



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse
4AVS304

Heidi Cocozza og Ida Kjærnaasen

Veileder: Anne Grethe Kydland

Den gode her-og-nå situasjonen –

Et mål i demensomsorgen

The good moment –

The purpose in dementia care

Bachelorutdanningen i sykepleie, kull 121

2012

Antall ord: 10838

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motsattnsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,

Erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet, fattig, uten blader.

Livet mitt "faller av".

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men du som ser meg, kjenner meg.

Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,

har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg!

Kirsti Solheim.

Innholdsfortegnelse

FORORD: Livets høst

1. Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	5
1.2 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning.....	7
1.3.1 Presentasjon av case.....	9
1.4 Oppgavens oppbygging	9
2. Metode	11
2.1 Kildekritikk og kvalitetsvurdering.....	11
2.2 Fremgangsmåte for artikkelsøk.....	12
2.3 Etisk vurdering og personvern.....	15
3. Teori	16
3.1 Demens og Alzheimerssykdom.....	16
3.1.1. Symptomer.....	16
3.2 Lovverket og helsehjelp.....	18
3.2.1 Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse.....	19
3.2.2 Bruk av tvang.....	20
3.4 Etikk.....	21
3.4.1 Autonomi og paternalisme.....	22
3.4.2 Konsekvensetikk.....	23
3.4.3 Yrkesetiske retningslinjer.....	24
3.5 Kari Martinsens sykepleieteori.....	24
3.5.1 Omsorg og relasjon.....	26
3.6 Sykepleie.....	26
3.6.1 Ivaretagelse av personlig hygiene.....	27

3.6.2 Tillitsskapende tiltak.....	27
3.6.3 Kommunikasjon.....	28
4.Hvordan utføre god sykepleie i møte med pasienter med demenssykdom.....	30
4.1 Å vurdere pasientens behov for sykepleie.....	30
4.2 utfordringer rundt ivaretagelse av personlig hygiene.....	32
4.3Tilpasse sykepleien til pasienten.....	34
5. Konklusjon.....	39
Litteratur.....	40
Vedlegg	

1. Innledning

Vi har valgt å skrive om temaet 'Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demenssykdom' i vår bacheloroppgave for sykepleierutdannelsen.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Dette temaet ser vi på som veldig relevant for vår utdanning og fremtidige yrkeskarriere.

Det vil bli en større andel eldre over 65 år i fremtiden etterhvert som levealderen øker i befolkningen. I følge befolkningsstatistikken over døde i 2010 har levealderen økt med 6 år for menn og vel 3 år for kvinner i løpet av de siste 25 årene (Statistisk sentralbyrå, 2011).

I 2009 var den gjennomsnittlige levealderen for menn 78,6 år, mens den for kvinner var 83,1 år (Folkehelseinstituttet, 2011). Rokstad (2008a) skriver at økt levealder vil føre til at flere lever lenge nok til å utvikle en demensdiagnose, da det er en sammenheng mellom forekomsten av demenssykdom og stigende alder.

Det er antas at antallet personer med demens vil være doblet innen 2040, forutsatt at forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå (Sosial og Helsedirektoratet, 2007).

Etterhvert som demenssykdommen progredierer vil de fleste få et behov for helsehjelp i forbindelse med å utføre dagligdagse oppgaver. Dette gjør at det ofte blir aktuelt med sykehjemsinnleggelse for pasienten (Snoek & Engedal, 2010). Kirkevold, Ø & Engedal, K. (2004) har gjennom sin forskning kommet fram til at det ofte blir benyttet ulike former for tvang ved norske sykehjem, spesielt mot pasienter som lider av demens. Personalets bruk av tvang har ofte en sammenheng med pasientens grad av demens, atferdsproblemer og det behovet pasienten har for hjelp til dagligdagse oppgaver. Dette ser vi på som trist i og med at hjelpetrengende gamle mennesker er helt avhengige av pleiepersonalets hjelp, tid, kompetanse og personlige holdninger (Kirkevold, M, 2008).

Vi har begge arbeidet i demensomsorgen under utdannelsen. Der har vi selv fått erfare at det brukes tvang i praksis, og spesielt ofte i forbindelse med utføring av hygieniske tiltak. Vi har

fått kjenne på hvor utfordrende det kan være å få utført nødvendig sykepleie til noen av pasientene som har en langtkommen demensdiagnose. Noen ganger tror vi at man fort kan glemme å se mennesket bak demenssykdommen, og dermed fokusere mest på den oppgaven som utføres. Dette er ikke riktig. Det er viktig å tenke på at pasienten som har en demensdiagnose også har et menneskeverd og en opplevelse av øyeblikket. Vi tror også at bruken av tvang noen ganger kunne vært unngått hvis sykepleieren hadde møtt pasienten på en mer anerkjennende og tilpasset måte.

1.2 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling

Tvang i demensomsorgen er et kjent fenomen. Dette ser vi blant annet gjennom Kirkevold & Engedal (2004; 2007) sin forskning. I følge pasient- og brukerrettighetslovens (1999) § 4A-3 står det at det alltid skal forsøkes med tillitsskapende tiltak før tvang benyttes. Gjennom arbeidet med denne oppgaven vil vi se nærmere på hvordan en langtkommen demensdiagnose virker inn på pasientens funksjon og evne til samhandling, samt hvordan vi som sykepleiere kan forholde oss for å oppnå tillit. Vi vil se på hva som kan være avgjørende for at det skal bli en god her-og-nå situasjon, hvor vi kan få ivaretatt pasientens behov uten at det blir nødvendig å benytte tvang. Ved å ha kunnskaper rundt dette temaet vil vi bidra til å styrke kvaliteten på sykepleien til pasienter med en langtkommen demenssykdom.

På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan utføre god sykepleie i møte med pasienter med demenssykdom?

1.3 Oppgavens avgrensning

På grunn av oppgavens ordbegrensning er det nødvendig å foreta flere valg når det gjelder hvilke temaer vi velger å gå inn på i oppgaven.

I denne oppgaven er sykepleien vi skriver om rettet mot en eldre, norsk pasient med en alvorlig grad av demenssykdom, som bor ved en skjermet enhet i et norsk sykehjem. Pasienten vil gjennom oppgaven bli referert til som pasienten eller Mari, på grunn av bruk av case i oppgaven. Vi er klar over at pasienten med en alvorlig grad av demenssykdom har behov for sykepleie i forhold til flere behov, men på grunn av ordbegrensningen knytter vi oppgaven til det å skulle ivareta den personlige hygiene hos pasienten. Dette behovet trekker vi frem for å vise til en situasjon som belyser pasientens behov for sykepleie, samtidig som hygieneiske tiltak ofte er en grunn til at det oppstår problemer i samhandlingen mellom pasienten og sykepleieren.

Men vårt hovedfokus i oppgaven er hvordan sykepleieren kan møte pasienten for at pasienten ikke skal motsette seg helsehjelpen på grunn av utrygghet. Her trekker vi spesielt frem sykepleierens tilstedeværelse i situasjonen, evne til å se pasienten og bruk av kommunikasjonsmetoder. Dette er noe vi anser som viktig uansett hva som er hensikten med sykepleien til pasienten.

I teorien skriver vi om demens og alzheimers sykdom. Vi er klar over at alzheimerssykdom er en undersykdom av samlebegrepet demens, og flere av symptomene er like uansett hvilken type demens pasienten har. Men hvor skadene som sykdommen gir sitter i hjernen vil ha en betydning for hvilken evne pasienten har til kommunikasjon, tolkning og forståelse. Dette spiller derfor inn på hvordan sykepleieren bør gå frem i møte med pasienten (Kirkevold, Ø. 2008). Ved å spesielt trekke frem alzheimerssykdom i teoridelen mener vi å utelukke andre demenssykdommer, blant annet frontallappdemens som er en sykdom hvor hukommelsen, orienteringsevnen og forståelsen til pasienten kan være relativt godt inntakt (Rokstad, 2008a). Men vi vil benytte begrepene alzheimers sykdom og demenssykdom litt om hverandre i oppgaven.

På grunn av at det oppstår mange forskjellige symptomer ved demenssykdom, har vi begrenset oss til å bare skrive om de symptomene vi synes angår nettopp denne oppgavens fokus. Dette

er symptomer som har betydning for pasientens behov for sykepleie i forbindelse med å ivareta sin personlige hygiene og den evnen pasienten har for å samhandle med personalet.

Vi har valgt å bruke Kari Martinsen omsorgsteori i oppgaven. Hun har skrevet en omsorgsteori som hovedsaklig er rettet mot pasienter som er hjelpetrengende og avhengige, og ut i fra hennes teori har vi valgt ut deler som vi føler er relevante for vår problemstilling.

Når det skal utøves sykepleie til pasienter med demenssykdom, er det nødvendig å ha kjennskap til lover, retningslinjer og etiske prinsipper. Vi tar med de lovene og retningslinjene vi anser som de mest relevante i forhold til oppgavens hensikt. Vi vil trekke frem noen lover fra helsepersonell loven og pasient- og brukerrettighetsloven. Samtidig tar vi med de yrkesetiske retningslinjer som omhandler sykepleieren og pasienten, samt sykepleieren og profesjonen. Vi er klar over at det er mange etiske prinsipper, regler og retningslinjer man kan veie et dilemma opp i mot. I denne oppgaven trekker vi frem de etisk prinsippene autonomi, paternalisme, samt konsekvensetikken for å kunne drøfte oppgavens problemstilling opp i mot disse. Vi vet at autonomiprinsippet er veldig anerkjent når det gjelder behandling av pasienter, men vi velger å understreke nok en gang at vi skriver om en pasient med en alvorlig grad av demenssykdom. Dette vanskeliggjør balansegangen mellom autonomi og paternalisme, men alle mennesker har medbestemmelsesrett.

Pasientens pårørende er en viktig resurs i forhold til pasientgruppen oppgaven vår omhandler, det samme er dokumentasjonsplikten vi har som sykepleiere. De pårørende er en nyttig informasjonskilde for at vi skal kunne bli kjent med pasientens fortid og vaner. De kan også være pasientens hjelpeverge, da pasienten har rett på dette ved aldersdemens og frafall av samtykkekompetanse. Men vi velger å se bort disse temaene i denne oppgaven. Vi ser heller ikke på pasientens eventuelle bruk av medikamenter, noe vi vet kan være omfattende, og også kan ha noe å si på hvordan pasienten fungerer i hverdagen.

