



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling Kongsvinger
4 BACH

Tina Kristin Baanrud og Nina Fløter
Veileder Marit Berg

«Mitt hjerte har ikke demens»

“My heart does not have dementia”

Antall ord: 11.201

Bachelor i sykepleie 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i
digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

NY DAG

Ny dag

Vind-dag

Regn-dag

en dame der ute på gata

jeg ser henne innenfra vinduet mitt

jeg kjenner henne

vann drypper fra håret hennes

på kinnet hennes

hun bare går

og det blåser

hun er en ganske gammel dame

håret er hvitt

tynt

hun bærer med seg

et helt liv

og vet det ikke selv

hun skal nok hjem til mor

der kommer datteren

løpende.

Eva Anfinnsen.

Sammendrag

Denne bachelor oppgaven handler om hvordan sykepleiere kan utføre personsentrert omsorg til pasienter med demens. Vi har bygget opp oppgaven vår på en fiktiv case som handler om en dame på 73 år med Alzheimer sykdom som bor på et sykehjem. Videre drøfter vi omsorg til pasienter med demens, personsentrert omsorg til pasienter med demens, sykepleierens funksjoner i forhold til kommunikasjon og etiske prinsipper.

Vi har valgt å bruke Kari Martinsen som vår sykepleieteoretiker, og lagt vekt på omsorg og kommunikasjon i forhold til en pasient med demens.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	6
1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling	6
1.2 Presentasjon av case	7
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.4 Oppgavens avgrensing.....	7
1.5 Anonymisering	7
1.5 Begrepsavklaring	8
1.6.1 Demens	8
1.6.2 Alzheimer.....	8
1.6.3 Personsentrert omsorg.....	8
1.7 Oppgavens oppbygning	8
2. Metode.....	10
2.1 Beskrivelse av metode	10
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	10
2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	11
3. Teori	14
3.1 Alzheimer sykdom.....	14
3.1.1 Symptomer ved Alzheimer sykdom.....	14
3.2 Personsentrert omsorg til personer med demens	15
3.2.1 Skape relasjoner	15
3.2.2 Opprettholde sin selvstendighet og sine ressurser	15
3.2.3 Respektere pasientens identitet.....	16
3.2.4 Selvtillit og normalitet (selvfølelse).....	17
3.3 Presentasjon av Kari Martinsens sykepleieteori.....	17
3.4 Kommunikasjon.....	18
3.4.1 Kommunikasjons metoder	19
3.4.2 Sykepleierens funksjoner i forhold til kommunikasjon.....	20
3.5 Menneskesyn og holdninger	20
3.6 Etikkbegrepene	21
3.6.1 Pliktetikkk	21

3.6.2 Nærhetsetikk	21
3.6.3 Konsekvensetikk	22
3.6.4 Dydsetikk	22
3.7 Etske prinsipper	22
4 Lover og retningslinjer	24
4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og Samtykkekompetanse	24
4.2 Helsepersonelloven.....	24
4.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	24
4.4 Forskrift om en verdig eldreomsorg	24
5 Drøfting	26
5.1 Omsorg til pasienter med demens.	26
5.2 Personsentrert omsorg til personer med demens.	27
5.3 Sykepleierens funksjoner i forhold til kommunikasjon.....	29
5.4 Etske begreper og prinsipper.	32
6 Konklusjon	36
7 Litteraturliste	37
7 Vedlegg	40
7.1 Pico skjema.....	40
7.2 Søkehistorikk.....	35

1 Innledning

Vi er nå inne i 6. og siste semester av vår sykepleierutdanning på Høgskolen i Hedmark. Vår avsluttende bachelor oppgave vil omhandle personsentrert omsorg til personer med demens. Statistikken sier at 70 000 lider av demens i Norge, og at 60 % av disse lider av Alzheimer sykdom (Folkehelseinstituttet, 2008).

1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

I løpet av sykepleierutdannelsen har vi hatt flere praksisperioder hvor vi har hatt kontakt med personer med demens. Under disse møtene har vi blitt oppmerksomme på at personer med demens er en spesiell gruppe, de er pleietrengende på en helt annen måte enn andre pasientgrupper vi har møtt. Peter F. Hjort og Hans Th. Waaler har skrevet i en kronikk at personer med demens er en stor pasientgruppe, og at antallet mest sannsynlig vil dobles når «eldrebølgen» kommer (Hjort & Waaler, 2010).

Det er derfor viktig at vi som sykepleiere har nok kunnskap om hvordan vi kan yte pleie og omsorg til personer med demens, for at både pasienten og sykepleieren skal få en god opplevelse av situasjonen. Kommunikasjon kan ofte være en utfordring for denne gruppen, og helsepersonell har kanskje ikke alltid like stor tålmodighet. Pasientens stemme blir ofte ikke hørt, og deres behov blir kanskje oversett. Ut i fra dette har vi valgt å fokusere på kommunikasjon. Bachelor oppgaven fokuserer på begrepet personsentrert omsorg. For å kunne svare på problemstillingen har vi valgt teoretiker Kari Martinsens teori om omsorg. Ved hjelp av valgt teori vil vi komme med flere tilnærminger til hvordan vi som sykepleiere kan bevare eller forbedre livskvaliteten ved hjelp av kommunikasjon. Formålet med oppgaven er at sykepleiere skal få et bedre grunnlag på tilnæringsmetoder og kommunikasjon ved bruk av personsentrert omsorg.

Kitwood er en britisk sosialpsykolog som mener det at et menneske med diagnosen demens også skal anerkjennes som et fullverdig individ. I følge Rokstad (2009) utsettes personer med demens for ekstrem alderisme. Dette beskrives som ondartet sosialpsykologi. Alderisme vil si å se på eldre mennesker som inkompetente, belastende og uskjønne. Både på det strukturelle og det individuelle plan vil dette føre til diskriminering, og personer med demens har da en tendens til å bli ekskludert. Hun sier videre at det kan ligge gode hensikter bak den ondartede behandlingen, men at de som utfører den ikke er klar over hvilken virkning den har på de som blir utsatt for den. For å kunne møte og utvikle en god relasjon til personer med demens blir

utfordringen å overvinne eget forsvar og frykt. Dette sier Rokstad (2009) da hun mener at grunnen til at vi utøver denne ondartede tilnærmingen kan være at vi ubevisst kjenner på egen frykt i forhold til det å bli svake, hjelpetrengende og mentalt ustabile. Som sykepleiere er det viktig å være klar over at pasienter med demens får biomedisinske forandringer i hjernen og funksjonssvikt, at de selv også opplever sykdommen og kan beskrive endringene. Det blir stadig gitt tilbakemeldinger fra pasienter med demens om at de føler seg overkjørt og devaluert av helsepersonell (Rokstad, 2009).

1.2 Presentasjon av case

Aagot Johansen er en dame på 73 år med diagnosen Alzheimer. Sykdommen fikk hun påvist for 3 år siden og hun har hatt fast plass på sykehjemmet det siste året, da hun ikke klarte å ivareta personlig hygiene og inntak av ernæring i hjemmet. Den siste tiden har personalet opplevd henne som mer urolig, i form av vandring. Samtidig har det blitt vanskeligere å kommunisere med henne, da Aagot bare prater om sin egen barndom. Enkelte av personalet synes det er vanskelig å forholde seg til henne, da det er vanskelig å føre en samtale.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Ut i fra bakgrunn og begrunnelser ovenfor har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleiere utføre personsentrert omsorg til pasienter med demens?

1.4 Oppgavens avgrensning

Vi har valgt at oppgaven skal avgrenses til personer med demens som bor på sykehjem. Da det er flere former for demens velger vi å legge fokuset på Alzheimers, og tar for oss symptomer på de som har fylt 65 år. Da Aagot er urolig og vandrer en del, er vi klar over at det kan være ett uttrykk for smerte. Vi velger å utelukke det som ett alternativ for å begrense oppgaven vår. Samtidig ønsker vi å belyse temaet fra sykepleierens perspektiv, og utelukker pårørendes oppfatning selv om de står sentralt i forhold til temaet. Kommunikasjon og omsorg er sentrale temaer i vår oppgave, og vi vet at det også kan overføres til andre sykdommer. Fokuset blir å forholde seg til pasienter med Alzheimer sykdom.

1.5 Anonymisering

Etttersom vi har delt egne opplevelser og erfaringer, er det nødvendig med anonymisering for å ivareta den taushetsplikten vi er underlagt (Helsepersonelloven, 1999). Dallon (2012) skriver at man ikke skal oppgi navn på pasienter, personell eller sted for at leseren ikke skal kunne gjenkjenne situasjonen. Vår case er fiktiv, men vi vet fra praksis at det finnes lignende pasienter og situasjoner rundt omkring på sykehjemmene.

1.5 Begrepsavklaring

Vi vil kort avklare ordene demens, Alzheimer og personsentrert omsorg, da disse er relevante i vår problemstilling. Begrepene vil bli utdypet videre i teoridelen.

1.6.1 Demens

Progredierende sykdom som oppstår i hjernen, og som fører til tap av kognitive funksjoner hos personer som før har vært velfungerende (Bertelsen, 2012).

1.6.2 Alzheimer

Er en type demens som også fører til tap av kognitive funksjoner som har vært velfungerende. Hvor tankeevnen blir nedsatt og det i tillegg ofte oppstår personlighetsforandringer (Bertelsen, 2012).

1.6.3 Personsentrert omsorg

Bevare synet på personen som en unik person. Respektere individet som personen har vært før sykdommen. Få hver enkelt til å bruke egne ressurser for å opprettholde selvstendigheten så lenge som mulig (Rokstad, 2009).

1.7 Oppgavens oppbygning

Her tar vi for oss oppgavens oppbygning og nevner hva de forskjellige kapitlene vil omhandle.

Kapittel 1 er oppgavens innledning, som tar for seg bakgrunnen for valg av tema og problemstilling. Videre tar den for seg presentasjon av caset vi ønsker å skrive om, samt avgrensning, anonymisering, begrepsavklaring og oppgavens oppbygning.

