



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for helse- og idrettsfag
4AVS304

Cecilie Haldammen og Ayla Marie H. Smedbak

Ord: 10 053

Veileder: Anne Høgstad With

Når omsorg oppfattes som tvang

When care is perceived as restraint

Sykepleierutdanning, 6 semester, kull 121
Bachelor i sykepleie.

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv
Brage:

JA

NEI

“Hvis det i sandhed skal lykkes at føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på at finde ham der hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden i enhver hjælpekunst.

Enhver der ikke kan det, han er selv i en indbinding når han mener at kunne hjælpe en anden. For i sandhed at kunne hjælpe en anden, må jeg forstå mer end ham-men dog først og fremst forstå det han forstår”.

Søren Kirkegaard, dansk filosof

Innhold

1.0	Innledning.....	4
1.1	Case	4
1.2	Hensikten med oppgaven	5
1.3	Begrepsavklaring.....	6
1.4	Oppgavens videre oppbygging	6
2.0	Metode.....	8
2.1	Fremgangsmåte for litteratursøk.....	8
2.2	Metodens validitet og reliabilitet.....	9
2.3	Kildekritikk	9
3.0	Teoribakgrunn	11
3.1	Kari Martinsens omsorgsfilosofi	11
3.2	Demens.....	12
3.3	Etikk	14
3.3.1	De fire prinsippers etikk	15
3.3.2	Autonomi og Paternalisme	16
3.4	Kommunikasjon	17
3.5	Pasientrettighetsloven § 4 A.....	18
3.5.1	Tillitskapende tiltak.....	19
3.5.2	Dokumentasjon.....	20
4.0	Drøfting	22
4.1	Når ordene mangler	22
4.2	Omsorg kontra motstand	24
4.3	Er vår pasient kompetent?	27
4.4	Rett eller galt?	29
5.0	Konklusjon	31
	Litteraturliste	34

1.0 Innledning

I dag regner man med at nærmere 70 000 personer i Norge har demens sykdom, og nesten 80 % av beboerne i norske sykehjem har en demenslidelse (St. meld. Nr 25 (2005-06)). Demens er en progredierende sykdom, det vil si at den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og til slutt være avhengig av hjelp. Det viktigste kjennetegnet er nedsatt hukommelse, men det må være flere symptomer tilstede for å kunne stille diagnosen demens. Bruk av tvang innenfor demensomsorgen begrunnes som regel med at det er til pasientens beste. Det oppleves som en stor krenkelse av personlig integritet å bli utsatt for bruk av tvang (St. meld. Nr 25 (2005-06)).

Fokus for oppgaven vil bli demens, loven om pasientrettigheter kapittel 4A, tvang, tillitskapende tiltak og samtykkekompetanse. Vi kommer til å vinkle oppgaven mot eldre personer med demens sykdom i sykehjem, og velger derfor og holde oss til denne pasientgruppen i vår besvarelse. Som utgangspunkt for besvarelsen vil vi bruke en fiktiv case der vi møter en eldre dame i sykehjem som er vurdert til manglende samtykkekompetanse på grunn av alvorlig grad av demens ved Alzheimer sykdom. Hun vil brukes som en ledetråd gjennom hele besvarelsen.

I løpet av vår utdanning som sykepleiere har vi ikke hatt mye undervisning som omhandler demens sykdom, tvang eller frivillighet. I vår arbeidshverdag møter vi mange eldre personer med demens sykdom, som er i aldersgruppen 70 år og oppover, som vi ser blir tvunget til å gjennomføre det noen av personalet anser som hverdagslige gjøremål, mens de motsetter seg dette.

Det er gitt ulike temaer fra skolens side, og vi har valgt å skrive om synliggjøring mellom grenselandet, tvang og frivillighet blant pleie personell som tar seg av pasienter med demens sykdom.

1.1 Case

Gudrun har fast plass ved et sykehjem på skjermet enhet. Hun har vært en selvhjulpne dame som har bodd hjemme ved hjelp av mannen. De siste årene har hukommelsen gradvis begynt å svikte mer og hun klarer ikke ta vare på seg selv lenger. Hennes mann begynner å bli sliten og innser at han ikke klarer ta vare på både seg selv og sin kone lenger. Gudrun er 77 år og

har gradvis utviklet en alvorlig grad av demens ved Alzheimer sykdom. Vi har samlet data om Gudrun gjennom hva hun forteller selv, og hvordan pårørende oppfatter henne nå og hvordan hun var tidligere. Fra pårørende har vi fått vite at Gudrun alltid har vært nøye på å være velstelt og pen, og har ønsket å bli oppfattet som ”ordentlig”. Etter at sykdommen har forverret seg har hun vansker med å orientere seg i tid, sted og situasjon. Hun er delvis inkontinent for urin og avføring. Det er ikke alltid hun ønsker å gjennomføre personlig hygiene, spesielt nedentil stell, og det blir vanskelig for personalet å ta vare på de hygieniske prinsippene. Hun sier ”nei”, hun forsøker å gå unna personalet, hun kan slå, sparke og spytte. Gudrun har språkvansker og dårlig taleflyt og redusert forståelse. Hun synes ikke lenger å forstå informasjonen som blir gitt, noe som medfører at hun motsetter seg nødvendig helsehjelp, spesielt i forhold til daglig vask og stell, spesielt intimhygiene. Gudrun blir ofte gående tilgriset av urin og avføring som sitter på huden og fører til etseskader som utarter seg til sår hud og eksemreaksjoner i rima internates og fremover forbi vulva. Hun mangler evne til å forstå begrunnelse for at helsehjelp i form av intimhygiene er nødvendig for at hun ikke skal få smertefulle plager fra huden. Derfor er det gjort en avgjørelse om manglende samtykkekompetanse i forhold til nødvendig helsehjelp Jf. Pasientrettighetsloven § 4A-5. Og det har blitt vurdert at hun ikke lenger har noen samtykkekompetanse på dette området.

1.2 Hensikten med oppgaven

Hensikten med denne studien er at vi vil synliggjøre hva som regnes som tvang og hva som er frivillig ut ifra egne erfaringer og studier. Vi har noen forskningsspørsmål som viser vårt fokus i denne oppgaven, og som hjelper oss til å svare på problemstillingen:

- Hvilken kunnskap bør sykepleier ha for å kunne forstå hva som er tvang og hva som er frivillig?
- Hvilke kommunikasjonsmetoder vil man bruke i situasjoner hvor pasienten med demens ved Alzheimer sykdom motsetter seg helsehjelp fra pleiepersonellet?

Ut i fra spørsmålene ovenfor og temaet vi har valgt, blir problemstillingen for denne oppgaven:

Hvordan synliggjøre grensene mellom frivillighet og tvang i pleie av pasienter med demens sykdom?

1.3 Begrepsavklaring

Ut ifra vår problemstilling og forskningsspørsmålene har vi valgt å utdype tre begreper nedenfor, andre sentrale begreper forklarer vi underveis i oppgaven.

Frivillighet: Vi tolker ordet frivillig som fri vilje, noe man ønsker å gjøre. Som det å ønske å dusje, spise eller skifte klær. Når ett menneske har fri vilje, mener vi at de valgene man tar, er forårsaket av mennesket selv, og med det mener vi de karakterene man har, meninger og holdninger og hvilke handlinger man foretar seg, er forårsaket av mennesket selv (Martinsen, 2000).

Tvang: Tvang, det å tvinge. Det er i forskjellige henseender tillagt rettsvirkning at noen ved vold, trusler eller andre utilbørlige midler har påvirket en annen slik at han handler under tvang (snl.no). I helsevesenet kan man bli underlagt tvang som medisinerer, stell/pleie, aktiviteter, integritet.

Synliggjøring: Bringe noe frem for allmennhetens interesse, visualisering, gjøre synlig (ordnett.no). I vår sammenheng, mener vi med å synliggjøre, å få noe frem i lyset så det skal bli sett.

1.4 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven vår er bygget opp i hovedkapitler og egne underkapitler med tilsvarende overskrifter.

Innledningsvis har vi presentert bakgrunn for valg av tema og problemstilling, hvordan vi avgrensner vår oppgave og hvordan den er bygget opp. Vi har valgt å begrepsavklare det som blir hovedfokus ut ifra problemstillingen.

I kapittel 2.0 beskrives hvilken metode vi har brukt for å løse oppgaven, hvilken type litteratur og fremgangsmåte og i tillegg en kritisk vurdering av dette.