Det er flere lærebøker som understreker viktigheten av tilrettelegging i demensomsorgen. Det kommer frem at de forskjellige faglige kvalifikasjonene til medarbeiderne som jobber ved avdelingen, og antallet medarbeidere på jobb i forhold til antall pasienter, er viktige faktorer når det gjelder bruk av tvang. Samtidig understrekes det at ledelsen ved avdelingen har et ansvar når det gjelder å skape en kultur for personsentrert omsorg gjennom et samkjørt og integrert syn på demens i personalgruppen (Rokstad, 2005a). Men på grunn av ordbegrensningen til oppgaven har vi ikke fått gått inn på dette.

1.3.1 Presentasjon av case

Vi vil presentere en pasientcase som også vil ha en betydning for oppgavens avgrensning. Den beskriver en pasientsituasjon som kan oppleves utfordrende. Denne casen anser vi ikke som en enestående situasjon. Hovedpoengene i casen ser vi på som vanlige etiske dilemmaer helsepersonell vil møte i forbindelse med det å utføre pleie og omsorg til pasienter med demenssykdom, og spesielt i forhold til alzheimers sykdom. Casen vil videre bli benyttet i drøftedelen til oppgaven.

CASE: Mari, 85 år, bor ved en skjermet enhet ved ett av byens sykehjem. Hun har bodd ved avdelingen i 3 måneder og har en alvorlig alzheimers sykdom. Hun har tidligere vært en av byens 'fine fruer'. På dagtid pleier hun å oppholde seg i sofaen inne på fellesstuen til avdelingen, hvor hun sitter og nynner, innimellom reiser hun seg for å gå litt rundt før hun igjen setter seg ned. Etterhvert som sykdommen har progrediert har Mari fått problemer med inkontinens for urin og avføring. Noen ganger kan Mari begynne å plukke avføring opp fra bleien ute i fellesarealet til avdelingen og når personalet forsøker å få henne med på badet for nødvendig skift nekter hun som oftest. Mari motsetter seg hjelpen ved å forsøke og unnsnippe personalet. Hun ønsker heller ikke å kle av seg eller bli vasket når hun kommer inn på badet. Mari er fysisk sterk. Hun kan både slå, klype og bite da personalet forsøker å bytte bleien, samtidig som hun skriker høyt.

Det å kommunisere med Mari oppleves som svært utfordrende for personalet, og det føles vanskelig å gripe inn i disse situasjonene.

1.4 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven innledes med et dikt. Videre er oppgaven bygd opp av en innledning hvor valg av tema og begrunnelse for valget presenteres. Videre presenteres oppgavens hensikt sammen med problemstilling, avgrensning og en case. Deretter følger en metodedel hvor valg av metode, sammen med kildekritikk og fremgangsmåte for artikkelsøk presenteres. Her er også en kort etisk vurdering i forhold til bruk av case i oppgaven. Deretter kommer oppgavens teoridel, hvor vi presenterer den teoren vi har valgt å gå inne på i oppgaven. Videre følger drøftningsdelen hvor litteraturen presentert i teoridelen drøftes sammen med forskning, egne erfaringer og sykepleieteoretisk forankring. Som oppsummering følger en konklusjon, før oppgaven avsluttes med en referanseliste.

2.0 Metode

Dalland (2008) forklarer en metode som:

“Metoden foreller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap” (s.83).

I følge retningslinjene til bacheloroppgaven skal denne oppgaven være en fordypningsoppgave basert på allerede eksisterende litteratur og kan også bygge på egne erfaringer fra praksis. Denne oppgaven er derfor en litteraturstudie da det er kunnskap fra litteraturen oppgaven i hovedsak tar sitt utgangspunkt i. Den utvalgte litteraturen skal benyttes for å drøfte problemstillingen i forhold til (Dalland, 2008).

2.1 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

Gjennom kildekritikk og kvalitetsvurdering vurderes det om litteraturen som benyttes har relevans og gyldighet for å kunne belyse problemstillingen til oppgaven (Dalland, 2008)

Det finnes mye litteratur innenfor dette feltet av sykepleien som denne oppgaven omhandler, noe som innebærer at vi har kunnet være kritiske når det gjelder valg av litteratur. Vi har vurdert all litteratur vi har benyttet opp i mot om den er relevant og gyldig for vår oppgave. Noe av den anvendte litteraturen har vært pensumlitteratur gjennom sykepleierutdannelsen, og denne litteraturen vurderer vi dermed som veldig relevant og gyldig for sykepleiefaget.

Oppgaven skal ifølge retningslinjene til bacheloroppgaven også bygge på minimum 250 sider selvvalgt litteratur. For å kunne velge den selvvalgte litteraturen har vi sett på hva teorien omhandler, hvilken faglig bakgrunn forfatteren har, for hvem bøkene er skrevet, samt alderen på litteraturen. Alle bøkene vi har benyttet er skrevet av forfattere med helsefaglig eller høgskolelektor bakgrunn, stortsett beregnet på helsepersonell og studenter i helse- og sosialfaglig utdanning på høgskolenivå. Av alder på litteraturen er de fleste bøkene vi benytter fra 2005, eller nyere dato. Vi har i hovedsak benyttet oss av primærlitteratur, da det er den som kan ses på som den sikrest kilden. Men vi har også benyttet noe sekundærlitteratur der vi har tiltro til sekundærkilden. Dette gjelder spesielt i forbindelse med Kari Martinsens omsorgsteori. Hun har skrevet flere bøker rundt sin teori, og vi har derfor valgt å benytte

boken "Omsorg, sykepleie og medisin" (2003) som Kari Martinsen har skrevet selv. Samtidig har vi valgt å supplere med noe litteratur der hennes teori er oppsummert. Boken "Sykepleieteorier – analyse og evaluering" skrevet av Kirkevold, M. (1998) er er bok som tar for seg hennes teori i korte trekk, og vi har valgt å benytte denne boken i oppgaven. Begge disse bøkene er av eldre årgang, men vi ser på de som valide og relevante da de bygger på en omsorgsteori som fortsatt blir mye brukt i sykepleieutdannelsen. Men vi er klar over at sekundærlitteraturen kan være preget av sekundærkildens eventuelle feiltolkninger (Dalland, 2008).

For å fremhente lovverk i forhold til pasient- og brukerrettigheter og helsepersonell har vi benyttet nettsiden Lovdata.no. Denne siden ser vi på som en sikker kilde, da den er opprettet av Justisdepartementet og Det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Vi har også benyttet informasjon fra rapporten "Glemsk, men ikke glemt" (2007), utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i oppgaven. Vi anser informasjonen fra denne kilden som sikker da denne rapporten er en demensrapport som er en delplan av Omsorgsplan 2015, slik den presenteres i Stortingsmelding nr. 25 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Helsedirektoratet er et fagdirektoratet og myndighetsorgan som ligger under Helse- og omsorgs departementet.

2.2 Fremgangsmåte for artikkelsøk

Gjennom vårt søk etter forskningsartikler har det vært ønskelig å finne forskning utført i Norge og andre nordiske land. Dette fordi det kan være kulturforskjeller. Vi har vært interessert i å finne forskning som omhandler hvordan sykepleiere går frem i møte med pasienter som har demenssykdom, og hvilken betydning fremgangsmåten kan ha å si for utfallet av situasjonen. Vi har også vært interessert i forskning som omhandler betydningen av kommunikasjonsteknikker og sykepleierens tilstedeværelse, og forskning som belyser temaet bruk av tvang i demensomsorgens relevans.

Vi har søkt etter forskningsartikler gjennom høgskolebibliotekets databaser.

Vi benyttet SweMed+ for å finne mesh-termer til ordene vi brukte i søkingen. Søkeordene vi har brukt er: dementia, force eller restraint, intervention, autonomy, communication, nursing home, quality of care og Norway. Disse ordene er benyttet i flere kombinasjoner.

Vi søkte i EbscoHOST, Cinahl, ScienceDirect, OvidSP og Idunn.

Et av kravene til forskningsartiklene har vært at de helst ikke skulle være eldre enn 5 år. Det har også vært ønskelig at forskningsartiklene var oppbygd i forhold til IMRAD prinsippet, for at vi rasktest mulig kunne finne ut om forskningsartiklen var valid og aktuell for vår problemstilling.

Ved å benytte søkeordene dementia, norway, nursing home i databasen EbscoHOST og Cinahl full-text fikk vi 9 treff i full-text. Forskningsartikkelen 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes' var en av disse. Den er utført av Helgesen A. K., Larsson, M. & Athlin, E. i 2010. Her undersøkes det hvordan sykepleieren ved å være fullt til stede for pasienten kan virke inn i samhandlingen.

Den andre artikkelen vi benytter i oppgaven kom vi frem til ved å benytte søkeordene Norway, nursing home, quality of care og dementia i Ebsco host + Cinahl full-text. Vi fikk opp 36 resultater i full-text. Vi valgte å benytte forskningsartikkelen ”Quality of care in Norwegian nursing homes- deficiencies and their correlates”, utført av Kirkevold, Ø. Og Engedal, K. (2007). Her undersøkes kvaliteten på pleien som pasienter i Norske sykehjem får, spesielt i forbindelse med pasienter som har demenssykdom.

Gjennom å benytte søkeordene intervention, dementia og communication i OvidSP fikk vi opp to forskningsartikler i full-text. En av de var ”Pilot testing an educational intervention to improve communication with patients with dementia” utført av Weitzel, T., Robinson, S., Mercer, S., Berry, T., Barnes, M., Plunket, D., ... Kirkbride, G. (2011). Her ble det forsket på betydningen av den kvaliteten personalet har på kommunikasjonen i møte med pasienter med demens.

Søkeordene dementia, force og nursing home på Ovid SP fikk ga oss 14 artikler.