Kapittel 2 er vår metode del, hvor vi skriver om metode, fremgangsmåte for litteratursøk og kildekritikk.

Kapittel 3 omhandler teori i form av litteratur og forskning som vi føler er relevant for oppgaven vår. Til å begynne med presenterer vi teori i forhold til Alzheimer og symptomer knyttet til sykdommen. Videre kommer vi inn på personsentrert omsorg til personer med demens og Kari Martinsens sykepleier teori. Deretter kommer vi inn på kommunikasjon, kommunikasjonsmetoder og sykepleierens funksjon i forhold til kommunikasjon. De siste punktene tar for seg menneskesyn og holdninger, etikk begrepene og etiske prinsipper.

Kapittel 4 tar for seg lover og retningslinjer som vi mener er viktige i forhold til oppgaven. Pasient- og brukerrettighetsloven, Helsepersonelloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og samtykkekompetanse.

Kapittel 5 omhandler drøfting av problemstillingen vår som vil være en rød tråd i denne delen. I tillegg trekker vi inn egne erfaringer, utvalgt litteratur og forskning.

Kapittel 6 er oppgavens oppsummering, hvor vi svarer på problemstillingen vi stilte tidligere i oppgaven.

2. Metode

Vi har valgt å ta utgangspunkt i «metode og oppgaveskriving for studenter» av O. Dallan (2012). På den måten har vi blitt veiledet og fått hjelp til å utforme denne oppgaven.

2.1 Beskrivelse av metode

I forhold til metode skilles det mellom to former, den kvantitative og den kvalitative. Kvantitativ metode vil si at vi kan få informasjon gjennom målbare enheter, da får vi gjennomsnitt av større funn og prosenter. Ved å bruke denne metoden kan vi samle inn data uten å ha personlig kontakt. Ved kvalitativ metode er vi i direkte kontakt med personene det gjelder, vi får da tilbakemeldinger på hvordan de personlig opplever situasjonen (Dallan, 2012). Vi har valgt å bruke både kvantitative og kvalitative forskningsartikler i denne oppgaven. Metode beskriver hvordan vi burde jobbe for å fremskaffe oss den kunnskapen som er nødvendig for å besvare oppgaven (Dallan, 2012). Vi må da beskrive fremgangsmåten på hvordan vi har etterprøvd kunnskapen. Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for bacheloroppgaven forteller at oppgaven skal baseres på litteraturstudie, bestående av fagbøker og andre skriftlige kilder. Det er viktig å foreta en kritisk vurdering av litteraturen som blir brukt, om det er relevant for vår oppgave og om det kommer fra sikre kilder. Vi har samlet inn og vurdert fagbøker og ulike forskningsartikler kritisk, og på den måten sattet igjen med litteratur som er relevant for å belyse problemstillingen vår (Dallan, 2012). Den selvvalgte litteraturen har vi merket med * i referanselisten bakerst i oppgaven. Vi har benyttet oss av primær litteratur som er original fra forfatteren, men har også anvendt sekundærlitteratur som er tolket av andre (Dallan, 2012).

2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

I tillegg til pensumlitteratur har vi brukt selvvalgt litteratur som fagbøker og forskjellige artikler. For å belyse og svare på vår problemstilling har vi valgt ut pensum litteratur som vi anser som relevant. Fagbøker er lånt fra skolens bibliotek og andre fagpersoner som vi kjenner. Før vi startet å skrive på bachelor oppgaven var vi til stedet på en faglunsj på vår arbeidsplass. Temaet var personsentrert omsorg, og vi gikk igjennom og fikk utlevert seks engelske og to norske forskningsartikler som er relevant i forhold til temaet. Disse leste vi på egenhånd da vi kom hjem. For å søke opp og finne disse igjen på internett, valgte vi å gå inn på google scholar. Der fant vi de igjen, og valgte ut to engelske og de to norske som vi følte var mest relevant til vår oppgave. I tillegg valgte vi å søke etter forskning på egenhånd. Med utgangspunkt i vår problemstilling har vi søkt i flere helsefaglige databaser, på BIBSYS og brukte søkemotorene: helsebiblioteket, google scholar, oria, sykepleien og svemed. Valget falt

på sykepleien.no. Da vi søkte vi med søkeordet personsentrert omsorg, og vi fikk opp åtte treff. Forskningsartikkelen til Rokstad & Vatne (2011) er en av forskningsartiklene vi vil bruke i denne oppgaven.

2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

I denne oppgaven har vi valgt å bruke Kari Martinsen som sykepleieteoretiker. Valget bunner i hennes syn på omsorg til eldre pasienter. Litteraturen vi har valgt ut er både primær og sekunder. Hovedsakelig har vi valgt primærlitteratur som er originaltekst som Martinsen har skrevet selv. Fordelen er at vi ikke viderefører andres tolkninger, men at vi selv tolker litteraturen (Dallan, 2012).

Forskningsartikkel av Garden (2012) skriver at 79 % av alle norske sykehjemsavdelinger rapporterer om daglige eller hyppig bruk av tvang ovenfor pasienter med demens. Den vanligste formen er holding av pasient under bistand med personlig hygiene. I tillegg utføres det flere former for tvang, bortsett fra mekanisk i form av reimer. Totalt 45 % av demens pasientene utsettes for tvangstiltak i løpet av en uke, og en av tre utsettes for mer enn en type tvang. Forskningen viser at det er en sammenheng mellom tvang og funksjonsnivå og atferd til pasienten. Mye tyder på at tvang blir utført av ansatte på grunn av manglende kunnskap og holdninger. Samtidig ser man at undervisning og veiledning av personalet kan gi en reduksjon i utførelse av tvang. Begrunnelsen for bruk av tvang er nødvendigheten med å beskytte pasienten, andre pasienter og ansatte. Ved bruk av tvang i demensomsorgen uttrykkes det aksept som en nødvendighet for å kunne utføre sykepleie til pasienter med demenssykdom. Vi mener forskningen er relevant for den belyser problemer som skjer på den helsearenaen vi tar for oss. Ved bruk av personsentrert omsorg ønsker vi å få ned tallene, og tilføre personalet kunnskap. Forskningen er fra 2012, og vi mener den er såpass ny at den blir relevant. Utvalget besto av åtte sykepleiere fra åtte forskjellige kommuner i tre fylker. Studiedeltakerne hadde ulik erfaring fra demensomsorgen, fra ett til 30 år.

Forskningsartikkelen av Rognstad & Nåden (2011) skriver at 70 000 personer har en demens diagnose i Norge. Tidligere studier har fokusert på utfordringer personalet møter når de gir pleie og omsorg til personer med demens som har utfordrende atferd. I denne forskningen vektlegges kunnskap og holdninger. For å bevare pasientens verdighet som menneske er det viktig å belyse personalets behov for kompetanse. Det ble intervjuet 12 personer ansatt på et sykehjem i forhold til opplevelse av maktesløshet, mislykkethet og redsel. Balansen mellom makt og autonomi, samt spesiell kompetanse for mestring av utagerende atferd. Konklusjonen

fremhevet frykt og engstelse hos ansatte, og uttrykte ett behov for etisk refleksjon og trening i å håndtere aggresjon hos pasienter med demens. Vi mener forskningen blir relevant da den er fra 2011.

Forskningsartikkelen til Jacobsen & Sørli (2010) belyser de etiske situasjonene som oppleves som vanskelig av helsepersonell på sykehjem. Individuelle intervjuer ble gjennomført på en narrativ metode, det vil si at de kunne fortelle fritt om ting som virkelig betydde noe i forhold til arbeidssituasjonen. Funnene viser at helsepersonell opplever etiske utfordringer daglig, og idealet, autonomi og verdighet var en daglig utfordring. De opplevde at jobbkulturen ikke støttet dem, og at de ikke ble hørt i situasjoner der de var uenige i de grunnleggende verdiene som var på arbeidsplassen. Resultatene av studiet diskuteres i forhold til forståelsen av det moderne samfunn. Pleie til eldre pasienter gir åpenbart etiske utfordringer, særlig når det gjelder de som lider av demens. Helsepersonell som deltok i denne studien ga uttrykk for frustrasjon og følelse av maktesløshet. Forskningen er basert på 23 ansatte som jobber ved ett norsk sykehjem. Selv om forskningen er på engelsk, er det utført i Norge av nordmenn. Den blir derfor meget relevant for vår del, samtidig er det tre år siden den ble utført.

Forskningsartikkelen til Edvardsson, Fetherstonhaugh & Nay (2009) beskriver personsentrert omsorg ut i fra hvordan personer med demens, familiemedlemmer og ansatte har forstått begrepet. De bidrar og kommer med perspektiver som har vært mangelfulle frem til denne studien ble lagt frem, som er relevant til praksisen som blir utført. Funnene i studiet er relevante og klare til å brukes i eldre omsorgen. Kategoriene kan brukes som et tema guide for diskusjoner i eldre omsorgen, samtidig som du kan kartlegge kvaliteten på dagens omsorg. Elementene i studiet viser hvordan du kan øke personsentrert omsorg i helsevesenet. Vi mener forskningen er relevant da den ble utført på et sykehjem med 37 ansatte, 19 pårørende og 11 pasienter. Studiet er fra Storbritannia, men vi mener det blir like relevant her i Norge da forskjellene nødvendigvis ikke er så store. Det er i tillegg kjent at utlandet ligger noen år foran Norge i utvikling, noe det også kan gjøre i helsevesenet.

Forskningsartikkelen til Rokstad & Vatne (2011) beskriver en studie som anvender Dementia Care Mapping (DCA) som ble brukt som et verktøy for utvikling av demensomsorgen ved et sykehjem. Forskningsartikkelen foregikk på en sykehjemsenheter, noe vår oppgave også tar for seg. Videre har de intervjuet personalet som direkte var involvert i prosessen. Det virker som en seriøs studie for de har i forkant av intervjuene brukt tre måneder med DCA kartlegginger, og hadde flere runder med intervjuer under veis nettopp for å se om det var noen utvikling i

refleksjonene. Forskningsartikkelen er publisert i 2011, så vi mener den er såpass ny at den er relevant.

