



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for Folkehelsefag

Iselin Marthinsen og Jorunn Nordsether

Veileder: Bjørg Bøe

”Skal, skal ikke...”

- Bruk av tvang i demensomsorgen -

”Should, should not...”

- Use of force in dementia care -

Bachelor i Sykepleie - Kull 121

Antall ord: 9239

4AVS304

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Forord

*Tvang er som et virus
det starter som noe smått.
Det sprer seg ut i verden
til noen har fått nok!*

*De kjemper hardt mot alle odds
med ryggen vel så rak,
men dessverre er jo alle
så sikker i sin sak!*

*Vi gjør som vi får fortalt,
tror på det vi har lært
og vi holder tett til brystet
det vi kjenner og har kjært!*

*Å ha åpent sinn er vanskelig.
Tenke sjæl er fælt som fanden
når sannheten vi vet om
er fylt med virus opp til randen!*

- Forfatter: Ukjent

Innhold

1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	3
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling	4
1.3 Anonymisering	4
1.4 Oppgavens hensikt	5
1.5 Oppgavens disposisjon	5
2.0 Metode	6
2.1 Beskrivelse av metode	6
2.2 Databaser og søkeord	6
2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk	7
3.0 Teori om perspektiver på sykepleie, kommunikasjon og etiske betraktninger	8
3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	8
3.2 Joyce Travelbee og mellom-menneskelige forhold	10
3.3 Kommunikasjon	11
3.4 Kommunikasjonsmetoder i demensomsorgen	12
3.4.1 Validering	12
3.4.2 Reminisens	12
3.4.3 Realitetsorientering	12
3.5 Begrepene tvang og samtykkekompetanse	13
3.6 Etikk	14
3.6.1 Nærhetsetikk	14
3.6.2 Etske prinsipper	15
3.7 Miljøbehandling	16
3.8 Frontotemporalallapsdemens	16
4.0 Drøfting	18
4.1 Redusere bruk av tvang	18
4.3 Kommunikasjon	21
4.4 Kommunikasjonsmetoder i demensomsorgen	22
4.5 Miljøbehandling	24
4.6 Faktorer som påvirker miljøbehandling	26
5.0 Konklusjon	29
Litteraturliste	31
Vedlegg	35

1.0 Innledning

I artikkelen *Eldres helse - 65 år og over* skriver Hånes, Trewin, Lyshol og Berg (2010) at det i Norge er rundt 70 000 personer med demenslidelser. Det forventes at antallet stiger til 160 000 i år 2050 dersom utviklingen fortsetter. De sammenfatter demens som en fellesbetegnelse på sykdommer som innebærer omfattende svikt i flere hjernefunksjoner. Tilstanden vil gradvis forverres og de fleste med demenslidelser vil etter hvert bli avhengige av hjelp ettersom sykdommen utvikler seg (Ibid). Tinetti (1991) og Sullivan et.al (1999) sier at gjentatt bruk av fysisk tvang kan ses i sammenheng med at personen har en alvorlig grad av demens. Engedal, Kirkevold, Eek og Nygård (2001) skriver i rapporten *Skal, skal ikke...* at flere undersøkelser bekrefter sammenhengen mellom økt hjelpebehov og bruk av fysisk tvang. Videre skriver de at vandring, aggresjon og agitasjon er adferd som er mest forbundet med bruk av fysisk tvang.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Høgskolen i Hedmark har på forhånd valgt ut følgende tre temaer for bacheloroppgaven: 1. Sykepleiefaglig forsvarlighet og behovet for koordinerte helsetjenester etter innføring av samhandlingsreformen. 2. Bruk av tvang i sykehjem til pasienter med demens sykdom. 3. Sykepleie og forebygging av smitte i somatiske sykehus. Vi valgte å skrive om bruk av tvang til pasienter med demens og hvordan en kan begrense bruken av det ved hjelp av kommunikasjon.

Egne erfaringer og forskning viser at bruk av tvang er utbredt ved norske sykehjem. Etter vår erfaring blir tvang unødvendig utøvet, spesielt i møte med pasienter med demens som motsetter seg helsehjelp. I praksis har vi hatt kontakt med flere ansatte på sykehjem som bruker tvang som en enkel løsning for å få daglige gjøremål fortere unnagjort. Basert på dette kan vi se sammenhenger mellom forskning, teori og praksis.

Problemstillingen vi kom frem til lyder som følger:

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon begrense bruken av tvang ovenfor pasienter med demens?

1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

I problemstillingen har vi valgt å bruke ordet ”begrense” i stedet for forhindre, da vi mener at det er lite sannsynlig at tvang kan forhindres helt. Ved kommunikasjon tenker vi på forskjellige metoder, som non-verbal/verbal og reminisens, validering og realitetsorientering. Med tvang mener vi at det er handlinger personen motsetter seg.

Vi valgte å fokusere på sykepleiefilosof Kari Martinsen og hennes omsorgsetikk da vi ser på god kommunikasjon som et av kravene for å yte god omsorg.

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee valgte vi grunnet hennes syn på mellom-menneskelige forhold, som baserer seg på relasjoner mellom mennesker. Vi har også skrevet om tre etiske prinsipper; velgjørenhet-, ikke-skade- og autonomiprinsippet.

Det finnes ulike typer demens og inndelinger innenfor hver enkelt type. Vi har valgt å fokusere på frontotemporallapspdemens, fordi det oftere sees mer utagerende adferd i forbindelse med denne type demens. Det er også ofte i forbindelse med utagerende adferd at tvang blir brukt (Engedal m.fl.). I oppgaven velger vi å forholde oss til pasienter som bor på sykehjem. Grunnen til dette er at det er der vi har mest erfaring med at tvang blir brukt, i tillegg til at forskning og artikler vi har funnet omtaler tvang i institusjoner.

1.3 Anonymisering

Anonymisering krever at pasientens personlige opplysninger som navn, fødselsdato, bosted og diagnoser ikke skal være gjenkjennbare for allmennheten. I oppgaven tar vi utgangspunkt i praksiserfaringer, men av hensyn til anonymiseringen nevner vi ikke navn eller sted. I oppgaveteksten omtaler vi helsegytereren som ”sykepleier” og ”hun” og den hjelpetrengende som ”pasienten”, ”personen” eller ”han”.

1.4 Oppgavens hensikt

Denne oppgaven er en avsluttende eksamen for Bachelor i Sykepleie. Høgskolen i Hedmark har definert hensikten med bacheloroppgaven i skolens retningslinjer. Den sier at vi skal fordype oss i et tema som er relevant for sykepleiefaget. Vi skal også få erfaringer med å arbeide systematisk og metodisk. Den stiller krav til at vi viser evne til faglig og vitenskapelig refleksjon og selvstendig vurdering av litteratur. Vi skal i tillegg få erfaring i å presentere og formidle fagstoff både skriftlig og muntlig. Til slutt sier den at vi skal få erfaring i å vurdere og argumentere kritisk for egne meninger gjennom opposisjon- og respondentskap.

1.5 Oppgavens disposisjon

I innledningen presenteres bakgrunnen for oppgaven. Oppgavens avgrensning begrunner og presiserer våre prioriteringer i oppgaven. I teoridelen presenterer vi Kari Martinsens omsorgsetikk og Joyce Travelbees sykepleieteori om mellom-menneskelige-forhold. Deretter kommer kommunikasjon og kommunikasjonsmetoder i demensomsorgen. Vi har også satt inn et kapittel der vi beskriver begrepene tvang og samtykkekompetanse. Videre har vi skrevet om nærhetsetikk og tre av de etiske prinsippene; velgjørenhet-, ikke-skade- og autonomiprinsippet. Til slutt i den teoretiske delen skriver vi om miljøbehandling og kort om diagnosen frontotemporallappdemens. I drøftingsdelen tar vi for oss ulike handlingsalternativer og drøfter disse opp mot forskjellige kommunikasjonsmetoder og egne erfaringer fra praksis, hvor vi også understreker med Kari Martinsens omsorgsetikk og Joyce Travelbees mellom-menneskelige-forhold. Konklusjonen skal svare på problemstillingen. Litteraturlisten gir en oversikt over litteratur, artikler og forskningsartikler som brukes i oppgaven.

2.0 Metode

Vilhelm Aubert formulerer metode slik:

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 metoder (ref. i Dalland, s. 81, 2007).