Forskningsartikkelen ”Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleiers perspektiv”,

utført av Rognstad, M.-K. Og Nåden, D. (2011) var en av disse. Denne forskningsartikkelen var ikke å få opp i full-text der, men den var tilgjengelig i full-text gjennom Idunn. Denne forskningsartikkelen tar for seg personalets opplevelse rundt det å utføre pleie og omsorg til pasienter med demensomsorg i Norge.

Under søket etter forskningsartikler har vi kommet over noen artikler som ikke oppfyller kravene våre, men som vi likevel har valgt å benytte da de belyser problemstillingen vår:

Gjennom OvidSP full-text på søkeordene; Dementia + force + nursing home, kom vi frem til forskningsartiklen: A study into the use of restraint in Norway. Utført av Kirkevold, Ø. Og Engedal, K. Denne studien er fra 2004 og vi er klar over at forskningsresultatene som forskningsartikkelen bygger på, ble innhentet før loven om tvungen helsehjelp, pasientrettighetsloven § 4 A ble vedtatt. Men vi velger å benytte den i vår oppgave likevel da den belyser årsaker som fører til tvang og hvilke tvangsmetoder som benyttes mot pasienter i demensomsorgen i Norge. Øyvind Kirkevold og Knut Engedal anser vi også som svært troverdige kilder da de begge har skrevet flere lærebøker og utført en del forskning rundt demensomsorgen i Norge.

Gjennom ett tilfeldig søk på google.com med ordet tvang, kom vi over artikkelen Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Den er utført av Hem, M. H, Gjerberg, E., Pedersen, R. Og Førde, R., (2010) og var å finne på Sykepleien.no. Denne forskningsartikkelen er derfor ikke funnet i en annerkjent database, men vi har vurdert metoden som er benyttet for å finne resultatene til å være troverdig. Artikkelen konklusjon er et resultat av elleve fokusgruppeintervjuer med seksti pleiere på fem sykehjem i Norge. Forskningsartikkelen er aktuell for oppgaven vår da den belyser utfordringene pleiepersonalet opplever i forbindelse med det å utføre personlig stell til pasienter med demenssykdom som motsetter seg helsehjelpen.

2.3 Etiske vurderinger og personvern

Vi har valgt å ha med en case som bygger på en pasientsituasjon i oppgaven vår. Pasienten i casen er anonmyisert, da vi ikke benytter det virkelige navnet eller den korrekte alderen. Vi nevner ikke ved hvilket sykehjem pasienten bor eller i hvilken by sykehjemmet er. Det er derfor umulig å identifisere pasienten. Vi har dermed ivaretatt helsepersonelllovens (1999) hovedregel om taushetsplikt :

”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (§ 21).

3. Teori

3.1 Demens og Alzheimers sykdom

Det er omlag 65000 personer med demenssykdom i Norge og 40000 av disse har Alzheimers sykdom (Snoek & Engedal, 2010).

Denne sykdommen skyldes skader i hjernevevet og kalles derfor en degenerativ demens. Ved denne sykdommen vil hjernecellenes funksjon bli ødelagt og cellene dør, samtidig oppstår det ekstracellulær mangel på kjemiske signalsubstanser som svekker overføringen av signaler i den synaptiske spalte (Dahl,2010). Når det produseres eller sirkulerer for lite signalsubstanser, vil impulsoverføringene gå saktere. Dette fører til de typiske symptomene som redusert hukommelse, oppmerksomhet og våkenhet hos pasienten (Rokstad, A.M.M, 2008a; Snoek & Engedal, 2010).

Alzheimerssykdom utvikler seg snikende og progredierer alltid. Dette fører til at det stadig oppstår flere og alvorligere symptomer, noe som fører til at pasienten får en gradvis sviktende evne til selv å ivareta dagligdagse behov (Snoek & Engedal, 2010).

3.1.1 Symptomer

Alzheimers sykdommen fører til flere symptomer, både i form av kognitive, atferdsmessige og motoriske utslag (Rokstad, 2008a). Berentsen (2008) skriver at en alvorlig grad av alzheimerssykdom fører til at pasienten opplever ett kaos og har manglende evne til å sortere stimuli, noe som fører til at det er usikkert om pasienten kan tolke sanseinntrykk (s.355).

Redusert hukommelse og svekket oppmerksomhet er vanlig ved alzheimers sykdom.

Korttidshukommelse er evnen til å huske opplevelser eller informasjon i ca 20 sekunder. Ved alvorlig demenssykdom har ikke pasienten denne evnen lengre (Berentsen, 2008).

Langtidshukommelsen deles inn i gjenkalling, som innebærer at pasienten kan huske hendelser og navn uten noen form for påminnelser, og gjenkjenning som vil si at man husker

noe når man blir minnet på det. Gjenkallingsevnen reduseres tidlig, mens gjenkjenningshukommelsen kan bevares lengre, men også denne er kraftig redusert hos pasienter som har en alvorlig grad av sykdommen. Samtidig krever evnen til å kunne tolke inntrykk hukommelse for at pasienten skal kunne forstå og kjenne igjen ord, objekter, sanseopplevelser eller handlinger (ibid.,s.356). Dette fører til at pasientens kommunikasjonssevne reduseres, samtidig som det vil påvirke pasientens evne til å tenke logisk, være analytisk, oppfatte språk og ha god talefunksjon (ibid.,s.357). Global afasi er en form for språkvansker hvor pasienten har problemer med å forstå meningen med hele setninger, og pasientens egen tale vil også være vanskelig å forstå (ibid.,s.367-358). Pasienten vil få problemer med å holde fokusert oppmerksomhet. Dette innebærer å holde oppmerksomheten på en oppgave eller hendelse over tid uten å la seg forstyrre. Dette vil føre til problemer for pasienten i forbindelse med en samtale (ibid.,s. 356).

Språkvanskene fører til at pasienten ikke oppfatter hva som blir formidlet og kan gjøre omgivelsene utrygge og uforutsigbare for pasienten (Rokstad, 2005b). Dette fører til at pasienten kan oppleve angst (Berentsen, 2009). Berentsen (2009) skriver at:

”Med angst i psykiatrisk betydning mener vi en diffus, indre uro uten kjent årsak”(s.360).

Når pasienten opplever situasjonen vanskelig eller uoversiktlig kan det føre til at det oppstår katastrofereaksjoner i samhandling med personalet. Pasienten kan få reaksjoner som forsvarsaggressivitet og frykt. Dette fører til at pasienten kan sette seg til motverge eller kan prøve å flykte unna situasjonen (Snoek & Engedal, 2008; Berentsen, 2008). På grunn av den generelle intellektuelle svikten som en langtkommen alzheimers sykdom fører til, kan pasienten ha en tendens til å reagere primitivt og kan dermed være hemningsløs (Snoek & Engedal,2010).

Demenssykdommen vil også gi problemer med å forstå og oppfatte signalene om behov for urinlatning og utføring. Dette fører til at pasienten kan utvikle inkontinens (Skotnes, Omli, Einarsen, & Dahlhaug, 2008). Inkontinensen kan også oppstå på grunn av at kontrollmekanismene som styrer disse naturlige funksjonene vil svikte etterhvert som sykdommen progredierer (Snoek & Engedal, 2010).

3.2. Lovverket og helsehjelp

I den sene fasen av sykdommen vil symptomene demenssykdommen gir, føre til at pasienten trenger kontinuerlig oppfølging i hverdagen, og de fleste pasientene vil befinne seg i en institusjon (Engedal & Haugen, 2010). I følge pasient- og brukerrettighetsloven(1999) §2-1a har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp fra kommunen.

I helsepersonelloven (1999) defineres helsehjelp som:

”Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell” (§ 3).

Videre står det:

” Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”(§ 4).

Men i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) hovedregel om samtykke, står det:

” Helsehjelpen kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke” (§ 4-1).

Kravet om informert samtykke som Norsk helsehjelp er basert på, kan være ett problem i demensomsorgen på grunn av at pasienten ofte ikke forstår hvorfor helsehjelpen blir gitt, og hva helsehjelpen innebærer (Johnsen & Smebye, 2008). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier derfor noe om hvem som har samtykkekompetanse:

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.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke (...). Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp (§4-3)

Men andre ord er det ikke sånn at pasienter med ovennevnte tilstander automatisk mister sin samtykkekompetanse. Sykepleieren må i enhver situasjon vurdere når pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer, for at kravet om samtykke kan bortfalle (Johnsen & Smebye, 2008).

3.2.1 Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen

Den 01.januar 2009 trådte ett nytt kapittel i Pasient- og brukerrettighetsloven i kraft. Med dette kapitlet skal det skapes klarere juridiske kjøreregler i situasjoner der pasienter som mangler samtykkekompetanse motsetter seg forsvarlig og nødvendig helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008).

Loven har som formål:

Å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett (§ 4A-1).

Videre 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.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) En unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten og
- b) Helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) Tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen

(§4 A-3)

3.2.2 Bruk av tvang

Som vi kan se i følge Pasient og brukerrettighetsloven (1999), kan helsepersonell treffe vedtak om tvang i situasjoner der pasienten til tross for tillitsskapende tiltak fortsatt motsetter seg helsehjelpen, og det forekommer en fare for at en unnlattelse av å gi helsehjelpen fører til vesentlig helseskade for pasienten (§ 4A-3; Johnsen & Smebye, 2008).

Tvang kan defineres som *fravær av samtykke* (Johnsen & Smebye, 2008). Kirkevold og Engedal (2004) skriver at det ofte benyttes tvang mot pasienter i sykehjem og spesielt mot pasienter med demenssykdom. Kirkevold, Ø. skriver at tvang ofte blir benyttet i forbindelse med daglige aktiviteter (referert i Johnsen & Smebye, 2008). De metodene av tvang som blir benyttet i forbindelse med daglige aktiviteter er gjerne å føre pasienten med makt inn på badet, og det å holde pasientens hode, hender og ben. Dette gjøres med den hensikt å få gjennomført stellet og vaske samt kle av/på pasienten (Kirkevold & Engedal, 2004).

