasient til pasient. Det vil derfor være nødvendig med tilrettelegging og individuell tilnærming fra sykepleierens side. Å ha kjennskap til pasientene og deres levde liv vil derfor være en viktig forutsetning for sykepleierens tilnærming og tilrettelegging. I caset får vi vite at Inga var en selvhjulpne og

utadvendt dame før sykdommen som hadde glede av sang og musikk. Dette er kunnskap som sykepleier Magnhild kunne ha brukt i stellesituasjonen med Inga for å forhindre at situasjonen hadde et uheldig utfall. Med bakgrunn på Ingas interesse for musikk, anser vi derfor reminisens og musikk som viktige tillitsskapende tiltak i sykepleien til Inga da disse tiltakene går i hverandre. Forskning har vist oss at både reminisens og musikk reduserer utfordrende atferd som igjen bidrar til mindre anvendelse av tvang. Dessuten vil det være positivt for pasientens identitet og selvfølelse samt ivaretagelse av integritet.

Jo mere kunnskap og erfaring en person har, dess bedre rustet er denne personen til å håndtere vanskelige situasjoner. Som snart sykepleiere anser vi det som vårt ansvar å bidra til at kompetansen på arbeidsplassen er tilstrekkelig. Derfor ser vi viktigheten i å utveksle erfaringer og kunnskap samt reflektere og diskutere sammen med kollegaer på jobb om vanskelige situasjoner. I tillegg til kunnskap, vil vi si at personalets holdninger og måten de imøtekommer pasientene på er viktig i demensomsorgen. Å se personen bak sykdommen og møte denne personen med respekt, empati, varme og omsorg vil ha stor betydning for relasjonen mellom pasient og pleier. En god relasjon bygd på tillit ser vi på som viktig i forebygging av tvang. Summen av dette tror vi kan bidra til en mer verdig og forsvarlig demensomsorg.

Med bakgrunn på dette ser vi mulighetene i å forhindre bruken av tvang i stellesituasjoner hos pasienter med Alzheimers sykdom, men dette krever kunnskap, tid og holdninger fra omsorgsgivernes side.

Litteraturliste

*Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., Demsey, L., Murphy, E., Jordan, F. & O'shea, E. (2014). *Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care*. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/jocn.12645/epdf>

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

*Darnell, O. (s.a.). *Alzheimer's poem: Do not ask me to remember*. Hentet fra <http://www.alzheimers.net/2013-08-05/do-not-ask-me-to-remember-poem/>

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

*Fugelli, P. (2011). *Grunnstoffet tillit*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>

*Gjerberg, E., Hem, H. M., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). *How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study*. Hentet fra <http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/1432697320?accountid=42560>

*Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G. & Götell, E. (2011). *Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care*. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00806.x/epdf>

*Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentar*. (Rundskriv IS-8/2015). Oslo: Helsedirektoratet.

*Hem, H. M., Gjerberg, E., Perdersen, R. & Førde, R. (2011). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2011/01/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2014). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. N. K. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Malt, U. (2017). *Grounded theory*. Hentet fra https://snl.no/grounded_theory

*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/>

*Rognstad, M.-K. & Nåden, D. (2011). *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv*. Hentet fra [https://www-idunn-no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/49090327/art06.pdf](https://www-idunn.no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/49090327/art06.pdf)

Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling* (1.utg.). Oslo: Akribe.

Skaug, E.-A. (2011). Personlig hygiene. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (2. utg., s. 321-370). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Tretteteig, S. (Red.). (2016). *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.

Vedlegg 1

Tittel	«Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care»
Dato for søk	03.04.2017
Database	Oria
Fremgangsmåte for søk	MeSH-termer brukt i søket: caregiver and communication and dementia. Avgrenset til årstall 2010-2017. Søket ga 6463 treff. Forskningsartikkelen er treff nr. 7.
Referanse	Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G. & Götell, E. (2011). <i>Communication through caregiver singing during morning care situations in dementia care</i> . Hentet fra http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00806.x/epdf

Tittel	«Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang»
Dato for søk	04.05.2017
Database	Sykepleien
Fremgangsmåte	Brukte søkeordet tvang. Avgrenset til årstall 2011-2017. Søket ga 14 treff. Forskningsartikkelen er treff nr. 5.
Referanse	Hem, H. M., Gjerberg, E., Perderson, R. & Førde, R. (2011). <i>Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang</i> . Hentet fra https://sykepleien.no/forskning/2011/01/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang

Tittel	«How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study»
Dato for søk	25.04.2017
Database	CINAHL
Fremgangsmåte	MeSH-termer brukt i søket: Dementia and coercion and nursing home. Avgrenset til årstall 2010-2017. Søket ga 6 treff. Forskningsartikkelen er treff nr. 2.
Referanse	Gjerberg, E., Hem, H. M., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). <i>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study</i> . Hentet fra http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/1432697320?accountid=42560

Tittel	«Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv»
Dato for søk	18.05.2017
Database	Idunn
Fremgangsmåte	Vi søkte i databasen Oria. MeSH-termer brukt i søket: demens and sykepleie and omsorg. Avgrenset søket til årstall 2010-2017 samt avgrenset til artikler. Søket ga 39 treff og forskningsartikkelen er treff nr. 10. Ble henvist til Idunn fra Oria.
Referanse	Rognstad, M. K. & Nåden, D. (2011). <i>Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv</i> . Hentet fra https://www-idunn-no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/49090327/art06.pdf

Tittel	«Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care»
Dato for søk	18.05.17
Database	Oria
Fremgangsmåte	MeSH-termer brukt i søket: reminiscence and dementia. Avgrenset søket til årstall 2010-2017 samt avgrenset til artikler. Søket ga 1436 treff, og forskningsartikkelen er treff nr. 3.
Referanse	Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., Demsey, L., Murphy, E., Jordan, F. & O'shea, E. (2014). <i>Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care</i> . Hentet fra http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/jocn.12645/epdf