Metoden en velger forteller noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe kunnskapen enn trenger. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode, er fordi vi mener den vil gi gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

2.1 Beskrivelse av metode

Metoden vi bruker er et litteraturstudium basert på pensumbøker. Et litteraturstudie går ut på å kunne tilegne seg kunnskap både fra litteraturbøker, og andre relevante kilder som vi skal videreføre (Dalland, 2007). Vi skal også kunne begrunne våre antagelser og meninger med forskning for å understreke den konkrete studien. Valg av en bestemt metode begrunnes med at den vil gi god informasjon og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

2.2 Databaser og søkeord

Gjennom BIBSYS har vi fått tilgang til ulike databaser. For å finne relevante artikler har vi søkt oss frem ved å bruke MESH- termer, på web.EBSCOhost.com.

Søkeordene som brukes er på både engelsk og norsk. Disse ble søkt med hver for seg og deretter satt sammen for å finne fagstoff som var relevant for problemstillingen.

Engelske søkeord: Dementia – nursing – force – communication.

Norske søkeord: demens, tvang og kommunikasjon

Da vi søkte på EBSCOhost kom det opp 182 artikler da vi kombinerte søkeordene på engelsk. Av disse valgte vi tre artikler, i hovedsak basert på artiklenes titler, som var relevante for vår problemstilling og som vi har brukt i oppgaven.

Forskningsartikler vi tar i bruk i oppgaven er:

A Case Study of Resistiveness to Care and Elderspeak (2007) av Jacqueline Cunningham og Kristine N. Williams. Den handler om hvilket “språk” pleiere bruker når de kommuniserer med pasienter med demens. Artikkelen sier at pleiere bruker barnslig forenkling av språket som pasienten finner nedverdiggende. Denne mangelen på respekt medfører ofte at pasienten motsetter seg helsehjelp, noe som kan bidra som en utløsende faktor til utagerende atferd.

Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness (2002) av Görel Hansebo og Mona Kihlgren. Artikkelen tar for seg samhandling mellom pleiere og pasient, og om hvordan kommunikasjon påvirker dette forholdet.

Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv (2011) av May-Karin Rognstad og Dagfinn Nåden. I artikkelen presenteres personalets opplevelser av ulike arbeidssituasjoner i møte med personer med demens og utagerende adferd, hensikten med artikkelen er å belyse personalets behov for kompetanseheving, slik at pasientens verdighet som individ blir ivarettatt.

2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Høgskolen anbefaler at vi bruker MESH-termer for å finne relevant og pålitelig litteratur til temaet vi har valgt. For å velge ut aktuell litteratur har vi sett på bøker som har størst relevans for problemstillingen. Det er vesentlig at litteraturen bærer preg av gyldighet og at kildene er pålitelige. For å finne boken *Mellom-menneskelige forhold i sykepleie* av Joyce Travelbee, måtte vi bruke en e-bok, da alt annet var utlånt fra bibliotekene. Boken som var tilgjengelig via BIBSYS er oversatt på norsk av Kari Marie Thorbjørnsen. Dette kan være en svakhet da oversetteren kan bruke sine egne ord på Travelbees sykepleieteori. Vi mener derimot at det er enklere for oss å lese noe som allerede er oversatt til norsk, fremfor at vi skal oversette noe fra engelsk til norsk selv.

Vi har tatt i bruk sekundærlitteratur av Kari Martinsen og Joyce Travelbee for å få en kortfattet innføring i deres filosofi og teori. Deretter har vi gått inn i deres primærlitteratur for å få en bredere forståelse.

3.0 Teori om perspektiver på sykepleie, kommunikasjon og etiske betraktninger

I teorikapitlet skriver vi om den norske sykepleiefilosofen Kari Martinsen. Hun er opptatt av omsorgsetikk og ser på kommunikasjon som et av kravene for å yte god omsorg. Den amerikanske sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee skriver om mellommenneskelige-forhold og om relasjonen mellom sykepleier og pasient, som baserer seg på kontakt og samhandling mellom individer. Deretter skriver vi om kommunikasjon og kommunikasjonsprinsipper innenfor demensomsorgen. Videre i dette kapitlet vil du lese litt om nærhetsetikk og etiske prinsipper. Deretter kommer miljøbehandling, og til slutt skriver vi kort om demenstypen frontotemporallappsdemens.

3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er født i 1943. Hun er en norsk sykepleier med magistergrad i filosofi. Hun sier selv at hun ikke beskriver noen sykepleieteori, men at det dreier seg om en filosofi som primært handler om omsorgsetikk. Martinsen tar avstand fra det hun betegner som formålsrasjonaliteten i moderne sykepleie, hun tar distanse fra at dette ikke kan utgjøre et grunnlag for sykepleien. I et overordnet mål i formålsrasjonaliteten ligger det blant annet, at mennesket skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet. Hun fremhever at ideologien som vektlegger egenomsorg, ikke er forenlig med sykepleiens omsorgstradisjoner (Kristoffersen, 2005).

Martinsen mener at omsorgen er ”grunnleggende fordi den utgjør en forutsetning for alt menneskelig liv” (Kristoffersen, 2005, s. 61). Hun sier også at alle mennesker lever i et avhengighetsforhold til hverandre, at alle på en eller annen måte og på et eller annet tidspunkt, er avhengige av andre. Disse mellommenneskelige forholdene baserer seg på en ”dagligverden der de (menneskene) har noe felles” (s.61), og at det er denne arenaen som ligger til grunn for det fellesskapet og den forståelsen som til sammen fører til omsorg for medmennesker. Videre mener Martinsen at det er pasientens situasjon her og nå som bør ligge til grunn og fungere som et utgangspunkt for omsorgen som utøves. Hun sier at i den enkelte situasjon ”er eller blir omsorgen

et mål i seg selv” (s. 62). Uttrykket ”betingelsesløs omsorg”, brukes av Martinsen og kan forstås som at en yter omsorg uten baktanker. Med disse baktankene mener hun tanker som kan bestå i å sette seg mål i forhold til at pasienten skal bli bedre eller bli uavhengig (Ibid).

Martinsen skriver om tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet: omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske sider. Omsorgens relasjonelle side består av en relasjon mellom to mennesker, der sykepleieren er forpliktet til å yte hjelp til pasienten, basert på den enkelte situasjon. Det er nødvendig for sykepleieren å sette seg inn i pasientens situasjon ved å vise interesse og engasjement. Sykepleieren må prøve å sette seg inn i pasientens situasjon og tenke på hvordan en selv ønsker å bli behandlet (Kristoffersen, 2005).

Omsorgens praktiske side, handler om hjelpen sykepleieren gir til pasienten.

Martinsen skriver at sykepleieren som medmenneske kan forstå den syke fordi vi har så mange likhetstrekk i vår dagligverden. Hun skriver videre at ut fra sykepleierens egen erfaring med smerte og det å være sulten og tørst, gjør sykepleieren i stand til å gjenkjenne pasientens situasjon, selv om hun ikke fysisk kan ”kjenne” det pasienten gjennomgår. Evnen til å gjenkjenne, i tillegg til hennes fagkunnskap gjør henne enda bedre til å sørge for pasienten på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte.

Martinsens tredje omsorgsdimensjon er den moralske siden. Hun mener at enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter ved at sykepleieren står overfor moralske utfordringer om å handle til beste for pasienten; altså handle godt og riktig. Martinsen mener i tillegg at moralen har to sider, den primære moralen, som innebærer at sykepleieren ubegrunnet handler til beste for pasienten gjennom spontanitet. Og den sekundære moralen, eller normmoralen, som viser til regler og prinsipper som er skapt av mennesket og samfunnet. Et eksempel på dette er ”den gylne regel”, som sier at mennesker skal ”oppføre seg som om de elsker sin neste, selv om de ikke gjør det” (ref. I Kristoffersen, 2005, s.68).

Martinsen understreker at de to moralske sidene spiller på lag, og at en god sykepleier må kunne handle både spontant og reflektert. Hun mener det er umulig for en sykepleier å handle moralsk ut fra den normative etikkens regler og prinsipper. Med andre ord, må sykepleieren ta hensyn til den konkrete situasjonen hun står i.

3.2 Joyce Travelbee og mellom-menneskelige forhold

Joyce Travelbee ble født i 1926. Hun var en psykiatrisk sykepleier fra New Orleans i USA. Travelbee var opptatt av at mennesket er et unikt individ; likt, men også ulikt alle andre. I sin sykepleietenkning retter hun oppmerksomheten mot de mellom-menneskelige synspunktene ved sykepleien. Hun mente at en trengte en "humanistisk revolusjon" hvor det enkelte individ skulle stå i sentrum, der sykepleie alltid skal dreie seg om mennesker; om pasient, sykepleier og familie. Hun mente også at sykepleien ikke skulle ha en handling som et mål, men som et middel til å hjelpe et annet menneske (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) definerer menneske-til-menneske-forhold slik: "Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for" (s. 177). Etableringen skjer gjennom en interaksjonsprosess på fem faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Ved det innledende møtet kjenner ikke pasient og sykepleier hverandre, de vil basere seg på stereotype rolleoppfatninger av hverandre. Ut ifra tidligere erfaringer danner sykepleier og pasient et førsteinntrykk av hverandre (Ibid). Når sykepleieren og pasienten etter hvert har blitt litt bedre kjent og oppfattet hverandres identitet, har de etablert et kontaktforhold og de stereotype oppfatningene blir svakere. Med empati, mener Travelbee at det er "evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket" (s.193). Det er en prosess der den enkelte kan se forbi den ytre adferden og ha en fornemmelse av den andres opplevelse der og da, og forutsi den andres adferd (Ibid). Sympati er knyttet til et ønske om å hjelpe lidelse, der holdning, tankegang og følelse formidles til den andre. Den siste fasen: etablering av gjensidig forståelse og kontakt, er et overordnet mål for all sykepleie. Forutsetningen for dette er at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Når sykepleier og pasient har gjennomgått de forutgående fire fasene oppleves gjensidig forståelse og kontakt.

Travelbee (1999) mener det å bruke seg selv terapeutisk er et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier. Det vil si at sykepleieren må bruke seg selv på en bevisst og gjennomtenkt måte, for å skape sykepleieinteraksjoner. Dette krever at sykepleieren har innsikt og forståelse for egen og andres situasjon, og at hun har evne til å

samhandle. Sykepleierne må i følge Travelbee bruke seg selv terapeutisk for å oppnå hensikten, som er en ønsket forandring hos pasienten. Denne forandringen er terapeutisk når den bidrar til å lindre eller reduser plagene til pasienten. For å få til dette foreslår Travelbee ulike kommunikasjonsteknikker: stille åpne spørsmål eller utsagn, speiling eller parafrasering, å dele sine sanseinntrykk med andre og bevisst bruk av klisjeer (Travelbee, 1999). Hun sier også at det ikke finnes noen magiske fraser for sykepleieren å bruke i vanskelige situasjoner, men at det er vesentlig å være sikker på sin valgte metode; altså at en vet hvorfor en bruker dem, og hva en ønsker å oppnå med dem (Ibid).

3.3 Kommunikasjon

Kjersti Wogn-Henriksen (2008) skriver at kommunikasjon omhandler de prosessene vi påvirker hverandre gjennom. Disse prosessene består av signaler, mening og forståelse. Det vil si det å forstå og bli forstått. For å oppnå en felles forståelse kreves det at en tar utgangspunkt i initiativ og respons, sett i forhold til den som formidler budskapet og budskapet som formidles. Sykepleierrollen krever at vi kommuniserer med mennesker vi møter. Dette stiller igjen krav til at vi som fagpersoner behersker det å gi og ta imot informasjon, forklare, forstå, støtte og eventuelt trøste. Som sykepleier bør en derfor strebe etter å finne og tilegne seg alle mulige tiltak og egenskaper som kan gjøre kommunikasjonen bedre i møte med andre mennesker, slik at en kan øke sjansene for en felles forståelse. Hun skriver også at kommunikasjon mellom mennesker er det som ”bygger, utvikler og opprettholder relasjoner” (s. 88).

Når en kommuniserer med pasienter med demens er det vesentlig å rette fokuset mot mennesket fremfor sykdommen. En bør altså ha et personorientert-, fremfor sykdomsorientert perspektiv. Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient bør vektlegge mening, sammenheng og forståelse for budskapet som skal formidles (Kitwood, 1999).

Generell kognitiv svikt og spesifikk språklig svikt gjør at demens medfører utfordringer når det gjelder kommunikasjon. Sender- og mottakerfunksjonen, evnen til å forstå og gjøre seg forstått påvirkes ved demens. Dette bidrar til å vanskeliggjøre

kommunikasjonen. De ulike typene og gradene av demens medfører varierende språklig utfall. Det er viktig å rette fokuset mot de ordene pasienten faktisk tar i bruk, fremfor de som mangler. Det er også viktig å bygge oppunder pasientens ressurser når en kommuniserer, for å fremme en følelse av mestring, fremfor å skape usikkerhet når ord mangler (Wogn-Henriksen, 2008).

3.4 Kommunikasjonsmetoder i demensomsorgen

3.4.1 Validering

Metoden tar ikke nødvendigvis utgangspunkt i hva som er reelt og sant. Fokuset ligger heller på å bekrefte og anerkjenne pasientens fokus og opplevelse i ulike situasjoner. Hvis pasienten stoler på sykepleieren er det mindre sannsynlig at pasienten vil motsette seg helsehjelp. Da er det også mindre sannsynlig at en må ty til tvang fordi pasienten føler seg trygg på sykepleieren (Wogn-Henriksen, 2008).

3.4.2 Reminisens

Reminisens omtales ofte som ”minnearbeid”. Reminisens bygger på å hente frem personlige og betydningsfulle hendelser og minner fra tidligere i livet. Demens innebærer ofte nedsatt korttidshukommelse, langtidshukommelsen er derimot ofte bedre bevart. Gjengivelse av positive minner bidrar til følelse at identitet, samhørighet og glede. Metoden fokuserer i hovedsak på positive minner, da traumer sjelden eller aldri har en positiv effekt på selvfølelsen til pasienten (Wogn-Henriksen, 2008).

3.4.3 Realitetsorientering

Realitetsorientering er en metode som ble utviklet i 1960-årene. Den baserer seg på aktive påminnelser om tid, sted, navn og hva som foregår. Orienteringssvikt og svekket korttidshukommelse er et av kjennetegnene ved demens som medfører at pasienten ikke alltid er klar over tid og situasjon, noe som lett gjør at de mister oversikten i hverdagen. Hvordan en bruker metoden er av stor betydning for hvilken effekt realitetsorienteringen har på pasienten. Dersom pasienten ender opp med å føle

seg mer usikker eller latterliggjort, har metoden blitt brukt ukorrekt og virket mot sin hensikt (Wogn-Henriksen, 2008).

3.5 Begrepene tvang og samtykkekompetanse

Engedal et.al. (2001) definerer tvang som:

Tvang er bruk av redskaper som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding 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 (s.12).

Mental svikt, stort hjelpebehov og urolig atferd er faktorer som ofte assosieres med bruk av tvang. Pasient- og brukerrettighetsloven skal fungere som juridiske ”kjøreregler”, men den fjerner ikke faglige og etiske dilemmaer i forbindelse med bruk av tvang ovenfor personer med demens.

I Pasient- og brukerrettighetsloven defineres helsehjelp som ”handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som er utført av helsepersonell”.

I juridiske sammenhenger; Lov om psykisk helsevern, defineres tvang som fravær av samtykke. Denne definisjonen gjør det vesentlig å avklare hva som ligger i begrepet samtykke. Johnsen og Smebye (2008) skriver at norsk helserett baserer seg på begrepet ”informert samtykke”. Begrepet stiller krav til at pasienten har blitt informert om egen helsetilstand og om helsehjelpen en tenker å utøve. Disse kravene må oppfylles for at samtykket skal være juridisk gyldig. Pasienten som skal motta helsehjelpen må i tillegg forstå hva de samtykker til og informasjonen som blir gitt, for at kravet om informert samtykke kan oppfylles. Relatert til demensomsorgen kan dette til tider bli problematisk, da pasienten i visse tilfeller ikke alltid forstår årsaken til at helsehjelpen gis, eller hva hjelpen konkret innebærer. Problematikken løses delvis av Pasient- og brukerrettighetsloven som angir vilkår for representert samtykke. Altså at noen andre enn pasienten samtykker på vegne av vedkommende, dersom pasienten selv ikke er samtykkekompetent. Informasjon blir som sagt

vesentlig for at pasienten skal kunne gi sitt samtykke. Dette gjelder også i hverdagen da informasjon kan bidra til forutsigbarhet, som igjen gir trygghet for pasienten.

Pasient- og brukerrettighetsloven har utarbeidet et skille mellom pasienter som har samtykkekompetanse og de som ikke har. Det er derimot ikke slik at alle pasienter med tilstandene loven nevner, automatisk mister sin samtykkekompetanse. I kapittel 4, *Samtykke til helsehjelp*, § 4-3. *Hvem som har samtykkekompetanse*, sier loven at samtykkekompetansen kan ”bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter”.

I forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester står det at hensikten er å ”sikre at personer som mottar disse tjenestene, får ivare tatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”. Videre sier forskriften at kommuner skal sikre ”tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov”.

3.6 Etikk

I dette kapittelet vil du lese om nærhetsetikk og tre etiske prinsipper; velgjørenhet- ikke-skade- og autonomiprinsippet.

3.6.1 Nærhetsetikk

Nærhetsetikken fokuserer på skillet mellom relasjonen til mennesker og relasjonen til gjenstander. Det er viktig å skille mellom disse to da det blir feil å forholde seg til mennesker som gjenstander. Det fokuseres på konkrete samspill mellom to ulike individer. Nærhetsetikken fokuserer ikke kun på å følge generelle normer, men også på den innsikt en har i situasjonen (Brinchmann, 2008).

Nærhetsetikken handler om sykepleierens holdninger, væremåte og handlingsvalg. Dette har betydning for om pasienten opplever situasjonen som god. Sykepleierens

makt over pasienten øker desto mer hjelpeløs og omsorgstrengende han er, fordi hun må ta beslutnings- og handlingsvalg for ham. Dette kan sees som et maktforhold.

Sykepleierens evne til å oppnå tillitt, trå forsiktig frem, samtale og kommunisere er viktig. Kommunikasjon består av meningsutveksling, åpenhet og sårbarhet.

Mennesker kan ha vanskeligere for å åpne seg når noe står på spill. Det er da viktig at sykepleieren tenker over sine evner til å samtale og kommunisere, og at hun er var for å møte pasienten på en god måte. Hennes etikk og moral avsløres gjennom det hun sier og gjør, hennes væremåte og hennes kroppsspråk (Brinchmann, 2008).

3.6.2 Etiske prinsipper

Velgjørhetsprinsippet

Velgjørhetsprinsippet går ut på at sykepleieren skal handle til det beste for pasienten. Dette innebærer at hun skal gå aktivt inn for å forebygge skade, fjerne skade og fremme det gode (Slettebø, 2002). Brinchmann (2008) skriver at velgjørhetsprinsippet ikke er en ”perfekt” plikt, fordi en ikke kan gjøre godt mot alle, selv om en skal gjøre godt mot alle.

Ikke-skade-prinsippet

I følge ikke-skade-prinsippet plikter sykepleieren å sørge for at pasienten ikke skades av den behandlingen hun gir ham. Dette prinsippet sier at sykepleieren skal handle til beste for pasienten, men på en passiv måte (Slettebø, 2002). Brinchmann (2008) skriver at ikke-skade-prinsippet er en perfekt plikt, fordi den sier at en aldri skal skade noen.

Autonomiprinsippet

Autonomiprinsippet handler om pasientens rett til å bli informert og til å velge selv. Nekter pasienten behandling, må en vurdere om han har fått tilstrekkelig og relevant informasjon om sin tilstand. I tillegg må det tas hensyn til om pasienten er skikket til å foreta valg basert på informasjonen som ble gitt og egen situasjon. Det er vesentlig at han konsekvent svarer det samme i den gitte situasjon, og at han ikke utsettes for press slik at valget skyves i en retning pasienten ellers ikke ville valgt (Brinchmann, 2008).

3.7 Miljøbehandling

Miljøbehandling og miljøterapi er ord som brukes synonymt om hverandre. Store Norske Leksikon (2012) definerer miljøterapi som ”systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov”. Her beskrives hensikten med miljøterapien som å fremme mulighetene for læring, mestring og personlig ansvar for hvert individ.

Miljøbehandling kan altså sees på som en positiv tilrettelegging av en pasients omgivelser, og tar utgangspunkt i flittig bruk av forhold som har en innvirkning på hverdagen. Slike forhold kan for eksempel være situasjoner forbundet med måltider, egenpleie, aktiviteter og balanse mellom søvn, hvile og stimulering. Vatre (2006) sier at aktivitetsrettet behandling generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Fokuset ved denne behandlingsformen ligger på å bedre pasientens selvfølelse og gi vedkommende en opplevelse av mestring. Rokstad (2008) sier at personalets nøkkelrolle innenfor miljøbehandling består i å bygge relasjoner, samtidig som de skal ”støtte, involvere og verdsette det enkelte menneske” (s. 153).

Gunderson (1978) har beskrevet fem elementer som har særskilt innvirkning på effekten miljøbehandling har på en avdeling. Disse fem elementene er trygghet, struktur, støtte, engasjement og gyldiggjøring, som vi gjør rede for i drøftingen.

3.8 Frontotemporallappsdemens

Engedal og Haugen (2005) definerer demens slik:

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

Frontotemporallappsdemens er en felles betegnelse for hjernesykdommer i frontal- og temporallappene i hjernen. Skaden lokaliseres i pannelappen og eventuelt i tinninglappen. Sykdommen medfører atferdsmessige forandringer. Karakteristisk for det frontale syndromet er personlighetsforandringer (Rokstad & Smebye, 2008). Pasienten har som regel ingen sykdomsinnsikt og det egosentriske trer frem som hensynsløst ovenfor andre fordi vedkommende setter sine egne behov først. Likegyldighet med egen hygiene og påkledning, irritabilitet og interesseløshet er noe av atferdsmønsteret som sees hyppigst hos den frontotemporallappsdemente. Mangel på sykdomsinnsikt bidrar til uhemmet atferd og pasienten kan bli irritert for småting, som igjen kan skape mye negativitet rundt vedkommende. Rokstad (2008) forteller litt om utfordrende adferd hos demente. Hun sier at forandringer i adferden kan forstås som reaksjoner på at livssituasjonen er endret, at adferden i høy grad er påvirket av hjerneorganiske forandringer, endrede muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon, samt endret adferd hos personer i omgivelsene. Hun sier videre at ”fravær av klare emosjonelle uttrykk betyr ikke at det ikke finnes følelser!” (Rokstad, 2008, s. 108).

Berentsen (2008) skriver at språkfunksjonen gradvis vil forverres utover i sykdomsforløpet; pasienten vil få redusert taleflyt og kan si og utale ord feil. Ved langtkommen frontotemporallappsdemens kan språket mangle helt. Motoriske og nevrologiske symptomer som muskelstivhet, treghet og skjelvinger er vanlig i dette stadiet av sykdommen (Ibid).

4.0 Drøfting

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon begrense bruken av tvang overfor personer med demens?

For å gjøre drøftingen mer oversiktlig velger vi å dele den inn i kapitler hvor en kan lese om vår forståelse av hvordan tvang blir brukt. Vi vil også drøfte hvordan vi kan begrense bruken av tvang ved hjelp av forskjellige kommunikasjonsmetoder.

4.1 Redusere bruk av tvang

Det kan virke som tvang brukes oftere i sykehjem enn hva som kan forsvares faglig. Denne påstanden dokumenteres gjennom kartlegginger gjort av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (2001). De viser til flere undersøkelser som bekrefter sammenhengen mellom økt hjelpebehov og bruk av fysisk tvang. Videre skriver de at vandring, aggresjon og agitasjon er adferd som er mest forbundet med bruk av fysisk tvang.

For å kunne redusere bruken av tvang overfor personer med demens, må en først og fremst sette seg inn i hva begrepet tvang omhandler, og på denne måten bli bevisst hva som er tvang og hva som ikke er det. Blir en oppmerksom på dette kan en lettere se når en selv og andre bruker tvang. En må vite hva tvang er for å kunne si noe om det brukes i en gitt situasjon eller ikke. Her kan det være greit med en definisjon å forholde seg til for å få klarhet i temaet. Vi har valgt å bruke definisjonen til Engedal et.al. (2001), som sier at ”tvang er bruk av redskaper som hindrer pasientens bevegelsesfrihet [...] i forbindelse med omsorgstiltak [...] som utøves daglig eller av og til (s.12).

I Pasientrettighetsloven (1999) står det at pasienter med demens har krav på medvirkning, men å utøve denne medvirkningen i praksis byr på visse utfordringer. McCormack (2001) sier at medvirkning stiller krav til pasientens kompetanse angående evnen til å forstå informasjon som blir gitt, vurdere alternativer og tilhørende konsekvenser, i tillegg til evne til å gjennomføre det som er bestemt.

Fenech (2003) bekrefter dette ved å si at større konsekvenser, krever større beslutningskompetanse. Det kan diskuteres om beslutningskompetansen til en pasient med demens er en stabil egenskap, eller om den varierer med situasjonen pasienten stilles ovenfor. Slettebø (2004) vektlegger at for pasienter med demens i sykehjem har deltakelse i beslutninger som påvirker deres hverdag stor betydning. Johnsen & Smebye (2008) påpeker at sykepleieres holdninger til pasienter med demens blir avgjørende for muligheten til medvirkning. Gjensidig respekt er derfor en viktig faktor i samhandling med pasienter med demens.

Som sykepleier må en også bli bevisst hvilke situasjoner eller handlinger som medfører bruk av tvang. Dette blir nødvendig dersom sykepleier skal ha muligheten til å endre eget handlingsmønster i møte med personer med demens, slik at tvang kan reduseres eller unngås. Ved å bli bevisst egne handlinger og reaksjoner, kan en endre måten vi møter personer med demens på. En må bli bevisst for å kunne aktivt gå inn og endre noe. Dette sier forskningsartikkelen til Hansebo & Kihlgren (2002) noe om. Studiet gikk ut på å filme pleiere i møte med pasienter med demens, for å se om det var mulig å finne ut hvilke ”feil” en gjorde i møte med pasienten. Dersom en finner ut hvilken feil en gjør er det mulig å se hvilke av disse som eventuelt fremkaller utfordrende atferd, som igjen medfører at pleieren tar i bruk en eller annen grad av tvang. Studiet viste også at pleierne ble mer bevisste på egne handlinger etter at de hadde sett videoopptakene, og at de aller fleste aktivt gikk inn for å endre måten de møtte pasienten på i ettertid. Mens noen pleiere valgte å endre egen handling i møte med pasienten med demens, var det andre som ikke tok i bruk det de hadde lært av videoopptakene. De valgte å fortsette slik de alltid hadde gjort, selv om studiet viste at om en endret egen tilnæringsmåte, kunne en redusere bruken av tvang betraktelig. Dette viser at det ikke er nok med økt kunnskap om et dilemma en står ovenfor, en må også selv ha et ønske om å endre egen tilnæringsmåte for å kunne møte den andre på en mer respektfull måte. Det å vise interesse for å tilegne seg nye kunnskaper og egenskaper om hvordan en kan redusere bruk av tvang, blir vesentlig. Det holder ikke å tilegne seg ny kunnskap hvis en ikke aktivt går inn for å bruke denne i den daglige samhandlingen med pasienten. Det er med andre ord vesentlig å anerkjenne tvang, som et dilemma for å kunne utarbeide og iverksette løsninger (Hansebo & Kihlgren 2002).

Som sykepleier bør en ha et ønske om å yte god omsorg i enhver situasjon. Martinsens omsorgsetikk sier noe om omsorgsbegrepet og hvordan dette påvirker relasjoner mellom mennesker. Hun sier også at alle mennesker lever i et avhengighetsforhold til andre, uavhengig av sykdom eller livssituasjon. Grovt sett kan en si at alle er avhengige av noen. I visse tilfeller, som i relasjonen mellom pleier og pasient, kan dette avhengighetsforholdet være i ubalanse. Altså en skjev "maktfordeling" fordi den ene har mer kunnskap på et område enn den andre. Dette kan for eksempel innebære at sykepleiere har mer fagkunnskap grunnet faglig bakgrunn som sykepleier. Derimot er det viktig å ikke glemme pasientens fagkunnskap om eget liv. Selv om sykepleieren har mer kunnskap om et tema og nivå enn pasienten, må hun respektere pasienten som ekspert på seg selv. Martinsen sier at alle lever i et avhengighetsforhold til andre. Det blir feil når dette forholdet baserer seg på bruk av tvang, fremfor gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient. Hun sier også noe om moralens to sider ved omsorgen til pasienten. Primærmoralen går ut på å handle til det beste på pasienten. Normmoralen baserer seg på at en skal "oppføre seg som om de elsker sin neste, selv om de ikke gjør det". Hun sier videre at en god sykepleier må kunne handle både spontant og reflektert. Og at det er umulig for en sykepleier å handle moralsk ut fra den normative etikkens regler og prinsipper, en må ta hensyn til den konkrete situasjonen en står i.

Hallberg (1995) sier at personell i sykehjem ønsker å yte god omsorg. Anvendelse av brukermedvirkning i samhandling med personer med demens har vist seg å gi større jobbtilfredshet og mindre utbrenthet. Det kommer også frem at utbrente medarbeidere, øker sannsynligheten for bruk av tvang fordi de blir mindre observante i forhold til pasientenes behov, noe som medfører tilbaketrekking i møte med pasienten. Dette gjør igjen at fokuset dreier seg mot selve oppgaven som skal gjøres, fremfor personen. Johnsen og Smebye (2008) påpeker at "bruk av tvang må aldri skje på bakgrunn av ressursmangel" (s. 229). De skriver også at "årsaker til utfordrende atferd ikke utredes tilstrekkelig, fordi problemet løses med bruk av tvang" (s. 229).

Rokstad (2008) sier at forutsigbarhet bidrar til å gjøre situasjoner mindre truende og forvirrende for pasienten. Sykepleierens kjennskap til pasienten og vedkommendes vaner i forbindelse med ulike aktiviteter kan bidra til begrenset bruk av tvang. Faglig

kompetanse innenfor pasientens aktuelle sykdom eller lidelse påvirker også samspillet mellom pasient og sykepleier. Begrunnelser for bruk av tvang i demensomsorgen baserer seg stort sett på at ”det er til pasientens beste” (s. 209). Hun skriver at bruk av tvang medfører ”stor krenkelse av personlig integritet” (s. 219). En kan regne det som lite sannsynlig at personer som har redusert samtykkekompetanse eller demens med utagerende adferd, opplever tvang mindre krenkende enn andre. Muligens tvert imot grunnet det faktum at de ikke fullt ut forstår det som skjer. Kan tvangen da føles enda mer krenkende? Videre sier hun at tillitsskapende tiltak går ut på å prøve å oppnå en allianse med pasienten. Må en ty til tvang bør en velge ”det minst inngripende tiltaket og den mildest mulige tvangsformen” (Rokstad, 2008, s. 222).

4.3 Kommunikasjon

Grunnlaget for all kommunikasjon bør være respekt, empati og positive holdninger i møte med den andre. Når det gjelder kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med demens, er behovet for en felles forståelse like gjeldende som for andre pasientgrupper, men en desto større utfordring grunnet den kroniske sykdommens karakteristika. Et økende hjelpebehov, avhengighet og språklig svikt som følge av sykdommen, er faktorer som gir oss som sykepleiere en gyldig grunn til å fokusere på kommunikasjon for å sikre god kvalitet i demensomsorgen (Wogn-Henriksen, 2008). I følge Eide og Eide (2006) er det viktig å være bevisst og aksepterende angående egne følelser som dukker opp i møte med andre, fordi en lettere kan forstå den andres reaksjoner.

Wogn-Henriksen (2008) presenterer en oversikt med råd til grunnleggende kommunikasjon med pasienter med demens. For å skape et best mulig utgangspunkt for en samtale bør en så langt det er mulig fjerne eller begrense distraksjoner av ulik karakter i umiddelbar nærhet. For eksempel hvis det er mange mennesker i samme rom, bør en vurdere å flytte seg til et område hvor det er færre mennesker til stede. Når det gjelder tilnærming bør en opptre rolig og nærme seg forfra slik at en kan etablere blikkontakt, og på denne måten unngår å komme overraskende på pasienten. Pasienten har lettere å forholde seg til sykepleieren dersom han ser at hun kommer. Sykepleieren bør snakke langsomt, samtidig som hun bruker enkle og korte setninger.

Samtidig skal en være forsiktig med å forenkle språket så mye at det grenser til det barnslige, da pasienten kan føle dette som nedverdiggende og respektløst. Pasienten er et voksent individ og som sykepleier må en ikke glemme å forholde seg til pasienten som en voksen. Det er også viktig å gi pasienten god tid til å uttrykke seg; at sykepleieren ikke stresser med å få et svar, fordi dette kan stresse pasienten. Stiller en spørsmål bør en stille ett spørsmål av gangen, det samme gjelder for instruksjoner eller veiledningssituasjoner. Det er enklere for pasienten å forholde seg til en ting av gangen. Hvis pasienten ikke responderer på åpne spørsmål, kan sykepleier omformulere spørsmålet slik at pasienten kan svare ja eller nei. Sykepleier kan også gjenta budskapet med de samme ordene, eller hun kan gjenta budskapet med andre ord. Dersom det hjelper pasienten kan hun si første lyd eller bokstav i ordet for få samtalen videre. Oppmuntring, bevisst bruk av språket, supplering med ikke-språklig kommunikasjon i form av gester og kroppsspråk, bilder, kommunikasjonsbøker og andre former for visuell stimuli er også hjelpemidler en kan ta i bruk. Sykepleier bør unngå å avbryte pasienten, og hun bør fokusere på å skape en trygg og god situasjon for pasienten for at kommunikasjonen dem imellom har gode forutsetninger for å utvikle seg til en positiv opplevelse (Wogn-Henriksen, 2008).

4.4 Kommunikasjonsmetoder i demensomsorgen

Det er sentralt å få til samspill og samhandling med pasienten for å redusere bruk av tvang. For å få til et samspill med andre stiller det et krav til kommunikasjon og at en tar i bruk ulike metoder. Innenfor demensomsorgen finnes det grovt sett tre kommunikasjonsmetoder, som er validering, reminisens og realitetsorientering.

Ved reminisens mener vi at det er positivt å bruke gode minner, som fører til gode følelser. Men det er da viktig at en vet hvordan en skal bruke personens minner. Da negative eller triste opplevelser kan føre til at de gjenopplever det vonde. Fra egne praksiserfaringer har vi opplevd at hvis ektefelle eller et nært familiemedlem er død, men personen ikke husker det, vil personen da gjenoppleve hele sorgprosessen på ny. Ved å ta i bruk negative og dårlig opplevelser, kan kommunikasjonsmetoden ha motsatt effekt, enn det som var tenkt. Hvis en vet hvordan reminisens skal brukes, gir den oftest svært få "bivirkninger". I samhandling med pasienter er det også oftest

lettere å snakke om positive og gode minner, enn det er å snakke om de triste, dårlige og negative minnene. Dette blir bekreftet i artikkelen til Hoe & Thompson (2010) *Promoting positive approaches to dementia care in nursing*, hvor forfatterne sier at den som utøver reminisens må kunne bruke denne kommunikasjonsmetoden godt, fordi den kan fremprovosere sterke følelser hos pasienten, hvis den ikke brukes på en følsom måte.

Ved validering bekrefter vi følelser som pasienten har. Som kommende sykepleiere mener vi at en bør være forsiktig med å bekrefte alle følelser hos pasienten; en bør alltid se an situasjonen. Dette gjelder for eksempel i situasjoner der pasienten hallusinerer eller ser ting som kanskje er skremmende. Dersom det er mulig bør sykepleieren prøve å avlede eller løse problemet. Fra egen praksiserfaring har vi opplevd negative sider ved validering. Et eksempel er hvis pasienten ofte har skumle hallusinasjoner, som kan gjøre vedkommende usikker. Ved å bekrefte negative følelser relatert til en slik situasjon kan pasienten føle at han blir trodd, men samtidig kan han bli mer redd og opptatt av det som er skremmende, fordi det han ”ser” blir bekreftet som virkelig.

Vi har erfart at realitetsorientering har sin positive side ved at det gir en oppklaring av fakta. For eksempel; hvor pasienten er, hvilken tid på døgnet, hvilket år, hvilken dag og så videre. Realitetsorientering kan sees som positiv tilhørighet til fakta som er enkle å forholde seg til. Hvis pasienten vet at han ikke er hjemme, og spør hvor han er, er det mer reelt at sykepleier sier hvor han faktisk befinner seg enn å lyve. Noe som er negativt ved realitetsorientering er hvis pasienten ikke alltid klarer å forholde seg til den tida som ”har gått”. Dette kan da skape forvirring mellom hva som faktisk skjer her og nå og hva pasienten selv husker at han har opplevd.

I praksis på skjermet enhet for demente med utagerende atferd, erfarte vi at realitetsorientering ikke ble brukt, da denne metoden hadde en negativ effekt på personene. Med negativ effekt mener vi at metoden skapte forvirring, fordi det de ansatte fortalte ikke samsvarte med det pasienten opplevde i øyeblikket. Informasjon og faktorer som ikke er relatert til det aktuelle møtet, eller ”fakta som ikke har noe for seg”, skaper forvirring i samhandling med pasienter med demens. Hvis hvert møte mellom sykepleier og pasient kan regnes som ”nytt” hver gang det inntreffer, blir det

vesentlig å fokusere på det positive ved å møte ”den andre”, ikke ved å overkjøre pasienten med informasjon og fakta de ikke husker. Dette skaper en følelse av å være ”mislykket” i møte med andre mennesker, som kan gi en negativ innvirkning på pasientens selvbilde. Som sykepleier bør omsorgen ha som mål å fokusere på det som skjer ”her og nå”, fremfor det som skjedde for mange år siden og som pasienten kanskje ikke husker. Det er enklere for pasienten å forholde seg til det som skjer i øyeblikket, som er mer konkret og håndgripelig for pasienten. Følelsen av å mestre en situasjon eller et møte med andre, gir pasienten positive opplevelser som gir en følelse av mestring og livskvalitet.

Felles for alle kommunikasjonsmetodene er at hvis de brukes feil, kan de medføre negative konsekvenser for pasienten. Her kommer nærhetsetikken inn som handler om sykepleierens holdninger, væremåte og handlingsvalg, der ikke-skade-prinsippet sier at pasienten ikke skal ta skade av behandlingen sykepleieren gir, og velgjørhetsprinsippet som sier at sykepleieren skal handle til det beste for pasienten. Dette stiller krav til kunnskap om de ulike kommunikasjonsmetodene, slik at sykepleier kan bruke disse på rett måte tilpasset personen hun kommuniserer med.

Travelbee foreslår også ulike kommunikasjonsteknikker, som å stille åpne spørsmål eller utsagn, speiling eller parafrasering, å dele sine sanseintrykk med andre og bevisst bruk av klisjeer (Travelbee, 1999). Eksempel på klisjeer kan være typiske ”åpningsspørsmål” mange sykepleiere bruker for å komme i kontakt med en person, for eksempel ”Hvordan går det med deg?”. Dette er et spørsmål alle har hørt, men den gode sykepleieren bruker dette spørsmålet med hensikt, og kommer med påfølgende spørsmål for å utdype mer om personen. Men Travelbee (1999) sier også at det ikke finnes noen magiske fraser for sykepleieren å bruke i vanskelige situasjoner, men at det er viktigere å være sikker på sin valgte metode, vite hvorfor en bruker dem, og hva en ønsker å oppnå med dem.

4.5 Miljøbehandling

Miljøterapi innebærer alle faktorer som påvirker miljøet. Alle former for kommunikasjon med pasientene blir derfor en stor del av miljøterapien.

En må ha kunnskap om demens og symptomer ved sykdommen for å kunne iverksette tiltak og på denne måten forebygge situasjoner som medfører bruk av tvang. Dette krever igjen at en blir bevisst disse situasjonene slik at en kan gjenkjenne de og iverksette tiltak slik at tvang ikke blir nødvendig. Det er først når en blir bevisst disse situasjonene at en kan forebygge ved å ta i bruk ulike verktøy (Rokstad 2008).

Verktøy som har vist seg å ha en effekt innenfor demensomsorgen er kommunikasjonsmetoder i form av reminisens, validering og realitetsorientering og miljøterapi. I tillegg til å ta i bruk disse metodene når en kommuniserer med pasienten, er det også andre faktorer som spiller inn. Cunningham & Williams (2007) sier at sykepleieres kommunikasjon ved daglige aktiviteter, av og til kan bidra til å utløse motstand hos pasienten i gitte situasjoner, for eksempel under stell, påkledning og måltider. Cunningham & Williams (2007) påpeker at pleiere tar i bruk "elderspeak communication". Dette er en form for babyspråk tatt i bruk når en kommuniserer med pasienter i demensomsorgen, det er en barnslig forenkling av språket som mottakeren finner nedverdiggende og vedkommende føler seg ikke respektert. Denne mangelen på respekt medfører ofte at pasienten motsetter seg hjelp, noe som igjen kan bidra som en utløsende faktor til utagerende atferd. De sier også at når pasienten motsetter seg helsehjelp ved å ty til utagerende atferd i visse tilfeller, kan det tolkes som pasientens måte å formidle at deres behov ikke blir møtt i en gitt situasjon, altså at pleieren ikke imøtekommer deres behov. Dette viser at det ikke bare er nok å kun forstå og ta i bruk disse metodene, en må være bevisst på eget kroppsspråk, hvilke ord en bruker, hvordan en henvender seg til den andre i en samtale osv. Kommunikasjonen bør gjenspeile respekt ovenfor den andre for at samspillet mellom sykepleier og pasient skal ha et positivt utfall og en positiv effekt (Ibid).

Uansett om en ønsker det eller ikke preges omsorgen en gir av ulike faktorer. For eksempel hvis pasienten er utagerende, kan dette medføre frykt fra personalets side, noe som igjen kan føre til ubehag eller tvil om å gå inn i en situasjon der denne atferden forekommer. Det kan gi frykt for å møte pasienter som viser utagerende atferd. Dette sier Rogstad & Nåden (2011) noe om. Hensikten med deres studie var å få et overblikk og samtidig beskrive pleieres opplevelser av ulike situasjoner i møte med pasienter med demens og utagerende atferd. I tillegg til dette ønsket de å belyse behovet for økt kompetanse innenfor demensomsorgen, slik at pasientenes verdighet

ble ivaretatt. De påpeker at utagerende atferd er en av flere utfordringer i demensomsorgen, og at denne typen atferd har en innvirkning på pleiere. Videre sier de at det stilles krav til høy faglig kompetanse hos personalet for at pasientene skal få den hjelpen de har behov for, og at denne pleien ytes på en etisk og kyndig måte. Både pensumlitteratur, forskning og egne praksiserfaringer tyder på at tillit, respekt og trygghet er faktorer som i stor grad påvirker bruk av tvang. Litteratur, forskning og erfaringer viser i stor grad til pasientens behov, men sykepleier påvirkes også av disse faktorene. Pasienten må føle seg trygg for å la sykepleieren yte omsorg, men sykepleieren må også føle seg trygg slik at hun kan yte omsorg på best mulig måte, slik at pasienten får dekket sine behov. Rognstad og Nåden (2011) sier at økt fagkunnskap på området i stor grad bidrar til at pleiere føler trygghet i situasjoner hvor en pasient viser utagerende atferd. Økt fagkunnskap bidrar dermed til økt kvalitet på omsorgen pleiere yter til pasientene. Stortingsmelding nr. 25 (2005-06) bekrefter dette ved å si at omsorgens kvalitet sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere. Rognstad og Nåden (2011) påpeker at en kan ”stille seg spørrende til hvorledes personalet er i stand til å gi tilstrekkelig omsorg til pasienten når de samtidig føler seg skremte og usikre, og ønsker seg vekk fra situasjonen” (s. 6).

Forutsetninger for god omsorg for personer med demens innebærer medbestemmelse og individualisering for den enkelte, samt at sykepleieren viser forståelse for personens situasjon. Hjelp bør så langt det er mulig ta utgangspunkt i og baseres på den enkelte pasients premisser. En bør med andre ord unngå handlinger som er tydelig uønsket av pasienten, da dette kan føre til motvillige reaksjoner. Spiller en ”på lag” med pasienten, vil en i mange situasjoner sannsynligvis begrense bruken av tvang.

4.6 Faktorer som påvirker miljøbehandling

I teorien nevner vi fem faktorer, som har en innvirkning på miljøbehandling. Rokstad refererer til Taft et al. (1993), som har knyttet Gundersons fem elementer opp mot demensomsorgen og beskrevet disse nærmere. Trygghet innebærer å ta en viss form for styring over pasientens aktivitet for å kompensere for sviktende funksjon

grunnet sykdom, uten å legge alt for mange restriksjoner på pasienten. For å skape trygghet må en også være observant i forhold til pasientens atferd, å kunne iverksette tiltak på et tidlig stadium for å kunne forebygge eller dempe begynnende uro eller irritabilitet. Struktur går ut på å skape forutsigbarhet i pasientens hverdag, ved å gi faste holdepunkter for døgnrytme og aktiviteter i løpet av dagen. Selv om dagen er lagt opp etter visse prinsipper, må en allikevel være fleksibel slik at de ulike aktivitetene kan tilpasses den enkelte og vedkomnes behov. Støtte baserer seg på relasjoner der pasienten føler omsorg og forståelse. Målet med å støtte pasienten er å ”reduere angst og bidra til opplevd tillit, trygghet og egenverdi” (Rokstad 2008, s. 154). Engasjement innenfor miljøbehandling går ut på å la pasienten være delaktig, aktiv og i samhandling med miljøet. Gyldiggjøring innebærer å forsterke individet og det som er særegent for vedkommende, slike forsterkinger krever en individuell plan for å bli synliggjort, samtidig som det stiller krav til sykepleieren om å bli kjent med pasienten for å få et godt utgangspunkt for videre samhandling.

Pensumlitteratur, forskning og egne praksiserfaringer tyder på at tillit, respekt og trygghet er faktorer som i stor grad påvirker bruk av tvang. Disse faktorene viser i stor grad til pasientens behov, men sykepleieren påvirkes også av disse faktorene. Pasienten må føle seg trygg og respektert, og ikke minst ha tillit til sykepleieren, men sykepleieren har også et behov for å føle seg trygg slik at hun kan vise pasienten omsorg på best mulig måte for at vedkommende skal få dekket sine behov. Rognstad og Nåden (2008) skriver at økt fagkunnskap på det aktuelle området i stor grad bidrar til faglig trygghet for pleiere. Dette bidrar igjen til økt kvalitet på omsorgen de yter til pasientene.

Erfaringer fra praksis viser at det er vanskelig å kvitte seg helt med alle former for tvang. De meninger og valg pasienter med demens ytrer, er ikke nødvendigvis i samsvar med hvordan vedkomnes atferd, valg og meninger var før sykdommen inntraff. Men igjen, blir det riktig å alltid forholde seg til hvordan vedkommende var før sykdom kom inn i bildet? Det er vesentlig å benytte seg av familiens beretninger om hvordan pasienten var før vedkommende ble syk, som retningslinjer i samhandling med pasienten. Men som sykepleier må en også ta hensyn til og ta med i betraktningen den innvirkningen demenslidelsen har på pasientens atferd. Endret atferd sammenlignet med det som tidligere var ”normalt” for pasienten, medfører ulik

forutsetning for å ta valg, sammenlignet med før pasienten ble syk. Grunnet sykdomsbildet ser ikke pasienten alltid konsekvenser av handlinger. En viktig del av sykepleien, blir derfor å fokusere på det som har en positiv innvirkning på pasientens helse, ha pasientens ”beste” som mål, til tross for at endringer i atferden grunnet demenslidelse kan vanskeliggjøre denne prosessen.

Mild paternalisme er et uttrykk som brukes når en samarbeider med pasienten, men allikevel har fått pasienten til å gjøre noe de selv i utgangspunktet ikke tok initiativ til; for eksempel situasjoner som omhandler stell og administrering av medikamenter. Pasientens første reaksjon er å motsette seg hjelpen, men så tar sykepleier i bruk ulike verktøy, for å få pasienten til å ”spille på lag” i ulike handlinger og situasjoner som stiller krav til samhandling og samarbeid mellom sykepleier og pasient.

Det finnes statistikk på bruk av tvang, tallene har vi hentet fra fagartikkelen ”Skal, skal ikke...” til Engedal m.fl. (2001). Problemet med denne artikkelen er at ikke alle institusjoner som ble kontaktet, svarte på undersøkelsen. En kan også stille seg spørrende til hvor lett det er å kartlegge bruk av tvang, da mange har en individuell oppfatning av fenomenet. Erfaringer fra praksis viser at noen kun ser en handling som tvang hvis en må bruke fysisk makt for å oppnå det en vil. Det blir med andre ord vanskelig å finne statistikk på noe som ikke oppfattes som et dilemma, samtidig som ikke alle tilfeller hvor tvang brukes blir dokumentert. Det kan også stilles spørsmål ved situasjoner der sykepleier går inn og opprinnelig møtes med motstand av pasienten, men hvor sykepleier unngår bruk av fysisk tvang ved å ta i bruk ulike kommunikasjonsmetoder og ”teknikker” i samhandling med pasienten. En unngår bruk av fysisk tvang, men går derimot bevisst inn for å gjennomføre det en har satt seg fore, ved å ta i bruk andre metoder enn de som innebærer bruk av fysisk tvang. Engedal m.fl. (2001) sier at bruk av fysisk tvang oftest brukes når en avdeling er underbemannet, samt når det er liten eller begrenset fagkompetanse på det aktuelle fagfeltet. Underbemanning gir økt arbeidsbelastning, som igjen bidrar til utbrenthet blant de ansatte. Dersom de ansatte er utbrente blir det vanskeligere å yte omsorg til pasientene på en faglig forsvarlig måte. Rognstad og Nåden (2008) sier at for å unngå denne ”onde sirkelen” må en først og fremst sørge for at det er god bemanning på de aktuelle institusjonene, samtidig som det iverksettes tiltak for å heve kompetansenivået blant de ansatte.

5.0 Konklusjon

I arbeidet med bacheloroppgaven har vi sett at lovverk, etikk og kunnskap, både om aktuelle fagområder og pasienter, fungerer som retningslinjer når vi skal utøve sykepleie til pasienter med demens. Selv om vi som kommende sykepleiere sitter inne med mye fagkunnskap og erfaringer, er det ikke dermed sagt at vi har rett til å utøve makt i enhver situasjon. Når en sitter inne med mer fagkunnskap på et område enn den andre har det lett for å bli en skjev maktfordeling mellom sykepleier og pasient. Det er spesielt i slike situasjoner at det blir viktig at sykepleiere ser pasienten som faglig kompetente eller eksperter på seg selv og eget liv, og at vi går inn for å samhandle med pasienten, fremfor å overkjøre vedkommende ved å bruke makt eller tvang.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at faglig kompetanse er vesentlig for samspillet mellom sykepleier og pasient. Dersom pasienten skal oppleve trygghet og sykepleier skal kunne bidra til positive samhandlingssituasjoner, krever dette kunnskap om demens. Det stilles også krav til kommunikasjon generelt, men også spesielt i forhold til kommunikasjon med pasienter med demens.

Sykepleierens utgangspunkt bør være å forebygge situasjoner som kan føre til bruk av tvang. Dette innebærer å tilegne seg kunnskaper om pasienten som menneske, slik at en lettere blir i stand til å tolke pasientens signaler og kroppsspråk i ulike situasjoner.

Vårt faglige utbytte gjennom arbeidet med denne oppgaven innebærer at vi har blitt mer reflekterte over hva tvang er; at det finnes ulike former for tvang, både fysisk og psykisk. Vi har også blitt mer bevisste over hvilke situasjoner som medfører bruk av tvang og eget forhold til utøvelse av tvang. I praksis har vi følt at vi selv prøver alt; at vi tar i bruk kunnskap, egenskaper og erfaringer for å unngå at vi bruker tvang, uansett hvilken form det måtte være. Vi har også sett at det krever stor innsats, i form av økt kompetanse, økt bemanning, vilje og evne til å gjenkjenne og aktivt gå inn for å begrense bruk av tvang. Og at sykepleieren tar i bruk plikten til å melde avvik hvis tvang og maktmisbruk mot pasienten utøves.

Vi har kommet frem til at eget perspektiv på tvang er med på å gjøre oss mer bevisste på om vi bruker tvang eller ikke. Dersom en ikke ser en handling som tvang, vil det basert på eget utgangspunkt si at en ikke bruker det. Dette viser at det blir viktig å gå inn og endre og opplyse om tvang, slik at en kan skape bevissthet rundt når det brukes og hvordan en kan begrense bruken av den. Som fremtidig sykepleiere stiller dette krav til vår evne til å kommunisere og samhandle med både pasienter og kollegaer, dersom vi skal ha mulighet til å begrense bruken av tvang.

Litteraturliste

Pensumlitteratur

Brinchmann, B. S. (2008). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner; samhandling, konfliktløsning, etikk*. [Oslo]: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005) *Grunnleggende Sykepleie: Bind 4*. [Oslo]: Gyldendal Akademisk

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

* Selvvalgt litteratur

Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. [Tønsberg]: Forlaget Aldring og helse

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2005). *Lærebok – demens: Fakta og utfordringer*. (4. utg.). Forlaget Aldring og Helse

Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A & Nygård, A-M. (2001). *Skal, skal ikke...rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. [Sem]: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Fenech, F, F. (2003). *Ethical issues in aging*. Clinical medicine

Hånes, H., Trewin, C., Lyshol, H., Berg, C. (2010). *Eldres helse - 65 år og over*. Folkehelseinstituttet. Oppdatert 25.10.2011.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:65779::1:5647:16:::0:0

Gunderson, J.G. (1978). *Defining the therapeutic process in psychiatric milieus*.

Hallberg, I.R. (1995). *Klinisk omvårdnadshandledning*. [Stockholm]: Liber utbildning

Kversøy, K. S. (2005). *Etikk – En praktisk vinkling*. [Bergen]: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Nasjonalforeningen for folkehelsen. *Ulike typer demens*. Lokalisert på:

<http://www.nasjonalforeningen.no/Ulike+typer+demens.9UFRjWZf.ips>

Sist endret: 15.03.10

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

Slettebø, Å. (2004). *Strebing mot pasientens beste: En empirisk studie om etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem*. [Kristiansand]: Høyskoleforlaget

Tinetti, M.E, Wen-Liang, L. Marotolli, R.A & Ginter, S.F. (1991). *Mechanical restraints use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities*.

Vandvik, I. H. (2012) miljøterapi. *Store norske leksikon*. Lokalisert 7. Februar 2012 på http://snl.no/.sml_artikkel/miljøterapi

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonenes betydning i miljøterapi*. [Oslo]: Gyldendal Akademisk

Dikt forord: <http://www.hest.no/blogg/blogg.html?blid=697209&bid=39642>

Lokalisert 19.01.12

Forskningsartikler

Cunningham, J. & Williams, K. N. (2007). *A Case Study of Resistiveness to Care and Elderspeak*. Lokalisert på:

[http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=111&sid=b7022424-a590-413a-862f-](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=111&sid=b7022424-a590-413a-862f-093ad3cd4752%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009536951)

[093ad3cd4752%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009536951](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=111&sid=b7022424-a590-413a-862f-093ad3cd4752%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009536951)

Hansebo, G. & Kihlgren, M. (2002). *Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness*. Lokalisert på:

[http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=122&sid=8205107c-cddc-4ae7-af8d-](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=122&sid=8205107c-cddc-4ae7-af8d-ea4b51084ba1%40sessionmgr10&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2002082935)

[ea4b51084ba1%40sessionmgr10&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2002082935](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=122&sid=8205107c-cddc-4ae7-af8d-ea4b51084ba1%40sessionmgr10&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2002082935)

Rognstad, M.-K. & Nåden, D. (2011). *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv*. Lokalisert på:

<http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art06?highlight=Utfordringer%20og%20kompetanse%20i%20demensomsorgen%20%20Pleieres%20perspektiv.%20#highlight>

Lover, forskrifter og stortingsmeldinger

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (2003-06-27). Lokalisert på www.lovdata.no

Helsepersonelloven. (1999). LOV-1999-07-02-64. Lokalisert på www.Lovdata.no

Helse og omsorgsdepartementet. (2007). (St.meld. nr. 225. 2005-2006). *Demensplan 2015: "Den gode dagen"*. Delplan til Omsorgsplan. Lokalisert på:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2011/demensplan-2015-den-gode-dagen.html?id=663429

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). LOV-1999-07-02-63. Lokalisert på
www.Lovdata.no

Vedlegg

(Egenvurderinger legges kun ved i papireksemplarer)

Individuell redegjørelse for kandidatnummer 5

Individuell redegjørelse for kandidatnummer 59