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er det den som yter helsehjelpen som kan ta avgjørelsen om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse (§ 4-6). Angående hva som er helsehjelp som er av lite inngripende karakter skriver Johnsen & Smebye (2008):

”en stor del av den normale daglige pleien og omsorgsaktiviteten vil (...) falle i denne kategorien” (s.216).

Dersom vilkårene i pasient- og brukerrettighetslovens §4A-3 er tilstede, er det viktig at tvangstiltaket er etisk og faglig forsvarlig. Det må alltid benyttes minst mulig tvang og gjennomføringen må skje på en så skånsom måte som mulig samtidig som pasientens integritet og menneskeverd må respekteres (Johnsen & Smebye, 2008). I følge Statens-

medisinske råd innebærer det å respektere ett menneskes menneskeverd å alltid, under alle omstendigheter, betrakte og behandle det andre mennesket som et individ, dvs som det mennesket er i seg selv - og ikke i egenskap av det mennesket har eller gjør (referert i Hummelvoll,2010).

Ordet integritet betyr helhet eller det å være hel og uskadd i følge Andersson (referert i Hummelvoll,2010). Integritet sier noe om en persons fysiske og psykiske grenser, det at disse grensene skal respekteres (Slettebø,2009). Dette vil si at pasienten har rett til å få opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold, uavhengig av intellektuelle evne, moralsk 'standard' eller fysisk tilstand (Hummelvoll, 2010).

3.4 Etikk

”Etikk kan defineres som systematisk refleksjon over moralske problemer og sammenhenger” (Eide & Eide,2009 s. 51, sitat RHF).

Med moral menes regler eller retningslinjer for hva som er rett og galt, godt eller dårlig i forhold til livet og andre personer. Dette er lært i det tidlige livet av foreldre og de nærmeste, skriver Tranøy (referert i Brinchmann, 2010 s.16).

Et etisk dilemma kan oppstå når to eller flere etiske regler, prinsipper eller plikter kommer i konflikt og det oppstår en situasjon hvor det må velges mellom flere alternativer (Hummelvoll, 2010). Gjennom å foreta en etisk refleksjon forsøker man å finne ut hvilken løsning som alle partene kan synes er riktig. Avgjørelsen må gjenspeile respekt for den enkelte pasient, og vise at hvert enkelt menneske har en iboende verdighet som gjør det like verdifullt som alle andre (Normann 1999, referert i Berentsen, 2008 s. 379).

Etisk refleksjon er alltid nødvendig når man jobber i demensomsorgen og skal samhandle med pasienter som er rammet av demenssykdom (Berentsen, 2008; Johnsen & Smebye, 2008). Som sykepleier vil man ofte stå i et dilemma hvor man må ta stilling til en vanskelig situasjon, og kjennskap til etisk teori kan ses på som et hjelpemiddel og et teoretisk verktøy(Brinchmann, 2010).

3.4.1 Autonomi og paternalisme

Autonomi er et etisk prinsipp som betyr selvstyring eller selvregulering (Slettebø, 2009). Pasientautonomi anses som et sentralt etisk og juridisk prinsipp i dagens medisinske etikk. Dette innebærer at pasienten har rett på informasjon rundt sin helsetilstand og diagnose samt forhold som angår pasientens egen livssituasjon (Brinchmann, 2010). Autonomibegrepet innebærer at pasienten i stor grad selv har rett til å velge og ta beslutninger i forhold som berører pasienten selv (Kristoffersen & Nortvedt, 2008).

Denne selvbestemmelsen er i hovedsak knyttet til at pasienten kan nekte å ta i mot behandling, i følge Førde, R. (referert i Brinchmann, 2010). Men det kreves visse betingelser for å kunne være autonom. Pasienten må ha den nødvendige forståelsen for situasjonen samt innsikt i hvilke konsekvenser som kan oppstå som følge av det valget pasienten gjør. Derfor kan det å ivareta denne retten ofte være et problem innen demensomsorgen, da pasienten på grunn av sin demenssykdom har redusert evne til autonomi (Johnsen & Smebye, 2008).

Motsetningen til autonomi er paternalisme. Paternalismebegrepet uttrykker en ”vi vet best” – holdning (Østenstad, 2011).

Paternalisme kan defineres som:

”(...) en betegnelse på en behandlingsholdning der legen – og eventuelt annet behandlingssituasjonen, ut fra at vedkommende ’vet’ hva som er til det beste for pasienten”

(Østenstad, 2011,s.96, sitat fra Syse)

Paternalisme vil si at hjelpeapparatet ønsker å gjennomføre tiltak med den mening å verne eller beskytte den hjelpetrequende uavhengig av hva pasienten selv mener (ibid.,s.96-97). Vi kan skille mellom svak og sterk paternalisme i forhold til å skulle ta beslutninger på pasienter som motsetter seg pleie og behandling sine vegne. Hvilken grad av paternalisme som benyttes i enhver situasjon reguleres av den svikten pasienten har i kompetanse eller evne til å være autonom, og hvilken fare situasjonen utgjør (Slettebø, 2010).

3.4.2 Konsekvensetikk

Konsekvensetikken er en form for etikk som skal gi et bidrag til refleksjon i situasjoner der man kan stille seg spørsmål rundt hva som gjør en handling til den rette, i forhold til andre handlingsalternativer (Eide & Skorstad, 2005).

Skal man vurdere noe opp i mot konsekvensetikken må man ha klart for seg hvilke handlingsalternativer som foreligger, samt hvilken konsekvenser disse handlingene vil kunne føre til, og veie dette opp mot hverandre (ibid., s. 80-84). Hvorvidt den handlingen man vurderer blir ansett som etisk akseptabel eller ikke, avhenger av om den fører til en overvekt av gode konsekvenser i forhold til dårlige. De gode konsekvensene kan rettferdiggjøre en handling (Brinchmann, 2010).

3.4.3 Yrkesetiske retningslinjer

Det er utarbeidet yrkesetiske retningslinjer som skal være sykepleierens viktigste verktøy i møte med etiske dilemmaer. (Sneltvedt, 2010).

”Sykepleie utøves på sårbare arenaer i møte med menneskers avmakt, fortrolighets- og intimitetssone. Retningslinjene skal derfor (...) være den profesjonelle sykepleierens etikk i praksis” (Sneltvedt, 2010, s.112, sitat fra Aakre).

De yrkesetiske retningslinjene omtaler sykepleieren i forhold til blant annet pasienten og profesjonen. I forhold til punkt 1. Sykepleieren og pasienten står det:

”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” (ibid., s.113).

I forhold til punkt 3. Sykepleieren og profesjonen står det:

”Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelse av sykepleie, og setter seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten” (ibid., s.114).

Det er veldig viktig at sykepleieren ikke utnytter den maktposisjonen det innebærer å være en fagperson, og drivkraften bak sykepleierens handlinger skal være å bruke kunnskapene sine til å fremme helse, lindre lidelse og forebygge sykdom (ibid.,s.100).

De yrkesetiske retningslinjene samsvarer i stor grad med lovverk, og hvis sykepleieren overskrider de etiske grensene vil hun ofte også overskride de juridiske grensene (ibid.,s.,99).

3.5 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Vi har valgt å ta for oss Kari Martinsen omsorgsfilosofi i vår oppgave, da hennes teori omtaler spesielt sykepleierens omsorgsarbeid rettet mot ikke selvhjulpne personer som er syke eller pleietrengende (Martinsen, 2003).

Kari Martinsen er en norsk sykepleier(f. 1943) som har utarbeidet en omsorgsfilosofi gjennom et langvarig arbeid innen faget, og et omfattende forfatterskap (Kristoffersen, 2005).

Kari Martinsen mener at omsorg er et eget mål og tar klar avstand fra det hun kaller ”formålsrasjonell sykepleie”. Hennes omsorgsteori representerer en alternativ forståelse av sykepleiefaget og av sykepleierens kunnskapsgrunnlag. Hun trekker frem omsorg som en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, og omsorgens fundamentale betydning er bundet i at det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er menneskers avhengighet av hverandre. Denne avhengigheten trer spesielt tydelig frem i situasjoner der sykdom, lidelse og funksjonshemming er tilstede. Denne avhengigheten ”fordrer” et ”menneskelig motsvar” som i følge Martinsen er omsorg. Omsorg anser hun som et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Med dette mener Martinsen at omsorgen må være sykepleiens verdigrunnlag, med utgangspunkt i pasientens avhengighet (Kirkevold, 1998). Men Martinsen sin tenkning er lite konkret når det gjelder sykepleierens rolle og metoder (Kristoffersen, 2008). Martinsen (2003) skriver selv at:

”for å kunne møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon” (s. 75).

Martinsen (2003) skiller mellom flere typer omsorgsarbeid, og vedlikeholdsomsorgen er en type hun omtaler. Vedlikeholdsomsorgen har ikke som mål at mottakeren skal bli selvhjulpen eller uavhengig, men arbeidet er knyttet til vedlikehold og tilstand, og også tilbakegang. Målet med omsorgsarbeidet er å opprettholde ett visst funksjonsnivå og/eller unngå forverring. Pleiesituasjonen skal være preget av å forsøke å gjøre det så godt som mulig i pasientens her-og-nå situasjonen, ved at pleieren verken undervurderer eller overvurderer pasientens evne til selvhjulpenhet, men hjelper pasienten til å styrke sine evner der det er mulig. Martinsen (2003) understreker at i denne typen omsorgsrelasjon har en pleie basert på omsorg stor betydning.

Martinsen (2003) skriver at omsorgen er en sosial relasjon, ved at den har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Omsorgen har også med en forståelse for den andre å gjøre. En forståelse som sykepleieren kan tilegne seg gjennom å gjøre ting for og sammen med den andre og på denne måten få erfaringer. Hun understreker også at hvis omsorgen skal være ekte, må sykepleieren forholde seg ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra den andre sin situasjon (ibid.,s. 71).

Martinsen trekker frem nødvendigheten av at sykepleieren benytter sin faglige merforståelse på en måte som gagnar den enkelte pasient mest mulig. Derfor problematiserer Martinsen det etiske begrepet om pasientens selvbestemmelse. Hun mener at i spenningsfeltet mellom selvbestemmelse (autonomi) og formynderi (paternalisme) er den svake formynderholdning (paternalisme) det ønskelige (referert i Kristoffersen,2008, s. 65).