I kapittel 3.0 som er oppgavens hoveddel kommer den teoretiske delen, her har vi valgt å presentere den sykepleieteoretikeren vi har tatt for oss og dens oppfatning av god sykepleie. Videre skriver vi kort om demens sykdom og demens ved Alzheimer sykdom. Her kommer

det også inn etikk, kommunikasjon, dokumentasjon, tillitskapende tiltak og kort om aktuelle lovverk.

I kapittel 4.0 presenterer vi vår tolkning av valgte teoretiker, her reflekterer vi også teori opp imot praksis og bruker forskningsartikler for å underbygge eller motbevise hva teorien sier og hva som blir praktisert.

I kapittel 5.0 kommer vår konklusjon på oppgaven, det er her vi vil samle alle trådene og oppsummerer, her vil vi komme med svar til vår problemstilling i forhold til hvilke funn vi har gjort under arbeidet med oppgaven.

2.0 Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En slik studie tilsier at vi skal finne svar i allerede eksisterende data. For å beskrive hva ordet metode er i denne sammenheng, vil det være måten oppgaven kommer frem til svar og løsning på et problem. Dalland sier det slik:

”Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, og det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår” (Dalland, 2010).

Vilhelm Aubert blir sitert i mange sammenhenger der det er spørsmål om hva metode er, og han sier det på følgende måte;

”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” (Dalland, 2010).

Metoderetningen er en kvalitativ metode, fordi tolkning, sammenheng og helhet er nøkkelord i denne metoden. Denne metoden tar sikte på å fange opp meningen og opplevelse som ikke lar seg tallfeste. Kvantitativ metode gir mer konkrete svar med tall, presisjon og forklaringer, som da vi tidligere i oppgaven tok med noen tall fra forekomsten av antall personer med demens sykdom, og hvor stor andel de utgjør på institusjoner. Helheten og forståelsen av begreper eller fenomener gjør at denne oppgaven er en kvalitativ metode (Dalland, 2010).

Vi vil aktualisere teorien i oppgaven ved å komme med noen eksempler fra praksis. Dette skal gjøre stoffet mer engasjerende, og lettere å knytte til hverdagen vår.

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

I tillegg til å bruke pensumlitteratur har vi lånt bøker på biblioteket og vi har benyttet oss av skolens databaser for å søke etter informasjon og fagstoff, samt rundskriv fra Helsedirektoratet. Da vi skulle lete etter forskning har vi blant annet brukt Cinhal, Helsebiblioteket, Idunn.no, Google Scholar, SweMed+, Sykepleien.no for å søke etter artikler. Vi har brukt følgende søkeord; *sykehjem, kunnskap, tvang, demens, pleie, frivillig* og på engelsk *dementia, nursing home, care, force, restraint*. Vi har brukt disse søkeordene i de forskjellige databasene, men forskjellige kombinasjoner. Kombinasjonen *”tvang – dement”*

”dement - sykehjem – tvang” og ”dementia – nursing – restraint” og ”dementia – forces – care” som førte oss til de valgte artiklene.

2.2 Metodens validitet og reliabilitet

Ifølge Dalland (2010) står validitet for relevans og gyldighet. Reliabilitet betyr pålitelighet og handler om at målinger må utføres på en riktig måte og at man angir eventuelle feilmarginer.

Slik vi ser det, kan noen sentrale eksempler være, Kari Martinsen som har skrevet og gitt ut flere bøker og hennes omsorgsfilosofi blir referert til, av flere forfattere i deres bøker. Dette gir god validitet, siden litteraturen anses å være gyldig og relevant, selv om den er av både eldre og nyere dato.

Knut Engedal er en «guru» innen aldring og helse og er et godt eksempel på at hans bøker er relevante og har gyldighet, og vi ser at flere forfattere henviser til hans litteratur i sine bøker. Vi regner dette som en reliabel litteratur, på grunn av hans brede erfaring. Vi ser på dette som en styrke på grunn av dens relevans og gyldighet (Dalland, 2010).

En bok vi har valgt å bruke en del er *Geriatrisk sykepleie* skrevet av Marit Kirkevold som har doktorgrad i sykepleievitenskap og er leder i gruppe for eldreomsorgsforskning, hun har publisert en rekke bøker og artikler om forskning og fagutvikling samt sykepleie til kronisk syke og eldre, Kari Brodtkorb som har vært høgskolelektor, kandidat til sykepleievitenskap og klinisk erfaring fra sykehjem og psykisk helsevern og Anette Hysten Ranhoff som er en spesialist i geriatri og har publisert en rekke vitenskapelig artikler og flere bøker og er leder for norsk selskap for aldersforskning. Boken deres tar utgangspunkt i den eldre pasienten og beskriver prinsippene og særtrekk ved geriatrisk sykepleie. Med deres brede erfaring innen feltet, ser vi på denne boken som veldig relevant og gyldig.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er beskrevet som en metode som brukes for å finne ut om en kilde er sann, man vurderer og karakteriserer den litteraturen som er brukt (Dalland, 2010).

En litteraturstudie innebærer at den informasjonen og de data vi bruker for å belyse temaet vårt er hentet fra eksisterende litteratur. Vår forståelse er preget av egne erfaringer og praksis, for da kan vi underbygge teorien opp imot praksis. Vi har tatt utgangspunkt i en del pensumlitteratur eller anbefalt studielitteratur, som vi har hentet fra ressurslista til studiet der vi går, og som da er anbefalt og godkjent av skolen.

Bøkene er for det meste av nyere dato, og er valgt for å belyse temaet vi har valgt og skrive om. Vi stoler derfor på at denne litteraturen er både relevant og pålitelig. I vår oppgave har vi brukt både primær og sekundær litteratur, i primær litteratur er det leserens fortolkning og bearbeidelse som gjelder, mens i sekundær er allerede stoffet tolket av noen andre, og kan være preget av deres verdier og holdninger. På en annen side ser vi at dette kan være en fordel med sekundær litteratur, dersom man vil belyse et tema fra ulike synsvinkler (Dalland, 2010).

Vi føler at det har vært vanskelig å finne frem til aktuell forskning, men vi føler de vi landet på er relevante for oppgaven vår og problemstillingen, siden de omhandler tvang, omsorg, pleie, utfordringer og kompetanse i demensomsorgen. Svakheten med studiene er at de er benyttet fokusgruppe intervju og hvordan pleierne snakker om sin egen utøvelse, kan være annerledes enn hva som er faktiske forhold. Likevel ser vi styrken i disse ved at personene som deltok synes det var tankevekkende og bevisstgjørende i gruppe diskusjon.

3.0 Teoribakgrunn

Dalland (2010) skriver at teorier er hjelpemidler som kan brukes til å utvikle vår innsikt og til å si noe om hvilket perspektiv vi arbeider ut i fra. Vi vil i dette kapitlet presentere teorien og teoretikeren som danner grunnlaget for oppgaven.

3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsens menneskesyn bygger på en verdioppfatning hvor relasjoner blir sett på som fundamentale i menneskelivet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2008). Martinsen tar avstand til formålsrasjonalitet som hun mener er et overordnet mål om at mennesket skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet, dette er en ideologi som legger vekt på egenomsorgen, Martinsen fremhever at dette ikke er forenlig med sykepleiens omsorgstradisjoner (Kristoffersen et al., 2008).

Martinsen legger vekt på en menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom enkelt mennesker, der det menneskelige fellesskapet har en sentral plass. Menneskets avhengighet kommer frem av ulike grunner i situasjoner hvor man trenger hjelp, som ved sykdom, skade og funksjonstap (Kristoffersen et al., 2008). Det absolutte i de menneskelige relasjonene er ifølge henne de spontane og suverene livsytringene, og blant disse livsytringene er tillit og barmhjertighet. Dette er ytringer som er spontane og ligger naturlig i forhold mellom mennesker, inntil de på en eller annen måte blir skuffet (Kristoffersen et al., 2008).

Vi valgte å bruke Kari Martinsen på grunn av hennes kritiske syn til deler av hva sykepleievitenskapen har å tilføre praktisk sykepleie. Hun vurderer hver enkel sykepleier og deres faglige skjønn og praktiske kunnskap. I følge Martinsen er dette langt viktigere enn det hun betegner som begrepslig kunnskap. Vi valgte henne også på grunn av hennes omsorgsfilosofi. Hun hevder at omsorg er grunnleggende i den menneskelige eksistens og menneskets samhandling (Kristoffersen et al., 2008). En etisk appell som utgår fra ett menneske til ett annet gjennom de spontane livsytringene, er grunnlaget for omsorgsetikken (Kristoffersen et al., 2008).