3. Teori

Vi vil presentere utvalgt litteratur og forskning som er relevant og aktuelt for å kunne dra en konklusjon rundt vår problemstilling.

3.1 Alzheimer sykdom

Alzheimer sykdom er den sykdommen innenfor hovedgruppen demens som er den hyppigste, og som da de fleste som får en form for demens rammes av. Demens rammer personer som tidligere har vært kognitivt velfungerende, og det er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt. Alzheimer sykdom utgjør ca. 70 % av alle demenstilstander. Ca. 10 % av de over 65 år har sykdommen, og forekomsten øker etter hvert med at alderen øker. Når diagnosen stilles gjøres det på bakgrunn av at en tidligere frisk pasient hvor andre årsaker er utelukket har progredierende hukommelsestap. Tenkeevnen blir nedsatt og det oppstår ofte i tillegg personlighetsforandring. Karakteristiske degenerative forandringer i hjernevevet sees ved MR – undersøkelse av hjernen (Bertelsen, 2012).

3.1.1 Symptomer ved Alzheimer sykdom

Når Alzheimer sykdom rammer personer over 65 år, er det flest kvinner som får det. Sykdommen utvikler seg langsomt, og hovedproblemet er lenge sviktende hukommelse. Først blir korttidsminnet redusert, deretter langtidsminnet. Det kan virke som om eldre mennesker har lettere for å takle sin glemsomhet enn det yngre mennesker har. Sviktende hukommelse blir av både pasienten selv og de pårørende sett på som et vanlig problem i høy alder. Andre symptomer på sykdommen er at pasienten etter hvert får problemer med å orientere seg i forhold til tid, sted og rom. I tillegg kan de få andre demenssymptomer som for eksempel svekket oppmerksomhet, redusert læringsevne, språkvansker og apraksi (Berentsen, 2012). En del pasienter med Alzheimer kan i løpet av sykdommen sin utvikle atferdsmessige og psykiske symptomer (APSD) som irritabilitet, følelsesmessige svingninger, unyansert atferd og apati. Symptomene varierer i styrke, noen kan overses mens andre er såpass sterke at de ikke kan overses. Det på grunn av at de har store konsekvenser for medpasienter eller pårørende. For pasienter som har en eller flere diagnoser fra før er det også vanlig med depresjon. Forekommer som oftest hos eldre pasienter med mild og moderat grad av demens. Mange pasienter med demens får i tillegg angst. Dette da de mangler oversikt over egen situasjon. Også rastløshet og vandring er et vanlig symptom på pasienter med moderat og alvorlig demens (Berentsen, 2010).

3.2 Personsentrert omsorg til personer med demens

For å kunne få til en relasjon basert på samarbeid, må vi fange opp pasientenes perspektiv, og utvikle dette slik at omsorgen kan bli bedre. Sykepleiere må ha en holdning om at vi skal strebe etter å lokke frem pasientenes behov og ønsker, og bruke aktiv lytting som en hjelp til dette (Rokstad, 2009).

Personsentrert omsorg handler om Kitwoods ønske om endring av demensomsorgen fra å ha fokus på sykdommen til å få fokus på personen. Vi bør se den unike personen med sin egen historie. I tillegg til at Kitwood også mener at det skjer hjerneorganiske endringer når man utvikler demens, har han utvidet synet på demens til kombinasjonen personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. Til sammen utgjør dette hvordan demensbildet hos den enkelte kan gjøre seg gjeldene. Utfordringene i forhold til personer med demens blir i forhold til deres handlingsmønster som påvirkes av de kognitive forandringene. Det kan også tolkes som et sammenbrudd hvor pasientene opplever forvirring, sorg, sinne, frustrasjon og eller engstelse (Rokstad, 2009).

3.2.1 Skape relasjoner

For å skape gode relasjoner i forhold til pasienter med Alzheimer er det viktig å opparbeide seg tillit fra pasientene. Dette gjelder selvfølgelig også i andre pasientsituasjoner. Martinsen sier at hvis vi har et hjertelig deltagende øye så setter vi oss som sykepleiere i en posisjon hvor vi kan bli pasientenes tillit verdige. I tillegg til å ha et hjertelig deltagende øye må vi anerkjenne pasientene og vise interesse for deres erfaringer som noe som er verdt å bli kjent med og ta del i. Dette handler om å ha et engasjement i forhold til det vi gjør og gjøre sitt beste for de vi skal hjelpe (Martinsen, 2000).

I forhold til å skape gode relasjoner til pasienter med Alzheimer forutsettes det at en ser pasientene som hele mennesker, at en forholder seg til det som skjer og at en handler til det beste for pasientene. Personalet som møter pasientene med et smil og som har et positivt kroppsspråk har lettere for å oppnå gode relasjoner, og dempe angst hos personer med demens (Munch, 2009).

3.2.2 Opprettholde sin selvstendighet og sine ressurser

Innenfor personsentrert omsorg skal vi se hele mennesket, og legge til rette for at pasientene skal kunne opprettholde sin selvstendighet og kunne bruke sine ressurser så lenge som mulig.

Viktig å respektere pasientenes identitet hele veien. Det kan vi blant annet gjøre ved å sette oss inn i pasientenes behov, ønsker og deres livshistorier (Rokstad, 2009).

En av de grunnleggende pasientverdiene er å ha selvbestemmelse. Derfor blir det viktig å ta pasientenes synspunkter, verdier og erfaringer på alvor når man utfører sykepleie, og bruke tid på å finne ut hvem pasientene er og har vært som personer, og hvordan det å motta helhetlig pleie påvirker dem (Kirkevold, 2010).

For å opprettholde livskvaliteten er det viktig blant annet å klare å utføre personlig hygiene selv. Pasientene må bruke bevegelsesorganene for å opprettholde denne funksjonen. Stellesituasjoner er en arena der bevegelsesorganene kan brukes på en meningsfull og naturlig måte. Det blir da viktig å tilrettelegge og veilede pasientene slik at de skal kunne gjøre det de kan og vil selv. Hos en del pasienter er økt mestring urealistisk, og en veit samtidig at hos eldre og hos pasienter med demens blir ofte mestringen dårligere etter hvert. Da blir målet å forebygge at pasientenes situasjon forverrer seg (Brodtkorb, 2010).

I personsentrert omsorg må vi se de ressursene som fortsatt er tilstede, og holde de vedlike. Denne praksisen tar utgangspunkt i hvilken ressurs og interesser pasientene har, samt hvem de er som personer (Egset, 2008).

3.2.3 Respektere pasientens identitet

Dette er av stor betydning for å kunne få til en god kommunikasjon og et godt samarbeide. Jo nærmere relasjonene er mellom pasientene og oss som sykepleiere, jo lettere er det å forstå pasientene. I tilfeller der pasientene ikke kan gi utfyllende informasjon om sin bakgrunn selv, vil det være viktig og nødvendig å ha et samarbeid med pårørende og andre som kjenner pasientene godt (Smebye, 2009).

Det er like viktig å fokusere på tiltak som kan gjøre hverdagen så god som mulig for de som er rammet av demens som det er å finne måter å bremse eller forhindre sykdomsutvikling på. Identitet dreier seg om å vite hvem en er, både på en kognitiv og en følelsesmessig måte. Primæroppgaven i demensomsorgen er å sørge for å opprettholde og bekrefte identiteten til pasientene selv om de mentale evnene forsvinner. Dette gjøres blant annet ved å repetere pasientenes historie for dem (Egset, 2008).

3.2.4 Selvtillit og normalitet (selvfølelse)

Pasienter som sliter med sitt selvbylde, trenger hjelp til å se nye muligheter eller alternative løsninger hvor målet er en konstruktiv løsning på problemene. Dette må gjøres på en forsiktig måte. Det blir viktig å oppmuntre pasientene til aktiviteter som de har en reell mulighet til å lykkes med. Derfor blir det i kartleggingen av nye pasienter viktig å se etter deres ressurser og interesser, slik at de kan gjøre noe de føler at de mestrer. Et av hovedpunktene i sykepleien er nettopp å støtte pasientenes selvbylde. Pasienter som har et lavt selvbylde og føler seg verdiløse, har blant annet vanskeligheter med å opprettholde god personlig hygiene (Kvaal, 2010).

Å vise pasientene interesse for deres livshistorier kan være med å styrke deres selvoppfatning og gi håp for fremtiden. I tillegg er det viktig å være empatisk og vise forståelse for deres historier. Minner fra fortiden kan være utrolig betydningsfulle for eldre mennesker. Det å engasjere seg i dette kan bidra positivt til de eldres livskvalitet, og styrke deres selvfølelse, verdighet, identitet og skape mening. Å skape mening for pasienter med demens gjøres ved å begi seg inn i den andres verden og vise interesse for den. Med en respektfull og anerkjennende måte å behandle pasientene på kan deres identitet bli bekreftet, og det kan være lettere å sanse hvilke følelser og meninger de har. Viktig også overfor pasienter med demens å vise at man ser hele mennesket. Dette blir bekræftende for dem, og er med på å styrke selvfølelsen (Eide & Eide, 2013).

3.3 Presentasjon av Kari Martinsens sykepleieteori

Kari Martinsen er sykepleier og har skrevet mye om sykepleiens natur. Hun har hatt stor innflytelse på utviklingen av sykepleiefaget i Norge og Skandinavia. Hennes sykepleieteori er utradisjonell i forhold til hva som har vært oppfattet som tradisjonelle sykepleieteorier (Kirkevold, 2008). Martinsen hovedtanke er at omsorg er sykepleiens fundament. Hun mener at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Som mennesker er vi avhengige av hverandre, vi kan ikke leve i isolasjon. I situasjoner hvor mennesker for eksempel har en funksjonshemming, sykdom eller lidelse vil avhengigheten til andre bli ekstra stor. Derfor må sykepleien og omsorgen ytes ut fra den enkelte pasients behov for pleie og omsorg. Martinsen forklarer begrepet omsorg som blant annet hvordan et menneske svarer på et annet menneskes avhengighet og behov. Begrepet omsorg kjennetegnes også ved at det er et mellommenneskelig forhold mellom to eller flere mennesker som er basert på solidaritet,

gjensidighet og fellesskap. En forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt er å ha en forståelse for pasientens situasjon. Videre innebærer omsorgsbegrepet at den som yter omsorg ikke forventer seg noe tilbake (Kirkevold, 2008).