Sykepleieren bør forholde seg til pasienten på denne måten:

Sykepleieren har en fagkunnskap som pasienten ikke har. I den forstand er hun suveren. Men utfra en lydig, lyttende holdning til pasienten lar hun den andre få komme til sin rett. Hun hører, ser, forstår og tar imot den andres inntrykk. Hun hersker ikke over den andre ved å over-se han. Hun ser faglig og praktisk til han ut fra nærværets mottakende etikk båret oppe av den forenede motsetning mellom åpenhet og tilbakeholdenhet.

(Kristoffersen, 2005, s. 65, sitat K. Martinsen)

3.5.1 Omsorg og relasjon

Omsorg er en relasjon mellom to mennesker, mener Kari Martinsen (referert i Kristoffersen, 2008). Relasjonens grunnleggende betydning for vår menneskelighet er av stor viktighet i sykepleien. Pasienten er ofte i en sårbar situasjon på grunn av sykdom og stort behov for hjelp, og det stilles derfor krav om at sykepleieren kan handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte. For å gjøre dette stilles det krav om å bygge tillit, være tålmodig og forståelsesfull (Kristoffersen & Nortvedt, 2008)

3.6 Sykepleie

”Utgangspunktet for utøvelse av sykepleie er *pasientens behov for sykepleie*” (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2008, s.19).

I forbindelse med pasienter med alvorlig grad av demenssykdom som bor i sykehjem ser vi på flere av sykepleiens funksjoner som viktige. Det har skjedd en alvorlig svekkelse i pasientens evne til å klare seg selv og det er derfor nødvendig med kontinuerlig oppfølging fra helsepersonell. (Engedal & Haugen, 2009). Sykepleierens forebyggende funksjon omhandler det å skulle forebygge uønskede konsekvenser som kan oppstå på grunn av den situasjonen pasienten befinner seg i (Nortvedt & Skaug, 2008). Sykepleien vil også ha en lindrende funksjon. Gjennom denne funksjonen er målet å begrense omfanget av forskjellige belastninger og påvirke pasienten positivt, og spesielt det å fremme pasientens velvære er her et viktig mål (ibid.,s.17). Sykepleien kan også ha en behandlende funksjon. Dette innebærer at sykepleien er knyttet til pasientens allmennmenneskelige behov og den enkelte pasients reaksjoner på den situasjonen vedkommende befinner seg i (ibid.,s. 17). Sykepleieren skal kontinuerlig vurdere hva som er hver enkelt pasientens behov for sykepleie her-og-nå, for å kunne tilpasse sykepleien. Dette dreier seg både om å se pasienten liv i helhet og å møte pasienten som et medmenneske (ibid.,s 16-26).

3.6.1 Ivaretagelse av personlig hygiene

En viktig del av sykepleietilbudet til pasienter i sykehjem er å hjelpe pasienten i forhold til personlig hygiene og toalettbesøk. For å finne ut hvordan denne hjelpen bør gis trenger vi informasjon om pasientens egne ressurser til å ivareta hygien og hvilke faktorer som virker inn på hvordan vi skal møte pasientens behov (Dalheim, Herud, Jørs, Kosch & Skaug, 2007). Pasienter med kognitiv svikt kan ignorere betydningen av personlig hygiene skriver Otterstad m.fl.(referert i Brodtkorb, 2008), men pasienten kan mestre det motoriske selv om vedkommende kan ha problemer med å kjenne igjen og forstå situasjonen (Brodtkorb, 2008).

Pasienten i casen har inkontinens. Inkontinens disponerer for hudproblemer (Skotnes, et.al, 2008). Stellet vil derfor ha en praktisk hensikt for å bevare huden hel og inntakt da huden fungerer som en barriere mot ytre påvirkning. Ved alderdom oppfyller ikke huden lenger sin barrierefunksjon like godt som den gjorde tidligere i livet. Huden blir tynn, tørr og mindre elastisk. Hvis det utføres god hudpleie kan hudproblemer og trykksår forebygges, noe som fører til at pasientens velvære og livskvalitet fremmes (Brodtkorb, 2008).

Aldersforandringer medfører også en svekkelse i immunapparatet. Svekkede slimhinner gjør pasienten mer mottakelig for urinveisinfeksjon (Ranhoff, 2008). Hos den aldrende pasienten med demenssykdom vil en urinveisinfeksjon kunne føre til en forverrelse i flere av symptomene demenssykdommen gir. Kirkevold, Ø. (2008) skriver at en urinveisinfeksjonen kan gi seg uttrykk i uro og utagering, samt at pasienten kan få en økt forvirring. En konsekvens av dette er at kommunikasjon og samhandling blir enda vanskeligere.

3.6.2 Tillitsskapende tiltak

Men for å utføre den nødvendige sykepleien i forbindelse med personlig hygiene ser vi på det som viktig å oppnå tillit fra pasienten. Johnsen,L og Smebye, K. L. (2008) skriver at tillitsskapende tiltak langt på vei vil være det samme som en god tilnærming til pasienten og den problematikken som pasienten har. Dette innebærer en plikt til å forsøke og oppnå en

allianse med pasienten for at pasienten ikke skal motsette seg helsehjelpen på et irrasjonelt grunnlag.

Filosofen Martin Buber (referert i Smebye, 2008) skisserer to hovedmodeller for tilnæringsmåter. Det kan være gjennom en jeg-det tilnærming som innebærer at hjelperen vet best og bestemmer seg for å handle på vegne av pasienten. Kroppen blir da til en ting som skal bades, vaskes eller behandles. Pasientens egne forventninger, opplevelser eller ressurser blir ikke trukket inn.

Den andre måten er en jeg-du tilnærming. Ved denne tilnærmingen er det en dialog mellom to personer. Her vet hjelperen noe om hvordan pasientens gjenværende ressurser kan stimuleres, men kompenserer for de sviktende evnene til pasienten. Ved denne tilnærmingen kommer alltid pasienten i første rekke (ibid.,s.23).

Tilstedeværelse trekkes frem som viktig i forbindelse med alle sanne forhold og et hvert jeg-du møte (Rokstad,2005a). Den tilstedeværelsen som sykepleieren har i møte med pasienten, har også innvirkning på den muligheten pasientene vil få til å delta i beslutningsprosesser. Dette gjelder selv om evnen til å ta avgjørelser er tapt (Helgesen, Larsson, & Athlin, 2010). Hvis sykepleieren klarer å være spørrende og lytte til de signalene som pasienten sender ut, gis det rom for at pasienten også kan bidra i størst mulig grad i de handlingene som utføres (Rokstad, 2005a).

3.6.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon forekommer i alle relasjoner. Kommunikasjon defineres som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2009). Det handler om å gjøre noe til en felles anliggende og skape en forståelse for hverandres oppfatning eller følelse (Jacobsen, 2007). Man kommuniserer både verbalt og non-verbalt. Verbal kommunikasjon innebærer ord, mens den non-verbale kommunikasjonen innebærer kroppens bevegelser, holdninger, mimikk og tonefall (Solheim, 2009).

Gjennom kommunikasjonen skjer det en formidling av både bevisste og ubevisste budskap, og gjennom de signalene vi som sykepleiere sender ut kan vi påvirke pasienten i positiv eller

negativ retning (ibid.,s.169). Det vi mener kan sies både med ord og kroppsspråk. Pasienter med demenssykdom har vansker med å forstå innholdet i ordene, men kroppsspråket, mimikken og stemmebruken til personalet kan pasienten derimot oppfatte (Berentsen, 2008). Berentsen (2008) skriver at det derfor er viktig at vi som sykepleiere lærer å kommunisere tydelig, for at det vi sier med ord skal bli forsterket av kroppsspråket. Samtidig vil pasienten ha problemer med å uttrykke seg da ordproduksjonen svikter og pasienten ikke klarer å formidle sine synspunkter og opplevelser så lett (Rokstad, 2005a).

Det kan være flere formål med kommunikasjon. Wogn-Henriksen (2008) trekker frem at i den daglige omsorgen og samspillet er det nødvendig å gi informasjon for å skape forutsigbarhet for pasienten. For å kunne gi informasjon kreves det en individualisert kommunikasjon hvor sykepleieren vurderer hvilke ord som har informasjonsverdi for nettopp denne pasienten, samt hvilket toneleie som innbyr for at informasjonen skal bli mottatt. Sykepleieren må derfor i stor grad bruke seg selv som et instrument i møte med pasienten. Hun bør ha en grunnholdning som gir pasienten følelsen av å bli sett, hørt og akseptert for å kunne skape et godt kontaktforhold. Har sykepleieren denne holdning vil trygghet kunne skapes, og hvis pasienten opplever trygghet forsvinner behovet for å forsvare seg og evnen til å ta imot korreksjon vil øke (Solheim, 2009).

Ved moderat og alvorlig demenssykdom bør kommunikasjonen være støttende, forklarende og trøstende da pasienten lever i et landskap der følelser og stemninger oppleves sterkest og realiteten vil ha mindre betydning (Dahl, 2010). Validering er en modell for kommunikasjon med personer som har demens sykdom (Berentsen, 2009). Rokstad (2008b) skriver:

Validering vil si at en må være i stand til å gå ut over sin egen referanseramme med alle bekymringer og problemer, og kunne ha empatisk forståelse for den andre. Sensitiviteten for pasientens emosjoner skjerpes, og det søkes etter en forståelse av hvilket følelsesuttrykk som ligger bak pasientens utsagn og atferd (s. 76).

Denne kommunikasjons modellen innebærer at sykepleieren viser aksept for pasientens måte å se virkeligheten på. Dette gjøres ved å ikke korrigere når pasienten uttrykker følelsesbudskap, men heller lytte uten fordommer og ha evne til innlevelse (Berentsen, 2009). Man skal derfor unngå å drøfte realiteten og heller forsøke å *se personen*. Da kan man heller møte pasienten ved å spørre etter de følelsene som pasienten kan ha (Dahl, 2010).