Martinsen hevder om omsorgen skal anses som ekte, må en kunne forholde seg til det andre individet ut ifra en holdning, som for eksempel stemning, som anerkjenner det andre individet ut ifra hans situasjon. Inni dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i enhver situasjon (Kristoffersen et al., 2008). Omsorg er etter Martinsens mening et forhold – en relasjon - mellom minst to mennesker, hvor hun hovedsakelig skiller mellom to omsorgsrelasjoner, *balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet*.

Martinsen sier at; ”omsorgsarbeid kan defineres som ulike virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og der omsorg som kvalitet er til stede i forholdet til dem som det skal sørges for.” (Referert i Kristoffersen et al., 2008).

Kjennetegnene for omsorg i sykepleie er ifølge Martinsen engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering, men i tillegg til dette må en yrkesmessig omsorg til, og med det menes aktiv handling til beste for den andre. Slik vi forstår dette er omsorgen sykepleieren gir, i forhold til på hvilken måte man møter pasienten og måten sykepleieren handler på (Kristoffersen et al., 2008). Kari Martinsen tar avstand til Orem og hennes egenomsorgstenkning, og dette begrunnes ut ifra at egenomsorg, uavhengighet og funksjonsdyktighet er urealistiske mål for store pasientgrupper som vi som sykepleiere yter omsorg for. I følge Martinsen er omsorg et mål i seg selv (Kristoffersen et al., 2008). Vedlikeholdsomsorgen er noe man finner i Martinsens omsorgsfilosofi og der er det ikke mål om at pasienten skal bli selvhjulpent og uavhengig, men å opprettholde et visst funksjonsnivå eller forverring. Denne formen for omsorg tar sikte på at pasienten skal ha det bra her og nå, slik at livsmotet dens øker og de helbredende kreftene får virke (Kristoffersen et al., 2008). Martinsen sier også at i situasjoner hvor pasienter og sykepleiere har relasjoner over lengre tid, hvor det kan være både stillstand og tilbakegang, er det viktig at sykepleieren kjennetegnes ved omsorg (Kristoffersen et al., 2008).

3.2 Demens

Demens defineres som;

”En ervervet og hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i patologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking 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” (Engedal & Haugen, 2006).

Demens sykdom er en felles betegnelse på en tilstand som kan kjennetegnes ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt. Sammenlignet med tidligere vil evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter vil bli mindre tilfredsstillende, og den sosiale atferden endres (Engedal & Haugen, 2006).

Som nevnt tidligere er demens sykdom progredierende, det vil si at sykdommen forverres over tid. De som rammes bare blir dårligere og dårligere, og til slutt blir fullstendig avhengig av hjelp. Det finnes ingen form for behandling eller hjelpemidler som kan stoppe en demensutvikling (Glemsk, men ikke helt glemte, 2007).

Kriterier for demens etter WHO's klassifiseringssystem ICD-10:

- 1 - *Svekket hukommelse, især for nyere data*
 - *Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon)*
 - *Mild: virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet*
 - *Moderat: kan ikke klare seg uten hjelp fra andre*
 - *Alvorlig: kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig*
- 2 *Klar bevissthet*
- 3 *Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; minst ett av følgende:*
 - *emosjonell labilitet*
 - *Irritabilitet*
 - *apati*
 - *unyansert sosial atferd*
- 4 *Tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder*

(Engedal & Haugen, 2006)

Demens ved Alzheimer sykdom utgjør ca 60- 70 % av alle tilfellene med demens sykdom, og er en av de vanligste årsakene til demens (St. meld. Nr 25 (2005-06)). Alzheimer sykdom kan debutere før eller etter 65 år, det skilles mellom tidlig og sen debut, og forekomsten er høyere hos kvinner enn menn. Karakteriske forandringer i hjernen kan sees blant personer med

sykdommen. Det er en degenerativ sykdom, med anatomiske forandringer i hjernen, som resulterer i at hjerneceller dør (Engedal & Haugen, 2006).

Ved demens er det skader i forskjellige områder i hjernen og en kan se på de kognitive, psykiske, atferdsmessige og motoriske symptomene ved demens hvilke deler av hjernen som er rammet, symptomene ved demens ved Alzheimer sykdom sammenfaller i stor grad med disse (Engedal & Haugen, 2006).

- Kognitive symptomer; svekket oppmerksomhet, redusert hukommelse og læringsevne, språkvansker, flere typer afasi, svekket orientering, apraksi, handlingssvikt, agnosi m.m.
- Atferdsmessige og psykiske symptomer; depresjon, angst, passivitet, apati og rastløshet, psykose, vrangforestillinger, hallusinasjoner, illusjoner, aggressiv atferd, roping og vandring.
- Motoriske symptomer; muskelstyringsproblemer, inkontinens (Engedal og Haugen, 2006).

Ekspertene fra Sverige, Norge og Danmark har etter en omfattende litteraturstudie konkluderer med at;

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

3.3 Etikk

Sykepleiere som daglig arbeider med personer med demens sykdom, møter etiske problemstillinger hver dag. Etiske problemstillinger vi som sykepleiere kan møte i forhold til vår pasient er for eksempel; det lukter urin av pasienten, pleieren tilbyr hjelp men pasienten vil ikke. Pasienten motsetter seg dusj, når sykepleier vil hjelpe med dusj (Kirkevold et al., 2008).

For at pasienten skal kunne delta i avgjørelser for egen helse og velvære, må man avgjøre hans forståelses evne, for pasientens beslutninger vil variere etter hans evne til å forstå og

formidle sin avgjørelse (Kirkevold et al., 2008). For å kunne ta en kompetent avgjørelse må man være sikker på at pasienten har fått den informasjonen som kreves i hans situasjon, at han har forstått informasjonen og veid den opp mot egne ønsker. Demenssykdom kan medføre at pasienten kan mangle kompetanse til å ta visse avgjørelser (Kirkevold et al., 2008).

Det er et etisk dilemma om pasienten ikke vil utføre morgen/kveldsstell, spise mat og nekter å få hjelp med dette. Det må da vurderes om pasienten er i fare for å skade seg selv og om det er faglig forsvarlig og ikke gjøre noe med det. Samtidig er det ikke nok at man velger en løsning, kun fordi vi som sykepleiere vet fra erfaring eller gitt informasjon av pasient/pårørende, tidligere har uttrykt hvordan denne pasienten ønsker det (Kirkevold et al., 2008).

Pasienter med demens sykdom kan også ombestemme seg, og endre mening om en ting. Pasienter med afasi, lite ordforråd og til og med en redusert evne til å forstå den gitte informasjonen, kan ha vanskeligheter for å gi uttrykk for sine ønsker eller valg. Det er i slike situasjoner at sykepleierne må bruke alle tilgjengelige opplysninger for å finne ut hva som virker mest riktig i pasientens situasjon (Kirkevold et al., 2008). Det er alltid en fordel å være flere da en skal diskutere problemet som omhandler pasientens beste, slik at det blir best mulig belyst (Kirkevold et al., 2008).

3.3.1 De fire prinsippers etikk

Det er fire sentrale prinsipper innen medisinsk etikk som sier forskjellige ting om hva som bør være det viktigste i spørsmålet om hvem som bestemmer hva som er til pasientens beste: autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet. Disse fire prinsippene er såkalte prima facie - prinsipper, det vil si at ingen av prinsippene er absolutte, men at de må vurderes opp mot hverandre i hver enkelte situasjon, der man må se på hvilket prinsipp som bør veie tyngst i den aktuelle situasjonen (Slettebø, 2009).

Kort kan vi definere prinsippene slik: velgjørenhet er plikten vi har til å gjøre hva som er best for pasienten gjennom å avveie fordeler mot risikoer, ikke-skade er plikten vi har mot å unngå å gjøre skade, og rettferdighet er at fordeler, ulemper og goder blir fordelt rimelig og ”rettferdig”. Prinsippet ikke-skade vil si at sykepleieren har en plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren gir pasienten. Prinsippet om velgjørenhet krever i tillegg at sykepleieren handler ut fra hva man mener er best for pasienten, om å

forebygge skader og onder samt fremme det gode. Begge disse handler om å gjøre vel for pasienten (Eide & Eide, 2010).