I tillegg skriver Martinsen om omsorgens moralske dimensjon. Den er i følge henne knyttet til at mellommenneskelige forhold preges av avhengighet og makt, og at moralen er viktig for å forvalte dette på en riktig måte. Hun skriver mye om kjærligheten til medmennesker og om det å handle til den andres beste, også til de menneskene en ikke føler noe spesielt godt overfor. Omsorg har i høyeste grad en praktisk side. Det er pasientens tilstand og situasjon som avgjør hvordan omsorgen utføres, og derfor er det viktig at vi som sykepleiere ser helheten i situasjonen. Hun mener vi bør strebe etter å gjøre pleiesituasjonen så enkel som mulig for pasientene og bruke kjente ord og ting. Når vi yter praktisk omsorg må vi gjøre det på bakgrunn av etiske og faglige vurderinger av situasjonen. Vi må faglig kunne begrunne det vi gjør (Martinsen, 2003).

Personorientert profesjonalitet handler om å ha et engasjement i forhold til det man holder på med, og gjøre sitt beste for de man skal hjelpe. Man skal gjennom faglig kunnskap se pasientene som lidende mennesker, og verne om deres integritet (Martinsen, 2000).

Klokken har blitt et styrings- og tidsmålingsinstrument, og gjør noe med pasientenes og sykepleiernes erfaringer av tid, og med tiden pleien tar. Martinsen stiller spørsmål om det er mulig for pasienter og sykepleiere å være til stede i øyeblikket da helsevesenet anser tiden som en ressurs man både disponerer over og som skal utnyttes. Tiden måles ofte i effektivitet, og kvalitet i arbeidet knyttes i dag i stor grad opp mot at hvert enkelt gjøremål skal gå så raskt som mulig (Martinsen, 2012).

3.4 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon defineres enkelt som utveksling av tegn med mening mellom to eller flere parter. Av det latinske ordet *communicare* som betyr å delaktiggjøre en annen, ha forbindelse med og eller gjøre noe felles med kommer begrepet kommunikasjon fra (Eide & Eide, 2013).

Når man lider av kognitiv svikt innebærer det blant annet at man får problemer med oppmerksomhet, forståelse, persepsjon og evne til å kommunisere både verbalt og nonverbalt. Det finnes flere kommunikasjonsmetoder som vi kommer tilbake til i neste punkt. Man kan

bruke de forskjellige metodene, men for å kunne kommunisere godt med pasientene er det mye som tyder på at vår empati, kunnskap, omsorg, respekt og interesse er veldig viktig for å oppnå dette. Da eldre mennesker med demens er sårbare, blir dette med respekt, empati og vilje til å komme den eldre i møte på en god måte ekstra viktig. Dette er med på å ivareta de eldres verdighet, livskvalitet og helse. Det kan være helt avgjørende for god pleie og omsorg til pasienter med demens at man ønsker og har evner til å se hver enkelt og forholde seg kommunikativt til dette. Å forstå hva pasienter med demens mener, sier og prøver å formidle med sin adferd er ikke bestandig like lett (Eide & Eide, 2013).

Kommunikasjonen med de eldre og de som er rammet av demens må være så klar som mulig. Da blir sammenhengen mellom det vi sier og det vi gjør ekstra viktig (Heap, 2012). Selv om pasienter med demens kan ha vanskeligheter med å forstå hva ordene betyr, forstår de lettere stemmebruken, kroppsspråket og mimikken som blir brukt. Pasienter med demens har også problemer med å forstå budskap med overført betydning, de oppfatter det som blir sagt bokstavelig (Berentsen, 2010).

Måten det blir snakket på er også viktig. Det er viktig å snakke tydelig og ikke for fort. I tillegg bør en unngå for lange setninger, bruke konkrete ord og holde seg til en ting om gangen. Direkte øyekontakt kan være nødvendig for å fange oppmerksomheten til pasientene (Wogn-Henriksen, 2009).

3.4.1 Kommunikasjons metoder

Reminisens, realitetsorientering og validering er tre ulike måter å kommunisere på, og kan være viktig å prøve for å oppnå best mulig kommunikasjon med demente pasienter (Wogn-Henriksen, 2009).

Reminisens: Er et annet ord for minnearbeid, og tar utgangspunkt i å hente frem personlige hendelser fra tidligere i pasientenes liv. Personer som lider av demens har ofte en bedre langtidshukommelse enn korttidshukommelse. Pasientene kan kjenne igjen følelser av tilhørighet, identitet og glede når det blir delt minner i en vennlig og avslappet situasjon. Ved å drive minnearbeid kan det forebygges depresjon som ofte kan oppstå etter innleggelse i sykehjem. Metoden fokuserer på positive minner og det blir som regel ikke anbefalt å ta frem de minnene som ikke er så positive. For å kunne bruke metoden er det viktig med god kunnskap om pasientene. Dette kan man for eksempel få av de pårørende eller gjennom album og minnebøker. I tillegg forutsetter det at man som sykepleiere har evnen til å lytte, og at vi

har en ikke-dømmende sensitivitet overfor pasientenes måte å prøve å kommunisere på (Wogn-Henriksen, 2009).

Realitetsorientering: En metode som ble utviklet i 1960-årene. Det går ut på å fortelle pasientene sannheten i enhver situasjon. Da svekket orienteringsevne og svekket korttidsminne er kjennetegn på demens, øker sannsynligheten for at pasientene ikke alltid er oppdatert på hvor de er og hvilken situasjon de befinner seg i. Mange viser takknemlighet over å bli fortalt hvor de er og hvorfor de er der (Wogn-Henriksen, 2009).

Validering: Naomi Feil utviklet denne metoden, og her er man ikke så opptatt av hva som er sann og virkelighetsnær informasjon. Her legges pasientens fokus og opplevelse til grunn. Det viktige blir da å anerkjenne og bekrefte pasientenes meddelelser, ikke å gi korrekte opplysninger. Naomi Feil mener at pasientene med demens kan være forvirret og mangle orienteringsevne på grunn av tidligere opplevelser som ikke er ferdig bearbeidet. Valideringsmetoden har mest fokus på de konfliktene pasientene har hatt før og ikke så mye på nåtidens. Det blir viktig å lytte til pasientenes emosjonelle uttrykk, og ikke legge så mye vekt på hva som er fakta. I stedet for å korrigere pasientene må vi forsøke å forstå de fra deres perspektiv, og møte de på det de er opptatt av (Wogn-Henriksen, 2009).

3.4.2 Sykepleierens funksjoner i forhold til kommunikasjon

Som sykepleiere er vi avhengige av og kunne kommunisere med mennesker i ulike livssituasjoner. Vi skal kunne motta og videreformidle informasjon, vi skal kunne forklare, trøste og forstå. I løpet av en arbeidsdag har vi kontakt med pasienter, pårørende, kollegaer og andre aktører. Kommunikasjon bygger opp relasjoner til andre mennesker, samtidig som det er med på å utvikle og opprettholde forholdet. Derfor er det viktig med tiltak som kan være med på at kommunikasjonen blir bedre sånn at mottakeren forstår det som blir sagt. Dette blir spesielt viktig i møte med en pasient med demens (Wogn- Henriksen, 2009).

3.5 Menneskesyn og holdninger

Menneskesyn kan ofte deles inn i to forskjellige hovedretninger innenfor den sykepleiefaglige debatten, holisme og reduksjonisme (Odland, 2012).

Med holisme menes det en forståelse av helheten i mennesket. Det betyr at vi som sykepleiere må forholde oss til pasienten som en helhet med for eksempel kropp og sjel, tanker og følelser, livssituasjon og sårbarhet, angst og smerter. Videre innebærer en holistisk tankegang

å se på pasientene som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere når det skal tas avgjørelser i forhold til deres helse (Odland, 2012).

Ved et reduksjonistisk menneskesyn blir ikke pasientene sett som mennesker med egenverd og betydning. De blir sett på som objekter uten selvforståelse. Dette medfører at pasientene ofte blir redusert til sine diagnoser, i stedet for å bli sett som likeverdige mennesker (Odland, 2012).

Martinsen er veldig opptatt av moral, og baserer seg på et kollektivistisk menneskesyn. Med det menes at alle mennesker er avhengige og sårbare (Slettebø, 2009).

”Selve ordet dement kan oversettes til ”uten sjel” eller ”avsjelet” og gir grobunn for at personer med demens oppfattes som ”hjernedøde”, uten menneskelige følelser” (Rokstad, 2009, s.69). Når man ser på de som lider av demens som ikke-levende har man en dementofob holdning. Holdningene våre blir preget av kulturen vi lever i. Her i vår kultur mener vi at det som teller er både et velfungerende intellekt og en velfungerende kropp, og at man har et fullverdig liv hvis man får beholde sine kognitive funksjoner (Rokstad, 2009).

3.6 Etikkbegrepene

”Etikk er teori om moral” (Brinchmann 2012). Som sykepleiere vil vi komme opp i etiske utfordringer som omhandler alt fra dagliglivets små faglig – moralske problemer og konflikter til alvorlige situasjoner som handler om liv eller død. Etikk har med holdninger og verdier å gjøre som å kunne lytte, ha respekt og varhet i forhold til pasientene og å kunne se de (Brinchmann, 2012).