4. Hvordan utføre god sykepleie i møte med pasienter med demenssykdom?

I dette kapitlet vil vi drøfte den teorien vi har med i teoridelen i lys av valgte problemstilling. Vi vil også benytte forskning og egne erfaringer i drøftingen. Vi vil bruke Mari fra casen i oppgavens innledning som eksempel for å kunne gi et virkelighetsnært bilde av en pasientsituasjon. Gjennom å benytte denne casen vil vi få frem problemområder som kan oppleves utfordrende i forbindelse med å utføre sykepleie til pasienter med en alvorlig grad av demenssykdom..

Vi vil først se på hvilket behov Mari fra casen har for sykepleie. Deretter vil vi drøfte de utfordringene det kan være rundt det å utøve sykepleie til pasienten, før vi avslutter med å drøfte hvordan vi kan tilpasse sykepleien til Mari. Målet skal være at vi oppnår tillit, og at Mari opplever situasjonen som trygg og god. Vi vil bruke Kari Martinsens omsorgsteori aktivt i drøftingen.

For at sykepleien skal kunne skisseres som god, mener Kari Martinsen (referert i Kirkveold, 1998) at sykepleieren må legge vekt på hvordan omsorgen ytes gjennom den måten sykepleieren møter pasienten på, og den måten sykepleieren handler på. Sykepleiens mål er å virkeliggjøre omsorgen gjennom konkrete handlinger, som sykepleieren gjør ut fra en faglig vurdering av hva som er pasientens lidelses- og livshistorie og på denne måten fremme pasientens livsmot. Dette ser også vi på som god sykepleie i møte med pasienter med en alvorlig grad av demenssykdom.

4.1 Å vurdere pasientens behov for sykepleie

Mari har en alvorlig grad av alzheimers sykdom. Sykdommen har gitt henne flere symptomer som påvirker hennes funksjon, blant annet i forbindelse med personlig hygiene. Hennes pleiebehov har blitt så stort at hun er innvilget et langtidsopphold ved en skjermet enhet ved et av kommunens sykehjem, etter pasient- og brukerrettighetslovens (1999) § 2-1a. Hensikten

med oppholdet er at hun skal motta helsehjelp utført av helsepersonell med pleie- og omsorg som formål etter helsepersonelloven (1999) §3.

Martinsen (2003) skriver i sin omsorgsteori at gjennom vedlikeholdsomsorg, som er den typen omsorgsarbeid det er naturlig å utføre i forbindelse med pasienter på sykehjem, er jobben vår som sykepleiere å unngå forverring av pasientens tilstand. Omsorgsarbeidet som skal utføres bestemmes ut fra mottakerens situasjon og man skal sørge for den andre ut fra en situasjonsforståelse. Videre skriver Martinsen (2003) at for å kunne utføre det nødvendige omsorgsarbeidet som i hovedsak er rettet mot personer som ikke er selvhjulpne, som er syke eller pleietrengende, kreves det kunnskaper og ferdigheter hos sykepleieren for å kunne møte den syke med omsorg.

En alvorlig grad av demenssykdom fører til at pasienten har en svekkelse i evnen til å selv klare å ivareta blant annet hygiene (Engedal & Haugen, 2009). Ut i fra casen ser vi at Mari har inkontinens og bruker bleie. Som sykepleiere vet vi at dette kan komme av at hun ikke lengre forstår eller oppfatter signalene om behov for urinlatning eller avføring (Skotnes, et.al. 2008). Pasienten har også symptomer som handlingssvikt, noe som innebærer at pasienten ikke lenger klarer å utføre vanlige aktiviteter som hygiene og av/på kledning selv (Snoek & Engedal, 2009). På bakgrunn av dette vet vi at Mari har behov for sykepleie da hun nå verken klarer, forstår eller selv ser behovet for å utføre nødvendig personlig hygiene.

Martinsen (referert i Kirkevold, 1998) skriver at sykepleieren er en profesjonell stedfortreder som har fokus på å ivareta den andre til den andres beste. Som sykepleiere skal vi gjennom vår forebyggende funksjon, hjelpe pasienten med å unngå uønskede konsekvenser som kan oppstå på grunn av hennes sykdom (Kristoffersen, 2008). Gjennom vår fagkunnskap vet vi det er viktig at Mari får byttet bleie og utført personlig hygiene for å unngå uheldige konsekvenser. Mari er 85 år, og er på grunn av sin alder spesielt utsatt for hudproblemer og infeksjoner (Brodtkorb, 2008). Huden hennes har redusert barrierefunksjon, og får hun en urinveisinfeksjon vil det føre til en forverring i flere av de kognitive symptomene hun har (Kirkevold 2008; Brodtkorb 2008). Mari klarer som sagt ikke å ivareta hygien selv, noe som innebærer at vi som sykepleiere må tre inn å handle aktivt ved å overta pasientens ansvar for å ivareta hygien. Dette innebærer sykepleiens behandlende funksjon (Kristoffersen, et.al.2008). Disse tiltakene vil samtidig føre til at sykepleiens lindrende funksjon også benyttes ved at vi hjelper Mari med å ivareta hygien og på denne måten begrenser omfanget

av uheldige konsekvenser som kan oppstå. Vi hjelper til med å fremme Mari sitt velvære, noe som er målet med sykepleiens lindrende funksjon(ibid.,s.17).

Men det å skulle utøve sykepleien til pasienter med langtkommen demenssykdom kan by på mange utfordringer.

4.2 Utfordringer rundt ivaretagelse av personlig hygiene

Forskning har vist at det å hjelpe pasienter med demenssykdom i forbindelse med personlig hygiene kan by på mange utfordringer, spesielt i situasjoner der graden av pasientens funksjon i hverdagen var spesielt dårlig (Kirkevold & Engedal, 2007; Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde 2010).

Som vi vet, har Mari behov for sykepleie. Men når personalet forsøker å få henne med å utføre nødvendig hygiene blir hun ikke med. Som Johnsen & Smebye (2008) trekker frem, må pasientens motstand mot helsehjelpen tolkes vidt. Mari motsetter seg helsehjelpen ved at hun forsøker å unnsnippe personalet, og kan slå, bite og sparke samtidig som hun skriker høyt. Vi kan derfor tydelig tolke det som at Mari motsetter seg helsehjelpen.

En etisk refleksjon er alltid viktig når man arbeider med pasienter med demenssykdom (Berentsen, 2008; Johnsen & Smebye, 2008). Mari bor nå ved sykehjemmet for å motta nødvendig helsehjelp. Vi som sykepleiere står derfor i en posisjon hvor vi skal utføre helsehjelp i forhold til å legge til rette for og hjelpe Mari med å ivareta hennes hygieniske behov. Vi har som Martinsen(referert i Kristoffersen, 2008) skriver overtatt en del av pasientens liv, og pasienten er avhengig av hvordan vi som sykepleiere tar vare på denne delen. Vi anser det derfor som viktig at vi tenker over hvordan og på hvilket grunnlag vi utfører sykepleien. Dette understreker også de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere punkt 3. Sykepleie og profesjonen, hvor det står at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for sine handlinger og vurderinger når det gjelder utøvelse av sykepleie(referert i Sneltvedt, 2010).

Vi vet at pasientautonomi er et sentralt etisk og juridisk prinsipp i dagens medisinske etikk, noe som innebærer at pasienten selv har rett til å bestemme over forhold som angår sin egen livssituasjon (Brinchmann, 2010; Østenstad, 2011). Denne retten kommer også frem i de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere (referert i Sneltvedt, 2010) hvor det står i punkt 1.1 at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen blir forstått. I følge Slettebø, Å (referert i Rokstad, 2008b) kreves det et fullstendig fravær av ytre press for at et valg skal kunne kalles autonomt.

Kari Martinsen (referert i Kristoffersen, 2008) trekker frem motparten til autonomi, nemlig svak paternalisme som det ønskelige i sin omsorgsteori. Dette kan anses som negativt da vi i dag er veldig opptatt av å ivareta pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett (Brinchmann, 2010). Men Kari Martinsens omsorgsteori legger mest vekt på omsorg til pasienter som av ulike grunner ikke er selvhjulpne, men hjelpetrengende og avhengige (Slettebø, 2009). Hvor hun anser det som viktig at sykepleierens overordnede mål blir å virkeliggjøre konkrete handlinger, ut fra en faglig vurdering av hva som er til pasientens beste, som Martinsen, K. skriver (referert i Kirkevold, 1998). Det at sykepleieren vurderer hva som er til pasientens beste anser vi som nødvendig i situasjoner der det er tydelig at pasienten selv ikke klarer å gjøre de nødvendige vurderingene. Vi anser det derfor som vanskelig å fullt og helt ivareta pasientens rett til autonomi i visse sammenhenger der man samhandler med pasienter med en alvorlig grad av demenssykdom.

Det å utføre sykepleien kan også vurderes i forhold til konsekvensetikken. Vi vet at Mari har behov for sykepleie, samtidig ser vi at hun motsetter seg helsehjelpen. Lar vi henne slippe å utføre den nødvendige hygieneprosedyren, har vi kunnskaper som forteller oss at dette vil føre til at hennes situasjon forverres og det vil oppstå uheldige konsekvenser for Mari. I følge konsekvensetikken skal vi veie alternativene opp mot hverandre og velge det alternativet som gir en overvekt av gode konsekvenser (Eide & Skorstad, 2005; Brinchmann, 2010). I dette tilfellet vurderer vi det som at det oppstår mest gode konsekvenser hvis hun får ivaretatt sin hygiene. Både hvis vi tenker langsiktig angående sår hud og infeksjoner, og kortsiktig i forbindelse med at hun skal føle velvære.

Det er alltid ønskelig at pasienten samtykker til helsehjelp etter §4-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Mari har på grunn av sin sykdom vansker med å forstå hvorfor

og hva helsehjelpen vi ønsker å utføre innebærer(Johnsen & Smebye, 2008). Demenssykdom er derfor en sykdom som etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kan føre til at pasientens samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis hvis pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Videre i loven står det at det er den som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke (§4-3).

Men hvorfor motsetter Mari seg helsehjelpen? Vi tror det kan være på grunn av at hun føler situasjonen utrygg og ufortutsigbar.