3.3.2 Autonomi og Paternalisme

Vurderingen om hvem som skal bestemme eller vet best i en gitt situasjon, er valget mellom autonomi eller paternalisme. Autonomi kommer fra ordene auto, som betyr selv, og nomos som betyr lov, styring, regulering. Autonomi blir da selvregulering eller selvstyring. Den brukes om pasientens selvbestemmelse, den kan også brukes som en medbestemmelse når den brukes innen medisinsk etikk, for eksempel pasientens rett til og selv bestemme behandlingsform eller rett til å nekte behandling. For å kunne vurdere om en pasient er autonom, må disse fire faktorer være tilstede: kompetent pasient, konsistent ønske, adekvat informasjon og frihet fra ytre press. En kompetent pasient vil si at han klarer å ta valg som ikke kan få store konsekvenser på kort eller lang sikt. Pasientens ønske må vare ved over tid og stemme overens med hans livsholdning ellers (Slettebø, 2009).

Motsetningen til autonomi er begrepet ”paternalisme” – fra tidligere var det en oppfatning at helsepersonell visste best hva som var riktig for pasienten, og derfor tok de avgjørelsene for pasienten, men dette er på vei ut til fordel til pasientens medbestemmelse. I enkelte tilfeller er det i midlertidig riktig at legen eller sykepleieren må bestemme hva som er det beste for pasienten. Dette innebærer at de tar avgjørelsen uten at pasienten deltar i den beslutningen. Paternalisme betyr formynderi og kan beskrives som å ha makt over en annen person. Man skiller man mellom ”sterk” og ”svak” paternalisme: svak paternalisme vil si at man må påvise svikt i forhold til kompetanse eller frivillighet for å kunne endre atferd. Sterk paternalisme sier at det er en fare for skade, nok til å forby en bestemt atferd. Dette gjøres til det beste for pasienten, og et ønske om å gjøre vel (Slettebø, 2009).

For å kunne ta et valg må pasienten, eller de som tar avgjørelser på vegne av pasienten, ha fått informasjon av hva behandlingen går ut på, konsekvenser av behandlingen og konsekvenser ved å nekte behandling. Informasjonen skal være adekvat og så nøktern som mulig i den forstand at det blir opplyst om både fordeler og ulemper. Den skal heller ikke påvirkes av sykepleierens personlige meninger. Sykepleieren kan si sin mening men samtidig må dette

begrunnes. Pasienten, eller den som skal fatte en avgjørelse, bør også være fri fra ytre press, sånn at mennesket skal få gjøre et fritt valg (Slettebø, 2009).

Autonomiprinsippet er i dag nedfelt i pasientrettighetsloven, og dette gir pasienten en rekke juridiske rettigheter, og helsepersonell har fått tilsvarende plikter (Kristoffersen et al., 2008). I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegges pasientens rett til selvbestemmelse, den er spesielt omtalt i punkt 1.2 i retningslinjene. Her fremgår det klart at sykepleieren har ansvar for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Kristoffersen et al., 2008).

3.4 Kommunikasjon

Innen demensomsorgen er det vanlig med kommunikasjonsproblemer, dette medfører vanskelige situasjoner både for pleiepersonellet og pasientene (Kirkevold et al., 2008). Når mennesker kommuniserer med hverandre bruker man både ord (verbal) og kroppsspråk (non-verbal), ord bruker man da man skal formidle ett saklig budskap, mens man bruker kroppsspråk, bevegelser, stemme og mimikk da man skal formidle et følelsesmessig budskap. Ordene man benytter seg av kan være både høflige, vennlige, spydige, ironiske og sinte, det man sier kan dermed endre meningsinnhold etter hvilket toneleie man bruker og hvordan man legger vekt på ordene og uttaler dem (Kirkevold et al., 2008). Da man kommuniserer med andre vises deres holdninger og om man har respekt for den man kommuniserer med, det er derfor viktig hvordan man ordlegger seg og hvordan vi bekrefter dette med kroppsholdningen og mimikken (Kirkevold et al., 2008).

Som sykepleiere må man kunne kommunisere tydelig, slik at pasientene forstår hva vi sier med ord og det forsterkes av kroppsspråket våres, siden pasienter med demens sykdom kan ha vanskeligheter med forstå innholdet i det vi sier, dette i form av ord, kroppsspråk, mimikk og stemmebruk (Kirkevold et al., 2008). Pasienter med demens sykdom tar det man sier til dem bokstavelig, dermed forstår de ikke en vits eller ironi i det man prøver å formidle. Man må derfor være konkret, kortfattet i det man sier og tydelig, samtidig må man snakke langsomt, gi pasienten tid til å oppfatte og forstå det man mener, man må se etter om de forstår, om de ser på oss da vi snakker og har oppfattet at vi ønsker kontakt (Kirkevold et al., 2008). En

manglende forståelse i det man prøver å bli fortalt kan gi økt sjanse for angst og kan gi pasienten ukontrollerte faktorer i hvordan den uttrykker seg, dermed kan pasienten bli urolig, sparke, slå eller rope (Kirkevold et al., 2008).

Berentsen (2008) sier; *"Kontinuitet og god og stabil relasjon mellom personer med demens og de som skal hjelpe, er av stor betydning for god og tillitsfull kommunikasjon"*

3.5 Pasientrettighetsloven § 4 A

1. januar 2009 ble nye bestemmelser i kapittel 4 A i pasientrettighetsloven satt i kraft. Kapitlet heter "helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen". Lovens formål er å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Den skal forebygge og begrense bruk av tvang. Bestemmelsen i loven gjelder for somatisk helsehjelp til personer med demenssykdom, utviklingshemming, fysiske og psykiske forstyrrelser. Og strekker seg opp mot spesialhelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Tillegg i pasientrettighetsloven vil gjøre det mulig under visse vilkår å beslutte å gjennomføre helsetjenester overfor en person som ikke samtykker, og selv om personen motsetter seg hjelpen. Forutsetningen er at personen ikke har samtykkekompetanse.

Pasientrettighetsloven kapittel § 4 A-1 sier at;

"Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen må tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett".

Når det gjelder samtykke, er det unntak når pasienten mangler samtykkekompetanse etter § 4-6. Det gir allikevel ikke hjemmel for å gjennomføre behandling som pasienten motsetter seg. Det er tydelige krav til at pasienter som er vurdert til å mangle samtykkekompetanse skal bli informert om dette § 4-3. Endringene i loven gir mulighet til å gjennomføre behandling selv om pasienten motsetter seg dette, men gir ingen unntak fra informasjonsplikten i § 4-3.

Det er sammensatt og komplisert å vurdere samtykkekompetanse. Pasientrettighetsloven gir få punkter for hva som må ligge til grunn for en slik vurdering, men det nevnes noen tilstander:

”Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter” (Pasientrettighetsloven, § 4-3).

I kapittel 4A § 3 første ledd 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”*. Det vil være avgjørende hva tillitskapende tiltak innebærer for hvordan dette lovkapitlet skal brukes.

Helsepersonell loven § 4 sier at;

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

Helsehjelp defineres som handling med forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål, utført av helsepersonell (Helsepersonelloven).

3.5.1 Tillitskapende tiltak

Da kapittel 4A ble behandlet i Stortinget understreket helse- og omsorgskomiteén at;

”Tvang skal aldri brukes som følge av manglende ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av tvang forutsetter tvert imot god ressurstilgang, blant annet i form av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpetiltak og foreta gode faglige vurderinger av behovet for bruk av tvang”.

Kirkevold tolker dette dit hen at Stortingets helse- og sosialkomité forutsetter at god ressurstilgang og kvalifisert personell er en del av tillitskapende tiltak (Kirkevold et al., 2008). Tillitskapende tiltak er det vi gjør i praksis før vi må bruke tvang for å gjennomføre helsehjelpen. Den klare hovedregelen er at frivillige tiltak skal være forsøkt før det gis helsehjelp med tvang. Dette forutsetter god kompetanse og fokus på faglig utvikling i helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonell må prøve å få pasienten til å forstå at det er til hans beste eller hans interesse å ta imot helsehjelpen som tilbys. Det er større sjanse for at pasienten aksepterer helsehjelpen dersom han er trygg i behandlingssituasjonen. Og at vi som helsepersonell tar hensyn til individuelle forhold hos pasienten (Helsedirektoratet, 2008).