3.6.1 Pliktetikk

Mennesker som utfører sine handlinger ut fra pliktetikk, utfører sine plikter uansett konsekvenser. Det er altså personene og handlingene og ikke konsekvensene det blir lagt vekt på i pliktetikken. Innenfor pliktetikken kan vi skille mellom indre og ytre plikter. Indre plikter er motivert av menneskenes egen fornuft, mens ytre plikter er motivert av regler, lover eller religion. Immanuel Kants pliktetikk representerer indre plikter. Eksempel på ytre plikter kan være de kristne plikter som er basert på Guds vilje (Brinchmann, 2012).

3.6.2 Nærhetsetikk

Nærhetsetikken bygger på samspillet mellom mennesker, og utspiller seg i relasjoner. Det handler om å forstå situasjoner, ikke bare begrunne den etiske forståelsen ut fra normer og

regler. Følelsene får betydning og blir vektlagt for at vi skal kunne skjønne hvilke behov som gjelder, og kunne handle riktig i forhold til den enkelte pasient. Jeg – du – forholdet kommer i sentrum (Brinchmann, 2012).

Den franske filosofen Emmanuel Levinas og den danske teologen og filosofen Knud Ejler Løgstrup har til felles at de ser på nærhetsetikken som noe grunnleggende, og at den mellommenneskelige relasjonen er et utgangspunkt for etikken. Nærhetsetikken blir ofte brukt til å belyse helsearbeideres holdninger og væremåte i den medisinsk – etiske og sykepleie etiske fagdebatten. Som sykepleiere utfører vi pasientrelaterte handlinger hver dag, og ofte kommer vi opp i etiske dilemmaer i dagligdagse situasjoner som for eksempel i stell. Vår væremåte kan påvirke pasientene (Brinchmann, 2012).

3.6.3 Konsekvensetikk

Konsekvensetikk går for å være en teleologisk etikk, og har fokus på mål og konsekvenser. ”Teleos betyr mål eller formål” (Sneltvedt, 2012). Her er det utfallet av handlingene, om konsekvensene er gode eller dårlige, som avgjør om handlingene er etisk akseptable eller ikke. Gode konsekvenser som lyst, lykke eller nytte, kan rettferdiggjøre en handling (Sneltvedt, 2012).

3.6.4 Dydsetikk

Denne etikken dreier seg om personlige egenskaper som gjør oss i stand til å handle moralsk godt. Barmhjertighet er eksempel på en slik dyd. Dydsetikken setter fokus på pleie og omsorg, og er med på å korrigere dagens effektivitet og rasjonelle drift. Både i forhold til vår etikk og moral, og på det intellektuelle og det emosjonelle plan er livet en utfordring for oss. Dydsetikken er en blanding av fornuft og forståelse av situasjoner der følelser og intuisjon har en stor innvirkning. Det som er med på å avgjøre hvilke dyder vi vektlegger er hvordan vi definerer og forstår sykepleierollen (Brinchmann, 2012).

3.7 Etiske prinsipper

Som sykepleiere er det ikke bestandig lett å vite om pasientene selv skal få bestemme hva som er til deres eget beste, eller om det er vi som skal gjøre det (Slettebø, 2009). Dette blir spesielt vanskelig i tilfeller hvor pasientene har en kognitiv svikt.

Innenfor medisinsk etikk er det en ”teori” som kalles de fire prinsippers etikk. Her finner vi autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, ikke-skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet. Den ble utviklet ved Georgetown University i USA, mangler et overordnet fundament for etisk utøvelse, og er egentlig ikke en teori. Da de fire prinsippene blir sett på som å være veldig sentrale i medisinsk etikk, gjelder de også for sykepleieetikken. Ingen av disse prinsippene er absolutte, men blir vurdert opp i mot hverandre ut fra situasjonen for å finne ut hvilket prinsipp det skal legges størst vekt på (Slettebø, 2009).

Autonomiprinsippet: Dette prinsippet handler om pasientenes rett til å bestemme selv i forhold til egen helse. Innen for den medisinske etikken blir det mer brukt om det å ha medbestemmelse. Medbestemmelse dreier seg om retten til å bestemme behandlingsform, eller retten til å nekte behandling (Slettebø, 2009).

Velgjørenhetsprinsippet: Omhandler å gjøre det beste for pasientene etter beste evne og kvalifikasjoner. Det vil også si at man bør forebygge og fjerne eventuelle skader og smerter, og en bør gjøre det som er godt (Slettebø, 2009).

Ikke-skade prinsippet: Omhandler og ikke skade eller påføre pasienten smerter. Plikten om at man aldri skal skade noen (Slettebø, 2009).

Rettferdighetsprinsippet: Rettferdighetsprinsippet handler om at like tilfeller skal behandles likt (Slettebø, 2009).

4 Lover og retningslinjer

Vi velger å beskrive i hovedsak hva lovene omhandler. I drøftingsdelen vil vi komme nærmere inn på hvilke lover som er relevante i forhold til problemstillingen vår.

4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og Samtykkekompetanse

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å sørge for at befolkningen får lik tilgang på god helsehjelp ved hjelp av rettigheter i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig skal loven være med på å styrke tillitsforholdet mellom pasienter og helse- og omsorgstjeneste. Det gjøres ved å ivareta pasientens verdighet, integritet og respektere hver enkeltes liv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsepersonell kan kun utøve helsehjelp til pasienter som har avgitt sin samtykke. I forhold til personer med demens må samtykkekompetansen vurderes ut i fra situasjon til situasjon, da de i enkelte situasjoner kan oppfattes som at de ikke er samtykkekompetent. Mangel på samtykkekompetanse innebærer at pasienten mangler forståelse for nødvendigheten av tiltaket, og hva tiltaket innebærer. Legens vurdering av manglende samtykkekompetanse er ikke evigvarende. En pasient kan få den tilbake om det vises bedring. Er man ikke samtykkekompetent på ett område, er man ikke automatisk det på ett annet. Det må søkes til fylkesmannen som fatter vedtak, og pårørende skal inkluderes (Pasientrettighetsloven, 1999, Vergemålsportalen, 2010).

4.2 Helsepersonelloven

Helsepersonellovens angår helsepersonell som yter helsetjenester i Norge, at det blir utført med kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Loven skal bidra til at helsepersonell yter faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som svarer til forventningene til pasienter som trenger det.(Helsepersonelloven, 1999).

4.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere omhandler det etiske fundamentet i faget. Det tar for seg sykepleierens forhold til menneskesyn og grunnleggende verdier som bør vernes i møte med profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere og samfunnet. I møte med pasienten skal verdighet og integritet ivaretas, samtidig som pasienten skal være medbestemmende uten å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund (NSF), 2011).

4.4 Forskrift om en verdig eldreomsorg

Formålet med forskriften er å sikre at eldreomsorgen blir tilrettelagt på en slik måte at den bidrar til en trygg, verdig og meningsfull alderdom. I tillegg skal kommunal- og

omsorgstjenesten legge til rette for at den enkelte tjenestemottaker skal få et meningsfullt liv, hvor de individuelle behov blir dekket (Verdighetsgarantien, 2011).

5 Drøfting

Her i dette kapittelet vil vi belyse problemstillingen «hvordan kan vi som sykepleiere utføre personsentrert omsorg til personer med demens» ut ifra sykepleieperspektivet, og drøfte det på bakgrunn i utvalgt litteratur og egne erfaringer.

5.1 Omsorg til pasienter med demens

Vi erfarer at arbeidsdagene på sykehjemmet der Aagot bor kan være hektiske for helsepersonellet som jobber der. Heldigvis er ikke alle dager slik. Ofte må man vurdere å prioritere arbeidsoppgaver ut i fra kompetanse. En sykepleier er ofte alene på jobb og får derfor et stort ansvarsområde å dekke i forhold til pasienter, pårørende og ansatte. Selv om dagene ofte er travle står man ansvarlig for at yrkesutførelsen er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund (NSF), 2011). Med travle dager kan faglige oppdateringer i form av faglunsjer utebli. Som sykepleierstudenter er vi selv ansvarlige for å holde oss faglig oppdatert, og det blir spesielt viktig når man ofte går alene og har et stort ansvar. I tillegg har vi et ansvar i å formidle kunnskap videre til våre ufaglærte kollegaer.

Aagot har demens og bor på sykehjem og har kommet langt i utviklingen av sykdommen, og har ikke evnen til å ivareta sin egenomsorg i hjemmet. Vi mener at dette medfører at hennes liv blir styrt av helsepersonell. I dag er det 70 000 med demens sykdom på landsbasis, en del av disse er tilknyttet sykehjemmene (Bertelsen, 2012). Dette er en pasientgruppe det kan være vanskelig å oppdage tidlig i sykdomsforløpet, da sykdommen utvikler seg sakte. Vi kan ense personlighetsforandringer i form av at korttidsminnet forsvinner først. Samtidig som de nærmeste tror at hukommelsen bare forsvinner når man blir eldre (Berentsen, 2010).

Martinsen (2003) sier at omsorg er grunnleggende for alt menneskeliv, og blir sett på som sykepleierens fundament. For at omsorgen skal virke ekte må vi anerkjenne Aagot ut i fra hennes situasjon. Det å anerkjenne Aagot vil si at vi ikke venter oss noe tilbake, og at vi bistår henne til å klare det hun slev kan gjøre. Omsorgen skal tilpasses Aagot da hun ikke er i stand til å ta vare på seg selv (Martinsen, 2003). Dette samsvarer med Helsepersonelloven § 4, om å tilpasse og utføre omsorgsfull og forsvarlig sykepleie i hver enkelt pasientsituasjon (Helsepersonelloven, 1999). I praksis opplever vi at helsepersonellets kompetanse kan gjøre det vanskelig å se hver enkelt og deres behov, og at omsorgen ikke alltid er tilpasset. Med mangel på kompetanse er det lett å gjøre feil. Martinsen (2003) sier at for å kunne yte omsorg innebærer det blant annet å ha kunnskaper og ferdigheter.