4.3 Tilpasse sykepleien til pasienten

Mari bor som sagt ved et sykehjem og er nå mottaker av vedlikeholdssorg, som Martinsen (2003) skriver om. Målet med vedlikeholdssorgen er ikke at pasienten blir selvhjulpen eller uavhengig, men vi som sykepleiere skal forsøke å skape en pleiesituasjon preget av at vi gjør det så godt som mulig for pasienten i her-og-nå situasjonen. Dette gjøres ved at pleiesituasjonen bærer preg av at pleieren ikke overvurderer eller undervurderer pasientens evne til selvhjulpenhet, skriver Martinsen (2003).

Men for at vi skal få tilpasset sykepleien mener Martinsen (2003) at det kreves evne til å sette seg inn i pasientens situasjon og vi må kunne bruke sansene våre oppmerksomt. Hun skriver at vi som medmennesker selv kan sette oss inn i pasientens situasjon da vår dagligverdenen har flere likhetstrekk med pasienten. Ut i fra dette kan vi derfor tenke oss hvordan pasienten føler det i forskjellige situasjoner, uten å egentlig kjenne pasientens ubehag på kroppen. Men gjennom den fagkunnskapen og erfaringen som sykepleieren har kan hun (sykepleieren) bruke enkle redskaper for å gjøre situasjonen trygg og kjent for pasienten.

Dette ser vi på som viktig i forhold til den sykepleien som utføres i demensomsorgen. Det kan være vanskelig å sette seg inn i situasjonen til pasienten med en alvorlig grad av alzheimers sykdom. Gjennom å øke kunnskapsnivået rundt sykdommen, og ved å være observante for pasientens kommunikasjon kan forutsetningen vår for å klare dette økes. Mari har redusert språkforståelse, oppmerksomhet og hukommelse, noe som fører til at omgivelsene kan oppleves utrygge og ufortutsigbare (Rokstad, 2005a). Som mennesker vet også vi hvordan

følelsen av utrygghet og uforutsigbarhet er, og vi kan dermed forstå hvordan disse følelsene kan gjøre situasjonen ekstra vond for pasienten. Sykepleieren må hele tiden forsøke å tolke pasientens reaksjoner i lys av det vi vet om pasienten (Johnsen & Smebye 2008).

Men selv om mye er likt og felles for alle mennesker er det viktig å være klar over at ethvert menneske likevel er unikt. Man må derfor også forsøke å se det enestående hos pasienten (Austgard, 2010).

I forskningsartikkelen ”Pleie og omsorg i grenelandet mellom frivillighet og tvang” (Hem, et al., 2010) trekkes det frem at pleieren kan gjøre en forskjell i demensomsorgen ved å forsøke å bygge en relasjon til pasienten. De mener at en relasjon er viktig for at pleien skal baseres på pasientens delaktighet, kontroll og frivillighet. Kari Martinsen (referert i Kristoffersen s 62) trekker også frem at omsorg baseres på en relasjon mellom to mennesker og har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre, samtidig som man må forholde seg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner pasienten. Denne relasjonen må baseres på tillit, tålmodighet og en forståelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2008), noe vi anser som nødvendig når målet vårt som sykepleiere er å redusere pasientens følelse av utrygghet og forvirring. Kommunikasjon er av betydning for å kunne skape en forståelse hos pasienten. For å kunne legge forholdene til rette for kommunikasjon må sykepleieren være tilgjengelig for pasienten (Rokstad, 2005b). Nødvendigheten av å være tilstede i øyeblikket kommer frem i forskningsartikkelen ”Patient participation in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing home” (Helgesen, Larsson & Athlin, 2010). Gjennom forskningen har de kommet frem til at den måten personalet kommuniserte med pasienten på var spesielt viktig i møte med pasienter med demens. Kommunisert personalet på en vennlig måte som utviste respekt for pasienten ville det virke positivt inn på relasjonen. De kom også frem til at personalet ofte snakker til pasienten, men at de ikke venter på pasientens svar. Dette mener vi avhenger av hvor nærværende sykepleieren klarer å forholde seg til pasienten. Skal vi oppfatte pasientens kommunikasjon må vi klare å være observante og kunne fokusere på pasientens opplevelse.

Gjennom vår arbeidserfaring i demensomsorgen har vi fått merke hvor avgjørende kommunikasjon og tilstedeværelse er i møte med pasienten. Selv om vi har oppnådd tillit fra pasienten i ett øyeblikk, må vi kontinuerlig jobbe for å opprettholde den gjennom hele

samhandlingen. Vi har opplevd at tilliten kan snus i løpet av sekunder hvis vi ikke er helt tilstede i situasjonen og er observante, både på oss selv og pasienten. Men det vi anser som veldig viktig når det gjelder å utføre sykepleie til pasienter i demensomsorgen er at sykepleieren bør ha evne til å være åpen for justeringer underveis i en planlagt handling (Rokstad, 2005a).

Mari har et sterkt redusert språk som følge av sykdommen. Når kommunikasjonsevnene til pasienten er veldig redusert kan det være lett å tro at pasientens indre mentale prosess har stoppet opp. Men det er viktig å være klar over at pasientens manglende kommunikasjon ikke innebærer at pasienten ikke opplever følelser lengre (Wogn-Henriksen, 2008). Sykepleieren bør derfor være var for hvordan hun tilnærmer seg pasienten.

Ved en jeg-det tilnærming som Bublér (referert i Smebye, 2008) beskriver, fokuserer pleieren bare på å utføre en oppgave, uten å på noen måte involvere pasientens egne forventninger, opplevelse eller ressurser. I studien "Pilot testing an educational intervention to improve communication with patients with dementia" (Weitzel, et.al. 2011) understrekes det at kvaliteten på kommunikasjonen ikke er bra når sykepleieren ignorerer pasienten og bare fokuserer på oppgaven. Dette ble betegnet som en nøytral kommunikasjon, noe som også var verre enn negativ kommunikasjon. Pasienten blir ikke anerkjent som person hvis personalet tilnærmer seg pasienten på denne måten (egen oversettelse). Dette samsvarer også med forskningen til Helgesen, Larsson & Athlin (2010). De kom frem til at hvis personalet handlet mer oppgaveorientert enn personorientert kunne det føre til at pasientene ble usikre, passive og til og med irriterte(egen oversettelse). Vi mener at hvis vi møter pasienten på denne måten ivaretar vi ikke pasientens menneskeverd. Pasienten blir ikke ansett som et individ, men heller som en oppgave man skal utføre. Dette fører til at pasientens integritet ikke blir ivaretatt, da vi på denne måten behandler pasienten som et objekt uten å anerkjenne pasientens personlighet (Kirkevold, M., 2008). Hvis vi møter pasienten på denne måten ser vi på det som stor sjanse for at pasienten vil motsette seg helsehjelpen. Pasienten vil oppleve situasjonen som uoversiktlig og vanskelig og kan dermed føle frykt. Pasienten kan da reagere med katastrofereaksjoner og prøve å forsvare seg ved å sette seg til motverge eller prøve å flykte unna situasjonen (Snoek & Engedal, 2009).

I forskningsartikkelen ”Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleiers perspektiv” (Rognstad & Nåden, 2011) skriver de at det kreves en fintfølelse holdning for å kunne balansere mellom behovet for å gjennomføre eget arbeid og vise respekt for pasienten. Hvis vi møter pasienten med en jeg-du tilnærming som Bubler beskriver (referert i Smebye, 2008), kommer alltid pasienten i første rekke. Denne tilnæringsmåten forutsetter en dialog med pasienten. Ved denne tilnærmingen evner hjelperen å se inn i den andres verden og har et ønske om å forstå hvordan pasientens verdenen arter seg. Her ser sykepleieren lengre enn bare sykdommen og symptomene, og det blir derfor en større forståelse for at det er nødvendig å ta individuelle hensyn (ibid.,s. 23-24).

Tilstedeværelse er den kvaliteten som understøtter alle sanne forhold og et hvert jeg-du møte (Rokstad,2005a). Den tilstedeværelsen som sykepleieren har i møte med pasienten, har også innvirkning på den muligheten pasientene får til å delta i beslutningsprosesser. Dette gjelder selv om evnen til å ta avgjørelser er tapt (Helgesen et.al., 2010). Hvis sykepleieren klarer å være spørrende og lytte til de signalene som pasienten sender ut, gis det rom for at pasienten kan bidra i størst mulig grad i handlinger (Rokstad, 2005a).

Kommunikasjon kan ha flere hensikter, og kommunikasjon med den hensikt å gi pasienten informasjon trekkes frem som viktig i forbindelse med den daglige omsorg og samspill med pasienter (Wogn-Henriksen, 2008). Men for å kunne gi pasienten informasjon kreves det individualisert kommunikasjon tilpasset pasientens evne til forståelse (ibid.,s.101). Mari har språkvansker i form av at hun har vansker med å forstå ord og hele setninger. Hun har derfor problemer med å forstå den informasjonen vi forsøker å gi henne gjennom verbal kommunikasjon. Den non-verbale kommunikasjonen vil derfor ha større betydning. Martinsen (referert i Slettebø, 2009) trekker frem at det er med kroppen vår og den holdningen vi viser vi kan formidle godhet og omsorg eller skape utrygghet. Det er derfor viktig at vi samsvarer den non-verbale med den verbale kommunikasjonsformen for at vi som sykepleiere skal kommunisere tydelig (Berentsen, 2008). Men ved moderat og alvorlig demenssykdom er det viktigst at kommunikasjonen bære preg av å være støttende, forklarende og trøstende. Gjennom denne måten å kommunisere på benytter vi validering som innebærer at vi møter pasientens forståelse av hverdagen samtidig som vi er var for de følelsene pasienten uttrykker (Rokstad, 2008; Berentsen, 2009; Dahl, 2010). Dette anser vi som den viktigste måten å forholde seg til pasienter med alvorlig demenssykdom på fordi realiteten vil ha mindre betydning, men pasienten vil derimot ha en sterkere opplevelse av de følelsene og

stemningene som er rundt seg (Dahl, 2010). Ut fra dette forstår vi det som at vi bør prøve å fortelle Mari på en enklest mulig måte hva vi har som hensikt for å få pasienten med på badet, men det er viktigst at vi utstråler trygghet og omsorg.

