



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
**4 BACH**

Kine Marie Hagen og Hanne Fossberget Ruud  
Veileders navn: Gunvor Volla Stensrud

«La meg være et menneske»

«Let me be a human»

Antall ord:

Bachelor sykepleie, kull 122

2013

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 motstandsdyktig, 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 de 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.

Dikt av: Kirsti Solheim «Treet, bladene og den demente»

## Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| 1.0 Innledning.....   | 4  |
| 1.1 Case .....  | 4  |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema .....   | 5  |
| 1.2 Valg av problemstilling .....   | 5  |
| 1.3 Presentasjon av problemstillingen.....  | 6  |
| 1.4 Avgrensning av oppgaven .....   | 6  |
| 1.5 Oppgavens disposisjon .....   | 7  |
| 2.0 Metode.....   | 8  |
| 2.1 Valg av metode.....   | 8  |
| 2.2 Kildekritikk .....  | 9  |
| 3.0 Teoretiske referanserammer .....  | 10 |
| 3.1 Kari Martinsen- omsorgstenkning.....  | 11 |
| 3.1.1 Omsorgens rasjonelle side.....  | 11 |
| 3.1.2 Omsorgens praktiske side.....   | 12 |
| 3.1.3 Omsorgens moralske side.....  | 13 |
| 3.2 Nærhetsetikk.....   | 13 |
| 3.3 Joyce Travelbee – Menneske-til-menneske-forhold.....  | 14 |
| 3.4 Tom Kitwood – personsentrertomsorg.....   | 15 |
| 3.5 Demens.....   | 17 |
| 3.5.1 Alzheimers sykdom.....  | 19 |
| 3.6 Afasi .....   | 19 |
| 3.7 Kommunikasjon .....   | 20 |
| 3.7.1 Nonverbal kommunikasjon .....   | 20 |
| 3.7.2 Verbal kommunikasjon .....  | 21 |
| 3.7.3 Validering.....   | 22 |
| 3.7.4 Remenisens.....   | 22 |
| 3.7.5 Realitetsorientering .....  | 23 |
| 3.8 Menneskesyn .....   | 23 |
| 3.8.1 Verdighet.....  | 23 |
| 3.8.2 Autonomi.....   | 24 |
| 3.8.3 Paternalisme .....  | 24 |
| 4. 0 Hvordan kan sykepleiere bidra til at mennesker med demens på skjermet enhet bevarer sin autonomi og verdighet? ..... | 26 |
| 4.1 Omsorgens praktiske side.....   | 27 |
| 4.2 Relasjonell omsorg .....  | 30 |
| 4.3 Omsorgens moralske side.....  | 33 |
| 5.0 Konklusjon .....  | 38 |
| 5.1 Hva vil vi bruke dette til videre.....  | 39 |
| Litteraturliste: .....  | 41 |
| Sammendrag.....   | 45 |

## 1.0 Innledning

I vår oppgave har vi valgt å lage ett anonymisert case, med en utarbeidet problemstilling. Vi har valgt at innledningen skal starte med et case. Slik at leseren skal få en opplevelse av pasientens nåværende situasjon, deretter tydeliggjør vi hennes tidligere liv, slik at leseren får ett innblikk av personen som et helhetlig menneske.

### 1.1 Case

Hildur er 84 år og bor på en skjermet enhet på et sykehjem. Hun har en alvorlig grad av langt komment Alzheimers, og er inkontinent for urin og avføring etter tap av motorisk funksjoner. Hun har også begynnende afasi som følge av demens sykdom, og har derfor vanskelig for å uttrykke sine meninger forståelig. Hun motsetter seg ofte daglig pleie og omsorg, som stell nedentil og av og påkledning. Pleierne ser på pasienten som en utfordring da de syns det er vanskelig å skape en god relasjon og tillitt til pasienten. Hildur har i flere episoder blitt agitert i henhold til at pleierne må utføre daglig pleie som for eksempel stell nedentil. Hildur har ikke mistet sin samtykkekompetanse.

Hildur var i sine yngre dager en jordmor av yrke, hun var kunnskapsrik innenfor sitt fagfelt. Hun var en omsorgsperson som var opptatt av at andre mennesker rundt henne skulle ha det godt, og var en svært respektert kvinne. Hun snakket aldri nedlatende om noen. Hildur var en velstelt og pertentlig kvinne og var dermed opptatt av hvordan hun fremsto. Etter at hun ble rammet av Alzheimers sykdom og hennes bosted ble sykehjemmet, ble det vanskelig for Hildur å uttrykke sitt behov for et velstelt utseende. Helsepersonell syntes det var mer tidsbesparende og sett på en buksebleie for så å ta en lettere vask til kvelden og legge klærne til vask. Hildur hadde mange flotte beklædninger i skapet, men det var joggebuxen som ble en gjenganger.

*«Hildur er nå død, men minnet som en hederskvinne som mistet sin verdighet og autonomi er vanskelig å viske bort fra et medmenneskes hukommelse».*

## ***1.2 Bakgrunn for valg av tema***

I Norge er det per i dag en prevalens på 71 000 mennesker med demens. Dersom forekomsten av demens holder seg på samme plan som i dag, vil det i år 2040 bli et fordoblet antall. Den mest vanlige sykdommen som fører til demens er Alzheimers sykdom, og står for over 60 prosent av alle tilfellene. Vaskulær demens etter hjerneslag eller sviktende blodforsyning til hjernen, omfatter mellom 20 og 25 prosent (Helsedirektoratet, 2006).

Vi har valgt tema demens, etikk og holdninger fordi vi synes dette er et sykepleieanliggende tema for vår yrkesgruppe, sykepleiere. Da vi med tiden fremover vil få et økt antall eldre i befolkningen, og samfunnet vil få et stigende antall mennesker som rammes av demens (Helse og omsorgsdepartementet, 2006).

Det er sykepleieanliggende ved at eldre som rammes av demens og tilbringer siste fase fasen av sitt liv på sykehjem, da avhengighets og omsorgsbehovet inntreffer da individet rammes av langt kommet sykdom. Iruta (1999) sier at Når pasienten opplever avhengighet av andre mennesker blir opplevelsen av sårbarhet forsterket (Mekki,2007) .