Ettersom sykdommen til Aagot er progredierende mener vi det er viktig å kartlegge og vurdere omsorgen etter hvert. Garden (2012) skriver at sykepleiere har ansvar for mange pasienter på samme tid, og at det er med på å skape tidsmangel som igjen påvirker evnen til å gi individuell omsorg. Martinsen (2012) sier at tiden ofte måles i effektivitet og hun stiller seg spørsmål om det er mulig for oss sykepleiestudenter å være til stedet i øyeblikket. I praksis opplever vi at dette er avhengig av hvordan hver enkelt pleier er. Noen er veldig til stedet i øyeblikket, mens andre tenker på gjøremål som må gjøres og stresser kanskje mer enn nødvendig. Dette kan ha stor innvirkning på Aagot da hun antagelig sanser vår sinnsstemning.

Kompetansemangel fører ofte til tvangsbruk ovenfor pasienter i hverdagen. Vi har erfart at enkelte sykehjem har hatt en del ufaglærte på jobb, og at formskriften om en verdig eldreomsorg ikke bestandig blir holdt. Samtidig har vi observert at tvang har blitt brukt daglig. Garden (2012) underbygger våre oppdagelser. 79 % av alle norske sykehjemsavdelinger rapporterer om daglige eller hyppig bruk av tvang ovenfor pasienter med demens.

5.2 Personsentrert omsorg til personer med demens

I Rokstad (2009) blir det understreket at vi må legge vekt på den enkeltes opplevelse og håndtering av sitt liv med demens, og ikke på selve sykdommen. Det innebærer også at vi som sykepleiere må se Aagot med hennes ressurser slik at hun kan opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig. I tillegg er det viktig å respektere og bekrefte Aagots identitet gjennom hele forløpet av demenssykdommen.

I skyggen av sin Alzheimer sykdom har Aagot mistet evnen til å resonere, vurdere, reflektere og tenke konsekvenser. Hun er glemsk og kan i tillegg ha problemer med ernæring, personlig hygiene og kommunikasjon. Dette har vi observert selv i praksis. Selv om det ideelle i følge Rokstad (2009) er å se hele mennesket har vi i vår praksis som sykepleiestudenter en opplevelse av at dette ikke alltid blir gjort. Det kan innimellom virke som det er lett å glemme hvilken diagnose Aagot har og symptomer på dette. På den andre siden blir ofte all atferd forklart ut fra demensdiagnosen. Utfordringen blir å følge med på om de tiltakene vi setter i gang er etter Aagots behov. Martinsen (2000) sier at det er viktig å skape god relasjon til Aagot som har demens, og det gjør vi gjennom å skape tillit. For å gjøre dette må vi anerkjenne og vise interesse for Aagot, sånn at hun får et liv tilnærmet det hun hadde hjemme før hun ble syk.

Edvardsson, Fetherstonhaugh og Nay (2009) skriver at vi bør være oppmerksomme på/lydhøre for behovene Aagot har. La henne få ta avgjørelser i forhold til hvilket tidspunkt hun ønsker å stå opp på, hva hun ønsker å spise og hva hun vil gjøre i løpet av dagen. På den måten vil aktiviteter og rutiner være meningsfulle for Aagot. Vi som studenter opplever at det ikke alltid blir tatt hensyn til dette på arbeidsplassen. Vi tror at grunnen kan være mangel på kunnskap, holdninger og tid. Samtidig foreslår forskningen av personalet bør sette seg ned med Aagot og pårørende for å ta en eventuell kaffekopp, i stedet for å sitte på vaktrommet. Vi mener det er et godt forslag, da vi har erfart at personer med demens kan bli roligere når vi har tid til å sitte sammen med dem. I tillegg er følelsen av at de har et valg viktig, det å kunne velg klær de ønsker å bruke den dagen (Edvardsson, Fetherstonhaugh og Nay, 2009).

Aagot sier innimellom at hun blir litt lei seg og deprimert over at hun ikke forstår alt som blir sagt og gjort, at hun rett og slett føler seg litt dum noen ganger. Dette er noe hun selv satte ord på i enkelte situasjoner. Kvaal (2010) sier at det er viktig å oppmuntre pasientene til å gjøre ting som de har en reell mulighet til å klare, og at det derfor er viktig å se etter deres ressurser og interesser i kartleggingen av nye pasienter. Da får de en mulighet til å gjøre noe de mestrer. Kvaal (2010) sier også at de pasientene som føler seg verdiløse blant annet har vanskeligheter med å opprettholde personlig hygiene, og at det å støtte pasientenes selvbilde er et av hovedpunktene i sykepleien. Vi fant ut at Aagot egentlig var ei dame som likte å holde seg velstelt, og brukte det i stellesituasjon. Vi snakket mye om klær, hår og hvor godt det var å føle seg vel. Det virket som hun likte det, og da vasket hun seg selv og hadde lyst til å pynte seg. Eide & Eide (2013) sier at det å vise interesse for pasientenes livshistorie kan være med å styrke deres selvoppfatning og håp for fremtiden. På den andre siden sier Eide & Eide (2013) at for enkelte pasienter kan livshistorien være en trist og vanskelig historie. Da blir det vår oppgave som sykepleiestudenter å lære Aagot sin historie å kjenne. Selv om Aagot kanskje ikke har noen begrep om fremtiden, mener vi det er viktig å gi henne en god opplevelse av nået, og at det er det som gjelder i forhold til henne. Eide & Eide (2013) sier at det er viktig for pasienter med demens at vi ser hele mennesket, og at det er med på å styrke deres selvfølelse. Martinsen (2003) sier at vi bør tilstrebe og gjøre en pleiesituasjon så enkel som mulig ved å bruke kjente ting og ord. Da kan vi blant annet bruke en såpe som Aagot kjenner igjen lukten av fra før sykdomsforløpet, og snakke om gamle minner i form av gode lukter.

Tillit kan skapes gjennom å bruke god tid sammen med Aagot og bruke et positivt språk/kroppsspråk. Utfordringen vi står ovenfor er tiden som er satt av. Ved at vi bruker for

mye tid på og sammen med Aagot, vil det gå på bekostning av de andre pasientene på avdelingen. Vi mener dette går i mot rettferdighetsprinsippet i forhold til at like tilfeller skal behandles likt, og hvordan ressursene blir fordelt på en rettferdig måte i forhold til andre pasienters behov for sykepleie. Dette kan også være med på å skape dårlig samvittighet og følelse av utilstrekkelighet hos oss som sykepleiestudenter (Brinchmann, 2012). Samtidig så vet vi at mennesker er forskjellige individer som trenger individuell tilnærming, og har sine egne spesielle behov. På den andre siden vil det alltid være noen som trenger mer veiledning og oppfølging enn andre. Selv om du i utgangspunktet ikke ønsker å gjøre store forskjeller mellom de som bor i avdelingen, så gjør du det automatisk.

Når det gjelder å skape gode relasjoner til Aagot er det viktig at vi som sykepleierstudenter har innsikt i hvordan og hvorfor vi selv reagerer slik vi gjør, og at vi er villige til å forstå hva Aagot mener ut fra hennes ytringer og atferd. Vi må ha et positivt syn på Aagot, være fleksible, tålmodige, varme og empatiske, samtidig som vi skal være realistiske og ha god kunnskap. Når vi har kunnskap om hvilke konsekvenser demens har i forhold til Aagots evner å kommunisere på, og innsikt i Aagots vaner og livshistorie, blir det enklere å forstå hva slags støtte hun trenger og hvilke behov hun har (Munch, 2009).

Sykepleieren skal ivareta og være talsmann for pasienter som har demens, særlig de som skaper uro i avdelingen for å ivareta rettighetene til pasientene. Settes det i gang tiltak er det lurt slik vi har forstått det, å ha det over en periode for å vurdere effekten/ betydningen for pasienten. Dette ser vi kan være med på å bygge opp Aagots tillitt til oss sykepleiere over tid.

5.3 Sykepleierens funksjoner i forhold til kommunikasjon

Mennesket har et behov for å bli møtt som den de er, dette gjelder også Aagot som har demens. Vi har et ønske om å bli sett, hørt og forstått, og vi som sykepleierstudenter må kunne kommunisere med mennesker i alle livssituasjoner. Vi har erfart at vi må kunne forklare, trøste og forstå og kunne motta og gi informasjon.

Berentsen (2010) sier at kommunikasjon er mer enn språk. Det er også blant annet stemmebruk, kroppsspråk og mimikk. Disse tre tingene kan være lettere for Aagot å forstå enn selve språket. Heap (2012) sier at derfor blir det ekstra viktig at sammenhengen mellom det vi sier og gjør står i samsvar med hverandre. Som sykepleiestudenter synes vi det innimellom kunne virke som at det ikke ble lagt stor nok vekt på at Aagot skulle forstå det som ble formidlet. Vi har erfart selv at det kan være lettere å kommunisere med Aagot da vi

snakker sakte, tydelig, er tålmodige og bruker hennes livshistorie som grunnlag for den gode pleien. Pårørende kan være en stor ressurs for oss da de kjenner Aagots fortid, og kan komme med relevant informasjon slik at vi kan forstå henne bedre. Ved hjelp av pårørende kan vi få ett familiealbum med bilder av personer og hendelser fra Aagots fortid. Ved og blad i dette albumet sammen hjelper vi Aagot til å føle at hun fortsatt deltar i livet, og vi kan oppfordre henne til å prate om personer hun kjenner igjen på familiebildene. I tillegg finnes det flere typer skjemaer som kan deles ut til de som kjenner Aagot best. På den måten kan personalet kartlegge hvordan Aagot er som person, og hva som har betydd noe for henne opp i gjennom årene.

Som vi har lært er de tre kommunikasjonsformene realitetsorientering, validering og reminisens som blir beskrevet av Wogn-Henriksen (2009) viktige i kommunikasjon med Aagot. Det er ingen fasit på når vi skal bruke de forskjellige kommunikasjonsformene, da det avhenger av situasjonen.

Med realitetsorientering er hensikten at Aagot skal bli fortalt sannheten i enhver situasjon. Wogn-Henriksen (2009) sier at mange pasienter virker glade for å bli fortalt hvor og hvorfor de er der de er. Vi har erfart at Aagot responderer helt greit på realitetsorientering i enkelte situasjoner, mens det i andre situasjoner virker som hun blir mer forvirret og lei seg. Som sykepleierstudenter har vi i praksis realitetsorientert Aagot på hvor hun bor og oppholder seg akkurat nå. Dette kan virke beroligende på Aagot, men når hun blir konfrontert med at hun ikke skal hjem igjen opplever vi henne som forvirret og lei seg.

Når det gjelder valideringsmetoden sier Wogn-Henriksen (2009) at det er viktigere å møte pasientene, i dette tilfellet Aagot, på det hun er opptatt av i stedet for å korrigere henne på alt. Her skal vi ikke være så opptatt av sannheten hele tiden, men fokusere på Aagot sin opplevelse av situasjonen og hennes emosjonelle uttrykk. Som sykepleiestudenter har vi erfart at de forskjellige kommunikasjonsmåtene blir brukt forskjellig av pleierne i forhold til Aagot. Vi tenker at større kunnskap rundt temaet kan få oss til å handle likt og profesjonelt i samhandling med henne. Hvis vi møter henne med verdsettende holdninger som empati, ivaretagelse og gir henne respons på sine følelser, kan det i en del situasjoner hende at Aagot har vandret mindre og blitt mindre urolig. I tillegg har vi sett en mer harmonisk Aagot som har hatt et bedre samspill med andre.

Vi ser også at Aagot i visse situasjoner virker glad når vi snakker om ting som har skjedd tidligere i livet hennes. Når hun går og roper etter mamma virker det ofte beroligende for henne at vi setter oss rolig ned og snakker litt om mamma og hva hun har betydd for Aagot. Dette forutsetter i følge Wogn-Henriksen (2009) at vi som sykepleiere har evnen til å lytte, og at vi ikke dømmer pasienten på noen måte. Vi kan også se at ikke alle minner virker like positivt på henne, så det gjelder å være sensitiv slik at vi prøver å holde oss til de positive og gode minnene.

Når vi om morgenen går inn til Aagot og trekker fra gardinene realitetsorienterer vi henne for hvilken dag det er, hvor mange klokken er og hvordan været er ute. I løpet av samtalen spør hun etter sin mor, noe hun gjør ofte i løpet av en dag. Å realitetsorientere henne i den situasjonen fremkaller en ny sorgreaksjon hver gang (Wogn-Henriksen, 2009). Vi tenker det vil være bedre for Aagot å fremkalle gode minner om sin mor, og bruker derfor kommunikasjonsmetoden reminisens og prater om fortiden som om det var nåtid. På den måten opprettholder vi Aagots gode minner. I samme situasjon kan også validering brukes. Da lytter vi til hennes emosjonelle uttrykk og fokuserer ikke så mye på fakta.

I følge Eide & Eide (2013) hviler det et ekstra relasjonsetisk ansvar i forhold til vår kommunikasjon med pasienter som har svekkede kognitive evner. I kommunikasjon med eldre som lider av kognitiv svikt er det viktig å ta utgangspunkt i pasientenes oppmerksomhetsfokus og å bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter. I vår relasjon til Aagot blir det viktig å sette jeg – du forholdet i sentrum, være opptatt av at hun skal bli behandlet menneskelig i alle situasjonene hun er i, ikke som en ting. Vi må informere henne i for eksempel still situasjoner hva vi gjør så hun har muligheten til å være med på det som skjer.

Når vi kommuniserer med Aagot er det viktig at budskapet blir forstått av begge parter, spesielt innen demensomsorgen. Gjennom praksisperioder og jobb sammenheng har vi opplevd situasjoner som har oppstått som følger av språkvansker. Dette på grunn av utbredt bruk av utenlandsk arbeidskraft i eldreomsorgen. Vi har forstått det som at vi står ovenfor en utfordring når det kommer til arbeidskraft i det norske helsevesenet. Utenlandsk arbeidskraft blir derfor nødvendig.

5.4 Ethiske begreper og prinsipper

Som sykepleiestudenter har vi opplevd etiske utfordringer i forhold til Aagot i alt fra ting som omhandler dagliglivets små faglig – moralske problemer til mer alvorlige situasjoner. Aagot oppleves som urolig til tider. Matsituasjonen kan for eksempel gi henne mange inntrykk, som er med på å gjøre henne urolig. Måten det blir løst på er å skjerme henne på rommet, sånn at hun får ro til å konsentrere seg om matinntaket. Det positive med å løse problemet på denne måten er at Aagot blir roligere og får i seg det hun trenger, mens på den andre siden virker det litt ensomt for henne når hun blir sittende alene. En annen mulighet kan være å ha en bevissthet på at Aagot kan møte de samme personene, rundt samme bord opptil flere ganger om dagen. På den måten kan hun kjenne igjen omgivelsene og situasjonen, som igjen kan bidra til ro og trygghet.

Brinchmann (2012) sier at etikk handler om å ha gode holdninger og verdier som å se pasientene, kunne lytte, ha respekt og være vare overfor deres følelser. I forskningen til Rognstad & Nåden (2011) ble 12 personer som var ansatt på et sykehjem intervjuet i forhold til opplevelse av maktesløshet, mislykkethet og redsel. Balansen mellom makt og autonomi, samt spesiell kompetanse for mestring av utagerende atferd. Konklusjonen fremhevet frykt og engstelse hos ansatte, og uttrykte et behov for etisk refleksjon og trening i å håndtere aggresjon hos pasienter med Alzheimer.

Vi har i praksis sett at gode holdninger og verdier er viktig å ta med seg, og at samarbeidet fungerte lettere da vi hadde dette utgangspunktet. Martinsen (2003) mener at for å kunne gi omsorg som konkret handling kreves det begrunnelse som bygger på vår faglige og etiske vurdering av situasjonen.

Som sykepleiere må vi stille oss spørsmålet om hva som er våre plikter i alle etisk vanskelige situasjoner. Pliktene må veies opp i mot hverandre, og opp i mot konsekvenser og dyder. Spørsmålet blir da ikke bare om hvilke plikter vi har, men i tillegg hvem pliktene er overfor, og hvilke plikter som vi skal legge mest vekt på (Eide & Eide, 2013).

Da vi mennesker er forskjellige kan de forskjellige pliktene komme i konflikt med hverandre, og det kan bli vanskelig for oss å vite hvilken plikt vi skal rangere først. Det å være etisk bevisst er viktig for å kunne kommunisere godt og yte god omsorg for Aagot. I denne sammenhengen menes det å være etisk bevisst med det å ha evnen til å forstå hvordan man som sykepleierstudenter bør forholde seg til en situasjon og klare å skjønne hva som moralsk

sett står på spill. Vi har også i lys av nærhetsetikken et moralsk ansvar for å opptre hensynsfullt overfor Aagot. Vi forventer av oss selv at vi setter egne behov til side for å hjelpe andre, i denne situasjonen Aagot.

I en etisk vurdering er det alltid viktig å vurdere nytte av eventuelle handlinger og mulige konsekvenser. Begrunnelsen for dette er at gode eller dårlige handlinger fører til gode eller dårlige konsekvenser (Sneltvedt, 2012). Når vi som sykepleierstudenter møter Aagot med åpne, lyttende og omsorgsfulle holdninger er det både godt og moralsk riktig, og vi tror at konsekvensene blir bedre enn om vi gjør det motsatte. I forskningen til Jakobsen og Sørli (2010) belyser de etiske situasjonene som oppleves som vanskelig av helsepersonell på sykehjem. Helsepersonell opplever etiske utfordringer daglig, og idealet, autonomi og verdighet var en daglig utfordring. De opplevde at jobbkulturen ikke støttet dem, og at de ikke ble hørt i situasjoner der de var uenige i de grunnleggende verdiene som var på arbeidsplassen.

Når vi skal samarbeide med Aagot er det viktig at vi vurderer mulige konsekvenser eller nytte av de handlingene og holdningene vi utfører og har. Dette fordi vi er nødt til å spørre oss selv om konsekvensene av handlingene og holdningene vi gjør, og er hjelpende og omsorgsfulle. Martinsen (2003) mener at forutsetningen for å kunne handle omsorgsfullt bunn i forståelsen for Aagots situasjon. Når vi som sykepleierstudenter kommuniserer er det viktig at vi vet at hun ikke klarer å lære seg nye ting. Det virker som Aagot bevarer sitt langtidsminne lengst, og det blir derfor viktig for oss å fokusere på nettopp det.

Vi lever i et samfunn hvor vi opplever at ting skal utføres raskt, og på den måten kan viktige detaljer bli glemt. Derfor kan dydsetikken bli viktig, da den fokuserer på pleie og omsorg. Det kan for Aagot bety at det blir lagt større vekt på personsentrert omsorg.

Vi har som sykepleierstudenter erfart at det ikke bestandig er like lett å vite om vi skal la Aagot få bestemme hva som er til hennes beste, eller om vi skal avgjøre dette. Det oppleves spesielt vanskelig da hun lider av Alzheimer sykdom som har gjort at hun har mistet en del av sin kognitive funksjon og dermed dømmekraft. Slettebø (2009) sier også at dette kan utløse etisk vanskelige situasjoner i utøvelsen av sykepleie. I følge Slettebø (2009) er det innad i etiske miljøer delte meninger om de fire prinsippers etikk, men de har fått ganske stor utbredelse i medisinske miljøer. Dette synes vi er bra da vi mener og har erfart at de er med på å skape refleksjon rundt temaet, og kan være en god rettesnor i vårt arbeide med Aagot.

Martinsen (2003) snakker om omsorgens moralske dimensjon, og at den er knyttet til at mellommenneskelige forhold er preget av makt og avhengighet. Martinsen (2003) sier videre at moral er viktig for hvordan fordelingen av makt og avhengighet blir i forholdet mellom mennesker. Vi tenker at etikk og moral henger nøye sammen og har et bevisst forhold til dette når vi er sammen med Aagot.

Vi mener at autonomiprinsippet i utgangspunktet er et prinsipp som er viktig å være bevisst på som sykepleiestudenter. Selv om Aagot lider av Alzheimer kan vi ikke ta fra henne hennes autonomi. Slettebø (2009) sier at vi ikke kan frarøve noen sin autonomi, selv om vi har muligheter til både å gi og begrense mulighetene til å utøve en autonom vilje, og at autonomi handler om retten til medbestemmelse. Martinsen (2003) sier at det er viktig at sykepleiere ser helheten i forhold til pasientene, og at det er pasientenes tilstand og situasjon som avgjør hvordan omsorgen bør utføres. Når vi setter dette i sammenheng med Aagot sin situasjon tolker vi det dit hen at vi bør lære henne å kjenne, slik at vi kan være i stand til vurdere hva hun ønsker og ikke ønsker. Slettebø (2009) sier at det å ha respekt for medbestemmelsen selv om denne både kan gis og begrenses er en begrenset forståelse av autonomi, men at det å respektere pasientenes ønsker og behov bør vektlegges når det skal fattes sykepleiefaglige avgjørelser. Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre at Aagot får god helsehjelp. Da Aagot lider av demens bør samtykkekompetansen vurderes ut i fra situasjon, da det til tider kan stilles spørsmål om hun er samtykkekompetent.

Som sykepleierstudenter har vi opplevd at Aagot i enkelte situasjoner ikke har ønsket å gjøre det som vi mener er best for henne. Dette har vært spesielt i stellesituasjoner. For det meste har det gått bra, men enkelte ganger da hun selv mente at hun hadde stelt seg og vi visste at det ikke stemte kunne det bli en utfordring å få hjulpet henne. Vi kunne jo ikke tvinge henne, men prøvde å få det til med kommunikasjon. De dagene hun ikke lot oss få hjelpe seg valgte vi å legge vekt på det som var aller viktigst, som for eksempel å skifte bleie og vaske henne nedentil. I forskningen til Rokstad & Vatne (2011) står det at vi bør se Aagot bak demenssykdommen, at vi har mindre fokus på selve sykdommen og dens atferds karakteristikk. På den måten vil vi som sykepleiere gå fra et ensidig fokus på Aagots svikt, til å vektlegge Aagots muligheter. Selv om hun kanskje ikke er i stand til å klare alt ved stellet, er det viktig å la henne utføre det hun fortsatt mestrer. Omsorgspraksisen blir kartlagt, og vi reflekter over eget handlingsmønster i stellesituasjonen med Aagot.

Slettebø (2009) sier at velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet ofte blir omtalt under ett da de begge fokuserer på å gjøre vel for pasientene. Selv om autonomiprinsippet har blitt et anerkjent prinsipp, er det dessverre ikke så enkelt og bare si at pasientene selv skal bestemme. Slettebø (2009) sier at ikke alle pasientene er kompetente til det. Aagot er slik vi kan se det ikke kompetent til å bestemme alt. Da ville hun høyst sannsynlig blitt veldig sår nedentil i mangel av stell, og hun ville fått enda større problemer med å få i seg mat. Men selv om vi enkelte ganger må ”hjelp” Aagot med å ta avgjørelser, tolker vi det i lys av velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet at vi gjennom det vi gjør skal gjøre alt så bra som mulig for henne, og på ingen måte skade henne. Martinsen (1993) sier at vi skal handle til pasientenes beste, også de vi kanskje ikke føler noe spesielt godt overfor. Vi tenker at vi som sykepleiestudenter også har et ansvar i forhold til å formidle kunnskap til de andre som jobber med Aagot, slik at de kan få mulighet til å kommunisere lettere med henne.

6 Konklusjon

I omsorgsykker, som i andre av livets sammenhenger, går det et hårfint skille mellom det å ta ansvar for og ta ansvar fra en person. Profesjonelle hjelpere står i et spenningsforhold mellom underkastelse og faglig autoritet, mellom selvoppofrelse og makt. Som hjelper søker man å ta innover seg den etiske fordring og leve opp til det etiske prinsippet om å ta ansvar og yte hjelp til dem som trenger det. Samtidig må vi som pleiere passe på og ikke utøve mer makt enn nødvendig, slik at vi ikke krenker pasientens selvbestemmelse og integritet.

Vi har som sykepleiestudenter og arbeidstakere erfart at arbeidsdagene på et sykehjem kan være hektiske, i tillegg har vi sett at arbeidsoppgavene må vurderes ut i fra kompetanse. Vi har skjønnt at ansvarsområdet til sykepleierne er stort og at de må forholde seg til flere interessenter. Det kan være kollegaer, arbeidsgivere, pasienter og pårørende. Uansett står man ansvarlig for det som utføres (Norsk Sykepleierforbund (NSF), 2011). Omsorg er grunnleggende og blir sett på som sykepleierens fundament (Martinsen, 2003). Personsentrert omsorg til pasienter med demens går ut på å bekrefte og se hele mennesket. Da tar vi vare på deres verdighet og integritet. Omsorgen må tilpasses den enkeltes behov, da dette varierer fra pasient til pasient. Det kan ofte føre til utfordringer for sykepleierne. Pasienter med demens er ekstra sårbare da de har redusert hukommelse, har mistet sine evner til å resonere, vurdere, reflektere og tenke konsekvenser. Utfordringen blir å skape gode relasjoner gjennom å opparbeide seg tillitt (Martinsen, 2000). Dette gjør vi ved å anerkjenne og vise interesse for pasientene. Det å bruke deres livshistorier kan styrke deres selvoppfattelse (Eide & Eide, 2013). Dette er god kunnskap som vi bør dele med våre kollegaer, slik at vi sammen kan yte god personsentrert omsorg til pasienter med demens.

7 Litteraturliste

Brinchmann B. S. (Red.) (2012) *Etikk I sykepleien*. Kapittel 1, 3, 4, 7 & 8 (3. Utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Dallan, O.(2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R. (2009). *Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff*. Hentet mars 26, 2014 fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20586833>

Eide H. & Eide T. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*, Kapittel 1, 2, 4 & 15 (2. Utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Ekeland, T- J. & Heggen, K. (2008). *Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk*. Kapittel 7.(1. Utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

* Folkehelseinstituttet. (2008). *Demens- faktaark*. Hentet april 28, 2014 fra:

<http://www.fhi.no/tema/eldres-helse/demens>

*Forskrift om en verdig eldreomsorg. (2011, juni 24). LOV- 2011-06-24-30. Hentet mai 19,2014 fra: [http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=forskrift+om+en+verdig+eldreomsorg)

[1426?q=forskrift+om+en+verdig+eldreomsorg](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=forskrift+om+en+verdig+eldreomsorg)

*Garden, M-H.(2012). *Kampen for pasientens beste- sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens*. Hentet mars 26, 2014 fra:

<https://teora.hit.no/handle/2282/1287>

Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen- kommunikasjon-minner-kriser- sorg*. Kapittel 3 & 4. (4. Utgave) Oslo: Kommuneforlaget AS

*Helsepersonelloven. (1999, juli 2). LOV-1999-07-02-64. Hentet april 15, 2014 fra lovdata:

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

* Hjort, P. F. & Waaler, H. (2010, mars 25). *Demens frem mot 2050*. Hentet april 13, 2014 fra Tidsskriftet for den norske legeforening: <http://tidsskriftet.no/article/1993496>

*Jakobsen, R. & Sørli, V.(2010). *Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers*. Hentet mars 26, 2014 fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20444771>

Kirkevold M., Brodtkorb K. & Ranhoff A.H. (Red.) (2010) *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Kapittel 9, 13, 28 & 29* (1.utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

* Kirkevold, M. (2008) *Sykepleieteorier – Analyse og evaluering. Kapittel 9* (2. Utgave) Gyldendal Norsk forlag.

* Martinsen, K. (2012) *Løgskrup og sykepleien*. (s. 109- 139) Oslo: Akribe AS.

* Martinsen, K.(2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Kapittel 1 & 2. (2. Utgave) Oslo: Universitetsforlaget

* Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. (side 10-15). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Norsk Sykepleierforbund (NSF).(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

*Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, juli 2). LOV-1999-07-02-63. Hentet april 15, 2014 fra lovdata: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

*Rognstad, M.-K. & Nåden, D.(2011) *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen- Pleiers perspektiv*. Hentet mars 26, 2014 fra: <http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art06?mostRead=true>

* Rokstad A.M. & Smedbye K.L. (Red.) (2009) *Personer med demens – Møte og samhandling*. Kapittel 1, 4, 5 & 14 (1. Utgave) Oslo: Akribe Forlag

*Rokstad, A. A. M. & Vatne, S.(2011). *Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling*. Hentet mai 16, 2014 fra Sykepleien.no: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/630220/dementia-care-mapping-en-mulighet-for-refleksjon-og-utvikling>

Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og etikk*. Kapittel 3 & 4 (5. utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Vergemålportalen. (2010). *Hva er samtykkekompetanse og hvilken betydning har det i forhold til vergemål?* Hentet april 15, 2014 fra: <http://www.vergemal.no/Voksne/Hva-er-samtykkekompetanse-og-hvilken-betydning-har-det-i-forhold-til-vergemal/>

Ørn S, Mjell J., & Bach-Gansmo E. (red.) (2012) *Sykdom og behandling*. Kapittel. 14 (1. Utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

7 Vedlegg

7.1 Pico skjema

P (hvem): Alzheimer or demens or Alzheimer or dementia

I (tiltak): personsentrert omsorg or person-centred care

C (alternative tiltak):

O (resultat):

7.2 Søkehistorikk

Vi fikk utlevert noen forskningsartikler før vi startet å skrive bacheloren. Vi valgt i tillegg å søke opp forskning på egenhånd. Ved hjelp av Pico skjemaet satt vi opp noen søkeord. Vi valgte å søke på disse i helsefaglige databaser. Valget falt til slutt på sykepleien.no. Med søkeordene personsentrert omsorg fikk vi opp åtte treff. Forskningsartikkelen til Rokstad & Vatne (2011) inneholdt relevant informasjon til bacheloren vår.