Vi har også erfart at det å gi informasjon ikke fungerer så godt i møte med pasienter med alvorlig grad av alzheimers sykdom. Men vi har erfart at det kan hjelpe å gå mer gradvis frem i samhandlingen med pasienten. Mari fra casen oppholder seg mest sittende i sofaen, noe hun trives godt med. Det er derfor vanskelig å få henne med seg noe annet sted. Men hvis vi går frem ved å først forsøke å få Mari med oss opp fra sofaen, og bruker tid før vi forsøker å få henne med å gå videre tror vi at vi tilpasser oss hennes evne til å sortere stimuli bedre. Gjennom den fagkunnskapen vi har som sykepleiere vet vi at demenssykdommen fører til at det er vanskelig å forstå de inntrykkene som pasienten utsettes for. Hvis vi snakker og forteller for mye samtidig som vi går for fort frem, vil situasjonen oppleves kaotisk og stressende for Mari (Berentsen, 2008).

5. Konklusjon

Med denne oppgaven har vi tatt for oss hvordan vi som sykepleiere kan skape en god her-og-nå situasjon sammen med Mari som har en alvorlig grad av demenssykdom. Det å skape en god opplevelse basert på tillit og ivaretagelse av hennes integritet anser vi som viktig for at hun ikke skal motsette seg nødvendig helsehjelp, noe som kan medføre at det benyttes tvang mot pasienten.

Gjennom denne oppgaven har vi sett på hvordan demenssykdommen virker inn på pasientens evne til å forstå informasjon og samhandle med personalet. Det å utføre helsehjelp i demensomsorgen kan være veldig utfordrende, og det å ha kjennskap til hvilke lover og rettigheter som gjelder rundt det å gi og motta helsehjelp er viktig. Å ha en demensdiagnose kan føre til at pasienten mister noen av sine rettigheter rundt det å selv kunne bestemme om helsehjelpen ønskes motatt, men vi skal likevel så langt det lar seg gjøre forsøke å få pasienten til å samtykke til å motta helsehjelp. Men det er ikke sykepleierens verbale kommunikasjon som alltid er viktigst, sykepleierens non-verbale kommunikasjon har ofte størst betydning for samhandling med pasienter med alvorlig demenssykdom. Ved at sykepleieren møter pasienten gjennom en jeg-du tilnærming hvor hun ser pasienten, er tilstede og forsøker å forstå pasientens situasjon kan sykepleieren oppnå tillit fra pasienten. Dette fører til at pasienten opplever situasjonen trygg og mer forutsigbar. Pasienter med en alvorlig grad av demenssykdom har problemer med å få frem sine ønsker og behov, og sykepleierens evne til å oppfatte pasientens behov for sykepleie er avgjørende. Får sykepleieren til å skape trygghet og forutsigbarhet, samtidig som pasientens integritet og rettigheter ivaretas når sykepleiehandlinger utføres vil vi betegne sykepleien som god!

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi fått en enda større innsikt i hvor avgjørende det er at vi som sykepleiere møter pasienter med demenssykdom på en måte som innbyr til tillit. Viktigheten av å ha kunnskaper rundt demenssykdom og vite hvordan vi kan innby til samhandling gjennom vår atferd, er helt avgjørende for å kunne gi god sykepleie.

Men det å skape en god her-og-nå situasjon er noe man må følge opp kontinuerlig i demensomsorgen, da pasienten har en sterkt redusert hukommelse. Det stilles derfor store krav til personalet i forhold til hvor langt de klarer å strekke seg i denne typen omsorgsarbeid. Det er heller ikke dermed sagt at sykepleieren alltid vil lykkes.

LITTERATURLISTE:

Berentsen, V. D. (2008) Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. (Red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s- 350-382). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Brinchmann, B. S. (2010). *Etikk i sykepleien* (2.Utg. s.15-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, K. (2008). Stellet- mulighetenes arena. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H.(Red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.148-156). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, T. E. (2010) Om å møte mennesker med sviktende hukommelse. I Hummelvoll, J. K. (Red.) *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6.Utg. s. 359-375). Oslo: Gyldendal akademiske

Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M. I. Koch, A. M. & Skaug, E.-A. (2007). Hygiene. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2* (s.217-273). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske

Eide, H. & Eide, T. (2009) Grunnbegreper i hjelpende kommunikasjon. I *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.Utg., s.31-62). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Eide, S. B. & Skorstad, B. (2005). Plikt eller konsekvens. I *Etikk: Utfordring til ettertanke i sosialt arbeid* (s. 80-103). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). Demens ved Alzheimers sykdom. I *Demens: Fakta og utfordringer* (5.Utg. s. 63-94). Tønsberg: Aldring og helse

*Folkehelseinstituttet (2011). *Levealder, fakta om forventet levealder*. Lokalisert 16.01.2012 på: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70805>

Hauge, S. (2008) Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Helgesen A. K., Larsson, M. & Athlin, E. (2010) Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *Int J Older people nursing* 5 (2). 169-178 Lokalisert på:
doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00223.x

*Helsepersonelloven, LOV 1999-07.02. §3, §4, §21 (2011). Lokalisert på:
<http://www.lovdata.no>

*Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien forskning* 5 (4). 294-301. Doi:
10.4220/sykepleienf.2011.0007

Hummelvoll, J. K. (2010) Noen relevante etiske grunnbegreper i psykisk helsearbeid. I *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6.Utg., s. 79-101). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Jacobsen, R. (2007) Personorientert tilnærming. I *Ikke alle vil spille bingo: om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem* (s. 62-100). Bergen: Fagbokforlaget.

*Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008) Bruk av tvang i demensomsorgen. I Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L.(Red.). *Personer med demens, møte og samhandling* (s.207-231). Oslo: Akribe AS

Kirkevold, M. (2008) Den gamles integritet. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.(Red.) *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten* (s.91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (1998) Kari Martinsens omsorgsteori. I *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (s. 168-182). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

*Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2004) A study into the use of restraint i Norwegian nursing home. *British journal of nursing* 13 (15). 902-905

Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5a64e84d-e4de-4c17-acd0-04e3bf7288b9%40sessionmgr113&vid=6&hid=104>

*Krikevold, Ø. & Engedal, K. (2007). Quality of care in Norwegian nursing homes – deficiencies and their correlates. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (4). 560-567. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00575.x

*Kirkevold, Ø. (2008) Når pasienten ikke vet sitt eget beste. I Krüger, R. M. E., Haugen, P. K., Kirkevold, Ø., Nygård, A.-M.. & Utne, T. E. (Red.) *Å leve med demens: erfaringsbasert utvikling av tilbud* (s.73-84). Tønsberg: Aldring og helse.

Kristoffersen, N. J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 4* (s.13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2008). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 137- 183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2008) Om sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.Utg.). Otta: Universitetsforlaget.

*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV 1999-07-02-63. § 2-1a, §4-1, §4-3, §4-6, § 4A, §4A-1, §4A-3 (2011). Lokalisert på: <http://www.lovdato.no>

Ranhoff, A. (2008). Den gamle pasienten. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie: God sykepleie til den gamle pasienten* (s. 75-86). Oslo: Gyldendal Akademisk

- *Rognstad, M.-K., Nåden, D. (2011) *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleiers perspektiv; Nordisk Sygeplejeforskning 02* (2011). 144-155. Lokalisert på:
[https://bib.hihm.no/idunn/ts/nsf/2011/02/art06?highlight=utfordringer og kompetanse i demensomsorgen#highlight](https://bib.hihm.no/idunn/ts/nsf/2011/02/art06?highlight=utfordringer+og+kompetanse+i+demensomsorgen#highlight)
- *Rokstad, A. M. (2005a) Fokus på personalet. I *Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å mestre* (s.139-149). Tønsberg: Aldring og helse.
- *Rokstad, A. M. (2005b) Kognitiv svikt med særlige konsekvenser for atferd. I *Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å mestre* (s.79-89). Tønsberg: Aldring og helse.
- *Rokstad, A. M. M. (2008a) Hva er demens?. I Rokstad, A. M. & Smebye, K. L.(Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 27-45) Oslo: Akribe
- *Rokstad, A. M. M. (2008b) Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad, A. M. & Smebye, K. L. (Red.) *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 60-84) Oslo: Akribe
- Skotnes, L. H., Omli, R., Einarsen, E. K. & Dahlhaug, L. (2008) Eliminasjonsproblemer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.274-286). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og etikk* (5.Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Smebye, K. L. (2008) Å møte personer med demens. I Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.13-24). Oslo: Akribe AS
- Sneltvedt, T. (2010). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I Brinchmann, B. S. (Red.) *Etikk i sykepleien* (2.Utg. s. 97-115). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2010). Alderspsykiatri. I *Psykiatri: kunnskap – forståelse – utfordringer* (s. 165-216, 3.utg). Trondheim: Akribe forlag.
- *Solheim, K. (2009). Kommunikasjon. I *Demensguide: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (2.Utg. s.169-179). Oslo: Universitetsforlaget

* Sosial og helsedirektortet (2007). *Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og fremtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens.* (s.7- 24)
Lokalisert på: [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-rapport-om-demens/Publikasjoner/Glemsk,%20men%20ikke%20glemt%20\(Rapport%20om%20demens\).pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-rapport-om-demens/Publikasjoner/Glemsk,%20men%20ikke%20glemt%20(Rapport%20om%20demens).pdf)

*Statistisk sentralbyrå (2011). *Statistikk døde 2010*. Lokalisert på:
<http://www.ssb.no/emner/02/02/10/dode/>

*Weitzel, T., Robinson, S., Mercer, S., Berry, T., Barnes, M., Plunkett, D., ... Kirkbride, G. (2011). Pilot testing an educational intervention to improve communication with patients with dementia; *Journal for nurses in staff development* 27 (5) 220-226.

Doi: 10.1097/NND.0b013e31822e0738

*Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.) *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.87-113). Oslo: Akribe AS

*Østenstad, B. H. (2011) Det verdigmessige bakteppet. I *Heimelspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente* (s. 94-151). Bergen:

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS