



Høgskolen i **Hedmark**

Maria Leidal Stegarud og Mona Kristine Sørlandsengen

Tvang i demensomsorgen

(Coercion in dementia care)

Bacheloroppgave i sykepleie

2012

Eksamenskode: 4AVS304

Navn på veileder: Marit Berg

Antall ord: 11085

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv
Brage:

JA

NEI

Ett er nødvendig

*Ett er nødvendig- her
i denne vår vanskelige verden
av husville og heimløse:*

*Å ta bolig i seg selv
Gå inn i mørket
og pusse sotet av lampen*

*Slik at mennesker på veilene
kan skimte lys
i dine bebodde øyne*

Hans Børli (1995)

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.1.1 Begrunnelse for sykepleieperspektiv	7
1.2 Problemstilling.....	8
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	8
1.4 Pasientsituasjon.....	9
1.5 Oppgavens hensikt	9
1.6 Oppgavens oppbygning.....	10
1.7 Begrepsavklaring	11
1.7.1 Miljøbehandling.....	11
1.7.2 Tvang	11
1.7.3 Pasient	11
1.7.4 Alzheimer sykdom	12
1.7.5 Stellsituasjon	12
1.7.6 Vedtak.....	12
1.8 Anonymisering.....	12
2. METODE.....	13
2.1 Beskrivelse av metode.....	13
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	13
2.2.1 Artikkelvalg.....	15
2.3 Kildekritikk.....	17
3. REDGJØRELSE AV SENTRALE BEGREPER.....	19
3.1 Alzheimers sykdom.....	19
3.1.1 Alzheimer sykdom og personlig hygiene.....	20
3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven 4A	21
3.3 Samtykkekompetanse	21
3.4 Dersom pasienten motsetter seg helsehjelp.....	22
3.5 De fire prinsippers etikk	22
3.5.1 Velgjørenhetsprinsippet.....	23
3.5.2 Autonomi – retten til å bli informert og til å velge selv	23
3.5.3 Konsekvensetikk	23
3.6 Miljøbehandling.....	24
3.6.1 Aktivisering	25

3.6.2	Bruk av musikk i behandlingen.....	25
3.6.3	Spabad	25
3.6.4	Reminisens - minnearbeid	26
3.6.5	Realitetsorientering.....	26
3.6.6	Validering.....	26
4.	TOLKING AV SYKEPLEIETEORI	27
4.1	Grunnlag for valg av sykepleieteoretiker	27
4.1.2	Kari Martinsen Omsorgsteori	27
4.1.2.1	Svak paternalisme	28
5	DRØFTING	29
5.1	Omsorg - Sett i lys av Kari Martinsens teori.....	29
5.2	Grenselandet mellom frihet og tvang	32
5.3	Sykepleierens holdninger.....	34
5.4	Bruk av miljøbehandling i stellsituasjon.....	35
5.4.1	Sykepleierens kjønnsbetydning og etikk	35
5.4.2	Miljøbehandling og personlig hygiene	37
5.4.3	Spabad- en form for reminisensarbeid	38
5.4.4	Musikkbehandling	38
5.4.5	Realitetsorientering.....	39
6.	KONKLUSJON	40
7.	LITTERATUR	42
*	BESKRIVELSE AV GRUPPEARBEIDET.....	45

1. INNLEDNING

Vi er to sykepleiestudenter som nå er inne i vårt siste studieår ved Høyskolen i Hedmark, og skal skrive en avsettende Bachelor oppgave. I denne avsluttende eksamen har vi valgt å skrive om tvang i demensomsorgen.

Når man skal gi godt stell og pleie til en pasient med Alzheimers sykdom, kan dette innebære ulike etiske dilemmaer og utfordringer som skal fremlyses videre i oppgaven. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemente hadde ett oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, om å gjennomføre to spørreundersøkelser i henholdsvis institusjoner og åpen omsorg blant demens i norske kommuner. Resultatet av denne undersøkelsen viste at 35,6 % av alle som ble omfattet av undersøkelsen var utsatt for tvangstiltak. Hos 1147 personer blir det brukt tvang på ved holdning av hender, føtter eller hode i forbindelse med stell (Nordmens, 2002). Pasienten i denne oppgaven lider av Alzheimers sykdom, og har ikke lenger evne og forståelse til å utføre nedentil stell på egen hånd. For sykepleiere kan dette bli et etisk dilemma når vi har plikt til å hjelpe pasienten med å opprettholde det grunnleggende behovet for personlig hygiene, uten å frata pasientens selvbestemmelsesrett, autonomi.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt temaet bruk tvang hos personer med demens for bacheloroppgaven, med tanke på de erfaringer vi har gjort oss i møte med mennesker i institusjon, mennesker som har diagnosen demens, og som med det har fått endring i sin livssituasjon og adferd.

Vi har begge mye erfaring rundt dette temaet i fra praksis, i tillegg har vi jobbet mye med denne pasientgruppen i arbeidssammenheng. Vi liker å jobbe med eldre mennesker, og er spesielt opptatt av sykepleie til pasienter som er rammet av en demens sykdom. Det er et meningsfylt arbeid som er preget av mange utfordringer hos helsepersonell, i det daglige arbeidet med den demente pasienten. Det er viktig å bygge en god relasjon, samhandling og kommunikasjon i møte med pasienter, forebyggelse og begrensninger av etiske dilemmaer.

1. Januar 2009 trådte ett nytt kapittel i pasient- og brukerrettighetsloven i kraft. Dette kapitlet skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg nødvendig somatisk helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012). Ut i fra denne oppgaven ønsker vi å komme frem til et svar og belyse de ulike tiltakene som brukes for å redusere tvang av utagerende pasienter med Alzheimers sykdom. Vi ønsker å ivareta våre fremtidige pasienter på en verdig og respektfull måte, og vil ut i fra denne oppgaven gi svar på om det er mulig å redusere bruken av tvang til personer med demens sykdom som motsetter seg helsehjelp.

1.1.1 Begrunnelse for sykepleieperspektiv

Alle sykepleiere vil før eller siden stå ovenfor bruk av tvang i demensomsorgen. Ved hjelp av Kari Martinsens omsorgsteori skal vi kunne sette oss inn i og forstå den sykes situasjon, for så å bidra til helhetlig omsorg (Martinsen, 2003).

I følge Martinsen er det tre dimensjoner med omsorgsbegrepet som er viktig for sykepleieren; den moralske, den relasjonelle og den praktiske dimensjon.

- Moral er måten sykepleieren er til stede i sitt arbeid, og hvordan hun viser omsorgen i sine sykepleiehandlinger. Hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeid. I forhold til omsorg er den moralske siden overordnet. Enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter, ved at sykepleieren står overfor den moralske utfordring om å handle godt og riktig, det vil si til beste for pasienten. (Martinsen, 2003).

- Martinsen beskriver hvor viktig relasjoner mellom mennesker er med å vise til prinsippet om ansvaret for den svake. Yrkesmessig omsorg er i følge Martinsen bestående av en relasjon mellom minst to personer, hvor utøveren er forpliktet til å yte den hjelpen den andre trenger, ut i fra situasjonen. Omsorg innebærer at vi har evne til å være tilstede i situasjonen med pasienten og møte vedkommende med tillit og åpenhet. Martinsen sier at det å kunne forstå andre og kunne sette seg inn i andres situasjon ut i fra egen erfaring er viktige aspekter (Martinsen, 2003).

- Martinsen sier under den praktiske dimensjonen at en pleiesituasjon bør tilrettelegges å gjøre så enkel som mulig, man bør ikke bruke unødvendig mange fremmede ord og gjenstander. Hun påpeker at det er viktig å bruke enkle redskap som pasienten kjenner fra dagliglivet, og at det fremmede pasienten ser og hører rundt seg bør formidles til pasienten i hans dagligspråk, er viktig. Situasjonen blir da mer trygg for pasienten, og pasienten kan få en opplevelse av mestring og livskvalitet (Martinsen, 2003).

1.2 Problemstilling

Kan sykepleiere ved hjelp av miljøbehandling redusere bruk av tvang i stellsituasjon, hos pasienter med Alzheimers sykdom?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Ut i fra tema, problemstilling og pasientcase ønsker vi å avgrense tvang i demensomsorgen i denne oppgaven til å omhandle begrepet miljøbehandling.

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsteori hvor hun mener at målet er at pasienten skal få det så godt som mulig i situasjonen, og at selve omsorgen er målet. Omsorgen viser seg gjennom praktisk handling og må bygge på en bevisst holdningsmessig begrunnelse.

Vår oppgave som sykepleier ligger ikke bare i å behandle og å gi god omsorg og god pleie, men det ligger mye etikk til grunn i alle våre arbeidsoppgaver.

Demens omfavner en stor pasientgruppe, og vi har derfor valgt å avgrense oppgaven til pasienter med Alzheimer sykdom. Vi går inn på utfordringene som ofte oppstår i forbindelse med stell ved Alzheimers sykdom, og tiltakene under miljøbehandling vi mener er relevant i forhold til pasientsituasjon. Siden miljøbehandling er et stort område velger vi å avgrense det ned til det vi mener er mest relevant og nyttig for vår pasientsituasjon, og besvarelse av problemstillingen. Vi kunne også tatt for oss å skrevet generelt om kommunikasjon som ett underpunkt i miljøbehandlingen, men vi velger å bruke kommunikasjonsmetodene reminisens, validering og realitetsorientering for å lettere hjelpe pasienten til å bevare vesentlige holdepunkter, gi trygghet, fremme mestring og livskvalitet.

Av erfaring ser vi at utagerende pasienter med Alzheimers sykdom har god nytte av miljøbehandling i institusjon. Dette krever kompetanse, omsorg og kunnskap og kan oppleves svært tøft og krever mer av oss som sykepleiere. Med dette har vi valgt å fokusere på Kari Martinsens omsorgsteori hvor hun mener at omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i det praktiske dagliglivet.

Med dette ønsker vi å rette fokuset mot pasientens beste, og for å forebygge og begrense problemadferden som forekommer under stellsituasjonen. Vi betrakter dette tema som et etisk dilemma og en utfordring for sykepleieres hverdag, da det er en konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleierens profesjonelle plikt til å yte hjelp. For å belyse utfordringene som oppstår ved Alzheimers sykdom velger vi å gå nærmere inn på pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere for å trekke inn hva regelverket i forhold til de etiske utfordringene rundt pasientens stellsituasjon, og hvordan denne kunnskapen kan bidra til å redusere tvang i demensomsorgen.

