



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og idrettsfag

Anne Berit Kørre og Julia Vermund

Ord: 9206

Veileder: Anne Høgstad With

Den hårfine grensen mellom frivillighet og tvang.

The thin line between voluntary and forced

Bachelor i sykepleie 6. semester

Bacheloroppgave i sykepleie 4AVS304

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket: JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage: JA NEI

Hva ser du søster....

Hva ser du søster i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
litt griset og rotet hvor hun har ligget.
Hun snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, har dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øynene opp og SE - der er mer!
Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er,
den gamle damen som ligger her.

Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!
Jeg er ungmø på 16 med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn.
Jeg er mor med små barn, jeg bygger et
hjem,
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser med gråt og med latter.
Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene og nyter freden
og trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer
og bringer uro og latter hver sommer.
Så dør min mann, jeg blir ensom med
sorgen
og sitter alene fra kveld til morgen,
for barna har egne barn med hjem
det er så mye som opptar dem.

Borte er alle de gode år,
de trygge, glade og vante kår.
Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot, blir snart tatt fra
meg.

Ryggen blir bøyd og synet svikter -
jeg har ikke krefter til dagens plikter.
Mitt hjerte er tungt og håret grått.
Med hørselen skranter det også smått.
Men inne bak skrøpeligheten finnes
det ennå så meget vakkert og minnes;
barndom, ungdom, sorger og gleder,
samliv, mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned
så synger allikevel minnene med.

Men det som er aller mest tungt å bære
er det at EVIG kan INGENTING være!

Hva ser du søster? - En tung og senil
og trett gammel skrott? - Nei.
Prøv en gang til!
Se bedre etter - alt som du kan finne;
et barn, en brud, en mor, en kvinne!
Se meg som sitter der innerst inne!
Det er MEG du må prøve å se - og finne

Forfatter ukjent. Lokalisert på www.ndla.no

Innhold

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.	5
1.2 Oppgavens hensikt med problemstilling	6
1.3 Avgrensning av problemstilling og begrepsforklaring	6
1.4 Oppgavens oppbygning	8
2.0 Metode.....	9
2.1 Beskrivelse av metode	9
2.2 Fremgangsmåte.....	9
2.3 Metodens kildekritikk, validitet og reliabilitet.	11
2.4. Ethiske overveielser.....	11
3.0 Teori.....	12
3.1 Hva er demens?	12
3.1.1 Demens ved Alzheimers sykdom	12
3.1.2 Grader av demens	13
3.1.3 Ulike typer demens	14
3.2 Diabetes	15
3.2.1 Senkomplikasjoner på grunn av dårlig regulert diabetes.....	15
3.3 Vurdering av samtykkekompetanse.....	16
3.3.1 Helsepersonelloven og dokumentasjon	17
3.4 Kommunikasjon og relasjoner.....	17
3.5 Ethiske problemstillinger.....	19
3.5.1 De fire prinsippers etikk	20
3.5.2 Konsekvensetikk.....	20
3.5.3 Pliktetikk.....	21
3.5.4 Nærhetsetikk.....	21
3.5.5 Autonomi og paternalisme.....	21
3.6 Sykepleieteoretikere	22
3.6.1 Joyse Travelbees sykepleieteori.....	22
3.6.2 Dorothea Orems egenomsorgsteori	23

4.0 Drøftingsdel	24
4.1 Hvordan møte en pasient med Alzheimer sykdom på en omsorgsfull måte	24
4.1.1 Relasjoner til pasienter med Alzheimer sykdom	25
4.2 Hvordan kan sykepleieren gripe inn i pasientens liv for å forhindre komplikasjoner i forhold til andre sykdommer?.....	28
4.3 Hvordan ivareta pasientens autonomi versus paternalisme	31
5.0 Konklusjon	33
Litteraturliste	35

1.0 Innledning

Vi er to sykepleiestudenter som nå skal skrive bacheloroppgaven. Høgskolen i Hedmark ga tre ulike temaer som vi kunne velg blant, og vi valgte temaet ”Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom”.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Underveis i utdanningen har vi møtt pasienter med demens sykdom både på institusjon og i hjemmebasert omsorg og vår erfaring er at mange sykepleiere er usikre på hvordan de skal møte pasienter med demens, som motsetter seg helsehjelp. Etter å ha diskutert litt i forhold til vår erfaring med personer med demens kom vi frem til at vi ønsket å gå dypere inn i dette temaet.

Vi har valgt å fokusere på en pasient med en mild til moderat grad av Alzheimer sykdom som vi har møtt i praksis i hjemmesykepleien. Dette er en en pasient som bor hjemme og har besøk fra hjemmesykepleien to ganger per dag for å få hjelp til personlig hygiene, hjelp til kontroll av blodsukkeret på grunn av diabetes type 2 og oppfølging av næringsinntak og tabletter. Utfordringen er at pasienten ikke har insikt i sin Alzheimer sykdom og takker høflig nei til all hjelp. Hun sier at det er koselig at vi kommer innom, men at hun heldigvis er så klar i hodet at hun klarer å ivareta sin behov selv. Dette oppleves vanskelig og blir et etisk og faglig dilemma. Lov om pasientrettigheter § 4 A-1 sier:

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett (Helsedirektorater, 2008).

Ettersom pasienten motsetter seg hjelp er det vanskelig å ha kontroll på om hun tar medisinen sine hver dag, om blodsukkeret hennes er stabilt og om hun husker å måle det hver dag. I tillegg er vi usikre på hvordan huden hennes er, er den hel og uten sår med tanke

på eventuelle sår som komplikasjon til hennes diabetes type-2. Pasienten har fortsatt sin samtykkekompetanse som gjør det vanskelig å gripe inn uten at det blir tvang.

1.2 Oppgavens hensikt med problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å belyse hvordan vi som sykepleiere kan løse etiske dilemmaer uten at pasienten kjenner seg krenket. I møte med pasienter med Alzheimer sykdom er det å være bevist på hvordan man kommunisere både verbalt og non-verbalt viktig for å få til en åpen og tillitsskapende relasjon slik at den Alzheimer syke opplever å bli sett og respektert som den han er. Å dokumentere den pleien vi gir er viktig for å sikre at alle gjør likt, på den måten får man kontinuitet i pleien.

Ut i fra vår presentasjon av pasientcase ønsker vi å belyse følgende spørsmål i denne oppgaven:

- Hvordan kan vi møte pasienten på en omsorgsfull måte, og skape en god relasjon uten at pasienten føler maktesløshet?
- Hvordan kan sykepleieren gripe inn i pasientens liv for å forhindre komplikasjoner?

Ut fra disse spørsmålene blir vår problemstilling:

Hvordan kan man gi helhetlig sykepleie til pasienter med Alzheimer sykdom, som motsetter seg hjelp uten bruk av tvang.

1.3 Avgrensning av problemstilling og begrepsforklaring

Vi har valgt å skrive om en hjemmeboende pasient med Alzheimer sykdom, og vi ønsker å legge vekt på hvordan vi kan bygge en god relasjon med denne pasientgruppen. Det finnes mange ulike typer av demens sykdom, men i vår oppgave har vi valgt diagnosen Alzheimer.

Ettersom vår pasient fortsatt bor i egen bolig har vi valgt å legge fokus på den milde til moderate fasen av sykdommen. Pasientens diabetes vil ikke være i hovedfokus i oppgaven, men vi har valgt å ta med noe om dette fordi om vi ikke får gitt helhetlig pleie så kan denne sykdommen gi mange komplikasjoner senere. Vi nevner kort om kommunikasjon fordi det er viktig å dokumentere den omsorgen vi gir for å sikre kontinuitet i pleien.

Tvang: Det er endel usikkerhet rundt hva tvang egentlig er, og hva som ligger i dette begrepet. En enkel måte å definere tvang på er å si at tvang er “fravær av samtykke” (Rokstad & Smebye, 2008).