Tillitskapende tiltak vil langt på vei være det samme som god faglig tilnærming til pasienten og den problematikken vedkommende sliter med. Innenfor etiske og faglige rammer er man forpliktet til å forsøke å oppnå en allianse med pasienten, slik at han ikke motsetter seg nødvendig og forsvarlig helsehjelp (Rokstad & Smebye, 2008).

Det er viktig at vi som helsepersonell har en helhetlig tenkning i vår tilnærming til pasienten. Det er viktig å få pasienten til å forstå hva som skal skje. De fysiske omgivelsene må være med å gjøre det gjenkjennbart og trygt for pasienten, slik at de kan være med og ”fortelle” pasienten hva som skal skje. Et bad bør ligne på et bad, og maten bør serveres i omgivelser og på en slik måte at det er lett og oppfatte hva som skjer. Samtidig som dette er en mulighet for samvær og stimulering med medpasienter og ansatte, gjør at dette da vil være en del av ”tillitskapende tiltak” (Helsedirektoratet, 2008).

3.5.2 Dokumentasjon

Loven om helsepersonell som kom i 1999, sier at sykepleiere har plikt til å dokumentere, § 39 beskriver plikten på denne måten:

”Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende personell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret

for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.” (Kirkevold et al., 2008).

Med dokumentasjon mener man det å legge frem bevismateriale, eller det å kunne understøtte en oppfatning. Det mest sentrale er dokumentasjonen som gjøres i pasientjournalen, hvor sykepleiedokumentasjonen utgjør en selvstendig del. Det er her man synliggjør sykepleiers bidrag, og her skal det gis et bilde av hva som skjer med pasienten i et pleie- og behandlingsforløp. Dette skal bidra til pasientens sikkerhet, sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleie og behandling. Alt som blir skrevet ned blir sett på som et juridisk dokument og det synliggjør faglig ansvar (Kirkevold et al., 2008).

Dokumentasjon er også et viktig kommunikasjons verktøy, og grunnlegger dermed en form for ledelse og ressursstyring (Kirkevold et al., 2008).

I pasientrettighetsloven fremkommer det i § 4A – 3.5.7:

”De som yter helsehjelp skal skrive ned eller registrere nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal for den enkelte pasient. Det skal være en fortløpende dokumentasjon, og hvert tiltak og hver gjennomføring av tiltaket skal dokumenteres. Det må også fremgå hvilke tillitskapende tiltak som har vært prøvd.”

4.0 Drøfting

I følge Dalland (2010) er det gjennom drøfting man skal vise hva man har lært og hvordan denne nye kunnskapen henger sammen med det som allerede eksisterer av kunnskap på det området. I dette kapittelet skal vi trekke inn teorien som besvarer vår problemstilling, vi skal drøfte slik at vi ses sammenhenger og til slutt vil komme frem til en konklusjon.

4.1 Når ordene mangler

Pasienter med generell demens sykdom i sykehjem er sårbare. De kan utvikle angst og vrangforestillinger, de kan bli deprimerte, forvirrede og mistenksomme, noe som vil gi dem en følelse av å mangle kontroll over egen situasjon. Dette forsterkes ved at de har problemer med å huske, uttrykke seg og fastholde egne behov. Samtidig som de har et behov for hjelp med helsen. Dette kan føre til motstand fysisk og verbalt samt aggresjon i situasjoner der pleiepersonell skal hjelpe dem med daglig pleie og omsorg. Vi har erfart i praksis at dette stemmer med teorien. Pasientene blir mer utilpass og aggressive fordi de ikke kan forklare og uttrykke seg. Selv om det finnes ulike metoder, lære seg bilder som illustrerer ulike gjøremål, vil dette være en vanskelig oppgave vi som sykepleiere og annet pleiepersonell kan oppleve. Kirkevold (2008) underbygger dette i sin teori at det vil være utfordrende for pleiepersonell når de skal håndtere slike situasjoner, der de samtidig skal ivareta pasientens verdighet og behov for stell.

Det å bli rammet av demens ved Alzheimer sykdom medfører en del svikter i kognitive funksjoner, som vi har nevnt tidligere i oppgaven (Kirkevold et al., 2008). Ut ifra egne erfaringer i praksis ser vi at det å bli svekket på mange områder påvirker pasientens sosiale relasjoner. Ektefelle, familie og venner kommer ikke i første rekke lenger. Mange pasienter opprettholder ikke lenger de verdier og behov som de har hatt tidligere i livet, som det å ha det ryddig rundt seg eller det å være velstelt og ”pen”. Pasienten har ikke lenger innsikt i når klær er skitne og tilgriset, og trengs å byttes. Dette er også noe vi som helsepersonell samt de pårørende har bemerket i forhold til Gudrun. Hun som tidligere var så opptatt av at andre

skulle oppfatte henne som velstelt og ordentlig, ser ikke ut til å ivareta dette lengre. Hun har ikke lenger innsikt i hvordan hun ser ut, eller oppfattelsen av at klærne er tilgriset. Når vi oppfordrer henne til å skifte motsetter hun seg dette, når hun ikke ser vitsen i å gjøre det. Gudrun har heller ingen forståelse for at vi må vaske nedentil når hun er tilgriset, hun blir ofte irritert, sint og forvirret når vi tilbyr henne hjelp. Når Gudrun ikke klarer å uttrykke seg godt nok verbalt i forhold til hvordan hun ønsker at ting skal være, er det viktig at vi som sykepleiere er oppmerksomme på hva hun prøver å formidle, gjennom kroppsspråk, ansiktsuttrykk og med mimikk, altså den non - verbale kommunikasjonen og de tegnene og signalene man får gjennom dette er sjeldent entydige, og må derfor fortolkes, det er ofte det non - verbale som formidler best hvordan den andre føler (Eide & Eide, 2010). Vi må eksempelvis være oppmerksomme på om hun søker kontakt, hva forteller blikket hennes? Er hun redd, lei seg, sint eller glad? Vi må se hvordan hun uttrykker seg gjennom kroppsspråk, trekker hun seg vekk eller er hun avslappet ved berøring? (Berentsen, 2008).

Kommunikasjonen består blant annet av å oppfatte samspeillet mellom det verbale, og det non - verbale, da kommer helheten frem og responderer på det sentrale i det pasienten prøver å formidle, man kan høre hva pasienten uttrykker gjennom hva den sier og hvordan hun oppfører seg når hun sier det (Eide & Eide, 2010). Det den andre prøver å formidle og signalisere, og hvordan vi fortolker dette kan gjøre at møte med den andre oppleves på forskjellige måter, det kan være godt, sårende, ubehagelig, irriterende med mer. Dette skaper vårt grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt. Siden vi mennesker alle er forskjellig, vil vi også oppleve dette på forskjellige måter. Vi har gjennom vår utdanning lært at vi skal være profesjonelle, og ha en helsefaglig kommunikasjon, og med det mener vi hjelpende, den skal være både faglig begrunnet og til hjelp for den andre (Eide & Eide, 2010).

Når det svikter i den kognitive funksjonen, oppstår det fort problemer i samhandling med andre. For å kunne ta inn informasjon og tolke omgivelsene må sansene være intakte. Det er derfor pasienter med Alzheimer ikke alltid forstår hva som skal skje for eksempel ved dusj og stell, og det kan oppstå atferdsproblemer (Glemsk, men ikke helt glemt, 2007). Her blir det viktig at vi tar oss god tid til å informere pasienten om hva som skal skje, bruker lite ord og snakker sakte og tydelig. Fra tidligere praksiserfaringer har vi erfart at hvis vi tar oss tid, setter oss ned sammen med pasientene, forklarer dem rolig og med klare ord om hvorfor det er nødvendig å bytte klær, vise frem klær som man vet dem tidligere har og forklarer hva vi skal gjøre og hvordan ting skal foregå, så klarer man å få gjennomført hjelpen. Vi har sett og

lært hvor viktig det er å bruke god tid, korte setninger, utføre handlinger etter vi har forklart, i stedet for å gjøre dette mens vi kommuniserer med pasienten. Vente og se om pasienten har forstått den gitte informasjonen, gjennom kroppsspråk eller holdninger. Samt at de pasientene som bruker høreapparat, får i disse og sørger for at de virker og eventuelt de med briller har de pusset og rene, så de både ser og hører godt det vi prøver formidle. Dette gir minst mulig forstyrrelser og den får trygge forhold å være i. Med minst mulig forstyrrelser mener vi for eksempel, at det ikke er mer enn nødvendig framme på badet når vi skal hjelpe henne med vask.