1.4 Pasientsituasjon

Kåre Larsen er en mann i midten av 60-årene som har utviklet Alzheimers sykdom de siste åtte årene. Han har inntil for tre måneder siden bodd i en enebolig sammen med sin kone, har tre barn som alltid har stått han nært. Kåre Larsen har tidligere arbeidet som tømmerhugger, og har vært glad i musikk. Familien har i det siste tatt noe avstand fra Kåre, de opplever situasjonen som vanskelig da han også har vært noe utagerende ovenfor dem den siste tiden. Kåre har mange ressurser og et stort funksjonsnivå. Han fikk plass ved en forsterket enhet, for personer med demens, for en måned siden. Personalet på avdelingen opplever situasjonen rundt stell som utfordrende, da pasienten ikke er i stand til å ivareta sin egen personlige hygiene og trenger hjelp til stell nedentil, da han begynner å bli sår. Kåre er svært utagerende og sint i stellsituasjon. Det er blitt gjort en vurdering som tilsier at Kåre ikke lenger er samtykkekompetent, og derfor har det blitt innvilget et vedtak på bruk av tvang ved stellsituasjon nedentil.

1.5 Oppgavens hensikt

Bacheloroppgaven er en avsluttende oppgave utarbeidet over et valgt tema.

Tvang i demensomsorgen er en utfordring sykepleieren ofte står ovenfor, ivaretagelsen av autonomi og paternalisme hos pasienten og tvang som blir utøvd der det ofte ikke er nødvendig. Formålet med denne oppgaven er at en skal få en dypere forståelse av begrepet miljøbehandling, og hvordan dette kan bidra til å redusere bruken av tvang i demensomsorgen. Vi ønsker også å få frem hva slags betydning dette har for denne pasientgruppen, samt oss som sykepleiere.

1.6 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis har vi presentert bakgrunn for valg av tema og problemstilling, samt en begrunnelse for valg av teoretisk forankring og oppgavens hensikt.

I kapittel 2 beskrives vår metode hvor vi presenterer fremgangsmåten vi benytter oss av for å svare på vår problemstilling, og hvordan vi har gått frem for å løse oppgaven. Vi beskriver også vår fremgangsmåte for litteratursøk og begrunnelse for valgt artikler og litteratur, hvor vi avslutter kapitelet med en kritisk vurdering av dette.

I kapittel 3 gjør vi rede for sentrale elementer som vi mener er viktige for å få en forståelse av oppgaven og bør ligge til grunn for å besvare vår problemstilling.

I kapittel 4 presenterer vi tolkning av valgt sykepleieteoretiker og dens syns på omsorg, vi legger også vekt på et sentralt begrep vi benytter oss av underveis.

I kapittel 5 skjer hoventyngden av drøftingen, hvor vi drøfter for og imot av de sentrale begrepene vi mener er viktige.

Avslutningsvis i kapittel 6 følger en konklusjon hvor vi samler trådene. Vi oppsummerer svarene vi har fått gjennom arbeidet med denne oppgaven.

1.7 Begrepsavklaring

Her ønsker vi å komme med noen viktige begrepsavklaringer, i forhold til vår problemstilling. Dette fordi vi ser det som viktig å vite hva de forskjellige momentene er, for å kunne svare på problemstillingen vår.

1.7.1 Miljøbehandling

Miljøbehandling er en systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøet i forhold til brukerens situasjon og behov. Målet er å forebygge negative følger av sykdommen, og bidra til en bedre hverdag for pasientene. Det er viktig å tilby trygge og oversiktlige omgivelser, å bygge på tidligere erfaringer og interesser og unngå stimulering som virker forvirrende og uforståelig (Engedal, Haugen & Brækhus, 2009).

1.7.2 Tvang

Tvang er redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holdning ved undersøkelse og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, hjelpemidler og tilsetning av medisiner i mat og drikke. Bruk av press eller tvang for å gjennomføre daglig omsorg i forbindelse med stell, av- og påkledning – som utøves daglig eller av og til (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008).

1.7.3 Pasient

Pasienter finnes ikke i virkeligheten, men det er enkelt mennesker som trenger omsorg, hjelp og tjenester fra andre mennesker som kan utøve den helsehjelpen de trenger. De er tenkende, intelligente vesen, som har fornuft og reaksjon og kan betrakte seg selv som seg selv. Selv om pasienten har sterke og svake sider som andre mennesker, er den ikke noe annerledes enn andre (Slettebø, 2009).

1.7.4 Alzheimer sykdom

Alzheimers sykdom er 1 av 5 typer for demens. Alzheimers sykdom fører til at nerveceller i hjernen skades av proteinavleiringer kalt "plakk". Forandringene i hjernen består av døde hjerneceller, og klumper av protein i hjernevev og blodårer (Kirkevold, 2008).

1.7.5 Stellsituasjon

En stellsituasjon skal i hovedsak hjelpe pasienten i å ivareta sin personlige hygiene på en forsvarlig måte. Sykepleieren må ha kunnskap om, og innsikt i, den enkeltes situasjon og være sensitivt tilstede i stellsituasjonen. Sykepleieren må tilpasse den enkeltes mestringsnivå og både de kroppslige og mellommenneskelige dimensjonene ved stedet må vise oppmerksomhet og ivaretas (Kirkevold, 2008)

1.7.6 Vedtak

Vi viser her til Forvaltningsloven (2010)

«vedtak, en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter)».

1. 8 Anonymisering

Vi har i denne oppgaven ikke valgt å skrive om en bestemt pasient eller pasientsituasjon, siden vi som sykepleiere har taushetsplikt, noe som er viktig at vi opprettholder. Vi har sett denne situasjonen hos mange ulike pasienter og har ut i fra dette laget oss en pasientcase.

2. METODE

I dette kapitlet vil vi presentere fremgangsmåten vi benytter oss av for å svare på problemstillingen. Som rammeverk for oppgaven har vi valgt Dalland (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*.

2.1 Beskrivelse av metode

Dalland beskriver at en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Det er vårt redskap i møte med noe vi ønsker å undersøke (Dalland, 2007).

Denne oppgaven baseres på en litteraturstudie. Det er en metode vi syntes er best egnet til å finne frem systematisert, kvalitetssikret og forskningsbasert kunnskap som er relevant for vårt tema og problemstilling. Alt etter valg av metode, vil vi kunne undersøke ulike sider ved et fenomen. Her skiller en gjerne mellom kvantitativt orienterte metoder og kvalitativt orienterte metoder. Vi har også valgt å bruke en case som metode for å forstå, reflektere, drøfte og for å knytte teori til praksis. Litteraturstudie bør fokusere på aktuell forskning innen et utpekt område. De kvantitative metodene har den fordel at de tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheter til å finne gjennomsnitt og presenter av mengden. De kvalitative metodene tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Mens både kvalitative og kvantitative metoder tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2007).

Tema for bacheloroppgaven har vi valgt å ta utgangspunkt i kunnskaper som finnes i faglitteratur, tidsskrifter, vitenskaps- og forskningsartikler, hvor vi har plukket ut det som er relevant i forhold til vår problemstilling og fordypet oss i dette. Dette består i å foreta en orientering, innsamling og kritisk vurdering av litteraturen som er relevant for vårt tema for oppgaven (Dalland, 2007).

2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

Litteraturen vi har valgt å bruke for oppgaven er i hovedsak pensumlitteratur og anbefalt litteratur fra forelesninger. I tillegg til pensumlitteraturen har vi valgt å benytte en del andre bøker, artikler og lover fra biblioteket, samt søkt i skolens databaser, for å finne selvvalgt litteratur. Fremgangsmåten for valg av artikler har vi brukt Kunnskapsbasert praksis - modellen. Bøkene vi har valgt å bruke utenom pensumlitteraturen har i valgt å se på utgivelsesdato og hvor relevante og aktuelle de er for temaet vi har valgt å fordype oss i.

Vi har valgt å søke fag- og forskningsartikler som omfatter valg av tema og vår problemstilling for oppgaven. For å komme fram til eksakte søkeord for artikkelsøket har vi valgt å bruke PICO- skjema som et hjelpemiddel som dermed ga oss struktur og klargjøring i spørsmålet for vårt litteratursøk.

Dette førte oss til følgende søkeord; *Demens, Miljøbehandling, tvang, etikk, pasient, sykepleier, omsorg, sykehjem, institusjon, adferd, Alzheimers sykdom og stellsituasjon*. Vi benyttet oss dermed av SveMed+ for å finne MeSH- termer for våre norske søkeord for at det skulle bli lettere å søke i de ulike databasene. Dette førte oss igjen til følgende søkeord; *Dementia, Milieu Therapy, coercion, ethics, patient, nurse, care, nurse-led, institution, behavior, alzheimer disease and care situation*.

Videre gikk vi inn helsebibliotekets databaser; SveMed+ MEDLINE, Ovid Nursing, Chinal og PubMed, samt nettsiden sykepleieforskning og tidsskrift for den norske legeförening hvor vi søkte med disse ordene i ulike kombinasjoner. Kombinasjonen "*Milieu Therapy and dementia, Coercion and dementia, tvang i sykehjem og frivillighet og tvang*" førte oss til flere av de valgte artiklene. Det var ikke alle databasene som fant artikler som var relevante og av interesse for oppgaven. Nettsidene og databasene hvor valgte forskningsartikler ble funnet og kritisk vurdert var;

- Databasen Medline- Ovid, hvor vi fikk opp 889 treff ut ifra søkeordet *milieu therapy and dementia*. Vi kortet søket inn til engelsk språklig artikler og artikler fra de siste fem årene, da gikk søketreffet ned til 9. Her endte vi opp med tre artikler som var av interesse for oppgaven.

- Databasen Ovid Nursing fikk vi opp to treff ut ifra søkeordet *coercion and dementia*, men endte opp med en artikkel.

- Nettsiden tidsskrift for den norske legeforening fikk vi opp 20 treff ut ifra søkeordet *tvang i sykehjem*. Leste igjennom tre av disse artiklene, og endte opp med å bruke en av de i oppgaven, som virket relevant for oppgave besvarelsen.