En annen definisjon på tvang er gjort av sykepleier og dr. Philos Øyvind Kirkevold han definerer tvang slik:

Tvang er redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp fysisk holdning ved undersøkelse og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler og tilsetning av medisiner i mat og drikke- som utøves daglig eller av og til, Rokstad, s. 208-209 (referert i Kirkevold, 2005, s. 1346).

Helhetlig sykepleie: Med helhetlig sykepleie mener vi at vi må se hele mennesket og ikke bare se sykdommen eller funksjonssvikten, men vi må også se ressurser og behov (Fjørtoft, 2006, s. 182).

Motsetter seg helsehjelp: Med det mener vi at pasienten ikke ser konsekvensen av å nekte å ta imot helsehjelpen og at vi må gripe inn for å forhindre en større helseskade (Lov om pasientrettigheter, 2008).

I NOU 1992:8 er helsehjelp definert på følgende måte:

«Med helsehjelp menes enhver tjeneste som noen trenger på grunn av sykdom, skade, funksjonshemming eller graviditet, eller for å forebygge slike tilstander og som helsevesenet er nærmest til å gi.

Alzheimers sykdom: Defineres i kapittel 3.1.

1.4 Oppgavens oppbygning

Videre i oppgaven i kapittel 2.0 forklarer vi hva metode er og går inn på den metoden vi anvendte for å løse oppgaven. Vi vil vise fremgangsmåten for hvordan vi søkte etter litteratur, og hvilken type litteratur vi har brukt. I vurderingen av litteraturen vil vi være kritiske.

I kapittel 3.0 presenterer vi relevant teori for vår oppgave og det kommer også en kort presentasjon av de to sykepleieteoretikerne vi har valgt. Vi vil drøfte noen punkter i dette kapittelet der vi finner det naturlig.

I kapittel 4.0 kommer drøftingsdelen som er hoveddelen av oppgaven. Her vil vi vise vår kunnskap og forståelse av teorien og komme med egne erfaringer knyttet til den teorien vi trekker fram.

I det siste kapittelet 5.0 vil vi komme frem til en konklusjon der vi samler trådene i vår oppgave.

2.0 Metode

I metodedelen vil vi vise fremgangsmåten vi har benyttet for å få svar på oppgavens problemstilling. Som hjelp til å skrive denne delen har vi valgt å ha Olav Dalland (2007) sin bok “Metode og oppgaveskriving for studenter” som et hjelpemiddel.

2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie.

Olav Dalland (2007) sier noe om hva et litteraturstudium er:

Litteratur er et viktig grunnlag i alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til (Dalland, 2007).

Metoden forteller oss hvordan vi bør gå frem for å finne kunnskap. Dalland (2007) har med et sitat fra Vilhelm Aubert hvor han beskriver hva metode er med disse ordene:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode (1985:196) (Dalland, 2007).

2.2 Fremgangsmåte

Til å skrive denne oppgaven har vi benyttet oss av pensumbøker, vi har også lånt noen bøker fra biblioteket, en del bøker har vi også lånt av en geriatrisk sykepleier. Vi har også benyttet oss av en del forsknings og fagartikler som vi har søkt etter i ulike databaser.

Pensumbøkene vi har benyttet oss av har vi ikke vurdert da vi har sett på disse som en sikker litteratur kilde fordi de er anbefalt av Høgskolen i Hedmark. Det er mye forskning på området derfor har vi valgt ut nyere litteratur, dette ser vi på som en styrke for vår oppgave.

Den egenvalgte litteraturen har vi vurdert kritisk og funnet troverdig. En bok vi har benyttet oss mye av er "Demensboka- Lærebok for pleie- og omsorgspersonell " som er skrevet av Vigdis D. Berentsen. Hun har også skrevet kapitlet om kognitiv svikt og demens i pensumboken "Geriatrisk sykepleie", derfor vurderte vi hennes bok som en sikker og relevant kilde. En annen bok vi har funnet troverdig er boken "Møte og samhandling " av Rokstad og Smebye. Denne boken ble vi anbefalt av en geriatrisk sykepleier, vi fikk tips om en fagartikkel fra vår veileder som også er skrevet av Rokstad. Derfor vurderte vi denne boken som en sikker kilde.

Når vi skulle søke etter forskningsartikler søkte vi i ulike databaser, men først og fremst i helsebiblioteket. Søkeordene vi benyttet oss av var: Tvang, Force, Dementia, Demens, bruken av tvang, tvang + hjemmesykepleie, Alzheimer og bruk av tvang og helhetlig sykepleie.

Fra tidligere oppgaver vet vi at sykepleieforbundets side sykepleien.no har troverdig forskning, derfor valgte vi også å søke etter forskningsartikler der. Vi gikk da inn på forskningsarkiv og anvendte søkeordet demens og tvang, vi fikk da opp en artikkel som vi har benyttet mye til å skrive vår oppgave. Tittelen på denne artikkelen var Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang, skrevet av Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde.

Vi søkte også i British Nursing index hvor vi brukte søkeordene; dementia, force, home care og nursing homes. Vi fikk da treff på en artikkel "A study into the use of restraint in nursing homes in Norway", men vi fikk ikke opp denne i fulltekst. Vi sendte da en mail til forfatteren Øyvind Kirkevold og fikk raskt svar, han sendte da allt han hadde av materiale om bruken av tvang til demente. Han sendte oss mye relevant litteratur, men det vi har benyttet oss av er den artikkelen vi ønske å få i fulltekst, da den var mest passende til vår oppgave.

Vi har også benyttet oss av tre fagartikler da de kunne belyse det faglige i vår oppgave.

2.3 Metodens kildekritikk, validitet og reliabilitet.

Når vi har skrevet denne oppgaven har vi først og fremst benyttet oss av nyere litteratur. Vi har i hovedsak brukt primærlitteratur som i følge Dalland (2007) er både originale og teoretiske artikler. Noe av litteraturen vi har benyttet har vært sekundærlitteratur som er tolkning av andres arbeid.

Dalland (2007) mener at kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr at vi må vurdere de kildene vi har benyttet oss av med et kritisk øye, både den egen valgte litteraturen og fag- og forskningsartiklene. Høgskolen i Hedmark har bestemt at vi kan benytte oss av pensumlitteratur og vi ser da på denne teorikilden som troverdig.

Dalland skriver i sin bok at lærebøker sjelden er tilstrekkelig som litteratur når vi når skal skrive en større oppgave derfor har vi også benyttet oss av en del selvvalgt litteratur.

Med metodens validitet mener Dalland at man må være kritisk til litteraturens relevans og gyldighet. Det Dalland skriver om vurderingen av kildens reliabilitet er at man må se på kildens pålitelighet, at målingene er utført korrekt og at eventuelle feilmarginaler er angitt.

2.4. Etske overveielser

Vi har i denne oppgaven skrevet etter APA standarden som er utformet av Høgskolen i Hedmark. Denne bacheloroppgaven og cacen er presentert på en slik måte at verken personnavn eller stedsnavn kan identifiseres.

3.0 Teori

Dalland (2007) skriver at teorier er hjelpemidler som vi kan bruke for å utvikle vår innsikt og for å kunne si noe om hvilket perspektiv vi har valgt i jobbe ut ifra. Det er i dette kapitlet vil vi danne et grunnlag for oppgaven, og det er her vi presenterer teorien og de ulike teoretikerne.

3.1 Hva er demens?

Demens kan defineres som en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og fører til svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til en sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg over tid (Berentsen, 2008, s.45 sitat fra Engedal og Haugen).

Ved en demens sykdom er det de kognitive, psykiske, atferdsmessige og motoriske symptomene som sier noe om hvilke deler av hjernen som er rammet (Berentsen, 2008). Årsaken til demens kan være både fysiske skader og sykdommer i hjernen. Symptomene ved demens utvikler seg over tid til pasienten dør av komplikasjoner til demenssykdommen eller av annen sykdom. Personer med demens sykdom har et mindre volum i hjernen enn det som er normalt hos eldre friske. Grunnen til dette er at det skjer et større substanstap enn ved normal aldring. Overflaterelieffet blir grovere og furene dypere og hjerneventriklene utvides på grunn av tap av hjerneceller (Berentsen, 2008).