For å forstå årsaken til at problemer oppstår må vi ha klare tiltak for å forebygge eller redusere atferdsproblemer, som sykepleiere må vi derfor ha kunnskaper om hvordan demenssykdommen kan virke innpå kommunikasjonsevne, orienteringsevne og impuls kontroll. Vi må kartlegge hva som utløser uønsket atferd hos Gudrun, deretter må vi sette inn målrettede tiltak som skal evalueres fortløpende. Som for eksempel at vi bør ha arbeidslag rundt henne, eller små team slik at hun får en mindre gruppe mennesker og forholde seg til, da blir det blir gjenkjennelig og tryggere for henne. Kontinuitet vil være en viktig faktor, slik at alle har de samme retningslinjene og gå ut ifra (Berentsen, 2008).

4.2 Omsorg kontra motstand

God omsorg for personer med demens generelt bygger på prinsippene om medbestemmelse og individualisering. Med det mener vi at pasienten skal få være med å delta i bestemmelser og få informasjonen som er tilrettelagt for dens evne til å forstå omfanget av omsorgen vi gir. Det skal være tilpasset pasienten det gjelder og hennes individuelle forutsetninger, jf.

Pasientrettighetsloven § 3-2. Martinsen hevder om omsorgen skal anses som ekte, må en kunne forholde seg til det andre individet ut ifra en holdning, som for eksempel stemning, som anerkjenner det andre individet ut ifra hennes situasjon. Inn i den ligger en gjensidighet, som er utviklet gjennom samhandling i enhver situasjon. Forståelse av Gudrun sin situasjon, vil være en forutsetning. Klarer vi å gi hjelp på hennes premisser og dermed unngå tiltak som er uønsket av Gudrun, vil vi i større grad forebygge bruk av tvang (Kristoffersen et al., 2008). Vi har opplevd i praksis at en pasient motsetter seg hjelp til stell, og flere pleiere har stått rundt denne pasienten og holdt den fast og tvunget den til noe den ikke har forståelsen av. Det ble i denne situasjonen gitt lite verbal informasjon til pasienten om hva som skulle skje. Her

mener vi at vi kunne brukt mer tillitskapende tiltak for å prøve å få pasienten til å forstå at dette er til hennes beste. De tillitskapende tiltakene som kunne vært iverksatt her mener vi kunne vært at omgivelsene rundt pasienten føles trygge gjennom å skape en relasjon, ta seg god tid også i hastesituasjoner og en god kommunikasjon, altså at man hele tiden forklarer til pasienten hva som skjer og hva konsekvensene av å unnlate helsehjelp vil være. Man kan gi løpende og tilpasset informasjon om situasjonen til pasienten, om pasienten er redd for at det som blir utført gjør vondt, kan det være hensiktsmessig at helsepersonellet avdramatiserer helsehjelpen. Med stemmeleiet og vektlegging av det positive, fortelle pasienten at det kommer til å gå bra. Kommunikasjonen må tilpasses pasientens aldersnivå, kanskje pasienten blir beroliget av å bli holdt i hånden eller trøstet. Det kan være hensiktsmessig å ta ett steg av gangen, og ikke forhaste seg med å gjøre alt på engang (Helsedirektoratet, 2008).

Dersom Gudrun opprettholder sin motstand til tross for at tillitskapende tiltak er forsøkt kan det gis nødvendig helsehjelp på tross av motstand. Her vil dokumentasjon være viktig. Dette fordi at i pasientjournalen kan man se om hvor ofte dette er gjentakende og vi kan se hva andre arbeidskollegaer har foretatt seg i disse situasjonene. I pasientjournalen er det også viktig at det fremkommer de tillitskapende tiltakene som er utøvd og hvordan hver enkelt opplever at Gudrun motsetter seg helsehjelpen. Motstanden kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk, ved at hun trekker seg unna, skriker, banner, slår eller/og spytter etter personalet. Det kan allikevel være vanskelig å avgjøre om en person yter motstand eller ikke. Det vil være til forutsetning at man har kjennskap til pasienten og vet hvordan hun vil reagere i forskjellige situasjoner og vite hvorfor hun gjør akkurat dette. For å underbygge dette vil vi vise til helsedirektoratets rundskriv (2008) som sier; Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen kan bli et spørsmål om å tolke pasientens reaksjoner. Vurdering av pasientens reaksjoner vil ofte kreve tilstrekkelig kunnskap om vedkommende. At personalet har god kjennskap til pasienten er et av flere tillitskapende tiltak, dette er med på å skape god relasjon til pasienten. I følge Rokstad og Smedbye (2008) vil relasjonsarbeid mellom oss og pasienten skape trygghet, struktur, støtte og engasjement. En relasjons kompetent sykepleier kommuniserer med pasienten på en meningsfull måte, ivaretar god samhandling og ikke krenker.

Martinsens prinsipp handler om ansvaret for de svakeste, når vi blir rammet av sykdom er vi sårbare for hjelp. Hun hevder at det er forskjell på hvert enkelt individ om deres forståelse for egen makt og evne til å få den hjelpen de trenger. Vi som sykepleiere har en plikt til å yte omsorg etter helsepersonell loven for Gudrun, på grunn av at sykdommen hennes gjør at hun

er avhengig av andre døgnet rundt. Martinsen hevder at solidariteten for det andre mennesket hviler på likheten og vår generelle situasjon om at vi alle skal bli gamle og omsorgstrengende og har rett på ubetinget omsorg (Kristoffersen et al., 2008). For Martinsen er det vedlikeholdsomsorgen som gjelder, ikke at pasienten skal bli selvhjulpen og uavhengig igjen, men at vi skal klare å opprettholde ett visst funksjonsnivå eller unngå en forverring av sykdommens forløp, så godt det lar seg gjøre (Kristoffersen et al., 2008).

Rognstad og Nåden (2011) mener en av flere utfordringer innen demensomsorgen generelt, er pasienter med aggresjon og vold som til tider blir utøvd mot personalet som gir dem omsorg. De hevder at pasienter med demenssykdom generelt kan skape store utfordringer for omsorgsgivere i sykehjem, det kan være alt fra dytting, biting og slag. De sier videre at det derfor kreves høy kompetanse blant personalet for at pasientene skal få hjelp på en etisk og kyndig måte. Rognstad og Nåden (2011) hevder videre at voldelig og aggressiv atferd fører til stress og uhygge ovenfor medpasienter og omsorgsgivere. Ut ifra deres studie konkluderer de med at profesjonelle hjelpere opplever negative følelser og utbrenthet, med å være et offer for aggressiv atferd blant pasienter. Det er viktig med faglig kompetanse innen demensomsorgen, for å kunne ivareta verdighet og respekt for pasientene og dermed minske vold og aggresjon mot personalet. Forskingen hevder at helsepersonell etterspør mer faglig kompetanse gjennom kurs og praktiske treninger i arbeid med pasienter som motsetter seg helsehjelp (Rognstad & Nåden, 2011).

Videre legger Martinsen vekt på den menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom enkelt mennesker, hvor det er menneskelige fellesskapet har en sentral plass. Hun mener også at omsorg er sosial relasjon, dette tolker vi som fellesskap med andre mennesker og hvordan man forholder seg til dem (Kristoffersen et al., 2008). Det har også noe med hvilken forståelse man har for andre mennesker å gjøre, denne forståelsen tilegnes gjennom å være rundt andre og finne på ting både med og for hverandre, slik utvikler vi felles erfaringer og det er de situasjoner vi har erfaring fra, en kan forstå (Kristoffersen et al., 2008).

Martinsen understreker også at vi som omsorgsgivere må være åpne og nærværende for pasientens historie og situasjon, så vi senere kan forstå og tyde den på en god måte (Kristoffersen et al., 2008). De grunnleggende kvalitetene ved omsorg kan oppsummeres i tre punkter: fellesskap og solidaritet med andre, forståelse for andre og at omsorgsgiver må ha en holdning som anerkjenner den andre ut fra hennes situasjon (Kristoffersen et al., 2008).

4.3 Er vår pasient kompetent?

Vi som helsepersonell står ansvarlig for å vurdere om en pasient har samtykkekompetanse eller ikke, vi er også ansvarlig for at pasienten og/eller dens pårørende blir tatt med i beslutninger om pasientens pleie og behandling (Kristoffersen et al., 2008). Selv pasienter med alvorlig Alzheimer sykdom kan ha samtykkekompetanse i enkelte spørsmål, men ikke i andre, der må vi dra inn de pårørende i beslutningsprosessen (Kristoffersen et al., 2008). De pårørende kan komme med meninger og innspill i forhold til hva pasienten selv hadde villet, men de har ingen bestemmelsesrett. Pasienter med Alzheimer sykdom har krav på rett informasjon selv om de ikke har samtykkekompetanse, dermed må vi sykepleiere avgrense og tilpasse informasjonen til pasienten i dens situasjon, og informasjonen må gis må være tilpasset pasientens kommunikasjonsferdigheter, innlæringsevne og forståelse, dette fremgår også i pasientrettighetsloven § 3-5 (Kristoffersen et al., 2008).

Det å avgjøre om en person mangler samtykkekompetanse og at man dermed kan fatte beslutninger og gjennomføre tiltak på vegne av han eller henne, vil medføre en rekke etiske og juridiske spørsmål. At Gudrun går med flekkete klær er ikke et grunnlag for å bruke tvangstiltak for å skifte. Det er først når hun står i fare for seg selv eller andre. I følge pasientrettighetsloven § 4 A – 3 kan det opprettes tiltak om helsehjelp dersom fraværet av dette kan føre til vesentlig helseskade for pasienten.

I vår hverdag i sykehjem kan vi se en del eksempler på tvang, som ofte blir brukt på pasienter med demens sykdom; det kan være tabletter i mat, sengehest, tannpuss, hygiene, mating, låste dører, bleier og neddoping. Kirkevold (2008) sier også at tvang er;

”Bruk av redskap som hindrer beboernes bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holdning ved undersøkelse og behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske redskaper og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboernes viten og vilje” (sitat; Kirkevold, 2008).

Men vi vet av erfaring og opplæring på sykehjem, at hvis man tar seg tid og forklarer pasienten at for eksempel at det vil være tryggere for pasienten hvis hun har sengehesten oppe sånn at hun ikke faller ut av sengen og skader seg. At hun kan ringe eller rope etter hjelp om det er ønskelig. Hvis pasienten da pasienten samtykker til dette, regnes ikke dette som tvang.

Bruk av tvang er en uønsket hendelse og således et avvik, selv om tiltaket i seg selv har lovlig grunnlag. Med det nye kapitlet i pasientrettighetsloven har Stortinget regulert et område som tidligere var uklart. Intensjonen med de nye reglene er dels å sørge for at pasienter uten samtykkekompetanse skal få nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade. Den skal også forebygge og begrense bruken av tvang innen demensomsorgen. Ressursmangel er ikke grunnlag for tvang, men det må ligge til grunn som tidligere nevnt i oppgaven at helsehjelpen Gudrun motsetter seg kan være helsefarlig for henne, ved at hun får sår og etseskader som senere kan føre til infeksjoner som kan bli truende for hennes liv og helse (Rokstad & Smebye, 2008).

Et etisk dilemma i vår hverdag med Gudrun kan være at hun ikke ønsker stå opp, noe som har skjedd flere dager på rad, hun er med i det generelle stellet, som å vaske seg oventil og få på klær, men når dette er gjort og vi skal hjelpe henne med intimvask motsetter hun seg dette og vil bare legge seg til i sengen igjen. Hun forteller oss at hun ikke orker og vil hvile en dag, om man prøver fortelle at dette har vært gjentakende, svarer hun ikke, og vi får ikke noen kontakt gjennom det verbale eller det non- verbale. Vi prøver og fortelle henne hvor viktig det er for kroppens funksjon at hun står opp og får brukt seg litt, men også hvor viktig det er for oss og hennes helsetilstand at vi får hjelpe henne med intimvask, siden vulva og setefuren har blitt rød og sår. Vi er i tillegg redd for at hun skal få ligge sår og kontrakturer. Men Gudrun nekter fortsatt. Så hva gjør vi? Skal vi la henne ligge der med de farer det innebærer? Eller skal vi tvinge henne opp med henvisning til at det er det beste for Gudrun? Her har vi et typisk dilemma, hvor ulike prinsipper står opp i mot hverandre. Vi har hensynet til pasientens selvbestemmelse, og vi har hensynet til at vi som fagpersoner har mer kunnskap om de farer Gudrun utsetter seg for. I denne situasjonen har vi mange faktorer som må tas i betraktning når vi skal avgjøre hva vi skal gjøre i denne situasjonen. Vi har autonomien, som er en selvstyring eller i mange tilfeller medbestemmelsen. Dette kan dreie seg om rett til å bestemme behandlingsform, eller rett til å nekte behandling. Slettebø (2009) hevder at man kan gi muligheter til, eller begrense muligheter til å utøve en autonom vilje, men at man ikke kan frarøve noen selve autonomien i seg selv. Vi kan forstå begrepet forskjellig, selv om en pasient er under tvangs behandling, for vår behandling av mennesket under dette, kan den fortsatt være autonom, men vi kan også mene at pasienter ikke er autonome fordi det har innskrenkinger av sitt handlingsrom grunnet tvangs behandling. Siden Gudrun ikke er kompetent kan hun ikke ta valg som kan få store konsekvenser på kort eller lang sikt. Grunn til at Gudrun oppfører seg som hun gjør, om motsetter seg helsehjelpen, kan være relatert til

angst. Dette kan medvirke til at hun er redd for sin situasjon og hva behandlingen innebærer, og kan gjøre at hun ikke tørr å si ja til den behandlingen som vi foreslår. Men en vurdering av Gudruns kompetanse bør ikke knyttes til om hun er uenig i det vi sier eller mener (Slettebø, 2009). Vi mener at Gudrun er inkompetent og må ta avgjørelser på vegne av henne og som er til hennes beste, dette skal gjøres på en varsom og respektabel måte. Valget vi står ovenfor er Gudruns autonomi og vår plikt som sykepleiere til å gjøre det beste for henne. Men det er ikke av den grunn sagt at hun kan bestemme selv hva som skal skje. Vi står på sidelinjen og ser at Gudrun tar avgjørelser som kan få fatale konsekvenser for hennes helsetilstand, dette strider mot vår plikt om å hjelpe. Vi har etter ikke-skade prinsippet plikt til å passe på at Gudrun ikke blir skadet av den behandlingen vi gir henne, og prinsippet om velgjørenhet som krever at vi skal tilrettelegge og gjøre det beste for Gudrun (Slettebø, 2009). For å nå det vi ønsker når Gudrun motsetter seg hjelp til pleie og behandling kan vi skille mellom svak og sterk paternalisme. Utøvelse av svak paternalisme forutsettes at vi må kunne påvise en svikt i hennes kompetanse eller evne til frivillig å kunne ta gode avgjørelser på egne vegne. For eksempel kan vi lede henne ved å gi henne alternativer som resulterer i ønsket formål. Det kan være at vi tilbyr henne å hjelpe med vask nedentil, eller om hun ønsker å gjøre det selv uten hjelp. Dette gjør at hun får følelsen av at hun har bestemt hva hun ønsker å gjøre, og ikke blitt fortalt hva hun skal. Likevel resulterer dette i at «vi» får stelt henne nedentil, uansett hva hun velger. For å kunne utøve sterk paternalisme må det være fare for at Gudrun er utagerende og kan påføre andre skade (Slettebø, 2009).

4.4 Rett eller galt?

Innen sykepleie møter vi mange former for syke mennesker, både fysisk og psykisk og det er i alle situasjoner nødvendig med etiske refleksjoner. Med etiske refleksjoner mener vi at pleieren må forsøke å finne ut hva som er rett og galt i situasjoner der løsningen kanskje ikke synes å være riktig for alle parter (Kirkevold et al., 2008). Avgjørelser som tas må gjenspeiles med respekt for hver enkel pasient og vise at hvert ett menneske har en verdighet som er like verdifull som alle andre (Kirkevold et al., 2008).