- Nettsiden sykepleieforskning fikk vi tre treff ut ifra søkeordet *frivillighet og tvang*. Her fant vi en artikkel som var av interesse av oppgaven.

Ut i fra kriteriene i kunnskapsbasert praksis - modellen er artiklene kritisk vurdert for å klargjøre om budskapet i artikkelen er sant, hva budskapet er samt om vi lar oss påvirke av det.

2.2.1 Artikkelvalg

Artikkelen av Pryor (2010) fra Australia omhandler hvordan sykepleiere kan bruke miljøbehandling som rehabilitering i institusjoner og hvordan dette kan lette pasientenes hverdag. Denne artikkelen ble valg fordi den beskriver hvordan bruken av miljøbehandling kan forhindre bruken av tvang i demensomsorgen, noe som støtter opp under vår pasientsituasjon. Denne forskningen er en analyse fra 53 innsamlede data fra sykepleiere under intervjuer og observasjoner av deres hverdag. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel fordi forskningen er gjort ut i fra en analyse av innsamlede data, under intervjuer og observasjoner av sykepleieres daglige praksis.

Artikkelen av Landeweer, Abma og Widdershoven (2011) fra Nederland fokuserer på hvordan moralske beslutninger oppfattes og kan forbedres. Forskningen går ut fra tvang i sølibat, men vi velger uansett å bruke artikkelen da den beskriver eksempel på etikk som tar sikte på å identifisere etiske aksepterte ved bruk av tvang og hvordan dette kan forbedres i praksis. Denne forskningen er gjennomført av individuelle dybdeintervjuer med sykepleiere(1/4 7), ambulerende omsorgsarbeidere(1/4 1), psykiatere(1/4 4), en tjeneste bruker representant(1/4 1), en familierepresentant(1/4 1) og ledere(1/4 5)

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel fordi den tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste.

Artikkelen av Kirkevold (2005) fra Norge beskriver den høye forekomsten av tvang i norske sykehjem og hvorfor dette benyttes i praksis. Artikkelen beskriver mye i forhold til tvang og medisiner, vi velger uansett å bruke forskningen da den beskriver ulike grunner til at bruk av tvang og hvorfor det er så utbredt. Denne forskningen ble utført av sykehjem fra to små, to mellomstore og to store kommuner fra hvert av de valgte fylkene. Pasienter som hadde primærpleiere på vakt denne dagen data ble samlet inn, ble inkludert. Materiale utgjorde 1501 pasienter fra 222 avdelinger i 54 kommuner. I tillegg ble alle pasientene i fire undervisningssykehjem samt alle pasientene fra to avdelinger i et femte undervisningssykehjem inkludert i studien. Dette utgjorde til sammen 425 pasienter i 19 avdelinger.

Denne er både kvantitativ og kvalitativ (trianglerer) forskningsartikkel fordi den befatter seg med tall og statistikk som resultat av forskningen, samt at intervju er brukt som metode.

Forskningsartikkelen av Hem, Gjerberg, Perderson og Førde (2010) fra Norge fokuserer på grenselandet mellom frivillighet og tvang. Dette i omsorg og pleie til personer med demens, i sykehjem og hvordan tvang kan reduseres. Vi valgte å bruke denne artikkelen fordi den beskriver typiske situasjoner når omsorg og pleie skal gis til personer med demens som motsetter seg helsehjelp. Materialet i denne studien er basert på fokusgruppeintervjuer med 60 deltakere fordelt på 11 grupper. Fokusgruppene besto av pleiepersonale på fem sykehjem på det sentrale østlandsområdet. Antall deltakere i hver gruppe varierte fra tre til syv, og det var hovedsakelig tverrfaglig sammensatt.

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel fordi de bruker en metode for generering av

kunnskap hvor de undersøker og beskriver hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som opplever bruken av tvang.

Vi har valgt disse fire forskningsartiklene fordi vi synes de er aktuelt og relevant for å få svar på vårt tema og problemstilling.

2.3 Kildekritikk

Med kildekritikk menes de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann, hvordan man vurderer å karakteriserer den litteraturen og kildene som benyttes i oppgaven (Dalland, 2007).

Hensikten med å skrive en litteraturstudie er å få oversikt og innsikt i tidligere forskning som er gjort i forhold til tvang i demensomsorgen. Utfordringen er å være kritisk til den litteraturen vi har hentet ut, da den er basert på hva andre allerede har gjort seg opp en mening om. Vi har brukt kilder som er gyldige (validitet) og relevante for oppgaveemne og fagområdet, samt at kildene er pålitelige (reliabilitet) fordi vi har brukt anbefalt litteratur gjennom studiet og som oppdateres jevnlig.

Kari Martinsen sin bok er av eldre dato, men vi ser likevel på den som aktuell, da litteraturen gir grunnlag for god validitet. Det vil si at boken er en gjenstand for gjensidig validering, altså at det er flere forfattere som bruker deres teori i sine bøker. Litteraturen som er brukt i oppgaven er relatert til sykepleie, og skrevet ut i fra ulike fagbakgrunner. Rokstad & Smebye (2008) sin bok er skrevet ut i fra ulik fagbakgrunn, og er reliabel da den er skrevet ut i fra ulike erfaringer og henvender seg til studenter i tverrfaglige videre- og etterutdanninger innenfor demensomsorg, eldreomsorg og psykisk helsearbeid, samt for studenter i helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger og for alle som arbeider i sykehjem eller demensomsorg.

Ut i fra det vi selv har erfart i både praksissituasjon og arbeidssammenheng, ønsket vi å fokusere på sykepleierens og pasienters erfaringer i forhold til tvang i demensomsorgen. I den sammenheng har vi benyttet litteratur av kvalitativ metode, altså hvor forfatterne har gått i dybden hvor intervjuene og observasjonene er preget av fleksibilitet uten faste

svaralternativer, samt subjektive meninger og opplevelser ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2007).

Vi har benyttet oss kun av primærkilder i oppgaven. Dette fordi vi ønsker forfatterens egen tolkning av temaene og det første opphav til den bestemte kilden. Vi må også ta noen etiske hensyn, når vi benytter oss av det andre har skrevet. Dette fordi dette er forfatterens egne meninger og tolkninger.

Vi har i hovedsak forsøkt å forholde oss til nyere litteratur, men noen av kildene er av eldre dato. Vi har allikevel valgt å bruke det, da vi ser på dette som relevant og fortsatt aktuelt. Noe av litteraturen det henvises til er utenlandsk. Som nevnt tidligere ønsker vi å få svar på denne oppgaven ut ifra ulike erfaringer, og ser derfor på dette som overførbart til vår problemstilling.

3. REDGJØRELSE AV SENTRALE BEGREPER

3.1 Alzheimers sykdom

Pasienten i denne oppgaven, Kåre Larsen, ble rammet av Alzheimers sykdom, allerede i slutten av 50-årene. Når man snakker om pasienter med Alzheimers sykdom, tenker man oftest på eldre mennesker i 80-årene, bosatt på aldershjem.

Alzheimers sykdom kan ramme både yngre og eldre mennesker, og var tidligere den vanligste betegnelsen når sykdommen rammet før 65-års alder. I dag brukes betegnelsen Alzheimers sykdom både ved tidlig og sen debut (Snoek & Engerdal, 2000).

Alzheimers sykdom starter ved at hippocampus og nærliggende områder i hjernen blir ødelagt. Etter hvert vil ødeleggelsene spre seg til hele storhjernen og deler av hjernestammen. Celler dør, noe som fører til at hjernen skrumper. De skadene som finnes i basalhjernen og hjernestammen, rammer blant annet de områdene som produserer viktige signalsubstanser, som er nødvendige for impulsoverføringer i hjernen (Snoek & Engerdal, 2000).

Alzheimers sykdom utvikler seg snikende, og er nesten umerkelig i startfasen. Ved siden av redusert hukommelse ser man tegn til rom- og retningsproblematikk, tegn til apraksi, eller tegn til motorisk språksvikt. Ved Alzheimers sykdom vil man se fler symptomer etter hvert som sykdommen utvikler seg. Noen pasienter har en rask utvikling, mens andre har en langsommere progresjon over 10-15år, fra man får diagnosen til man vil dø. Alzheimers sykdom vil forkorte livet (Snoek & Engerdal, 2000).

3.1.1 Alzheimer sykdom og personlig hygiene

Å ivareta den personlige hygienen er nødvendig for å opprettholde balansen mellom helse, velvære og allmenntilstand, for å forebygge sykdom, spesielt infeksjonssykdommer (Stordalen, 2009).

Å holde kroppen ren og velstelt er en handlinger vi utfører daglig, og som blir en ferdighet som vi utøver automatisk. Hos en del eldre mennesker vil funksjonsnedsettelse og sykdom, hver for seg eller i kombinasjon, føre til at det blir vanskelig eller umulig å gjennomføre aktiviteter som kroppsvask og påkledning på egenhånd (Kirkevold et al., 2008).

Pasienten i casen klarer ikke å opprettholde sin personlige hygiene på en forsvarlig måte. På grunn av Kåres kognitive svikt har han vanskeligheter med å gjenkjenne situasjonen, forstå hva som skal skje og hvordan handlingen skal utføres slik at resultatet blir riktig. Mennesker med kognitiv svikt kan ignorere betydningen av personlig hygiene (Kirkevold et al., 2008).

En del pasienter med demens opplever dessuten stell, da spesielt dusjing som skremmende. Det varierer også mye hvor omfattende den enkelte ønsker at den daglige kroppsvasken skal være, og hvordan og når på døgnet dette skal foregå. Mange eldre er ikke vant med dusjing og stell hver dag. De synes det holder med å vaske ansikt, hender, armhuler og underliv noen dager i uken, grunnet deres fortid hvor dette var en tid da det ikke var en selvfølge å ha bad i boligen (Kirkevold et al., 2008).

Kåre er som nevnt utagerende ved stell nedentil. Ved Alzheimers sykdom svekkes en rekke kognitive funksjoner som oppmerksomhet, hukommelse, abstraksjon evnen til å utføre praktiske handlinger, evnen til å forstå evnen i rom, samt evnen til å lære nye ting. Når evnen til å ivareta personlig hygiene blir borte, blir en avhengig av andres hjelp på områder som for de fleste av oss oppfattes som private og intime, og som vi derfor ønsker å klare selv så lenge som mulig. Her settes ofte den gamle i en utsatt posisjon. På sitt beste kan stellet gi en opplevelse av fellesskap, mestring og verdighet når Kåre får mulighet til å bruke sine ressurser. Men her er muligheten også til stede for det motsatte (Kirkevold et al., 2008).