3.1.1 Demens ved Alzheimers sykdom

Alzheimer sykdom er den mest vanlig av de degenerative hjernesykdommene som føre til demens. Norske, Svenske og Danske eksperter har etter omfattende litteraturstudier kommet frem til blant annet at:

«Alzheimer sykdom anses ikke for å være en sykdom, men en gruppe av ensartede sykdommer, et syndrom med variasjoner relatert til alder, årsaksmekanismer og arvelige faktorer»
(Berentsen, 2008, s.74).

Alzheimer sykdom kan ramme både yngre under 65 år og eldre over 65. De som rammes av sykdommen før 65 år får ofte tydeligere og mer omfattende symptomer enn de som rammes senere i livet. Redusert hukommelse, handlingssvikt, språkevnen og evne til å forstå blir betydelig svekket allerede tidlig i forløpet hos denne gruppen. De som rammes av Alzheimer senere i livet får også sviktende hukommelse, men dette utvikler seg da over lengre tid og kan ofte være det eneste symptomet i mange år, før pasienten får mer omfattende kognitiv svikt, psykologiske, motoriske og atferdsmessige symptomer (Berentsen, 2008).

3.1.2 Grader av demens

Det er viktig å være klar over at det finnes tre ulike grader av demens; mild, moderat og alvorlig.

Ved mild demens merker personen og dens pårørende at glemskheten får konsekvenser for hverdagen. Han kan glemme avtaler og klarer ikke lenger å følge med på klokka og kalenderen. Personen med demens kan ha vansker med å finne riktige ord og setningene kan mangle flyt. Personer med en mild grad av demens kan klare seg i hjemmet med tilrettelegging (Berentsen, 2008).

En person med en moderat grad av demens har i økende grad mistet taket på tilværelsen. Hukommelsen er nå blitt så dårlig at personen ikke lenger ser konsekvensen av valg han tar. Daglige aktiviteter som påkledning, stell og matlaging er blitt for komplisert til at han klarer det selv. Videre så blir evnen til å ordlegge seg og forstå det som blir sagt vanskelig. Dette skaper kommunikasjonsvansker. Dette kan for personen med demens føre til angst og depresjoner, fortvilelse og engstelse og noen kan derfor reagere med sinne. I denne fasen kan det også oppstå psykotiske symptomer, hallusinasjoner og generell uro (Berentsen, 2008).

Ved alvorlig grad av demens har pasienten fått så dårlig hukommelse at han bare kan huske bruddstykker fra tidligere i livet, han husker heller ikke hvem han er i familie med og kjenner

ikke alltid igjen ansikter eller stemmer til sine nærmeste. Tid, sted og situasjoner er borte og ordforrådet er svært begrenset. De opplever kaos og mangler evnen til å sortere stimuli, derfor er det vanskelig å si om de kan tolke syns, -hørsels og taktile inntrykk. En alvorlig grad av demens fører til en handlingssvikt og det fører også til at personen blir inkontinent for både urin og avføring, og de får og problemer med å styre bevegelser. Når sykdommen har kommet så langt vil de være avhengig av helhetlig pleie og omsorg døgnet rundt, og med det mener vi at de trenger hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov slik som ernæring, søvn og hvile (Berentsen, 2008).

3.1.3 Ulike typer demens

Demenssykdommer deles inn i tre grupper: degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens (Berentsen, 2008).

Ved degenerative hjernesykdommer tilbakedannes og dør cellene i hjernen. Etter hvert som hjernecellene dør kommer symptomene som er karakteristiske for område som er skadet. Den mest vanlige av disse sykdommene er Alzheimer som er omtalt tidligere.

Vaskulær demens skyldes sykdommer i hjernens blodkar. Både små og store hjerneslag og andre sykdommer i hjernen kan gi demens. Hvor i hjernen skaden sitter er avgjørende for sykdomsbildet (Berentsen, 2008).

Sekundær demens oppstår som en følge av andre sykdommer. Det kan være etter langvarig og ubehandlet vitamin B12- mangel, normaltrykkshydrocefalus, langvarig og stort alkoholforbruk, hjerneskadener, svulster og encefalitt forårsaket av herpesvirus (Berentsen, 2008).

3.2 Diabetes

Type 2 diabetes (ofte kalt for aldersdiabetes) krever ikke insulinbehandling og skyldes en kombinasjon av nedsatt følsomhet for insulin og en viss insulinmangel. Det betyr at de har en viss insulinproduksjon men ikke nok til og blodsukkeret stabilt. Denne type diabetes opptrer som regel etter 40-årsalder og hyppigheten av denne sykdommen øker med stigende alder. Mange som får denne type lidelse er overvektige, har et forhøyet blodtrykk og forstyrrelser i blodfettstoffene. Dette fører til at de er ekstra utsatt for ulike typer åreforkalknings sykdommer som hjertekrampe, hjerteinfarkt, hjerneslag, og nedsatt perifer sirkulasjon (Jacobsen et al., 2009). I følge fagartikkelen “type-2 diabetes og demens”, Kvam, (2011) lokalisert på nhi.no har eldre med type-2 diabetes dobbelt så stor risiko for å utvikle kognitiv svikt og demens sykdom.

3.2.1 Senkomplikasjoner på grunn av dårlig regulert diabetes

Mange pasienter som har hatt diabetes over flere år er utsatt for en rekke senkomplikasjoner som en følge av sykdommen. Pasienter med en type 2- diabetes kan oppleve forandringer i skarpsynområde, noe som kan gjøre det vanskelig å lese, selv om det ikke direkte truer synet. Nerveskader er noe diabetespasientene er utsatt for å få. Mest vanlig er perifer distal, symmetrisk sensorisk nevropati. Dette gir nedsatt følelse i beina, parestesier i føttene og eventuelt også i hendene. Faren ved dette er at det kan gi nedsatt følelsessans, noe som kan føre til små sår, særlig i føttene, som ikke vil gro og som gjerne vil utvide seg. Videre er diabetikere utsatt for åreforkalking og har en økt forekomst av hjerteinfarkt, hjerneslag og dårlig sirkulasjon i beina. Dette gjelder spesielt for de med en type 2- diabetes og de med type 1 som har utviklet en nyreskade. Dette er vanlige dødsårsaker hos de med diabetes, og det er derfor viktig å behandle høyt kolesterol og blodtrykk (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009).

Diabetiske fotsår er en annen lidelse som fort kan oppstå hos diabetespasienter. Det er kombinasjonen av nerveskader og nedsatt blodsirkulasjon som forårsaker slike sår. Typisk for

slike sår er at de ofte gror veldig dårlig og er langvarige, i enkelte tilfeller kan beinet måtte amputeres. Viktig å vite at mange av disse komplikasjonene kan unngås ved god regulering av blodsukkeret (Jacobsen et al., 2009).

3.3 Vurdering av samtykkekompetanse

Bestemmelsene i kapittel 4A i pasientrettighetsloven har som formål å sikre at pasienter uten samtykkekompetanse får den nødvendige helsehjelpen de har krav på. Det er helsepersonellet som gir helsehjelpen som må vurdere om pasienten har en manglende samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2008).

Det er viktig å vite at før vi kan gi helsehjelp til en pasient som motsetter seg hjelp må det ha vært prøvd tillitsskapende tiltak så sant vi ikke vet at det er formålsløst å prøve dette. Den helsehjelpen som vi gir skal være tilrettelagt med tanke på respekt for den enkelte pasients fysiske og psykiske integritet, og være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett (Helsedirektoratet, 2008).

Samtykkekompetansen kan også falle bort på enkelte områder og ikke nødvendigvis på alle, og derfor skal alltid samtykkekompetansen vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. For at en pasient skal miste sin samtykkekompetanse må det være klart at pasienten ikke er i stand til å forstå grunnen for at helsehjelpen blir gitt, og at han heller ikke forstår konsekvensen det gir at han motsetter seg hjelpen. Er helsepersonell i den minste tvil på dette punktet skal pasienten ha rett til å samtykke eller til å nekte å motta behandling (Helsedirektoratet, 2008). I pasientrettighetsloven § 4-1 siste ledd i står det at pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Om pasienten velger å gjøre dette er det vår plikt som helsepersonell å gi pasienten nødvendig informasjon som er av betydning av at helsehjelpen ikke blir gitt (lokalisert på lovdata.no).

3.3.1 Helsepersonelloven og dokumentasjon

Som sykepleiere har vi en plikt til å dokumentere relevant og nødvendig informasjon om pasienten og den helsehjelpen vi yter. I tillegg skal vi dokumentere nødvendige opplysninger for å oppfylle meldeplikten eller opplysningsplikten fastsatt i lov. Det er lov om helsepersonell og lov om pasientrettigheter som danner de juridiske rammene for sykepleierdokumentasjon. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er etisk veiledende når det gjelder å dokumentere sykepleie. Det vi dokumenterer skal gi et bilde av pasienten sin situasjon og hva som skjer i pleie og behandlingsforløpet (Dahl, Heggdal, Standal, 2005).

Dokumentasjonen har til hensikt å sikre pasientens sikkerhet, sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleie og behandling. Pasientdokumentasjonen/pasientjournalen er et juridisk dokument og skal dokumenter og synliggjøre det faglige ansvaret. Videre skal sykepleiedokumentasjon synliggjøre vårt bidrag i behandlingsforløpet og vår verdifulle, kliniske erfaringskunnskap (Dahl, Heggdal & Standal, 2005).

Pasientjournalen er et arbeidsredskap og et kommunikasjonsmiddel mellom ulike grupper helsepersonell, derfor må vi være beviste på det språket vi bruker slik at dokumentasjonen gir et riktig og relevant bilde av pasientens situasjon. I journalen skal vi beskrive hva vi faktisk har gjort slik at den gjenspeiler kontinuitet og viser at sykepleien er planlagt og systematisk gjennomført. Det er fem ledd sykepleieprosessen som må dokumenteres for å sikre en helhetlig sykepleie, da tenker vi på: datasamling, problemformulering, målsetning, sykepleietiltak og evaluering av pasientens tilstand sett i relasjon til sykepleietiltakene og forordnede tiltak som er iverksatt. (Dahl, Heggdal & Standal, 2005).

3.4 Kommunikasjon og relasjoner

Å kommunisere med pasienter med demens sykdom kan være utfordrende. Pasienter med demens kan ha problemer med å forstå ordene vi sier og de kan ha problemer med å uttrykke seg. Forstår ikke pasienten med Alzheimer sykdom hva vi prøver å formidle kan det føre til angst og utagering. Når vi skal kommunisere med en person med Alzheimer er det derfor

viktig at vi er bevist hvordan vi ordlegger oss og hva vi formidler gjennom kroppsspråket. Personen med Alzheimer vil heller ikke kunne forstå en vits eller et budskap med overført betydning. Vi som sykepleiere må derfor uttrykke oss konkret, tydelig og kortfattet (Berentsen, 2008).

For å få til en god kommunikasjon og relasjon med pasienten med Alzheimer er det vesentlig å ha kartlagt hans kommunikasjonsevne. Det er også viktig å forsikre seg om at pasienten ser og hører (bruker han briller, høreapparat?) Både problemer, behov og ressurser må vurderes for at kommunikasjonen skal bli vellykket. Det er vi som hjelpere som må tilpasse kommunikasjon med den enkelte pasient og gjøre det med respekt og ærlighet. Vi må være bevisste på at vi skal snakke/kommunisere med pasienten, og ikke om han. Andre ting som vi må legge vekt på i kommunikasjon med denne pasientgruppen er vårt eget tempo. Vi er ofte stresset og har et høyt tempo, noe som kan skape forvirring og desorientering hos personer med demens. Det å roe ned både kroppsspråket og det verbale språket er derfor nødvendig slik at pasienten får tid til og svare (Berentsen, 2008).

Når man skal bygge opp en trygg og god relasjon med pasienten kan enkelt minnearbeid være en god metode. Hensikten med denne type kommunikasjon er at pasienter med Alzheimer sykdom får en bekreftelse på hvem han har vært og er. Å få oppleve gode minner kan gi pasienten en følelse av fellesskap og gjensidighet og gi dagen et godt innhold. En viktig forutsetning for at det skal oppleves godt for pasienten er å kjenne til pasientens livshistorie slik at en ikke kommer inn på historier og minner som kan oppleves som sårt og vondt for pasienten (Berentsen, 2008).

Validering har til hensikt å la pasienten med Alzheimer få oppleve verdighet og en følelse av å være verdifull. Når man bruker validering i møte med denne pasientgruppen så er det å lytte til det pasienten sier uten å korrigere følelsesutbrudd og prøve å forstå det pasienten uttrykker gjennom språket eller sin atferd viktig. Valideringen nedtoner betydningen av at demens er en hjerneorganisk sykdom og blir kritisert for dette, men i enkelte situasjoner kan denne metoden anvendes til det beste for pasienten (Berentsen, 2008).

Realitetsorientering ble introdusert for å motvirke at personer med demens trakk seg tilbake fra det sosiale liv, tanken var at realitetsorienteringen kunne trekke dem tilbake til virkeligheten. En slik form for realitetsorientering ble en brutal og vond opplevelse for pasienten med demens. I dag så realitetsorienteres pasientene på en annen og mer skånsom måte ved at personalet legger forholdene til rette ved å sette opp skilt, orienteringstavler, kalendere og klokker på avdelingen (Berentsen, 2008).

3.5 Etske problemstillinger

I møte med pasienter med Alzheimers sykdom er etiske refleksjoner en del av hverdagen til en sykepleier. Det å finne ut hva som er rett og galt der det ikke finnes et klart og entydig svar er vanskelig og utfordrende. Den avgjørelsen som blir tatt skal være besluttet ut fra hva som er til pasientens beste og være basert på at pasienten har en iboende verdighet som gjør han like verdifull som ett hvert annet menneske, pasientens autonomi skal ivaretas så sant det er lar seg gjøre (Berentsen, 2008).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er en hjelp på veien når slike etiske problemer oppstår, der står det blant annet:

Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

For at personer med demens skal kunne være med å ta kompetente avgjørelser er det nødvendig at det er gitt tilstrekkelig med informasjon og at informasjon er gitt på en slik måte at pasienten kan klare å forstå informasjonen og veie den opp mot sine ønsker (Helsedirektoratet, 2008).

Å kunne gi god hjelp til en pasient med Alzheimer sykdom bygger på prinsippene om medbestemmelse og individualisering og at vi som sykepleiere kan sette oss inn i situasjonen.

Å gi hjelp på pasientens prinsipper vil kunne føre til redusert bruk av tvang og uønskede tiltak, Rokstad et.al, (2008).

3.5.1 De fire prinsippers etikk

Innen etikken er det fire prinsipper som står sentralt, disse prinsippene er viktige når man skal løse kompliserte etiske spørsmål. De fire etiske prinsippene som også er det etiske rammeverket er: autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet (Brinchmann, 2010).

De fire prinsippene defineres slik;

- Autonomi er plikten til å respektere alle autonome personers beslutninger.
- Velgjørenhet er plikten til å gjøre godt mot andre.
- Ikke skade er plikten til og ikke skade andre.
- Rettferdighet er plikten til å behandle alle tilfeller likt, og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2010).

Vi er forpliktet til å følge et prinsipp som vi i utgangspunktet tilegger stor vekt, med mindre det oppstår konflikt mellom dette prinsippet og ett eller flere andre prinsipper. Da må de ulike prinsippene avveies og balanseres i forhold til hverandre. Man må vurdere prinsippene opp mot hverandre (Brinchmann, 2010).

3.5.2 Konsekvensetikk

Konsekvensetikk retter seg mot evnen til å kunne vurdere hvorvidt ens handlinger i alle tilfeller lar seg etisk forsvares i lys av alle mulige konsekvenser, og om ens beslutninger lar seg moralsk forsvares. Når det gjelder spørsmålet om tvang er konsekvensetikk veldig viktig og det som bør stå i sentrum for den etiske vurderingen. Når det gjelder konsekvensetikk og tvang skriver Eide & Eide (2010) i sin bok at man alltid skal spørre seg selv om “hva som vil være til pasientens beste?”.

3.5.3 Pliktetikk

Pliktetikken kan ses i sammenheng med ikke skade prinsippet. I pliktetikken er det selve handlingen som står i fokus, helt uten å ta hensyn til de gode eller onde konsekvensene. I følge pliktetikken kan slike plikter for eksempel være plikter som: alltid å snakke sant, alltid innfri sine løfter, alltid hjelpe ett menneske som er i nød og aldri drepe. I følge pliktetikken er det disse pliktene som er riktige, skriver Hummelvoll (2010). Videre skriver han at “En handling er god om den utelukkende baseres på individets pliktfølelse. Og ikke på lysten til å gjøre en god gjerning eller til egen nytte eller vinning. Et ordtak som passer inn under pliktetikken er *“du skal være mot andre som du vil at de skal være mot deg”*, Hummelvoll (2010).

3.5.4 Nærhetsetikk

Den nære relasjonen mellom sykepleier og pasient er utgangspunktet for etiske handlinger og det er dette nærhetsetikken legger vekt på, Rokstad (2008). Hovedpoenget i nærhetsetikken er at man skal være oppmerksom på det som er spesielt i hver enkelt situasjon og ved hvert enkelt møte. Nærhetsetikken gir ingen konkrete anvisninger for handlingsvalg i vanskelige situasjoner, og som sykepleier får man ingen råd om hvordan man skal handle eller opptre ut fra nærhetsetikken, (Brinchmann, 2008).

3.5.5 Autonomi og paternalisme.

I følge Slettebø er autonomi et gresk og det består av to ord, auto som betyr selv og momos som betyr lov, styring, regulering. Aautonomi betyr altså selvregulering eller selvstyring.

Slettebø (2009) hevder at det ikke alltid er rett å bruke ordet selvbestemmelse innen medisinsk etikk. Hun mener at ordet medbestemmelse er det rette ordet å bruke.

Når vi påtar og tillater oss retten til å bestemme hva som er best og ikke for et annet menneske er dette en form for makt som kalles paternalisme. Denne formen for makt er ikke noe vi skal gjøre lettvindt. Den eneste grunnen vi har for å utøve paternalisme bør være for å forbygge skade, skriver Fjørtoft (2006). Man skiller mellom svak og sterk paternalisme. Med svak paternalisme må man ha et bevis på svikt i forhold til kompetanse eller frivillighet for å kunne få regulert adferd eller å ta avgjørelser på egne vegne. Om det er fare for at pasienten er utagerende og kan påføre andre skade er det sterk paternalisme (Slettebø, 2009)

3.6 Sykepleieteoretikere

Sykepleietoretikere legger hovedvekt på forskjellige sider ved sykepleie. De legger vekt på hva sykepleiere bør være oppmerksomme på i møte med den syke, og hvilke metoder som kan benyttes. I arbeidet med å skrive denne oppgaven har støttet oss til to sykepleieteorier som begge legger vekt på egenomsorgskapaisteten, og det mellom-menneskelige forholdet (Kristoffersen, 2008).

3.6.1 Joyse Travelbees sykepleieteori

Hverdagen for en sykepleier er ofte veldig hektisk. I denne oppgaven har vi hatt hjelp av å ta utgangspunkt i Joyse Travelbees sykepleieteori som legger vekt på det mellommenneskelige forholdet. Travelbee mener at man skal etablere et menneske til menneske forhold istedenfor å etablere et sykepleier til pasientforhold. En viktig egenskap for en sykepleier er å være vennlig og alltid ha gode intensjoner med sin pleie. Hun mener også at en sykepleier må sette seg inn i begreper, prinsipper, lover og regler og ha evne til å iverksette dette i praksis. For å kunne bli i stand til dette mener hun at en sykepleier må ha en dypgående innsikt i det å være et menneske. Forandring er noe som alltid inngår i sykepleiesituasjoner (Travelbee, 1999)

3.6.2 Dorothea Orems egenomsorgsteori

Dorothea Orems sykepleieteori retter seg mot forholdet mellom menneskets egenomsorgskapasitet og til de krav til vår egenomsorg som er nødvendig for at vi skal kunne fremme normal funksjon, velvære og helse. Hun mener at det er sykepleierens oppgave å kunne kompensere for pasientens egenomsorgsbehov om det er nødvendig, og at sykepleieren skal forsøke å utvikle pasientenes egenomsorg slik at de på best mulig måte skal kunne klare seg selv, skriver Kristoffersen, (2008).

4.0 Drøftingsdel

Dalland (2007) skriver at det å drøfte er å diskutere og granske noe fra forskjellige vinkler. Det er i denne delen man skal vise sine kunnskaper og hva man har lært og se hvordan dette henger sammen med kunnskapen som allerede eksisterer.

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte problemstillingen vår: **Hvordan kan man gi helhetlig sykepleie til pasienter med demens, som motsetter seg hjelp uten bruk av tvang.**

Vi vil belyse det etiske og faglige dilemmaet vi som sykepleiere opplever når pasienter med demens motsetter seg helsehjelp. Vi vil trekke inn den teorien vi har funnet og drøfte denne, for så å komme frem til en konklusjon.

For å kunne svare på problemstillingen vil vi se nærmere på hva sykepleiere må ha av kunnskaper om det å bygge opp en god relasjon til pasienter med demens og hva pasientrettighetsloven sier om bruk av tvang til pasienter som motsetter seg helsehjelp.

4.1 Hvordan møte en pasient med Alzheimer sykdom på en omsorgsfull måte

I møte med personer med Alzheimer sykdom er det viktig at sykepleiere møter de med en personorientert tilnærming. Dette betyr at fokuset skal ligge på personen og ikke på sykdommen (Rokstad et.al 2008).

Etter å ha vært i praksis i hjemmesykepleien, har vi lært at å møte pasienten med Alzheimer sykdom som den enestående personen han er, kan være et godt utgangspunkt for å skape et tillitsforhold. I dette legger vi at et menneske-til-menneske forhold skal være godt, konstruktivt og sikre at pasientens behov blir ivaretatt. Hvordan pasienten reagerer på måten vi møter han på er individuelt (Travelbee, 1999). Vår pasient er ei sosial og imøtekommende dame som setter pris på at vi kommer. Det er når vi kommer inn på at vi kan hjelpe henne med hennes personlige hygiene at vi møter motstand. Hvordan vi imøtekommer og takler dette er

avgjørende for om vi kan yte den nødvendige helsehjelpen. Der er i sånne situasjoner det er avgjørende at vi bruker våre kunnskaper om kommunikasjon og relasjonsbygging. Det å sette seg ned og vise at vi har god tid og ikke gi henne muligheten for å velge. Det er viktig at hun føler at det er hun som bestemmer og at det var henne eget valg å ta imot hjelpen vi tilbyr.

Joyse Travelbee mener at istedenfor å etablere et sykepleier pasientforhold, bør man heller etablere et menneske til menneskeforhold. I det legger vi at for å få til en god relasjon med pasienten må vi alltid mene vel med den pleien vi gir.

Denne teorien underbygges av Travelbees (1999) teori som sier at en sykepleier alltid må være vennlig og ha gode intensjoner med sin pleie, og at menneske- til- menneske forholdet er godt, konstruktivt og at den sykes behov blir ivaretatt. Dette er noe vi også ser i de fire prinsippers etikk, hvor ett av prinsippene er velgjørighet- plikten som sier at man skal gjøre godt mot andre. Dette er noe som vi sykepleiere alltid bør strebe etter (Brinchman, 2008).

4.1.1 Relasjoner til pasienter med Alzheimer sykdom

Det er ikke alltid like lett å bygge opp en god relasjon til den som er syk, noen tar imot oss og den pleien vi gir med åpne armer, mens andre er skeptiske og helst vil klare seg selv slik de har gjort i alle år. Etter å ha lest artikkelen, "Jeg vil ikke bli behandlet som en unge", har vi fått større forståelse for hvor viktig det er å skape gode relasjoner. I artikkelen står det at det som er den største etiske utfordringen er å klare å skape god kontakt med pasienten med Alzheimer sykdom. Etter å ha tilegnet oss kunnskap om emnet å bygge en relasjon med en pasient med demens sykdom, har vi lært at vi først og fremst må ta utgangspunkt i den individuelle pasientens situasjon, og pasientens kompetanse til å ta egne valg. Når vi skal kommuniserer med vår pasient er det viktig at vi er mentalt tilstede og at vi prøver å forstå og fange opp hennes svikt og observere både verbale og non-verbale signaler (Rokstad, 2008).

Å gi pleie til en hjemmeboende pasient med en mild grad av Alzheimer sykdom, krever at vi har gode kunnskaper om kommunikasjon. Mange med denne sykdom kan få redusert evne til å ordlegge seg og forstå det som blir sagt. Det finnes flere ulike kommunikasjons metoder,

som vi har omtalt i kapittel 3.4. Hvilken kommunikasjonsmetode man skal benytte er individuelt og må tilpasses den enkelte situasjon (Rokstad, 2008). Vi har erfart at mange legger for lite vekt på å få til en god kommunikasjon med den enkelte pasienten, og at de ikke klarer å se at det er viktig for å få til en god relasjon og et menneske- til menneskeforhold. Det mange skyller på er nok at det er for lite tid. At det i hjemmesykepleien er ofte blir lite med tid på hvert enkelt besøk er noe som lenge har vært et problem. Dette kommer tydelig frem i en avhandling om dette emnet som er skrevet av Dietrichsson (2011). Her kommer det tydelig frem at det er tidsbegrensningen som gjør at pleien ikke alltid blir tilstrekkelig og at det er pasientene dette går ut over. Det påpekes i denne avhandlingen at dette strider med verdighetsgarantien som skal sikre ivaretagelse av individuelle behov og samtaler om eksistensielle spørsmål.

Etter å ha vært i ulike praksiser har vi gjort oss noen tanker om hvordan vi vil kommunisere med denne pasientgruppen. Hvordan vi ordlegger oss er avgjørende for å få til en god relasjon med pasienten. Vi vil legge vekt på å prate til henne med en stemme og et toneleie som vi gjør med andre voksne som er "friske". Det å bruke ord og et toneleie som man ofte gjør til små barn gjør at man undervurderer og nedverdiger den som er rammet av Alzheimer sykdom. Vi har begge observert og hørt at enkelte sykepleiere prater som om det var små barn de kommuniserte med, det å si at de skal få på seg en smekke for at de søler på seg under et måltid, eller at nå skal vi gå på badet å stelle oss er unødvendig å si til voksne mennesker. I stedet kan vi si at de skal få en serviett eller at vi kan hjelpe de litt slik at de får stelt seg.

Når man skal gå inn i pasientens hjem er det viktig å møte henne med respekt og huske at man er gjest. Ved det første møtet gjør man en datasamling, hensikten med dette er å kartlegge og imøtekomme pasientens behov for sykepleie. Å dokumentere behovet for pleie og omsorg blir viktig for å sikre at alle gjør likt. Det er datasamlingen som utgjør grunnlaget for problemløsningen og behovet for sykepleie, og det er derfor viktig at denne blir gjort så korrekt og bra som mulig. I forhold til pasienter med Alzheimers sykdoms behov for sykepleie, kan det være bra å involvere pasientens nærmeste pårørende, ettersom de kjenner pasienten. Informasjonen fra pårørende kan være med på å kaste lys over de opplysningene som pasienten selv har opplyst om. Det vi som sykepleiere er interessert i når vi foretar en

datasamling er pasientens individuelle opplevelse av sin situasjon eller sykdom (Skaug & Andersen, 2005). Dette understrekes også av Dorothea Orems egenomsorgsteori som sier at for å avgjøre pasientens egenomsorgssvikt må vi sykepleiere kjenne til pasienten slik at vi kan kompensere for pasientens mangelfulle egenomsorgsevne (Kristoffersen, 2008)

Vår pasient mangler insikt i egen sykdom, derfor er det viktig å bruke god tid til å kartlegge og samle inn data. Det er nødvendig å etablere et gjensidig tillitsforhold. Det å iverksette tiltak er ofte en tidskrevende prosess, ettersom de ofte kan være skeptiske, det er da viktig at vi viser de respekt og at vi er til å stole på. At det er en kontinuitet på pleierne er et fundament i demensomsorgen (Fjørtoft, 2006).

I kommunikasjonsdelen har vi skrevet om å kommunisere og skape relasjon med en pasient med Alzheimer sykdom. Berentsen (2008) er en sykepleier med spesialutdanning i psykiatrisk og geriatrik sykepleie. Hun brenner veldig for det å bygge en god relasjon og kommunisere med pasienter med demens sykdom. Hun mener det kan være utfordrende å samarbeide med denne pasientgruppen fordi de lett kan misforstå hva vi sier, og på grunn av problemer med å uttrykke seg kan det lett oppstå konflikter og misforståelser. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere har god kunnskap innen dette emnet.

Når vi kommuniserer med personer med Alzheimer sykdom er det som nevnt tidligere ulike kommunikasjonsmetoder vi kan bruke. Uansett hvilken metode vi velger må vi være bevisste på å ta oss god tid å gi pasienten mulighet til å svare før vi går videre i samtalen. Det å være konkret og presis i formuleringen er viktig, likeså det med tonefall og kroppsråket. Noen ganger kan det å repetere det vi nettopp sa hjelpe pasienten til å oppfatte sammenhengen, mens andre ganger må vi kanskje ordlegge oss på to ulike måter (Berentsen, 2008)

I møte med mennesker med Alzheimers sykdom betyr dette at vi som sykepleiere må kjenne våre egne reaksjoner og evne, og forstå den andres opplevelser og hva som skjer i samspill med pasienten. For å forstå den som har en Alzheimer sykdom må vi prøve å finne en mening bak adferden og se på denne som en person som har følelser, tanker, sansevner og en opplevelse av seg selv som en person selv om dette ikke alltid er like lett å forstå (Rokstad, 2008).

I pasientrettighetsloven kapittel 4 A § 4 A- 3 *Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg*” står det: “ *Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette*”.

Pasienten som vi har brukt som et eksempel i vår oppgave er enda i et tidlig stadie i sin sykdom, men hun er ikke helt realitetsorientert. Hun har diabetes type 2 som kan gi mange senkomplikasjoner dersom vi ikke får være med å kontrollere sykdommen. For at vi skal få til en god kommunikasjon med pasienten kan det å ta utgangspunkt i Berentsens(2008) teori være et bra hjelpemiddel. Berentsen skriver at for å få til et bra samarbeid skal vi prate til pasienten og ikke over hodet på henne. Vi må være beviste på tempoet vi har og hvordan vi ordlegger oss. Det er viktig og ikke vise stress da dette er med på å skape forvirring og desorientering hos pasienten. Dette som Berentsen beskriver er noe som vi begge har opplevd i praksis. I forhold til tempo, kroppsspråk, ordvalg og stress er dette noe vi alltid må på være beviste på i samtalen med pasienten. Om vi kommer hjem til pasient og viser tydelig at vi er stresset, kan pasienten unnlate å be om hjelp, fordi de fleste ikke vil være til bryderi. Vi har opplevd å være stresset når vi kom hjem til en pasient, med det resultatet at vi ikke fikk hjulpet henne med personlig hygiene og ernæring fordi vi var stresset og ikke hadde god nok tid til å bygge opp en god relasjon til pasienten. Pleien må tilpasses den enkelte pasient, og vi må ha tid til å sette oss ned og samtale for å få til en trygg og god relasjon. Med vår pasient er det viktig at vi ikke gir henne valgmuligheter når vi skal hjelpe henne med å ivareta hennes grunnleggende behov, men istede prøver å veilede henne inn på dette slik at hun sier igjen med en følelse av at det var henne eget ønske (Berentsen, 2008).

4.2 Hvordan kan sykepleieren gripe inn i pasientens liv for å forhindre komplikasjoner i forhold til andre sykdommer?

For å forebygge komplikasjoner som følge av diabetes er det nødvendig at vi får gitt informasjon om hva som kan skje hvis hun motsetter seg nødvendig helsehjelp. Informasjonen som blir gitt må tilrettelegges slik at pasienter med demens kan ha mulighet til å forstå det

som blir sagt. Pasientrettighetsloven paragraf 4A-1 understøtter dette, der står det skrevet; *“helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett”*.

Vi har gjennom litteratursøkene våre funnet en fagartikkel som heter “Type 2 diabetes og demens” Kvam (2011), artikkelen sier at type 2 diabetes kan gi kognitive symptomer eller demens, og at god behandling er viktig for å forebygge demens. Det å ha et stabilt blodsukker er viktig for å forebygge komplikasjoner som for eksempel; sår- spesielt på beina eller UVI som kan føre til nyresvikt. Det blir derfor viktig at vi får fulgt opp pasienten med jevnlig kontroll av blodsukker og se til at ernæringen er riktig i forhold til reguleringen av dette, slik at hennes Alzheimer ikke utvikler seg videre.

Å vite hvordan en pasient med Alzheimer sykdom opplever å ha en slik diagnose er vanskelig å vite, men i en tidlig fase er det mange som prøver å dekke over den kognitive svikten og etter beste evne kompenserer for dette ved å lage seg systemer for å huske. Andre igjen ser ikke ut til å bry seg så mye om at de glemmer, kanskje fordi de ikke forstår at de er syke. Mange som får en demens diagnose kan i tillegg slite med depresjoner, både i tidlig fase av sykdommen men også i og sein fase. Som sykepleiere har en plikt til å gjenkjenne symptomer på en depresjon og som et hjelpemiddel kan vi for eksempel bruke en depresjonstest (Berentsen, 2008).). Yrkesetiske retningslinjer (2011), for sykepleiere understøtter dette, der står det at som *“sykepleiere har vi et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig”*.

Å jobbe med pasienter med Alzheimer sykdom kan nok mange ganger oppleves som en krevende og utfordrende jobb, og krever at sykepleiere har innsikt, tålmodighet og gode empatiske evner for å løse etiske dilemmaer som vil kunne oppstå. Det er lett å tenke at pasienter med Alzheimer sykdom mangler innsikt i egen sykdom og hverdag (Rokstad et.al, 2008).

Woods og Pratt (referert i Rokstad et.al, 2008) skriver at hvis man automatisk tenker at demente mangler innsikt i sin egen situasjon kan det føre til at den dementes autonomi og rett til å ta egne avgjørelser overkjøres, og andre mennesker da vil vise dem mindre respekt. Pasienter med en Alzheimer sykdom har som alle andre mennesker krav til å medvirke i beslutninger som omhandler dem selv, men det kan være krevende å få til i praksis. Med lov om pasientrettigheter kapittel 4A er vi forpliktet til å legge forholdene til rette for å unngå unødig bruk av tvang. Hvis vi får til at pasienten kan ha innvirkning på sin egen situasjon kan det styrke den demente pasientens selvfølelse og opplevelse av integritet og føre til økt trivsel og velvære. For å få til dette er det viktig at vi kjenner til pasientens livshistorie, verdier og interesser, og at vi støtter pasienten i hennes kamp om å få ha medvirkning i sitt eget liv. Vi må være gode til å observere de ikke verbale tegnene som kan vise om pasienten samtykker eller motsetter seg helsehjelp. Dette kan ofte være en bedre måte å handle på istedenfor og alltid følge velgjørenhetsprinsippet, skriver Burton (referert i Rokstad et.al, 2008). Istedenfor å alltid følge velgjørenhetsprinsippet kan det være rett å følge nærhetsetikkens prinsipper som bygger på samspillet mellom ulike individer, og som setter *jeg-du* forholdet i sentrum, Brinchmann (2010). Dersom man vektlegger følelsenes betydning, og har forståelse for pasientens situasjon vil det kunne føre til forebygging og redusert bruk av tvang (Rokstad et.al, 2008). I visse tilfeller er det også nødvendig å bruke svak paternalisme. Hvis vi unnlater å bruke svak paternalisme kan konsekvensene bli at dette fører til helseskade som for eksempel; urinveisinfeksjon, sår hud og sår som følge av dårlig regulert diabetes, underernæring og dårlig tannstatus, Hvis vi ikke sørger for at vår pasient har et stabilt blodsukker og får kontrollert dette så vil dette få store konsekvenser for henne, og føre til omsorgssvikt og ansvarsfraskrivelse (Rokstad et.al. 2008).

Vår erfaring er at bruk av tvang i demensomsorgen forekommer ofte. Årsaken kan være at helsepersonell har for lite kunnskap om lovverket, teori og faktakunnskap som regulerer muligheten til å bruke tvang. Personalets holdninger til pasienten er avgjørende for hvordan den mellommenneskelige relasjonen blir. Vi har i praksis opplevd at personalet ikke er oppmerksomme og lydhøre nok til pasienten, slik at pasienten blir utagerende og bruker vold mot personalet. Dette styrkes av forskning som har blitt gjort der de har intervjuet 60 pleiere på ulike sykehjem. Tittelen på forskningsartikkelen er "Pleie og omsorg i grenselandet mellom

frivillighet og tvang” (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Det denne artikkelen har fokus på er å beskrive hvilke typiske situasjoner som kan oppstå når man skal gi pleie og omsorg til pasienter som lider av en demens sykdom om de motsetter seg hjelp.

Resultatet av forskningen viste at det ofte var en uklar grense mellom frivillighet og tvang, og at frivillige situasjoner raskt kunne utvikle seg til det motsatte. Motstanden personene med demens viste var ofte mer i forhold til måten ting ble gjort på enn i selve handlingen. Å etablere en tillitsfull relasjon til pasienten var en måte å redusere bruken av tvang på og økte frivillighet og samarbeid. Det som ble konklusjonen av forskningen var at om pleierne engasjerte seg i diskusjoner om praksis, ble de mer beviste om andre alternative fremgangsmåter (Hem et.al, 2010).

4.3 Hvordan ivareta pasientens autonomi versus paternalisme

Det er i alle situasjoner viktig å tenke over og ivareta pasientenes autonomi. At man gjør dette burde være en selvfølge for alle, men når man jobber med en pasient med Alzheimer sykdom er dette kanskje ikke alltid like lett. Spesielt ikke om pasienten fortsatt har sin samtykkekompetanse (Rokstad et. al.2008).

Når man jobber med pasienter med en demens lidelse er det i enkelte tilfeller ikke til å unngå at vi må gripe inn og handle på pasientens vegne når han selv ikke er i stand til å vurdere konsekvensene av sine valg eller sin adferd. I tilfeller der vi må gripe inn skal det være vurdert om pasienten vil komme i fare eller lide overlast hvis vi unnlater inngripen. Selv om pasienten med Alzheimer sykdom skulle ha en alvorlig grad av demens gir ikke paternalisme oss lov til å ta fortløpende beslutninger for pasienten uten at han er involvert. Det overordnede målet i arbeidet med pasienter med demens skal være å gi god livskvalitet og et godt liv tilpasset den enkelte (Rokstad et al. 2008). Men i visse tilfeller må man gå inn med svak paternalisme for å beskytte pasienten mot seg selv eller for andre i omgivelsen. Dette styrkes også av en forskning som har blitt gjort ved sykehjem her i Norge. Denne forskningen gikk ut på å

beskrive årsaken til at det skulle være nødvendig å bruke tvang, prosedyrene rundt dette og hvordan dette ble dokumentert. Resultatet av denne forskningen var at når tvang ble benyttet var det for å beskytte pasienten eller andre personer i pasientens omgivning. Andre årsaker var for å kunne gi tilfredstillende behandling i form av skjult medisiner, eller for å gjøre hverdagen mindre komplisert for pasienten. Men den formen for tvang som ble benyttet mest var bruken av mekaniske begrensninger som for eksempel bruk av sengehest og belte i rullestol (Kirkevold & Engedal, 2004).

Det er viktig at vi ikke utøver for styrende og sterk paternalisme, men hele tiden har pasientens velvære i fokus, slik at hun kjenner at hun fortsatt har en form for autonomi. Ettersom pasientens sykdom utvikles vil evnen til å opprettholde autonomi og selvråderett bli utfordret.

Rokstad et.al, (2008), hevder at pasientens evne til å ta autonome valg forutsetter at pasienten har evne til å kommunisere og ta stabile valg, forstå avgjørende informasjon og konsekvensene av det valget som tas og ha evne til å kunne resonere seg frem til ulemper og fordeler ved de valg man tar.

Det nyeste på markedet innen demensomsorgen er å utstyre pasientene med GPS, dette er en etisk omstridt metode som forskes på. Av forskning har det kommet frem at ved å utstyre pasienter med GPS økes deres mestringsnivå og de får en mer frihetsfølelse, de har lettere for og opprettholde aktivitetsnivået sitt, de har da også mere frihet til å treffe venner og beholde sitt sosiale nettverk, dette betyr at den demenssyke pasienten kan bo lenger i eget hjem (Hofstad, 2012). Vi har enkelte ganger kommet hjem til vår pasient, og kommet til tomt hus. Det har noen ganger ført til at vi har kontaktet pårørende og de har blitt unødig bekymret, det har også i visse tilfeller vært nødvendig å kontakte politiet. Dersom vår pasient hadde hatt en GPS sender kunne vi sett hvor hun befant seg, og mye bekymring kunne vært unngått. Dersom pasienten har samtykkekompetanse og har forutsetninger for å ta egne beslutninger kan GPS være med på å bevare pasientens verdighet.

5.0 Konklusjon

Dalland (2010) skriver at det er i konklusjonen man svarer på spørsmålet man har i problemstillingen, og at det er her vi skal skrive hva vi har kommet frem. Det er også her vi oppsummerer den nye kunnskapen vi har fått ved å skrive denne oppgaven. Vi ønsket å finne svaret på; **Hvordan kan man gi helhetlig sykepleie til pasienter med Alzheimer sykdom, som motsetter seg hjelp uten bruk av tvang.**

Ved å jobbe med denne oppgaven har vi tilegnet oss kunnskap om hvor viktig det er å få til en god relasjon med den Alzheimer rammede pasienten for å forebygge og begrense bruken av tvang. Det er lovverket som skal regulere frivillighet og tvang, det er viktig at loven om pasientrettigheter kapittel 4 A blir bruk, og at personalet på arbeidsplassene setter seg inn i denne slik at de på best mulig måte kan ivareta pasientens verdighet.

Vi ser at det er et stort behov for en bevisstgjøring i forhold til grensen mellom frivillighet og tvang. For at vi skal kunne gi helhetlig sykepleie til pasienter med Alzheimer sykdom er det nødvendig at vi har følgende kunnskaper:

- Hvordan kan vi møte pasienten på en omsorgsfull måte, og skape en god relasjon uten at pasienten føler maktesløshet?

Slik som Travelbee (1999) ser vi viktigheten med å etablere et menneske til menneskeforhold. Det som er viktig når man skal skape en god relasjon er å ikke se på pasienten som den syke, men heller som et medmenneske som er i behov av omsorg. Fundamentet til å skape en god relasjon ligger i alt vi gjør, gjennom det verbale og non verbale språket, våre holdninger og hvordan vi kan klare å stenge ute stress.

Hvordan vi imøtekommer pasienten er fundamentet for det videre samarbeidet og det er dette som er med på å skape en god relasjon.

- Hvordan kan sykepleieren gripe inn i pasientens liv for å forhindre komplikasjoner?

For å få til dette kreves det at vi som sykepleiere har gode kunnskaper om å kommunisere med Alzheimer rammede pasienter. Og at vi klarer å gi informasjon på en kortfattet måte slik at pasienten har muligheter for å forstå informasjonen og føle at han kan ha påvirkning på sin egen situasjon. Dette understøttes av Orems egenomsorgsteori som sier at vi som sykepleiere har i oppgave å kunne kompensere for pasientens egenomsorgsbehov om det blir nødvendig

Ved å skrive denne oppgaven har vi tilegnet oss mye kunnskap i forhold til etikk og kommunikasjon knyttet til grensen mellom frivillighet og tvang. Vi ser at i mange tilfeller kan man unngå bruk av tvang om man anvender denne kunnskapen. Ved å uttrykke oss konkret og være tydelig og kortfattet slik at den Alzheimer rammede har muligheten til å forstå den informasjonen vi gir kan pasienten føle seg verdifull og respektert. Vi må legge vekt på å bruke de ulike kommunikasjonsmetodene, allt etter pasientens funksjonsnivå og hva vi ønsker å oppnå med kommunikasjonen. For å få til en god kommunikasjon kreves det at vi har gode kunnskaper om hvordan vi skal få til en trygg og god kommunikasjon med pasienten. Dette vil kunne gi den Alzheimer rammede en bekreftelse på hvem han har vært og er.

Dette er et område som det er viktig å ha fokus og kunnskap om for å kunne yte god omsorg for denne pasientgruppen!

Litteraturliste

*Berentsen, D., V., (2008) Demensboka. Forlaget Aldring og helse.

Berentsen, D.V. (2008). Kognitiv svikt og demens M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff. (Red.) *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. S. 350-383. Gyldendal Norsk Forlag AS

Brinchmann, B., S. (2010). *Pliktetikk og Nærhetsetikk*. I B. Støre Brinchmann. (Red) Etikk i sykepleien (1 utg., s. 55-66 og 116-131). Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS.

Brinchmann, S. (2010). *De fire prinsippers etikk*. I B. Støre Brinchmann. (Red) Etikk i sykepleien (1 utg., s.81-96). Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS.

Dahl, K., Heggdal, K. & Standal, S., (2005). Sykepleiedokumentasjon. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt. & E.A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. (1. utg., s100-148). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dallan, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Dietrichson, S. (15.12.2011) *Lovbrudd i hjemmetjenesten*. Lokalisert på:
<http://www.sykepleien.no/nyhet/786267/%13-lovbrudd-i-hjemmetjenesten>

Eide, H., & Eide, T, (2010). Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Engedal, K., Haugen, P.K., (2006) Demens, Fakta og utfordringer. 4. Utgave. Forlaget Aldring og helse.

Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget & Bjørke AS

*Forskningsartikkel "A study into the use of restraint in nursing homes in Norway" fått direkte av kilden Øyvind Kirkevold og Knut Engedal.

*Helse- og omsorgsdepartementet. (1998-99). Loven om pasientrettigheter.(Norges offentlige lover [NOU] 1992:8) Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-12-1998-99-/3/3/3.html?id=305852>

* Hem, M. H. Gjerberg, E. Pedersen, R. Førde, R.(2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

*Hofstad, E.(14.02.2012). *Forsker på GPS og demente*. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/nyhet/821447/forsker-pa-gps-og-demente>

Hummelvoll, J. K. (2010). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., Røise, O. 2009). *Sykdomslære, indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, J. K. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 4* (1. utg., s. 23 & 38-51). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Kvam, M. (03.11.2011) *Type 2-diabetes og demens*. Lokalisert på: <http://nhi.no/forside/type-2-diabetes-og-demens-38010.html>

*Norsk helseinformatikk. (03.11.11). *Merethe Kvam*. Lokalisert på http://nhi.no/forside/type-2-diabetes-og-demens-38010.html#reference_3

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

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

Skaug, E.-A & Andersen, D., I (2005). Beslutningsprosesser i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (1. utg., s.184- 214).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

*Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS

*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, (2011). Lokalisert på:
<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-he>