I situasjoner hvor det utøves tvang, for eksempel under dusjing der Gudrun motsetter seg dette og må fysisk holdes, men synes allikevel at det var godt etterpå. Er konsekvenser av tvangsbruken viktig for en etisk vurdering. Selv om Gudrun synes det var godt etterpå, er ikke

dette et svar på om det var rett eller galt å bruke tvang i denne situasjonen.(Eide & Eide, 2010). Kari Martinsen sier at vi som sykepleiere må ut ifra vår forståelse av situasjonen bestemme hva som er til pasientens beste, også kalt prinsippet om svak paternalisme. Med dette mener man at det må påvises svikt i forhold til kompetanse, eller frivillighet for å kunne regulere atferd. Martinsen hevder at makt kan brukes i sammenhenger med moralsk ansvarlighet og ut fra solidaritet med den svake. Med dette forstår vi at vi har et ansvar for handlingen vi gjør og de konsekvenser den får, som kan påvirkes ut ifra våre holdninger mot pasienten. Gudrun skal ha en følelse av gjensidig samhold mellom oss (Slettebø, 2009).

Muligheten for gode resultater må vurderes opp i mot risikoen for negative resultater og den moralske problematiske siden ved selve handlingen, som for eksempel krenkelse av autonomi og integritet. Selv om tvangshandlingen fører til positive konsekvenser, er den av likevel ikke av den grunn moralsk akseptabel. Vi må derfor inkludere en etisk vurdering, hvor vi ser på etiske dilemmaer og mulige konsekvenser (Eide & Eide, 2010).

For å kunne gjøre en etisk vurdering må vi ha kunnskap om den praktiske situasjonen, dette innebærer at vi må ha fagkunnskap, fordi dette kan åpne for andre perspektiver og handlingsalternativer. Det er viktig at vi vurderer situasjonen fra flere sider mellom oss som sykepleiere, hjelpepleiere og ansvarlig lege, og tilslutt pårørende. Det vil være viktig med god kommunikasjon, for å få de faglige og moralske aspektene av saken godt belyst (Eide & Eide, 2010).

I sykehjem er vi forpliktet av etiske retningslinjer, som er respekt for hvert enkelt menneskets ståsted, integritet og verdighet. Videre er vi forpliktet av verdier i den institusjonen vi arbeider i, også av verdier, normer og regler som er nedfelt i helsepersonell loven, pasientrettighetsloven og andre lovverk. Allmennmoralske verdier som neste kjærlighet, hjelpsomhet og rettferdighet kommer også inn her (Eide & Eide, 2010).

I Gudruns tilfelle kan verdier som omsorg, verdighet og respekt for hennes autonomi og integritet, begrunne det med å avstå fra å bruke tvang, og det å bruke tvang. Hvis vi vektlegger hennes autonomi, kan dette tilsi og ikke bruke tvang. Med dette mener vi siden hun ikke ønsker helsehjelp, kan ikke vi tvinge dette på henne når hun nekter. Men hvis vi velger å vektlegge Gudruns verdighet, kan ”tvang” brukes i liten grad, med påvirkning i form av svak paternalisme. Fordi dette kan hjelpe henne ut av en uverdigg situasjon, der hun må sitte tilgriset av for eksempel avføring, når det tilsynelatende har vært viktig for henne å være ordentlig og velstelt tidligere. Likevel kan disse verdiene brukes motsatt, fordi respekten for pasienten kan

brukes opp mot hva hun ville valgt selv før hun ble rammet av sykdommen. Som kan bety presumert samtykke til bruk av tvang i situasjonen. I pasientrettighetsloven beskrives presumert samtykke som at, vi som helsepersonell har kompetanse til å ta avgjørelser i forhold til myndige personer uten samtykkekompetanse, dersom vi antar at hun ville gitt samtykke om hun hadde vært samtykkekompetent (Eide & Eide, 2010). Her vil vi dra inn Martinsen som sier at vi som sykepleiere må takle en balansegang mellom formynderi og unnlåtelsessynder. At vi har et ansvar overfor pasientene etisk sett, der deres verdighet og rett til medbestemmelse over pleien og helsehjelpen står sterkt (Kirkevold et al., 2008).

5.0 Konklusjon

Dalland (2010) sier at det er her vi skal samle trådene, vi vil besvare vår problemstilling og forskningsspørsmålene. Vi ønsker også å oppsummere den nye kunnskapen vår.

Vi hadde noe kunnskap fra før i dette emnet gjennom arbeid på skjermet avdeling og hjemmebaserte tjenester, der vi har møtt pasienter med demenssykdommer. Men denne oppgaven har gitt oss mer kunnskap og hjulpet oss til å bli mer bevisste over situasjoner da vi møter pasienter som motsetter seg helsehjelp. Vi har gjennom denne oppgaven fått mer kunnskap om hvordan kommunisere og møte pasientene. Vi ser at grensen mellom frivillighet og tvang ligger i en hårfin balanse, men at det vil være nødvendig med påvirkning til helsehjelp i den retningen vi ønsker. Det er ikke til å unngå at det må til litt ”tvang” i arbeid med pasienter som er rammet av demenssykdommer og ikke har forståelse for hvilke avgjørelser som kan føre til vesentlig helseskade. Med påvirkning på pasienten vil vi være med på å begrense forekomsten av helseskader, og gjøre det som er til for pasientens beste. Selv om bruk av tvang har lovlig grunnlag etter det nye kapittelet i pasientrettighetsloven § 4 A, er det likevel et avvik. Det er viktig at det er utprøvd tillitskapende tiltak før man utøver tvang mot pasienter, og for å få en kontinuitet i det, blir det en forutsetning med gode relasjoner, hvor man arbeider i små arbeidslag/team rundt pasienten for å få rammene gjenkjennbare og trygge. En god dokumentasjon i pasientjournalen, har også stor innvirkning for at man skal se hva som har blitt iverksatt av tiltak og hvilke tillitskapende tiltak som har vært utprøvd.

- Hvilken kunnskap bør sykepleier ha for å kunne forstå hva som er tvang og hva som er frivillig?

Forskning viser at helsepersonell etterspør mer fagkunnskap og praktiske treninger innenfor feltet. Man må tilegne seg kunnskaper om kommunikasjon, tillitskapende tiltak, dokumentasjon, samt lovverk for å kunne vite når man har til grunn å yte tvang.

- Hvilke kommunikasjonsmetoder vil man bruke i situasjoner hvor pasienten med demens ved Alzheimer sykdom motsetter seg helsehjelp fra pleiepersonellet?

Sykepleiere må være oppmerksomme på både det verbale og non – verbale i kommunikasjonen, for pasienter med demens sykdom oppfatter ofte den non – verbale bedre enn det verbale, gjennom hvordan vi uttrykker oss gjennom kroppsspråk og mimikk. Informasjonen skal gis i forkant av handlinger og gjerne i samme posisjon som pasienten. Man skal ikke forhaste seg, men ta seg god tid, bruke lite ord og se etter om pasienten oppfatter det vi prøver å formidle.

Litteraturliste

- *Berentsen, D.V. (2008). *Demensboka – lærebok for pleie- og helsepersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Brinchmann, B., S. (2010). *Pliktetikk og Nærhetsetikk*. I B. Støre Brinchmann. (Red) Etikk i sykepleien (1 utg., s. 55-66 og 116-131). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2010) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *St. meld. Nr. 25. (2005-2006). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Delplan til omsorgsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Eide, H., & Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Engedal, K., & Haugen, P.K. (2006) *Demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- *Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde, R. (2011) Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien forskning* 5 (4):294-301. Lokalisert på: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=569183
- *IS-1486. *Glemsk, men ikke helt glemt!* (2007). Sosial- og helsedirektoratet.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A.H. (2008) *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red.). (2008) *Grunnleggende sykepleie* (Bind 1-4). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- *Martinsen, V. (2000) *Metafysikk*. Lokalisert på: <http://www.filosofi.no/metafysikk.html>
- *Lov om helsepersonell m.v. 2.juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven)
- *Lov om pasientrettigheter 2.juli 1999 nr.63 (pasientrettighetsloven)

- * Rognstad, M. K., & Nåden, D. (2011) Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleierens perspektiv. *Norsk sykepleie forskning nr.02*. Lokalisert på: <https://bib.hihm.no/idunn/ts/nsf/2011/02/art06?highlight=utfordringer%20og%20kompetanse%20i%20demensomsorgen#highlight>
- *Rokstad, M., A.M., & K.L., Smebye. (2008) *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS
- *Helsedirektoratet. (2008). *Lov ompasientrettigheter kapittel 4 A- Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*.(Rundskriv IS-10/2008). Oslo: Helsedirektoratet.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. (5.utg). Oslo: Gyldendahl Akademisk.
- * Synliggjøring. (2012) Lokalisert på: <http://ordnett.no>
- *Tvang. (2012-02-28) I *Store norske leksikon*. Lokalisert på: <http://snl.no/tvang>