En pasient med Alzheimers sykdom kan bli svært urolige og aggressive i forbindelse med stell, slik som vi beskriver Kåre. Denne pasientgruppen har ofte problemer med å forstå hva

som skjer, de føler seg ofte invadert av den som skal yte hjelp og dermed mister de følelsen av å ha kontroll. Mangel på tid og tilrettelegging i personlig stell er ikke uvanlig, på institusjoner. Sykepleieren kan også ha manglende kyndighet og kunnskap og pasienten kan ofte reagere med angst og uro og motsetter seg hjelpen, noe som gjør at samarbeidet kan bli vanskelig og konfliktfylt, og tvang kommer ofte inn i bildet (Kirkevold et al., 2008).

3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven 4A

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (2012) setter fokus på å yte helsehjelp på en best mulig måte for å unngå helseskade, og for å forebygge bruken av tvang. Hvis pasienten motsetter seg helsehjelp, som i Kåre tilfelle, kan man treffe vedtak dersom hans helse blir truet og om helsehjelpen anses som nødvendig for han. Hvis alt annet er prøvd ut og helsen står i fare, og pasienten fortsetter å motsette seg helsehjelp, kan det bli nødvendig å utøve tvang. Hvis helsehjelpen ikke ser ut til å ha den positive virkingen som er forventet, skal lovens vilkår straks avbrytes. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A handler i stor grad om sykepleierens paternalisme, og dermed blir pasientens autonomi og selvbestemmelse svekket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012).

3.3 Samtykkekompetanse

Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer i kapittel 4 samtykkespørsmålene innen norsk helserett. Norsk helserett baserer seg på respekt for Kåres autonomi og selvbestemmelse. Ut i fra denne loven kreves det i utgangspunktet samtykke fra pasienten, dersom det er nødvendig med juridisk grunnlag for å yte helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012).

Innen demensomsorgen er det ofte et problem at en del pasienter, på grunn av sin sykdom, har redusert evne til selvbestemmelse/autonomi. Norsk helserett er basert på det som kalles for informert samtykke. Dette handler om at Kåre må ha informasjon om sin helsetilstand, for at samtykket skal være juridisk gyldig. Det er først når Kåre selv åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke innebærer, at samtykkekompetansen bortfaller. Samtykkekompetanse må vurderes i hvert enkelt tilfelle, og det kan være slik at Kåre kan forstå, og selv kunne samtykke i noen tilfeller av helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008).

3.4 Dersom pasienten motsetter seg helsehjelp

Selv om Kåres motstand mot helsehjelpen virker irrasjonelt, på bakgrunn av Kåres mentale tilstand, er det juridisk ikke mulighet til å iverksette helsehjelp når han motsetter seg den. Man må da ha et særskilt juridisk tvangsgrunnlag, for å kunne yte helsehjelp mot Kåres vilje. Motstand må i en slik sammenheng tolkes vidt, dette kan være snakk om verbal- eller fysisk motstand. Dersom vi som sykepleiere oppfatter at Kåre ikke ønsker helsehjelpen, så skal motstanden i utgangspunktet respekteres. Vi skal allikevel ikke se på at han på irrasjonelt grunnlag, går glipp av nødvendig helsehjelp som er nødvendig og forsvarlig. Som sykepleiere har vi en plikt til å forstå pasientens motstand og finne veier rund motstanden (Johnsen & Smebye, 2008).

3.5 De fire prinsippers etikk

I situasjonen rundt Kåre, ser vi at store deler av situasjonen handler om etikk og kunnskapen rundt dette. I vårt arbeid med Kåre, er det viktig at vi har kunnskap om etikk, og at vi kan reflektere rundt og handle ut i fra dette.

De fire etiske prinsippene består av velgjørhets-, ikke skade-, autonomi- og rettferdighetsprinsippet (Brinchmann, 2008). De to prinsippene vi finner aktuelt ut i fra tema og pasientsituasjon er velgjørhets- og autonomiprinsippet.

Det er to hovedmomenter innen etikken, pliktetikkk og konsekvensetikkk. Pliktetikken tar for seg sykepleierens plikt til å handle rett. Som sykepleiere vil vi ut fra denne situasjonen legge mest vekt på konsekvensetikken (Brinchmann, 2008). Kåre kan være utagerende under en stellsituasjon. Dersom vi som sykepleiere blir angrepet, kan det være nødvendig at vi som sykepleiere handler mot pasienten, for å unngå å selv bli skadet. Her vil man komme i en konflikt om selv å bli skadet, og plikten til ikke å skade andre.

3.5.1 Velgjørenhetsprinsippet

Velgjørenhetsprinsippet går ut på at man har en plikt til å gjøre det beste for pasienten, uansett hvilke situasjon det gjelder. Handlingene vi som sykepleiere gjør, gjør vi fordi vi i dette tilfellet, på best mulig måte kan hjelpe han ved å redusere bruken av tvang i stellsituasjon. Når det gjelder ”ikke skade-prinsippet” har vi en plikt til å ikke skade (Brinchmann, 2008).

3.5.2 Autonomi – retten til å bli informert og til å velge selv

Autonomi er retten til selvbestemmelse, og til å være fri uten at man skal føle seg presset. Pasientautonomi kan forstås på tre ulike måter. Enten som et prinsipp, en egenskap eller en rettighet. Når medisinske eller sykepleiefaglige avgjørelser skal tas, skal pasientens ønsker og behov bli respektert når man ser på autonomi som et prinsipp (Brinchmann, 2008). Det betyr at Kåre skal høres om hva han selv mener skal gjøres.

I de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007).

Autonomi kan også ses på som en egenskap ved individet, som er knyttet til individets evne til å handle i samsvar med egne planer og ønsker. Hvis man ser på autonomi ut i fra en slik forståelsesmåte, befinner man seg på et kontinuum med varierende grad av autonomi. Hvis man benytter denne forståelsesmåten kan det i noen tilfeller være riktig å gå i mot hans vilje på kort sikt, da dette kan fremme hans autonomi på lang sikt (Slettebø, 2009).

3.5.3 Konsekvensetikk

Konsekvensetikken fokuserer på mål og konsekvenser. Spørsmålet om en handling er etisk akseptabel eller ikke, er avhengig av om handlingen vi som sykepleiere gjør for pasienten fører til gode eller dårlige konsekvenser. Strategier og handlingsvalg skal for hver gang det utføres, vurderes ut fra konsekvensene det gir (Sneltvedt, 2008).

Det er viktig å vurdere hvor vidt en handling vil føre til mest mulig nytte for flest mulige. Dette for å vurdere og forsvare handlingen som en moralsk riktig handling i et konsekvensetisk perspektiv (Sneltvedt, 2008).

3.6 Miljøbehandling

Miljøbehandling er et terapeutisk arbeid som på en koordinert og systematisk måte legger forholdene til rette for nye erfaringer, ved hjelp av det sosiale og materielle miljøet.

Miljøbehandling er en behandlingsform som brukes ved aktiviteter og her-og-nå situasjoner, for å skape en ønsket endring (Rokstad, 2008).

I situasjonen rundt Kåre ønsker vi som sykepleiere å skape en endring i situasjonen, rundt dette med stell og nedentil vask. Situasjonen rundt morgenstell oppleves som vanskelig, da Kåre Larsen kan opptre som utagerende ovenfor sykepleierne. Som sykepleiere ønsker vi derfor å bruke miljøbehandling i håp om å redusere bruken av tvang. For at bruken av tvang skal kunne reduseres, vil vi skape tygge og rolige omgivelser, slik at Kåre også opplever situasjonen som mindre truende. I drøftingen kommer vi tilbake til hvordan vi vil utøve dette.

Miljøbehandling har mange ulike uttrykk. Det kan være alt fra å sette grenser, gi en opplevelse av mestring, konfrontere og lignende, alt etter hva som er viktig for den enkelte. Kort sagt handler miljøbehandling rett og slett om å hjelpe Kåre til å mestre sin hverdag, på en slik måte at han blir i bedre stand til å mestre sin livssituasjon. Som med all behandling, er det viktig å ha en målsetting, som settes opp for Kåre. Det er viktig at han, så langt det lar seg gjøre, får noen få sykepleiere å forholde til rundt stellsituasjon. Dette skaper forutsigbarhet og trygghet for han.

I miljøbehandlingen, spesielt innenfor institusjon, står man ovenfor fler spesielle utfordringer når det gjelder samarbeid og samhandling, og arbeidsformen krever stort krav til modenhet, samarbeidsevne og personlig egenhet hos miljøbehandleren. I tillegg arbeides det på døgnbasis, ved at fler vaktskifter skal følge opp hverandres arbeid (Rokstad, 2008).

Målet med miljøbehandling er å skape betingelser som støtter opp under endring.

Miljøbehandling innebærer en tilrettelegging av omgivelsene og forhold som virker inn på dagliglivet (Rokstad, 2008).

3.6.1 Aktivisering

Aktivisering hører naturlig med i tilretteleggingen av et behandlingsmiljø for personer med Alzheimers sykdom. Mennesket er aktive av natur, og Kåre vil fortsatt ha et behov for å være aktive for å bruke sine egne ressurser. Kartlegging av behov for bistand og tilrettelegging av tilpasset aktivitet, er nødvendig for å forebygge passivitet og manglende opplevelse av mestring. Her kan vi som sykepleiere hjelpe Kåre til selv å kunne bidra i en stellsituasjon. Ved å veilede under stell, kan vi hjelpe vår pasient til selv å kunne utføre mange av handlingene, i tillegg til at han vil kunne oppleve en økende selvtillit og mestringsevne. På samme måte som andre trenger også Kåre pauser i hverdagen, der ingen krav stilles, der ingen påkaller oppmerksomhet og der aktivitetsnivået er på et minimum. Økt aktivitetsnivå og mye stimulering kan gjøre Kåre svært sliten, og aktivitet kan da føles som et stort kaos på Kåre (Rokstad, 2008).

3.6.2 Bruk av musikk i behandlingen

Bruk av musikk i miljøbehandling kan spenne fra profesjonell musikkterapi, ved hjelp av aktiv deltakelse i sang, til å det å lytte til musikk. Passiv lytting til musikk blir i økende grad benyttet i bruk til medisinsk behandling. Målet med bruk av musikk er å stimulere til å redusere stress og uro, stimulere positive opplevelser og vekke minner. Gjennom å knytte musikk til minner vil Kåre få styrket sin identitet og sin opplevelse av egenverdi (Rokstad, 2008).

3.6.3 Spabad

Bading har synes å ha fått en renessanse i den senere tid, kurbad eller spa blir stadig mer vanlig. en rolig atmosfære med varme, massasje, bruk av oljer, pedikyr og manikyr er komponenter som bidrar til nytelse og velvære. At slik bading også egner seg godt for den gamle i institusjon er vist gjennom prosjekt. Det viser seg at det er mulig å gjennomføre ukentlig bad i en rolig atmosfære, som bidrar til økt velvære for de gamle som gir en positiv sansestimulering, både med hørsel, syn, lukt og berøring. Det øker også pasientens trygghet, mestring og livskvalitet (Kirkevold et al, 2008).

3.6.4 Reminisens - minnearbeid

Personer med Alzheimers sykdom har svekket hukommelse, men langtidshukommelsen er ofte tilstede. Reminisens tar i utgangspunkt i pasientens evne til å hente frem personlige og meningsfulle hendelser fra tidligere i livet. Når man bruker dette i arbeid med personer med Alzheimers sykdom, styrker dette pasienten ved at de finner igjen sin egen identitet, glede og tilhørighet. Ved at vi bruker reminisens i arbeidet rundt Kåre Larsen kan dette minne han om hans tidligere selvtillit og kompetanse, som kan være positivt inn på hans selvfølelse der og da. Det er viktig å bruke positive minner, og ikke dra frem igjen vondt traumatiske historier. Som hjelpemiddel kan man bruke bilder, gjenstander, lukt, smak, musikk og lignende for å finne frem til de positive minnene fra barndommen (Rokstad, 2008).

3.6.5 Realitetsorientering

Realitetsorientering er en metode som ble utviklet i 1960-årene. Orienteringssvikt og svekket korttidshukommelse er sentrale kjennetegn ved Alzheimers sykdom. Dermed øker sannsynligheten for at personer med Alzheimers sykdom ikke alltid er oppdatert med hensyn til tid og situasjon. For noen kan det være til god hjelp av miljøet rundt er utstyrt med store lesbare klokker, kalendere og navneskilt på dørene (Rokstad, 2008).

3.6.6 Validering

I motsetning til realitetsorientering er ikke validering så opptatt av hva som er reelt og sann informasjon, men hva som er pasientens fokus og opplevelse. Det er ikke så viktig å rettlede til riktig data, men bekrefte og anerkjenne pasientens meddelelser. Ved hjelp av spørsmål som hva, hvem, hvor, når og hvordan kan man bidra til å gyldiggjøre de følelsesmessige aspektene ved pasientens kommunikasjon. Valideringsterapi vektlegger den emosjonelle verden, og metoden gir noen retningslinjer for kommunikasjon ut fra følelsene og meningen bak det som sies. Det viktige budskapet er å lytte til hans emosjonelle uttrykk uten å henge seg opp i faktaopplysninger og sannhetsgehalt (Rokstad, 2008).

4. TOLKING AV SYKEPLEIETEORI

For å få hjelp til å finne svar på hvordan sykepleiere kan redusere bruken av tvang i demensomsorgen, vil vi i dette kapitlet se på og tolke teorien fra Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

4.1 Grunnlag for valg av sykepleieteoretiker

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretiker Kari Martinsen og hennes omsorgsfilosofi på grunn av hennes beskrivelse for sykepleiefaget. Hun sier at sykepleie er bygget opp av begrepet omsorg, og at omsorg bør være sykepleierens grunnholdning og tilnæringsmåte. Martinsen sier at sykepleiere alltid skal handle til det beste for pasienten. I dette legger hun personlig engasjement, faglig vurdering, innlevelse og kunnskap (Martinsen, 2003).

4.1.2 Kari Martinsen Omsorgsteori

Kari Martinsen sier at omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i det praktiske dagliglivet. Hun mener at det er en kjensgjerning av menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv, og derfor er menneskene avhengig av hverandre. Martinsen mener at målet for sykepleien er å virkeliggjøre omsorg, gjennom konkrete handlinger ut fra den faglige vurderingen av hva som er til det beste for pasienten (Martinsen, 2003).

Omsorg viser seg gjennom vår praktiske omsorg med ting og redskaper rundt oss. Disse bruker vi på bestemte måter sammen med andre, ut i fra en felles forståelse av helheten tingene inngår i. Omsorg er en sosial relasjon, det har med forståelse for andre å gjøre, samt at omsorgen må være ekte (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) sier at sykepleieren alltid skal handle til det beste for pasienten, i dagliglivets gjøremål. Hun sier videre at alle sykepleiesituasjoner er av moralsk art, det vil si at sykepleieren står ovenfor moralske valg om å handle riktig ovenfor pasienten. Tillitt er en grunnleggende verdi mellom to mennesker. (Martinsen, 2003).

Martinsen mener også at vi som sykepleiere kommer bort i situasjoner basert på moralske utfordringer, der vår utfordring blir å handle riktig, og best mulig for pasienten. Martinsen mener at moral og skjønn er det viktigste for å gi omsorg og sykepleie og at faglig kunnskap ikke er tilstrekkelig nok. I følge Martinsen kan omsorgsbegrepet deles og oppsummeres i tre deler. Omsorg er en sosial relasjon og et fellesskap med andre mennesker å gjøre. Hun sier også at forståelse er en del av omsorgen, som vi tilegner oss gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Holdning er noe som gjør at omsorgen blir ekte. (Martinsen, 2003). Dersom vi griper inn, for å forandre pasienten uten å anerkjenne han, eller om vi er likegyldige til vedkommende, gjør vi det ut i fra våre forutsetninger, som gjør at omsorgen blir ekte. Martinsen, (2003) mener at sykepleiere lærer kunnskap ut fra erfaringer og omsorgsbegrepets tre deler, men at holdninger og verdier sykepleieren innehar er de viktigste for å gi god omsorg.

4.1.2.1 Svak paternalisme

Paternalisme betyr far. Paternalisme handler om at vi som sykepleiere tar avgjørelser på vegne av Kåre, for å kunne unngå helseskade. Man skiller mellom svak og sterk paternalisme, ser svak paternalisme handler om at sykepleieren veit bedre enn pasienten selv, og på grunn av dette tar valgene selv om Kåre er kompetent nok til å ta egne valg (Slettebø, 2009).

Martinsen problematiserer det etiske prinsippet om pasientens *autonom* - retten til selvbestemmelse. I spenningsfeltet mellom autonomi og paternalisme fremhever hun den *svake paternalismen* som det ønskelig. Sykepleieren må benytte sin faglige merforståelse på den måten som har tatt hensikt i å hjelpe Kåre best mulig. Som sykepleiere har vi fagkunnskaper som kan brukes til å fremme Kåres helse, som i dette tilfellet, å forhindre at hans sykdom er til fare for hans egen helse. For eksempel når Kåres egen evne til å ivareta egen helse svikter helt i forhold til hva hygiene angår, og vi som sykepleiere faglig vurderer situasjonen slik at den manglende hygiene ikke bare er sjenerende for andre, men faktisk utgjør en helserisiko med tanke på blant annet sårinfeksjoner. Altså at man *aksepterer den svake paternalismen* ved at Låres autonomi reduseres under gitte vilkår som er knyttet til alder og tilregnelighet, og tilstand for eksempel sterke smerter, til deres kunnskap (hvorvidt de forstår alvoret i situasjonen) og om Kåre er under press eller påvirkning når de foretar beslutningen (Martinsen, 2003).

5 DRØFTING

Kan sykepleiere ved hjelp av miljøbehandling redusere bruk av tvang i stellsituasjon, hos pasienter med Alzheimers sykdom?

Med kunnskap fra teorien, egne erfaringer og forskningsartikler, ønsker vi her å drøfte og komme frem til mulige svar på problemstillingen vår. Ved hjelp av Kari Martinsens omsorgsteori ønsker vi å se hvordan sykepleierens holdninger påvirker bruken av tvang, og hvordan vi kan bruke miljøbehandling hos pasienter som motsetter seg nødvendig helsehjelp.

5.1 Omsorg - Sett i lys av Kari Martinsens teori

Martinsen (2003) mener at omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og menneskelig samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie. Vi har selv erfart at det kan oppleves frustrerende og forvirrende, å ikke alltid kunne bidra til god omsorg. Vi har en plikt til å yte omsorg og pleie til lidende mennesker, uansett sykdom og årsak. Som sykepleier skal vi ivareta pasientens integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket. Det er for oss vanskelig å se på at Kåre fysisk og verbalt motsetter seg helsehjelpen under stell. Det gir oss som sykepleiere en følelse av maktesløshet.

Martinsen (2003) sier at omsorg er et sentralt, moralsk og praktisk begrep. Hvis omsorgen skal være ekte må en forholde seg til den andre ut i fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon, i dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon. Vil denne påstanden da si at den som ikke forholder seg til den andre ut i fra en anerkjent holdning og hans situasjon ikke gir omsorg?

Kåre motsetter seg nødvendig helsehjelp fysisk og verbalt under stell, og har innvilget tvangsvedtak. Han gjennomgår denne behandlingen hver dag, noe som ofte frarøver mangel på omsorg, mestring og livskvalitet. Her utfordres vi som sykepleiere. Våre tanker er at det handler om å gjøre det beste ut av en situasjon som i utgangspunktet virker omsorgsløs, og

derfor gi pasienten en følelse av mestring og livskvalitet ut i fra dens situasjon og ressurser. Dette er noe Martinsen (2003) også sier noe om i sin omsorgsteori.

Det er selvfølgelig individuelt hva som menes med omsorg for hver enkelt. Når mennesker møtes, er det opp til den enkelte å besvare et medmenneskets spontane livsytringer med omsorg. Omsorg er den mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens, og viser seg gjennom den måten vi forholder oss på gjennom arbeidet (Martinsen, 2003).

Det er dermed viktig at vi ser det som en forutsetning at vi bruker en subjektiv tilnærming. Det Kåre ser på som omsorg i livet, er ikke bestandig det andre ser på som omsorg i livet til hans. Martinsen (2003) sier noe om svak paternalisme. Det er viktig å gi omsorg til Kåre ut i fra en anerkjent holdning og hans situasjon. Noen ganger må vi som sykepleiere trekke Kåre aktivt med i beslutninger, mens andre ganger bør han slippe å ta stilling til kompliserte spørsmål som han ikke kan avgjøre selv. Det kreves at vi som sykepleiere gjennom en bevisst handling hjelper en han i krise med å mestre situasjonen. Omsorg kan dermed uttrykkes ved å hjelpe Kåre videre i sin sykdomsprosess selv om dette fører han nærmere det han frykter mest. Dette kan sees i lys av det Martinsen omtaler som svak paternalisme. Ved svak paternalisme handler vi som sykepleiere ut fra skjønn og interesse for Kåre, vi må da gripe inn i Kåres rett til frihet og selvstendighet. Men at sykepleieren alltid har en åpen og innlevende innstilling til hans synspunkter og verdier. Martinsen sier at det er i situasjoner der pleier og pasient deltar at det skal være en autoritetsstruktur. Sykepleieren har en nødvendig kunnskap som pasienten ikke har. Derfor skal svak paternalisme overordnets Kåre sin autonomi. For Kåre vil dette bety at den svake paternalismen aksepterer at pasientens autonomi reduseres under gitte vilkår, til pasientens tilstand hvor han motsetter seg helsehjelpen og ikke forstår alvoret i situasjonen. Pasienten må få lov til å si sin mening og han må inndras i beslutningen om sin egen pleie. Men det er sykepleierens faglige skjønn som avgjør hvordan hun skal handle slik at pasienten får det best mulig (Martinsen, 2003).

For at dette skal være mulig må sykepleieren sette seg inn hvordan pasienten opplever situasjonen. Vi mener at dersom vi som sykepleiere tar en avgjørelse bygget på svak paternalisme forutsetter det at vi vet ut i fra faglig skjønn hva som er til beste for pasienten, men bare ut i fra et engasjement og en sensitivitet om å gagne den enkelte best mulig. Denne

sensitiviteten og interessen for den andres velbefinnende fordrer skjønnsmessig vurdering av situasjonen og hindrer paternalistisk maktutøvelse.

Martinsen (2003) tror at omsorg handler om at den syke fremdeles føler seg verdifull med tanke på de oppgavene hun mener er riktig. Det å føle seg verdifull er å føle seg nødvendig for noe eller noen, og på den måten føler at ens liv betyr noe. En pasient som mister sin rett til frihet og selvstendighet, føler den seg verdifull av omsorg?

Vi mener at omsorg betyr at pasienten skal føle seg verdifull, akseptert og ikke minst respektert. Ut i fra yrkesetiske rettingslinjer så skal vi som sykepleiere gi nødvendig helsehjelp.

Mange vil kanskje mene at siden Kåre ikke er autonom utøver vi ikke omsorg. Men vi har opplevd at omsorg handler om at noen trenger hjelp, at noen ikke er selvhjulpne og derfor er sårbare, og det handler om at noen andre bryr seg og tar ansvar for å gi denne hjelpen. Omsorg handler om at den enkelte pasient skal ha det så godt som mulig og unngå komplikasjoner som kan oppstå, og derfor er omsorg nødvendig fordi vi som sykepleiere har en plikt og hensikt å sørge for at pasientens grunnleggende behov blir opprettholdt på en forsvarlig måte (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) sier blant annet at omsorg innebærer en viss evne til å kunne leve seg inn i pasientens situasjon og få en forståelse av pasientens omsorg, og dermed benytte oss av handlingsalternativer i stellsituasjon for å redusere motsetning av helsehjelpen.

Hva som oppfattes som rett omsorg, varierer mellom kulturer og mellom ulike grupper i samfunnet. Til tross for disse variasjonene er omsorg likevel et universelt aspekt ved den menneskelige tilværelse – den angår alle, overalt, til alle tider. Om omsorgsbehovene i alderdommen og ved sykdom er de mest iøynefallende og arbeidskrevende, har også de fleste voksne selvhjulpne mennesker, i mange situasjoner opplevd svakhet, dermed behov for en form for omsorg (Martinsen, 2003).

5.2 Grenselandet mellom frihet og tvang

Det sentrale i vår yrkesutøvelse som sykepleiere er at vi skal yte helhetlig sykepleie og respektere den enkelte pasient, noe som kommer frem i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Vi har en plikt til å yte omsorg og pleie til lidende mennesker, uansett sykdom og årsak, samtidig skal vi som sykepleiere ivareta pasientens verdighet og integritet, deriblant pasientens rett til medbestemmelse.

Kåre lider av Alzheimers sykdom som har medført kognitive og intellektuelle svekkelser. Dette innebærer at han glemmer alt som blir sagt og gjort, og han føler seg overkjørt av personalet. Dette resulterer i frustrasjon og utagering, spesielt i stell sammenheng. Kåre motsetter seg å ta imot helsehjelp uten at han forstår rekkevidden av dette, noe som har medført at Kåre har manglende samtykke. Dette innebærer at han ikke er i stand til å ta egne avgjørelser og at vi som sykepleiere må ta avgjørelser på vegne av han, på en forsvarlig måte (Pasient- og brukerrettighetslover, 2012).

Vi som sykepleiere står ofte ovenfor etiske dilemmaer, og må vurdere flere forhold når det gjelder det at Kåre ikke ønsker å vaskes nedentil. Har han blitt utsatt for overgrep, er det ubehagelig at ukjente steller han nedentil, eller kanskje han synes det er vondt å bli vasket da han er sår? Grunnen til at vi må vurdere dette, er for å hjelpe Kåre på mest mulig måte. Det er lettere å kunne hjelpe han, dersom vi forstår hvorfor han gir motstand. Dersom han har blitt utsatt for overgrep, er det enda mer viktig at vi forsøker å unngå han at får følelsen av at det samme skal skje igjen.

Kåre har fått innvilget tvangsvedtak da han er sår nedentil og det er nødvendig for personlig stell hver morgen. Ut i fra yrkesetiske retningslinjer skal vi som sykepleiere gi nødvendig helsehjelp. For å vurdere behovet for helsehjelpen må vi som sykepleiere opparbeide oss kunnskap, både i forhold til Kåres fortid og konsekvensene som kan oppstå uten nedentil vask for å ha ett nødvendig grunnlag for å kunne vurdere bruk av tvang.

Kirkevold (2005) dokumenterer at det ofte forekommer bruk av tvang i norske sykehjem. Han trekker frem ulike typer bruk av tvang, men også tvang under stell som er ett av de vanligste tvangstiltakene ved norske sykehjem. Resultatene viser til at tvang i norske sykehjem er dårlig dokumentert, og at mye er overlatt til tilfeldigheten i forhold til hvem som avgjør om det skal

brukes tvang i de ulike situasjonene. Ut i fra denne teorien kan det tenkes at helsepersonell uten kunnskaper rettet til Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, i mange tilfeller utøver tvang mot pasienter uten samtykke, ofte fordi de ikke er klar over at de utfører tvang. Det er viktig at helsepersonell tilegner seg kunnskaper om loven, og bruker den riktig i praksis. Hvis ikke tvangsvedtakene blir fulgt opp riktig i institusjonene er dette faktisk et overgrep mot pasienten.

Selv om Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) kapittel 4A blir fulgt, utøves tvang i mange tilfeller. Hvor går egentlig pasientens grense mellom frivillighet og tvang?

Hem, Gjenberg, Pedersen og Førde (2010) viser til at tvang i omsorgsarbeidet er vanskelig for helsepersonell, og innebærer etiske, faglige og juridiske utfordringer som er viktige å belyse. Grense mellom frivillighet og tvang kan være hårfine. Ofte står helsepersonell i situasjoner der pasienters motstand ikke virker rasjonelle der pasienten kanskje noen minutter senere er fornøyd med å ha fått hjelp, og der det å hjelpe kan føles tvingende nødvendig.

Behovet for stell er noe mange er opptatt av, og i slike tilfeller oppfattes behovet så uttalt at de opplever å befinne seg i grenselandet der mild føring kan føre dem inn i en tvangssituasjon. Hem et al., (2010) mener at selv om omsorg, som ivaretagelse av pasientens behov for personlig stell, er en ordinær og rutinepreget aktivitet, kan den også være uforutsigbar. Det som er utfordringen i pleierens vurdering av hva de må gjøre er knyttet til at pasientene, til tross for sterk overtalelse på grensen til verbal tvang, etterpå kan ha glemt sin motstand og uttrykker tilfredshet med å ha blitt rene og tørre. Det er vanskelig å vurdere hva som er frivillighet, motstand eller tvang når personalet blokkerer pasientens ben, for å få gjennomført et sårt nedentil stell, og pasienten er fornøyd etterpå.

Selvfølgelig må man nærme seg pasienten med respekt for å identifisere og imøtekomme den enkeltes spesifikke omsorgsbehov. Godt relasjonsarbeid der forhandlinger og forklaringer er viktige. Dersom Kåre hadde vært autonom hadde han ikke motsatt seg helsehjelpen og han hadde forstått konsekvensene av å ikke bli stelt nedentil. Alzheimers sykdom er en sykdom med visse karakteristika, den er progredierende og gir derfor oss som sykepleiere disse utfordringene.

5.3 Sykepleierens holdninger

I følge Martinsen (2003) skal vi som sykepleiere anerkjenne Kåre, og akseptere hans ressurser og begrensninger, uten å gripe inn og umyndiggjøre han.

Hvordan vår holdning til Kåre er, har mye å si for hvordan vi møter han og utfører våre arbeidsoppgaver. Dersom vi som sykepleiere har nedverdiggende holdninger til Kåre fordi han har Alzheimers sykdom og er utagerende, kan dette få konsekvenser både for omsorgen vi skal gi, og bruken av tvang i stellsituasjon. Sykepleiere blir som alle andre, preget av samfunnets syn på personer med Alzheimers sykdom, i tillegg til fagfeltets beskrivelser og vinklinger til denne pasientgruppen (Rokstad, 2008).

Det er viktig at vi som sykepleiere ser Kåre som en person bak sykdommen, og ikke bare en "dement, og utagerende mann". Det kreves etisk bevissthet og refleksjon hos oss som sykepleiere. Når man har kommet så langt i utviklingen av Alzheimers sykdom, som i Kåres tilfelle, blir det stadig større utfordringer i forhold til å avgjøre hva som egentlig er Kåres vilje, og hva som er endret adferd som følge av sykdommen.

Kunnskap om pasientens tidligere verdier og normer er derfor en viktig hjelp i arbeid med pasienten som ikke lenger har samtykkekompetanse (Rokstad, 2008).

Siden det også finnes et tvangsvedtak hos Kåre ved stell nedentil, er det viktig at vi forsøker andre metoder for å utføre stellet for å unngå bruk av tvang. Ved bruk av tvang, skal alltid andre muligheter være benyttet først, også selv om det finnes et tvangsvedtak. Som sykepleiere ser vi i praksis at siden det finnes et tvangsvedtak, er det ofte «lett» å benytte seg av å bruke tvang, for å bruke mindre tid på arbeidsoppgaven. Dette handler mye om hvilke holdninger vi som sykepleiere har. Pryor (2010) sier at god tid er den viktigste strategien for å skape et trygt miljø. Dette betyr at sykepleieren ikke har hastverk med å hjelpe pasienten, men i stedet la pasienten bruke den tiden som trengs. Hun sier også at å fremme pasientens egen omsorg er langt viktigere enn at sykepleieren skal gjøre arbeidet raskere.

Dette med tiden i helsevesenet er et høylytt tema, men vi mener at dette ikke er en unnskyldning. Som sykepleiere er vi pliktige til å utføre behandlingen så skånsom som mulig for pasienten, og andre metoder skal være forsøkt for det blir utøvd tvang. Ved at vi bruker litt

ekstra tid sammen med Kåre i forbindelse med stell, kan vi spare både oss selv og pasienten for mye, og på sikt vil vi kunne spare både tid og krefter på dette.

5.4 Bruk av miljøbehandling i stellsituasjon

Ved denne oppgaven stiller vi oss spørsmålet om Miljøbehandling kan redusere bruken av tvang i stellsituasjon. Kåre har et begynnende sår nedentil, som vi som sykepleiere er pliktet til å behandle. Dette for å unngå at såre utvikler seg, og blir smertefullt.

Siden Kåre Larsen ikke lenger er i stand til å vaske seg nedentil selv på grunn av sin sykdom, er vi som sykepleiere pliktet til å hjelpe Kåre med dette. Som nevnt i teorien er målet med miljøbehandling å skape betingelser som støtter opp under endring. Miljøbehandling innebærer en tilrettelegging av pasientens omgivelser, forhold som virker inn på dagliglivet (Rokstad, 2008).

5.4.1 Sykepleierens kjønnsbetydning og etikk

Som sykepleiere ønsker vi å endre adferden til Kåre under stell, og redusere bruken av tvang. Det er viktig å forsøke å finne ut av hvorfor Kåre ikke ønsker å stelle seg nedentil. Vi ser at det kan være fler grunner til dette, og at vi kan knytte mye etikk under dette temaet.

Selv har vi erfart at pasienten kan ha opplevd overgrep tidligere, og at dette først kommer frem etter at de er blitt syke med Alzheimers sykdom. Det er uansett viktig å ha gode kjennskaper til Kåre, selv om kanskje ikke han selv eller familien kan gi alle opplysninger. Allikevel bør man ha dette i bakhodet som sykepleier, og ta hensyn til dette spesielt under stellsituasjon. Velgjørhetsprinsippet går ut på at vi som sykepleiere skal gjøre det beste for Kåre, ikke bare for at vi skal redusere bruken av tvang (Brinchmann, 2008). Dersom Kåre har opplevd overgrep, skal vi gjennom dette prinsippet hjelpe Kåre på en slik måte at han ikke får følelsen av at dette skal skje igjen. Når han selv ikke forstår hva som skal skje, kan han få denne følelsen. Hvis det også blir brukt tvang i stellsituasjonen, kan også dette være med på å gi han glimt tilbake på hva som kan ha skjedd. Her må vi også tenke på konsekvensetikken. Om en handling er etisk akseptabel eller ikke, er avhengig av om det gir gode eller dårlige konsekvenser (Sneltvedt, 2008). Dersom vi ikke klarer å utføre nedentil stell hos Kåre, vil

ikke det gi spesielt store konsekvenser akkurat den dagen, annet enn at man kan forsøke senere samme dag, eller dagen etter. Men dersom vi bruker tvang for å utføre stellet, kan dette gi en stor traume for Kåre. Enten han har opplevd overgrep, eller ikke. Konsekvensen her kan ta bli større, enn at vi unngår stellet akkurat der og da.

En annen utfordring vi ser i denne situasjonen, er at det oftest er et stort overtall av kvinnelige sykepleiere på institusjoner. Dette kan også være med på å gjøre situasjonen ekstra utfordrende, da Kåre selv er en mannlig pasient. Kåre kan ha lettere for å være utagerende og motsette seg hjelp av kvinner, enn hva han ville gjort for menn. Fra tidligere var det menn som hadde makten, og det og skulle ta i mot hjelp av en kvinne kan for Kåre være nedlatende.

Dersom det er en mannlig sykepleier på avdelingen kan det derfor være med på å hjelpe situasjonen, at denne mannlige sykepleieren hjelper Kåre med stell nedentil. Allikevel kan man ikke alltid belage seg på at det er en mannlig sykepleier på avdelingen, og vi må derfor kunne finne en annen løsning.

Siden Kåre også kan være utagerende i stell, stiller vi oss spørsmålet om man skal være to sykepleiere i stellsituasjonen. På denne måten kan vi som sykepleiere føle oss tryggere, men allikevel kan situasjonen forverres for Kåre. Dersom han ikke riktig forstår hva som skal skje, kan situasjonen virke mer truende når vi er to. Det er viktig pasienten hele tiden blir informert om hva som skal skje til en hver tid, og vi kan derfor informere om hvorfor vi er to. Som Rokstad (2008) skriver er orienteringssvikt et sentralt kjennetegn ved Alzheimers sykdom. Ved bruk av realitetsorientering som miljøbehandling, informerer vi Kåre om hva som blir gjort og hvorfor vi gjør dette.

5.4.2 Miljøbehandling og personlig hygiene

Pasienter med Alzheimers sykdom kan bli svært urolige og aggressive i forbindelse med stell, slik som vi beskriver Kåre Larsen. De kan ha problemer med å forstå hva som skjer, de føler seg ofte invadert av den som skal yte hjelp og dermed mister de følelsen av å ha kontroll (Kirkevold et al., 2008).

Siden Kåre har sår nedentil, er det viktig at hygienen er optimal for å unngå infeksjoner og andre komplikasjoner. Et alternativ er å stelle Kåre nedentil på kvelden, før han skal legge seg. Da vil han normalt være sliten, og har mindre krefter til å være utagerende mot oss som sykepleiere. Rokstad (2008) skriver at det er viktig med pauser i de daglige aktivitetene. En person med Alzheimers sykdom kan ha vanskelig for å danne seg et overblikk over situasjonen de befinner seg i, og at mye stimuli i løpet av dagen fort kan føre til overstimulering.

Samtidig som det at han er sliten, kan fremprovosere mer utagering, og dermed mer bruk av tvang fra oss sykepleiere. Når han er sliten kan det være vanskeligere for Kåre å oppfatte riktig informasjon og delta aktivt i stell. Vi ønsker nemlig at Kåre skal delta så mye som mulig i stellsituasjonen, for at han selv ikke skal føle at vi overkjører han. I tillegg til at han kan føle en økt mestringsevne, ved at han selv klarer å bidra i situasjonen. Ved å veilede Kåre til å gjøre noe selv, vil han kunne føle seg mer inkludert i det som skal skje og dermed forstå situasjonen bedre. Pryor (2010) bekrefter at det er viktig å tilrettelegge for pasientens egenomsorg og selvstendighet. Hjelp pasienten til å mestre og tilpasse seg deres egen situasjon. For å opprettholde pasientens ressurser er det derfor viktig å tilrettelegge miljøet. Det er her viktig å bruke strategier som er målrettet både for det fysiske og psykososiale miljøet, som oppmuntrer aktivt til deltakelse. For å få til dette i Kåres situasjon vil vi bruke god tid, tilrettelegge badet slik han er vant til før han ble syk og bruke oppmuntrende musikk, eller musikk som han kjenner igjen fra tiden før han ble syk.

Samtidig er man som oftest vant til at personlig hygiene hører til morgenrutinene. Dersom man ikke får stelt Kåre optimalt nedentil på morgenen, kan det være et alternativ å prøve dette på kvelden. Fra egne erfaringer ser vi at å stelle pasienter med Alzheimers sykdom på

kvelden, kan være vellykket for å unngå bruk av tvang. Samtidig har vi sett at dette nødvendigvis ikke fungerer hver gang, og at man må ta hensyn til pasientens dagsform.

Vi stiller oss også spørsmålet om det er forsvarlig å stelle Kåre nedentil bare annen hver dag, for å minske bruken av tvang. Vi ønsker å redusere bruken av tvang, og ved å stelle Kåre nedentil bare annen hver dag, vil det bli en dag uten bruk av tvang. Det er jo dette vi som sykepleiere er ute etter, men hvilke konsekvenser vil dette gi for Kåre? Ved at vi steller han nedentil bare annen hver dag, kan dette gjøre at såret forverres og at infeksjon kan oppstå.

5.4.3 Spabad- en form for reminisensarbeid

Som sykepleiere er det viktig at vi har kunnskap om hvordan de eldre pasientene levde før (Kirkevold et al., 2008). På den tiden hvor Kåre var ung hadde de ikke dusj, men brukte ofte stamp til å vaske seg i. Som et alternativ til morgenstell kan man bruke et spabad med badekar for å hjelpe Kåre. På denne måten vil vi også bruke reminisens i arbeidet.

Ved bruk av spabad kan Kåre minnes tilbake til tidligere i livet, og på denne måten forstå bedre hva som skal skje. Samtidig som man kan legge fokuset fra stell nedentil bort, og fokusere på positive minner fra barndommen. Selv om personer med Alzheimers sykdom har svekket korttidshukommelse, er ofte langtidshukommelsen til stedet (Rokstad, 2008).

Ved å bruke et spabad kan man tilrettelegge miljøet rundt, slik som miljøbehandling går ut på. Ved å senke lyset, bruke ulike dufter og musikk, skaper vi en avslappet situasjon og følelsen av badet kan oppleves som behagelig.

5.4.4 Musikkbehandling

Kåre Larsen har tidligere vært svært glad i musikk, noe vi kan benytte oss av i behandlingen. I stellsituasjon kan vi både snakke om musikk han har interessert seg for, og i tillegg lytte på musikken. Ved bruk av musikk kan man vekke minner fra tiden før han ble syk med Alzheimers sykdom, samtidig som vi også her kan legge vekk fokuset på stellet. Under stellet kan vi snakke om musikk sammen med han, synges sanger sammen og benytte oss av CD-spiller under stellet. Fra egne erfaringer ser vi at musikk kan gi for mye stimuli for enkelte pasienter, men vi synes allikevel det er viktig å forsøke denne metoden, siden Kåre tidligere

har hatt store interesser for musikk. Vi kan spørre Kåre selv, eller pårørende dersom han ikke selv er i stand til å svare, om hvilke type musikk han har likt før. Dersom vi opplever at det blir for mye stimuli for Kåre, må vi forsøke andre alternativer (Rokstad 2008).

Dersom vi skal bruke musikk i behandlingen av Kåre, er det viktig at vi bruker positiv musikk som skaper gode følelser. Mye musikk er veldig følelsesladet, og det er viktig at vi ikke forårsaker negativ stemning og vonde minner. Rokstad (2008) skriver at målet med musikkbehandling er å stimulere til sosial deltakelse, redusere stress og uro, stimulere positive opplevelser og vekke minner.

5.4.5 Realitetsorientering

Som sykepleiere har vi dårlig erfaringer med bruk av realitetsorientering i arbeidet med personer med Alzheimers sykdom. Dette fordi personer med Alzheimer sykdom ikke lenger er situasjonsbevisste, og at realiteten da ofte preger de svært negativt. Tenkt å få vite gang på gang at for eksempel mor og far en død, og at dette er like nytt hver gang man blir fortalt det. Allikevel ser vi at dette kommer helt an på hvilket arbeid som skal gjøres. Vi stiller oss spørsmålet om vi skal bruke realitetsorientering som en del av miljøbehandling hos Kåre. Bruk av realitetsorientering kan fungere i noen situasjoner, mens i andre situasjoner kan det skape forverring. Dersom vi skal bruke realitetsorientering i stellstuasjonen må vi rette det mot at han har sår nedentil, og at vi informerer han om hvorfor og hvor viktig det er at vi gjør det vi gjør med han. Dersom han allikevel ikke er i stand til å forstå viktigheten av dette, ser vi det som unødvendig å bruke realitetsorientering. Dersom Kåre ikke forstår hva vi sier, kan dette være med på å skape dårlige relasjoner mellom oss som sykepleiere og Kåre. Når han ikke selv forstår at han har et sår og at det må pleies, kan han forstå det som at vi lyver til han, slik at dette forverrer stellsituasjonen enda mer. Wogn-Henriksen (2008) sier at personer med Alzheimers sykdom ikke alltid er oppdatert med hensyn til tid og sted, og at de tidvis kan miste oversikten eller erstatte manglende oversikt med egne antakelser, som kan være feil. Tidligere minner og referanser får større gjennomslagskraft, og enkelte ganger kan vrangforestillinger eller mistenksomhet oppstå.

6. KONKLUSJON

I denne oppgaven om Kåre har vi fokusert på hvordan vi ved hjelp av miljøbehandling kan redusere bruken av tvang i stellsituasjon, da pasienten er utagerende. På bakgrunn av dette må avgjørelser om hvilken miljøbehandling som er hensiktsmessig i ulike situasjoner, tas ut i fra skjønn. En god skjønn opparbeides gjennom erfaring, refleksjon og kunnskap. Vi må forsøke å utføre miljøbehandling i praksis, før vi kan si hva som er det beste.

Gjennom denne oppgaven har vi fått en dypere forståelse av hvilken betydning miljøbehandling har for bruken av tvang, til personer med demens i institusjoner. Gjennom oppgaven har vi vært gjennom flere måter og bruke miljøbehandling på, for å oppnå samhandling med pasienten, og dermed redusere bruken av tvang. Det er viktig å se pasienten som en ressurs og inkludere brukervedvirkning på de områder det er mulig, skape en relasjon samtidig som man skal ta vare på pasientens verdighet og integritet. Miljøbehandling er sett på som en måte å garantere for brukervedvirkning, og en vei tilbake i livet for pasienten. Ut i fra dette ser vi det som en god måte å få tak i behovene og ressursene til pasienten, oppnå samhandling og en strukturert hverdag for å redusere bruken av tvang.

Vi må bli kjent med pasienten som person og ikke bare en som er rammet av Alzheimer sykdom, da reaksjonen på miljøbehandling er individuell. Vi har den oppfatning av at sykepleierne må ha kunnskaper rundt Alzheimers sykdom, og miljøbehandling for å oppnå optimal effekt av behandlingen. Vi ser absolutt nødvendigheten av å ha fagkunnskaper og dyktige hender. Sykepleie handler om å hjelpe pasienten på alle områder. For å opparbeide oss kunnskaper må vi tørre å gå inn i utfordrende situasjoner, hvor vi tar lærdom av pasienten og tar utgangspunkt i dette samarbeidet. Alzheimers sykdom er en sykdom med visse karakteristika og den er progredierende. Vi som sykepleiere kan gjøre en forskjell ved å legge vekt på å bygge relasjoner til pasientene. Gjøre en forskjell ved å legge vekt på å bygge relasjoner, slik at grenselandet mellom frivillighet og tvang beveges i retning av pasientens delaktighet, kontroll og frivillighet.

Hvorfor miljøbehandling er en bedre behandlingsmetode for enkelte pasienter, mener vi det ikke finnes noen fasitsvar på. Men i likhet med Martinsen (2003) ser vi at hvordan vi forholder oss til hverandre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i det praktiske dagliglivet påvirker vår omsorg til hverandre. Omsorg viser seg gjennom vår praktiske

omsorg med ting og redskaper rundt oss. Disse bruker vi på bestemte måter sammen med andre, ut i fra en felles forståelse av helheten tingene inngår i. Omsorg er en sosial relasjon, det har med forståelse for andre å gjøre, samt at omsorgen må være ekte, sier Martinsen (Martinsen, 2003).

Vi har ikke funnet et konkret svar på problemstillingen vår, men ut fra det vi har lært gjennom denne oppgaven og egne erfaringer fra praksis, mener vi det er verdt å forsøke miljøbehandling for å redusere bruken av tvang. Selv om dette nødvendigvis fungerer hver gang, kan miljøbehandling redusere bruken av tvang. Dette ved at vi tar oss god tid, og blir kjent med pasienten og hans interesser, slik at vi kan bruke pasientens interesser og egne ressuser i behandlingen.

7. LITTERATUR

- *Brinchmann, B. S., (2008) De fire prinsippers etikk. (red.) *Etikk i sykepleien*. (2.utg., s.81-96) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Kap. 4 & 5.
- *Børli, Hans (1995) Samlede dikt. Oslo: Aschehoug
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 4 & 5.
- *Engedal, K., Haugen, P. K., & Brækhus, A (2009) *Demens - fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlag Aldring og helse.
- *Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., & Nygård, A. M. (2002) *Makt og avmakt - rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Lokalisert på: <http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?ItemID=2054>
- *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) (2012) Lokalisert på:
<http://www.lovdata.no/all/tl-19670210-000-001.html#2>
- *Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010) *Pleie og omsorg i grenseland mellom frivillighet og tvang*. Lokalisert på:
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>
- *Johansen, L., Smebye, K., L. (2008) Bruk av tvang i demensomsorgen. (red.) Rokstad, A.M., M & Smebye, K., L. *Personer med demens, møte og samhandling* (1.utg., s. 208-231) Akribe AS

- *Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2008) *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Kap. 2,4,7,9,13,15 & 18.
- *Kirkevold, Ø. (2005) *Bruk av tvang i sykehjem*. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1192223>
- *Landeweer, E.G M., Abma, A.A. & Widdershoven, G.AM (2011) *Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry*. Lokalisert på: <http://nej.sagepub.com/content/18/3/304.short>
- Lov om pasient- og brukerettigheter (2012) Lokalisert på: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>
- *Martinsen, K., (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlag.
- *Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>
- *Pryor, J. (2010) *Nurse create a rehabilitative milieu*. Lokalisert på: <http://ovidsp.uk.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?&S=OODKPKDJHIHFLLFJFNALLHOFGLJAA00&Complete+Reference=S.sh.46%7c10%7c1>
- *Rokstad, A-M., M (2008) Miljøbehandling. Rokstad, A.M., M (red.) *Personer med demens, møte og samhandling* (1.utg., s. 153-179) Akribe AS
- * Slettebø, Å., (2007). *Sykepleie og etikk*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Snoek, J. E., Engedal, K (2008) *Psykatri, kunnskap, forståelse, utfordringer*. Akribe Forlag

- *Solheim, K., (2009) *Demensguide, holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Stordalen, J., (2009). *Den usynlige fare- smittevern og hygiene*. 4.utg. Bergen fagbokforlaget. Kap. 1.
- Wogn-Henriksen, K (2008) Kommunikasjon. Rokstad, A.M., M (red.) *Personer med demens, møte og samhandling*. (1. utg., s. 88-112) Akribe AS

Vedlegg 1

- PICO- SKJEMA

Et godt spørsmål beskriver:

- **P** 1. Hvilket mennesker handler det om (hvilken populasjon/pasientgruppe/problem)?
- **I** 2. Hvilken intervensjon/hvilke tiltak er vi interessert i?
- **C** 3. Hvilke alternative tiltak kan vi sammenlikne med?
- **O** 4. Hvilke effekter er av særlig interesse?

Pasient/populasjon/problem HVEM?	Intervensjon/initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT
Beskrivelse av type pasient	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativ finnes til tiltakene	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?
- Alzheimer disease in care situation	- Milieu therapy	- Coercion - Ethics	- Avoid the use of coercion - Avoid patient's negative behavior