Som sykepleiere står vi daglig i utfordrende situasjoner som krever gode fagkunnskaper. Og det er viktig at vi er bevisst egne holdninger og verdier. God kvalitet på tjenester sikres gjennom faglig kompetente helsearbeidere, som møter hver enkelt pasient med verdighet og respekt og som implementerer pålitelig kunnskap til god praksis. (Omsorg og helsedepartementet, 2006). Med dette ser vi på etikk og holdninger som et sentralt og betydningsfullt tema. Hovedgrunnen til valg av tema er selvopplevde pasientsituasjoner og historier fra media som har fått oss til å reflektere over hvordan omsorgspersoners dårlige holdninger kommer til uttrykk av sine handlinger.

## ***1.2 Valg av problemstilling***

Ut i fra dette har vi kommet fram til følgende problemstilling:

***«Hvordan kan sykepleiere bidra til at mennesker med demens på skjermet enhet bevarer sin autonomi og verdighet?»***

### ***1.3 Presentasjon av problemstillingen***

Vi skal knytte egne erfaringer fra praksis opp mot teorien i oppgaven for å besvare problemstillingen vår. Dette vil gi oss bedre forståelse av teorien i oppgaven. Begge har erfaring med denne pasientgruppen fra tidligere, ved at vi har jobbet som assistenter på sykehjem og en utredningspost for demens, hvor begge to er skjermede enheter. Vi har av erfaring sett en rekke tilfeller hvor dårlige holdninger påvirker pasientens autonomi og verdighet. Dette kan vise seg å komme av mange ulike faktorer, disse vil vi komme nærmere tilbake til i oppgaven. Med denne bachelor oppgaven vil vi belyse hvor mye sykepleierens holdninger har å si for pasientens autonomi og verdighet. Vi ser et betraktelig stort rom for forbedringspotensial. Oppgaven skal også belyse hvordan en sykepleier skal handle forsvarlig etter juridiske, yrkesetiske retningslinjer og sykepleierteoretiske retningslinjer og tre omsorgsteorier.

### ***1.4 Avgrensning av oppgaven***

Vi har gjort flere avgrensninger i denne problemstillingen, da det er viktig å klargjøre hva vi ønsker å belyse. Vi har valgt å ta for oss en pasient på skjermet enhet med langt kommet Alzheimers sykdom. Pasienten har begynnende afasi, som ofte er et symptom som følge av sykdommen (Fagforbundet, 2008). Vi har laget ett anonymisert case som vi skal benytte gjennom oppgaven for å besvare problemstillingen vår som er hentet fra egne erfaringer fra praksis. Når vi omtaler bidrar i problemstillingen mener vi hvordan vi som sykepleiere kan bidra i form av kommunikasjon til pasientgruppen. Vi velger å skrive sett ut ifra et sykehjemsperspektiv med sykepleierens holdninger, handlinger og sykepleieutøvelse. Vi har valgt å rette fokuset på sykepleier rollen da dette er vårt fremtidige yrke. Vi vet at pårørende kan være en ressurs, da de står pasienten nærmest og kan i mange tilfeller gi gode bakgrunnsopplysninger, men vi har valgt å utelukke pårørende i oppgaven.

Vi har valgt at pasienten i casen er 84 år, da forekomsten for å utvikle demens stiger betraktelig etter en alder av 80 år (Langballe & Hånes, 2009).

I «Geriatrisk sykepleie bok» skriver Ranhoff at eldre betegnes i alder fra 60-100 år (WHO).

Vi har valgt at kjønnet i casen skal være kvinne, da kvinner blir eldre enn menn og har dermed større risiko for å utvikle Alzheimers sykdom. Nyere forskning viser til at kvinner har høyere risiko for å utvikle Alzheimers sykdom enn menn har, uavhengig av alder (Langballe & Hånes, 2009).

Når vi i oppgaven skal benevne ulike ord som pasient, sykepleier og sykehjem, har vi valgt noen ord som skal være gjentakende i oppgaven. Når vi omtaler pasienten bruker vi hennes navn, og hennes kjønn som er hunkjønn. Når vi omtaler sykehjem bruker vi skjermet enhet, da det er hensiktsmessig at leseren får et inntrykk av at pasienten er på en enhet for demens.

Vi har valgt å begrense oss til en demensdiagnose, Alzheimers sykdom.

## ***1.5 Oppgavens disposisjon***

I innledningskapittelet fremstilles først et case, deretter bakgrunn for valg av tema, videre presenteres problemstillingen og til slutt avgrensninger av oppgaven. Metodedelen består av en presentasjon av litteraturstudie som metode og kildekritikk. I kapittelet teoretiske referanserammer har vi anvendt essensiell teori for å belyse problemstillingen vår. Vi skal ta for oss Kari Martinsens omsorgsteori, Travelbees menneske- til- menneske- forhold og Kitwoods personsentrerte omsorg. Videre skal vi knytte Travelbees og Kitwoods omsorgsteori opp mot Kari Martinsens tre grunnpilarer- moralsk, relasjonell og praktisk omsorg. Vår problemstilling skal drøftes opp mot litteraturfunn og egenerfarte situasjoner fra praksis. I siste del av oppgaven fremstilles konklusjonen som svar på problemstillingen og hva vi ønsker å bruke den tilegnede kunnskapen til videre.

## 2.0 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder», skriver sosiologen Vilhelm Aubert (siteret i Dalland, 2012, s.111).

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det som kjennetegner en litteraturstudie er at det inneholder pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og fag- og forskningsartikler. Våre egne erfaringer blir også synliggjort (Dalland, 2012).

### 2.1 Valg av metode

Vi har lagt opp en søkestrategi for litteratursøk som går ut på at vi skal kartlegge hvilke termer vi ønsker å benytte. Vi har utarbeidet et PICOskjema (Patient/problem, intervention, comparison/control, outcome) som et arbeidsredskap i forberedelse til systematisk litteratursøk i ønske om å søke fram gode og relevante forskningsartikler. Ved å søke etter sykepleieforskning, fag- og forskningsartikler på kunnskapsegget, bibsys, sveMed+, idunn og sykepleien.no som er relevant for oppgaven. Vi søkte også forskningsartikler på høgskolens database Ebscohost (Cinahl), da vi begge er kjent med denne databasen fra tidligere arbeid. I denne databasen har vi brukt engelske termer som: dementia, staff, communication, attitudes, personhood, institutionalised, people, validation.

Vi har mange forskningsartikler på de overnevnte databasene, og utifra disse har vi plukket ut fire forskningsartikler, alle fra Ebscohost, se vedlegg 1.

I tillegg til pensumlitteratur, har vi benyttet forskningsartikler og Yrkesetiske retningslinjer i besvarelsen.



## **2.2 Kildekritikk**

I følge Dalland(2012) er de metodene som en bruker for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Det vil si at man må vurdere og karakterisere de kildene som man bruker. Hensikten med kildekritikk er å en gi leseren del i de refleksjonene som vi har gjort oss og om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Det skal komme tydelig fram i oppgaven hva de forskjellige kildene har bidratt med. Vi som skriver er også en kilde, det er viktig at vi er tydelige på hva som er vårt bidrag i oppgaven (2012).

Vi har benyttet oss av primær- og sekundærlitteratur i vår besvarelse.

Dalland (2012) mener at enhver alltid bør søke fram den opprinnelige kilden, da mener han primærkilden. Sekundærkilder er primærkilder som er blitt bearbeidet og presentert av andre enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2012).

For å kunne utøve god kildekritikk gjennom arbeidet med litteratursøk har vi vært i stand til å stille oss kritisk til kildematerialet vi har benyttet i vår oppgave. Vi har funnet mye kildemateriale og skriftlig informasjon om vårt valgte tema, og for å innhente relevant litteratur har vi vurdert og karakterisert gyldighet, holdbarhet og relevans for vår problemstilling (Dalland, 2012).

Vi har benytter litteratur fra tidsperioden 1989 og fram til i år 2013. Vi er kritiske til funn av eldre litteratur, men har valgt å bruke litteraturen da våre valgte sykepleieteoretikere er klassikere. Vi har derfor valgt å benytte oss av noe eldre litteratur, da innholdet av litteraturen er av høy verdi. Når vi har søkt forskningsartikler, tidsskriftsartikler og artikler har vi vært opptatt av at dette skal være oppdatert og av nyere forskning. Når det gjelder temaet er det et vidt spekter i både litteraturbøker og artikler/forskningsartikler.

Vi vil også ta med egne erfarte episoder fra praksis i vår oppgave. I praksis som sykepleiestudenter har vi vært vitne til flere episoder, hvor vi har møtt sykepleiere med mindre gode holdninger, som har fått oss til å reflektere over akademisk dannelsen i sykepleieryrket.

### 3.0 Teoretiske referanserammer

I dette kapitlet teoretiske referanserammer skal vi gå inn på ulike teoretiske perspektiver og sentrale begreper som er relevante for å besvare vår problemstilling. Først skal vi presentere våre to valgte omsorgsteoretikere, og en sosialpsykolog, deretter framstilles det generelt om demens sykdom og videre går vi inn på de tre ulike gradene av sykdomsstadie.

Vi har tatt utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning herunder med hennes tre grunnpilarer, moralsk omsorg, relasjonell omsorg og praktisk omsorg. Da hennes solidaritet og ansvar for de svake og sårbare i samfunnet står henne sentralt, som i vårt case representerer en kvinne med langt kommet Alzheimers sykdom (Stensvik, 2011).

Videre har vi anvendt Joyce Travelbee med utgangspunkt i menneske- til- menneske- forhold, dette er vesentlig å bruke når vi skal besvare problemstillingen om hvordan vi som sykepleiere kan bevare pasientens autonomi og verdighet gjennom å skape menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001).

Videre har vi valgt Tom Kitwoods som representerer en personsentrertomsorg, som er vesentlig for vår pasientgruppe og kvinnen i caset. Da han tar sikte på å se det helhetlige menneske bak diagnosen og at sykepleieren skal være bevisst sine holdninger gjennom kritisk refleksjon av omsorgskulturen (Rokstad&Smedbye, 2008).

### **3.1 Kari Martinsen- omsorgstenkning**

Kari Martinsens menneskesyn har vært likt gjennom hele hennes karriere som sykepleier og forfatter. Den sentrale tanken Martinsen har er at solidariteten og ansvar for de svake i samfunnet er knyttet sammen. Det er ikke alle mennesker som er i stand til å bidra, men en viktig ting å huske på er at menneskets verdighet ikke rangeres deretter (Austgard, 2010). Martinsen (2010) sier at den svake er vårt medmenneske som har behov for hjelp, den svake kan være hvem som helst og hvert eneste menneske har ingen livsgaranti for å bli det svake menneske. Det kollektivistiske menneskesynet opprettholdes ved at det sterke mennesket skal gå inn i dens svake område med solidaritet og kjærlighet for hjelpe. Det skal være nok at mennesket har fått sitt liv i gave, alle skal få den hjelpen de trenger. Den svake skal ikke ha gjort seg fortjent til hjelpen, det vil si i for av å yte eller produsere noe (Austgard, 2010).

Det menneskesynet en sykepleier har, vil ha en påvirkningskraft i forhold til det synet vi har på helse, sykdom og pasienters behandling. Store konsekvenser kan være utfallet hvis menneskesynet ikke er av det gode. Et godt eksempel på dette kan være hva en sykepleier ser på som et fullverdig liv, hvordan skal vedkommende få leve livet sitt (Brinchmann, 2010).

#### **Omsorgens tre grunn pilarer**

Kari Martinsen beskriver tre grunnpilarer når hun omtaler begrepet omsorg, den moralske, relasjonelle og praktiske omsorg. Disse tre grunnpilarene er sammensveiset og inngår i en hver omsorgssituasjon (Knutstad, 2010, s.420).

#### **3.1.1 Omsorgens relasjonelle side**

Omsorg er relasjonell, det vil si at det er alltid to eller fler mennesker involvert, der den ene er forpliktet til å yte nødvendig hjelp tilpasset vedkommens behov (Martinsen, 1989). I følge Martinsen (1989) må helsepersonell engasjere seg og vise en genuin interesse for pasientens situasjon, for å finne ut hva den andre har behov for. I en sykepleier- pasient situasjon er tillitt og barmhjertighet tilknyttet de spontane livsytringene, det er noe vi ikke bestemmer oss for i en konkret situasjon.

Kristoffersen, 2005 forklarer dette slik:

...Å forsøke og fortolke den andres realitet , å gripe hva den andre erfarer , å forstå ut fra den andres horisont og å møte den andre ut ifra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne» (1990, side 74).

Martinsen mener at det kan være en utfordring i å forsøke å fortolke andres situasjon, da essensen er å få frem hva den andre er best tjent med (Kristoffersen, 1990 s.66).

### **3.1.2 Omsorgens praktiske side**

Videre forklarer Martinsen at omsorg også omhandler praktisk handling og fagkunnskap som yrkesutøver. Omsorg i sykepleien er hensiktsmessig knyttet til pasienter som er syke og pleietrengende, som ikke klarer selv. Det er en forutsetning at vi som sykepleiere gjennom omsorgsarbeidet møter den syke med fagkunnskaper, ferdigheter og organisasjon, som til sammen opererer og utgjør en enhet (Martinsen, 1989).

Som medmenneske skal sykepleieren klare å sette seg inn i hvordan pasienten opplever gitte situasjoner, ved og assosierer til egne erfaringer å knytte de opp mot hverdagslige likhetstrekk. Dette kan for eksempel være å føle smerte, sult, tørste og redsel. Med dette står hjelperen bedre rustet til å utøve praktisk handling. Martinsen forklarer også viktigheten av at omsorgen tilrettelegges og utøves på en respektfull måte som bidrar til at pasienten opplever anerkjennelse og ikke umyndiggjøring. I samtale med et hvert individ er det betydelig at vi benytter et språk som pasienten forstår, ved å unngå å bruke fremmed fagspråk(Kristoffersen, 2005).

### **3.1.3 Omsorgens moralske side**

Martinsen(1989) sier at omsorg er knyttet til moral og relasjoner som viser seg i praktisk handling:

«Moral, eller hva gode sykepleier holdninger er må læres. Den faglige dyktige sykepleier har lært ikke bare sakkunnskap, men også moral» (1990, s. 94).

I følge Kristoffersen (2005) er det et skille mellom etikk og moral. Skillet kan enkelt uttrykkes ved at vi lever i moralen og argumenterer i etikken (Kristoffersen, 2005). Kari Martinsen har ikke dette skillet, hun sier at etikk og moral opererer sammen. Hun mener at alle sykepleiesituasjoner er av moralsk karakter. Det er en moralsk utfordring sykepleieren står ovenfor, når hun skal utøve sykepleie av kvalitet som er til pasientens beste (Kristoffersen, 2005).

Martinsen hevder at moralen ikke styres av normer og regler, men disse trenger vi når det har oppstått brudd i moralen. For å bevare moralen, uttaler hun:

«Moralen er fundert i kjærligheten og uttrykker kjærligheten i handling» (Kristoffersen, 2005, s.68).

Omsorgens moral har også betydning for hvordan vi lærer å bruke makt. I situasjoner der avhengighet er vesentlig benyttes en form for makt. Og Martinsen uttrykker at den som yter hjelp til den syke må bruke makt med solidaritet (Martinsen, 1989). Det vil si at den som yter hjelp til den syke har evnen til å identifisere seg og engasjere seg, vise sympati og sentimental omsorg. Dette kan bidra til at den syke får leve et godt liv ut i fra omstendighetene. Kari Martinsen legger vekt på et kollektivistisk menneskesyn, hvor frihet, selvstendighet og ansvar får mening gjennom avhengighetsrelasjoner (Martinsen, 1989).

## **3.2 Nærhetsetikk**

Vetlesen(1996) sier:

«Nærhetsetikk er ingen enhetlig retning innenfor etikken. Det er en tilnærming til moralske fenomener og moralsk praksis som setter jeg-du-forholdet i sentrum»

(Brinchmann, 2008, s.117).

Nærhetsetikken spiller på et bestemt forhold mellom to ulike mennesker. Tenkningen viser seg i relasjoner og den er til for å gå utenom teoretisering som vil si normer, regler og plikter og et avstandsforhold til de moralske spørsmål (Brinchmann, 2008). Etisk teori deles inn i to undergrupper; Nærhetsetikken, også kalt dydsetikk som legger vekt på holdninger, væremåte og relasjoner, som er basert på følelser og intuisjoner. Den normative etiske teori omfatter plikter, normer og regler og blir brukt for å argumentere dilemmaer og utfordrende valg (Brinchmann, 2008).

### ***3.3 Joyce Travelbee – Menneske-til-menneske-forhold***

Joyce Travelbee (2001) mener at den profesjonelle sykepleieren har i oppgave å stifte ett menneske-til-menneske-forhold. Kjernen i dette utsagnet er at sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som unike individer. Før en kan oppnå et menneske-til-menneske-forhold krever forholdet at et skille mellom sykepleier-pasient ikke er til stedet (ibid).

Det er når sykepleieren har evnen til å være på samme nivå som pasienten at en reel kontakt oppstår og pasienten opplever dermed sykepleieren som et menneske og ikke dens autorisasjon (ibid).

Det er når en skaper et menneske-til-menneske-forhold i en sykepleiesituasjon det er mulig å overholde målet og hensikten med å hjelpe et menneske og/eller en familie med å forebygge eller mestre sin sykdom og gjøre seg rik av disse erfaringene (ibid).

Kontakten sykepleieren har med omsorgstakeren, kan være en vei mot et menneske-til-menneske-forhold (ibid).

For at vi som sykepleiere skal kunne yte god sykepleie er det to antakelser som må ligge til grunn. Sykepleieren må ha fagkunnskaper og evnen til å utøve kunnskapen i praksis, med gode terapeutiske evner (Travelbee, 2001). Det vil si at en benytter personlighet og kunnskap bevisst for å kunne bidra til en forskjell hos syke mennesker(ibid).

Et krav er at sykepleieren er bevisst og forstår egen og andres adferd, og har forståelse for at egen oppførsel kan påvirke andre mennesker (ibid).

Et av hovedpunktene til Travelbee (2001) er at sykepleier skal fokusere på pasienten som et unikt helhetlig menneske, og ikke bare diagnosen eller utførelse av konkrete sykepleieoppgaver. Sykepleieren vil da kunne se det helhetlige menneske som ligger bak individets sykdom og med det hjelpe pasienten til å ivareta sine behov (ibid).

Travelbee (2001) hevder at trygghet og utvikling av tillitt er basert på sykepleierens møte med den syke. Tillit er en kvalitet i forholdet mellom mennesker. I situasjoner hvor pasienten ikke blir behandlet som ett fullverdig menneske blir tillitten slått til grunne (ibid).

### ***3.4 Tom Kitwood – personsentrert omsorg***

Tom Kitwood var en sosialpsykolog som i sin tid utviklet en ny teori i demenspleien, ved navnet personsentrert omsorg. Hans ønske var å gjøre en forandring i demensomsorgen (Kitwood, 1999). Hovedtenkningen hans tar utgangspunkt i personsentrert omsorg, han mente at et hvert individ må se hele det unike mennesket bak demenslidelsen. Når det skjer nevrologiske forandringer hos personer med demens er det viktig å se dette i forbindelse med andre medvirkende årsaker som individets biografi, personlig karakter, helse og sosialpsykologi, hevdet Kitwood (ibid). Vi har valgt å benytte oss av Kitwoods personsentrerte teori, da vi finner dette relevant for å besvare problemstillingen vår.

Da hans teori om personsentrert omsorg setter pasienten i caset og andre mennesker med demenssykdommer i sentrum. Dette er svært viktig med tanke på å ivareta individer med kognitiv svikt sin identitet, som igjen fører til den verdigheten et hvert menneske har rett på.

Tom Kitwood har skissert en blomst med fem kronblad som har kjerne i kjærlighet, blomsten representerer de psykologiske behovene hos mennesker som er rammet av demens sykdom. De fem kronbladene overlapper hverandre og blir til sammen en enhet av trøst, identitet, bekreftelse, inklusjon og tilknytning (Kitwood, 2003).



Fig. 1. «Gode øyeblikk» (2013)

Kitwood (2003) hevder at personer med demens sykdom har et spesielt framtreddende tilknytningsbehov, da de opplever situasjoner som er særegne. Personer med demens sykdom kan oppleve et tap av tilknytning når livet byr på utfordringer i form av bekymringer og fortidens trygge minner blekner bort (ibid). Behovet for inkludering er elementært for å overleve (ibid). Behovet for inkludering kan hos demensrammede komme til uttrykk gjennom oppmerksomhetssøkende adferd, innsigelse og sammenbrudd (ibid).

Bekreftelse oppstår i barndommen da personen erkjennes og det gis rom til å framkalle respons fra andre mennesker og utforske verden. Videre er det å være involvert i livet en prosess som setter lys på personens egenskaper, det motsatte av dette vil være apati og håpløshet.

Hvis et menneske blir fratatt opplevelsen av bekræftelse vil personens selververd absentere seg. Identitet er å være bevisst på hvem en selv er, både kognitivt og følelsesmessig. Som betyr å ha en persepsjon av fortiden og dermed videreføre sin forhistorie til andre mennesker. En utfordrende oppgave for sykepleiere er å kunne opprettholde pasientens identitet, til tross for en kognitiv svikt (ibid).



Kitwood (1999) beskriver ordet trøst som omfatter ømhet, nærvær, lindring av smerte og sorg. Å berolige gjennom trøst, å skape trygghet som kommer i det å være nær et annet individ (ibid). Trøst vil være viktig i samhandling med den demensrammede, fordi personen har en følelse av tap på grunn av sviktende evner og nære relasjoner går bort (ibid).

### **3.5 Demens**

For at vi som sykepleiere skal kunne møte denne pasientgruppen, er det viktig å ha kunnskap om sykdommen. Her skal vi skrive generelt om demens sykdom, men gå i dybden på en demens tilstand som er relevant for vårt case.

Rokstad & Smebye (2008) definerer demens slik:

Demens er en samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid. Den viktigste betingelsen for at en slik tilstand skal kalles demens, er både at hukommelsesevnen og tankeevnen er nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt sammenlignet med tidligere kognitivfunksjonsnivå. ( s.28)

Forandringene som oppstår i hjernen ved demens leder til gradvis tap av mental kapasitet. Alzheimers er den vanligste demenssykdommen og utgjør omlag 60–70% av alle demensdiagnoser (Helsedirektoratet, s.24).

Symptomer på demens kan fortelle hvilke deler av hjernen som er skadet. En kan gjenkjenne symptomer på svikt i kognitive funksjoner i den kortikale delen av hjernen i form av nedsatt dømmekraft, hukommelse, evnen til å ta til seg ny læring, orientering, tenke rasjonelt, svekket språkevne, regning, motivasjon og personlighetsendringer (Engedal & Haugen, 2009).

Pasienter som er rammet av demenssykdommen har vanskeligheter for å styre sine emosjonelle følelser. Depresjon og angst er også symptomer som kan gjenspeile seg hos pasienter med demens. Dette kan sees på et psykologisk og et biologisk plan, fordi den demensrammede har nedsatt evne til å beherske og tilpasse seg funksjonelle tap.

Endringer i samspillet mellom signalsubstanser i hjernen er også av betydelig årsak (Ibid). Det finnes ingen kurativ behandling mot demens, men pasienter som er rammet blir symptombehandlet (ibid).

Det finnes tre ulike grader av demens, mild, moderat og alvorlig, som vi her forklarer kort:

**Mild grad av demens-** Ved denne demensformen legger pårørende og den rammede personen merke til at glemskheten får negative følger i hverdagen. Personen har manglende orienteringsevne for tid og sted og det blir vanskelig å forholde seg til gitte avtaler, datoer og dager. Pasienten har også problemer med å formulere gode setninger. På dette stadiet kan pasienten klare seg hjemme, men med tilrettelagte omgivelser (Berntsen, 2008).

**Moderat grad av demens-** Nå har vedkommende kommet til stadiet hvor en ikke lenger mestrer tilværelsen. Fordi hukommelsen har blitt så svekket kan valgene pasienten fortar seg få følger. Pasienten klarer seg ikke lenger selv og trenger hjelp til dagligdagse gjøremål. Kommunikasjon kan bli utfordrende som følge av sykdommen, da det blir vanskelig å uttrykke seg og formidle informasjon til mottaker. Ved kommunikasjonsvansker vil pasienten kunne føle angst og depresjon, redsel og fortvilelse, og enkelte kan reagere med sinne. På dette stadiet kan det forekomme psykotiske symptomer, uro og hallusinasjoner (Berntsen, 2008).

**Alvorlig grad av demens-** Pasienten husker nå lite fra fortiden, vedkommende husker ikke familiemedlemmer og gamle kjenninger, og gjenkjenner ikke alltid ansikter og stemmene til disse. Orienteringsevnen for tid og sted har opphørt og ordforrådet er knapt. Ved denne graden av demens har pasienten utviklet motoriske symptomer som muskelstyringsproblemer og svekket kontrollmekanisme for naturlige funksjoner som fører til inkontinens for urin og avføring. Dette kan også sees i sammenheng med handlingssvikt. På dette stadiet er pasienten avhengig av helhetlig pleie og omsorg, slik at de kan få hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov (Berntsen, 2008).

### **3.5.1 Alzheimers sykdom**

Videre har vi valgt å gå i dybden på Alzheimers sykdom med sen debut. Da det er flest kvinner som rammes av demenssykdom. Nyere forskning tyder på at kvinner har høyere risiko for Alzheimers sykdom, dette uavhengig av alder (Langballe&Hånes, 2009).

Demenssykdommen utgjør 60 % av demenstilstandene med typen Alzheimers sykdom. Sykdommen skiller mellom en sen og tidlig debut. Hvor tidlig debut rammer pasienter i en alder før 65 år og sen debut over 65 år (Rokstad&Smebye, 2008).

Alzheimers sykdom er en degenerativ sykdom. Sykdommen utarter seg med at hjerneceller i områder ved tinninglappen, skades og dør. Skaden er av flere slag og etter hvert så sprer de seg til store deler av hjernen. Det oppstår avleiringer av, beta-amyloid utenfor hjernecellene. Det som skjer er at beta-amyloid danner giftige senile plakk som er skadelig for hjernecellene. Inni hjernecellene som holder cellestrukturen på plass starter å nøste seg, ved at to og to tråder tvinnes om hverandre, og det dannes trådfloker. Dermed skades cellene og dør. Det som skiller Alzheimer sykdom fra demens er at demens er en tilstand og Alzheimers er en undergruppe av demens (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2009).

### **3.6 Afasi**

Når en person har utviklet demens er ofte språkproblemer relatert til diagnosen. Afasi deles inn i tre undergrupper, Motorisk, sensorisk- og anomisk afasi (Fagforbundet, 2008). Vi har valgt å skrive om motorisk afasi som er relevant for vårt case.

Afasi er et symptom og en fellesbetegnelse for nedsatt evne til forståelse av språket å benytte språket til å gjøre seg forstått. Tilstanden oppstår av skader i ett eller flere av språkområdene i hjernen, eller i en forbindelse mellom disse områdene (Eide&Eide 2012). Afasi oppstår blant de mest utbredte årsakene som er hodeskader, svulster, hjerneslag og ved aldersdemens som ofte kan være et av de første symptomer hos pasienter med f.eks. Alzheimers sykdom (ibid). Ved motorisk afasi har pasienten evne til å oppfatte språket, men ikke evnen til å uttrykke egne tanker. Når pasienten har motorisk afasi ligger skaden i det fremre språkområdet, hvor språket dannes. Dette kan gjøre det utfordrende å kommunisere med pasienten (ibid).

### **3.7 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er grunnlaget i all samhandling med andre mennesker (Eide&Eide, 2012).

Kommunikasjon kan være en stor utfordring for både mottaker og avsender da sykdommen til målgruppen medfører kognitiv og særskilt språklig svikt (Rokstad&Smebye, 2008).

I vår besvarelse skal kommunikasjon være sentralt da sykepleiere i møte med målgruppen og pasienten i caset skal bevare autonomi og verdighet gjennom god kommunikasjon.

Kommunikasjon har opprinnelse fra det latinske ordet «Communicare», det betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha sammenheng med (Eide&Eide, 2012).

For at vi som sykepleiere på en god måte skal kunne kommunisere med pasienter med en demenssykdom og afasi, er det viktig å ta seg god tid, lytte aktivt, snakke langsomt og tydelig. Det er viktig å utelukke forstyrrende elementer som radio, TV og andre forstyrrende elementer. I kommunikasjon med demente er bekreftelse et kjerneord (ibid).

I mange tilfeller er det viktig å gå med pasienten, aktivt lytte til og prøve å forstå det følelsesmessige budskapet pasienten forsøker å uttrykke eller gjøre. En skal være forsiktig med å realitetsorientere den demensrammede og bruke kommunikasjonsmodellen med omhu. Pasienter som er rammet av demens trenger ofte hjelp til å orientere seg i henhold til tid og sted. Mange har glemt hva ulike gjenstander heter og hva de skal brukes til, det er derfor viktig å strukturere miljøet rundt den demente slik at vedkommende enklere kan orientere seg (Eide&Eide, 2012).

Samt er det viktig at vi som sykepleiere benytter en informerende og tydelig kommunikasjonsform. Et eksempel på tydelig kommunikasjonsform kan være å bruke kroppsspråk og mimikk som kan hjelpe pasienten til å forstå bedre, som for eksempel, Ja- og nei spørsmål, som kan være til nytte da pasienten har vanskelig for å svare med hele og meningsfylte setninger.

#### **3.7.1 Nonverbal kommunikasjon**

Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelperen anvender i samvær med pasienter gjennom alle hjelpesituasjoner (Eide&Eide, 2012). Gode nonverbale kommunikasjonsevner er viktig i arbeid med pasienter som har nedsatte kognitive

evner (ibid). Når hjelperen anvender nonverbal kommunikasjon i møte med pasienter bidrar dette til å skape en trygghet, tillitt og motivasjon, dette er vesentlig for at pasienten skal kunne dele sine tanker, følelser og åpne seg for motparten (ibid).

Nonverbal kommunikasjon er med andre ord et responderende språk. Eksempler på gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter kan være: øyekontakt, uten å stirre på motparten, å være bevisst på åpen kroppsholdning, ved å unngå å krysse bein og armer, å være henvendt den andre gjennom kroppsholdning, lene seg fram mot og unngå å henge likegyldig tilbaketilt, bekrefte det den andre sier ved forstående nikk, forsiktig berøring og bekreftende «m-m», naturlig rolig stemme og bevegelser, unngå urolighet, spenhet og rastløshet og vise tilstedeværelse og interesse (ibid).

### **3.7.2 Verbal kommunikasjon**

Verbal kommunikasjon understøttes ofte av nonverbale uttrykk som et smil, et nikk eller en brå bevegelse. Å følge verbalt vil si å gi respons på det den andre sier i form av korte ord eller bemerkninger. Det kalles å følge verbalt når en følger med, forstår og lever seg inn i det den andre forteller, uten å avbryte eller forsøker å lede samtalen i andre retninger (Eide&Eide, 2012). Å følge verbalt er en måte å benytte aktiv lytting på, som bidrar til at den andre åpner seg og deler tanker og følelser. Som igjen hjelper til å belyse den andres personlige fortelling om et problem, en situasjon eller en relasjon. Og benytte verbalt følge skaper en kontakt og tillitt som bidrar til å styrke grunnlaget for et videre godt samarbeide. Å benytte verbal kommunikasjon vil gi motparten en følelse av å bli møtt, tatt på alvor og lyttet til (ibid). For at hjelperen skal kunne følge verbalt må vedkommende sette sine egne fortolkende og vurderende tanker til side og gi den andre rom til å uttrykke egne tanker og følelser. Ved å åpne seg for det den andre har å fortelle, følge den andres situasjonsstemning og genuint følge med i samtalen ved å benytte kort, bekreftende respons som «ja», «jeg forstår», «så fint» og «m-m» (ibid).

Vi har valgt å skrive om tre kommunikasjonsmodeller som er tilegnet spesielt for personer med demens. I kommunikasjon med demensrammede er det mye vi enda ikke vet om hvordan helsepersonell skal på best mulig måte kommunisere med denne gruppen (Eide&Eide, 2012). Sykepleieren har et stort relasjonsetisk ansvar på sine skuldre i hvordan en skal kommunisere med målgruppen (ibid).

### **3.7.3 Validering**

Validering betyr «å gjøre følelser virkelige/reelle». Validering er den eneste formen for kommunikasjonsmodell som er basert på bearbeiding av følelsene til pasienter med demens. Ved å benytte validering i samsvar med den demensrammede, understøtter, bekrefter og aksepterer motparten pasientens egne følelser, uten hensyn til den demensrammede virkelighetsoppfatning. Dette utføres uten at motparten uttrykker sine egne meninger. Empati er en vesentlig egenskap hos sykepleieren for at denne kommunikasjonsformen skal være verdifull. Dersom den demensrammede uttrykker seg nonverbalt, som å rope, skrike, motorisk uro eller har en annen virkelighetsoppfatning enn det sykepleieren har, skal vi som sykepleiere likevel bekrefte disse følelsene til pasienten (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

### **3.7.4 Remenisens**

Reminisens betyr å huske, minnes og gjenkjenne. For å vekke denne gjenkjenningen er lyd, lukt og smak, vel så vesentlig som noe man ser og føler. Gjennom livet så uformer vi vår identitet gjennom erfaringer og sanseinntrykk. Hele tiden tar vi til oss både bevisste og ubevisste sanseinntrykk som bearbeider og lagres i hjernen (Sejerøe-Szatkowski, 2004) Reminisensarbeid er en god kommunikasjonsmodell for demensrammede pasienter, fordi de husker mer fra tidligere liv enn nåtiden. Ved denne kommunikasjonsformen bidrar man til å skape en trygghet og sikkerhet hos pasienten ved at de gjenkjenner ting og at de husker hendelser fra fortiden (ibid).

### **3.7.5 Realitetsorientering**

Realitetsorientering er en kommunikasjonsmetode som ofte blir brukt hos personer som har svekket kortidshukommelse og orienteringssvikt, som for eksempel personer med demens (Rokstad & Smebye, 2008).

Mennesker med demens har svekket tids og steds orientering, det kan derfor forekomme egne antakelser som i noen tilfeller er feil. Det er derfor viktig at vi som helsepersonell tilrettelegger omgivelsene, med letteste klokker, kalendere og navneskilt. Under pleiesituasjoner er det hensiktsmessig at vi fortrinnsvis veileder og informerer underveis (ibid). Det er viktig at vi korrigerer på en respektfull og varsom måte når pasienten ikke har en adekvat oppfatning av virkeligheten. Dersom vi anvender orienteringsmetoden med respekt kan vi avverge at korrigeringen virker mot sin hensikt, som at pasienten blir usikker og føler seg latterliggjort. Dette bidrar til å unngå nye forvirringssituasjoner (Rokstad & Smebye, 2008).

## **3.8 Menneskesyn**

Vi vet at det er fire måter å handle ut fra etiske prinsipper, disse kalles velgjørenhet, ikke skade, autonomi- og rettferdighets prinsippet (Brinchmann, 2008).

Vi tar utgangspunkt i nærhetsetikken. Vi er klar over at det er mange flere prinsipper som er med på å styre tenkningen, men vi forholder oss til autonomi og paternalisme.

### **3.8.1 Verdighet**

Begrepet verdighet kan man dele inn i tre grupper, begrepet har også en filosofisk vinkling. Som menes at hvert enkelt individ er unikt og at det å være et menneske har en verdi. Videre er verdighet menneskets egenverdi, dette kan forstås som en subjektiv oppfattelse av kvaliteter som en har ved seg selv, som gjenspeiler seg i selvrespekt og verdighet. Verdighet har en atferdsdimensjon, som vil si hvordan vi opptrer for å være verdige og hvordan andre mennesker skal opptre for at vi skal bevare vår identitet (Knutstad, 2010).

### **3.8.2 Autonomi**

Et moment, men mange ganger en utfordring ved sykepleie er å bevare pasientens autonomi, som betegner selvbestemmelse (Hoffman, 2002).

Ordet «autonomi» kommer av det greske autos, som betyr selv, pluss nomos, som betyr lov, styre eller regel (ibid).

Begrepet autonomi stammer opprinnelig fra den tyske filosofen, Immanuel Kant. Han mener at hvert enkelt menneske følger de etiske lovene og prinsippene som de setter seg selv og som står sentralt i deres liv. Dette gir mennesket rett på ytringsfrihet, valgfrihet og handlingsfrihet. Autonomi hevdes av Kants pliktetikk å være den vesentligste og mest ukrenkelige dimensjonen ved menneskeverdet. Derfor er det viktig at sykepleieren verner om disse prinsipper, det vil si pasientens autonomi. I følge etisk og prinsipielt skal hvert enkelt individ ha rett på sin autonomi, men i mange tilfeller kan dette være vanskelig å oppnå, da ikke alle mennesker har samme resurser til å kunne formidle hva de ser på som betydningsfullt her i livet, som eks interesser, behov og ønsker. Uavhengighet av andre mennesker hevdes å være en forutsetning for autonomi (Graubæk, 2010).

### **3.8.3 Paternalisme**

Paternalisme har opphav fra det latinske ordet pater, som på norsk kan oversettes til far eller fra bestemmer. Formynderi beskriver best hva paternalisme er på norsk (Mekki, 2007).

Tranøy definerer paternalisme slik:

«[A]t Man tiltar seg retten til å bestemme hva som er best for en annen, uten å spørre eller høre på den andre» (Østenstad, 2011, s. 96).

Hoffmann (2002) sier at sterk paternalisme har som mål å beskytte å hjelpe en person selv om det skjer mot vedkommende sin autonome vilje.

Fra tidligere var det legen som bestemte behandlingsformen pasienter skulle ha, på en faderlig og autoritær måte. Det var legen som visste best hva som var til pasientens beste og overstyrte pasienters egne ønsker (ibid). Knud Løgstrup beskriver paternalisme som at hjelperen kan vite bedre enn pasienten, om hva som er til pasientens beste. I nåtidens samfunn har vi mer fokus på pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett. Hvis helsepersonell har paternalistiske holdninger blir dette sett på som negativ i dag. Dersom pasienten ikke har evne til å vite sitt eget beste og ikke har innsikt i egen situasjon kan svak paternalisme bli brukt, bare en ikke



krenker individets verdighet og autonomi(Hoffmann,2002). Sterk paternalisme er når en må beskytte og hjelpe en person, selv om det går imot individets autonome vilje. Dette kan for eksempel å ikke la en utskrivningsklar pasient får dra tilbake til sitt hjem, grunnet fare for egen helse (ibid).

## **4. 0 Hvordan kan sykepleiere bidra til at mennesker med demens på skjermet enhet bevarer sin autonomi og verdighet?**

I drøftingsdelen skal vi analysere teorien som drøftes opp mot vårt anonymiserte konstruerte case for å belyse problemstillingen. Vi skal bruke forskningsbasert litteratur samt egenerfarte situasjoner fra praksis. I drøftingen skal vi benytte Kari Martinsen som hovedomsorgsteoretiker og benytte hennes tre grunnpilarer innen omsorgstenkningen. De tre grunnpilarene skal vi knytte opp mot Joyce TravelBees menneske-til-menneske-forhold og Tom Kitwoods fem kronblader som representerer de psykologiske behovene hos mennesker som er rammet av demens sykdom. Vi vet at tenkningen til Kitwood, Travelbee og Martinsen deler mange like prinsipper, men for å holde en rød tråd gjennom oppgaven skal vi sette inn tenkningen der det er relevant. I vår oppgave skal vi gjennom to handlingsalternativer komme fram til en konklusjon på vår problemstilling om hvordan vi som sykepleiere gjennom vårt menneskesyn skal utøve god sykepleie som kommer Hildur og andre pasienter med Alzheimers sykdom til gode.

## **4.1 Omsorgens praktiske side**

*Hvordan kan sykepleiere bidra til å ivareta den praktiske siden til omsorgen for å bevare pasientens autonomi og verdighet?*

Kari Martinsen forklarer at omsorg også omhandler praktisk handling og fagkunnskap som yrkesutøver (Martinsen, 1989).

*Hildur er ofte motorisk urolig og vandrer rundt i gangen for å finne utgangsdøren da hun ønsker hjem til sin mor. Sykepleieren går fram på en kvass måte og benytter realitetsorientering som en kommunikasjonsmodell for å få Hildur til å innse sin realistiske situasjon. Hun bruker gjentagende nedverdiggende tale som «hvor gammel er du da?», «du er 84 år, du skjønner vel at moren din ikke lever nå?».*

Dette er en ugunstig framgangsmåte i et forsøk på å berolige Hildur, da dette er hennes virkelighetsoppfatning av situasjonen der og da. Som sykepleiere skal vi benytte realitetsorientering med omhu. For å bevare Hildurs verdighet er det viktig at vi som sykepleiere anvender kommunikasjonsmodellene med respekt og god sykepleieutøvelse (Rokstad & Smebye, 2008).

Det er ulike hensyn man skal ta i situasjonen rundt Hildur, og det kan være vanskelig å ta stilling til hva som er det beste for henne i situasjonen. Det er viktig å benytte seg av det faglige skjønn, som går under praktisk handling i følge Martinsen. I følge Martinsen skal vi som sykepleiere være medmennesker som klarer å sette oss inn i pasientens situasjon, vi kan assosiere egne erfaringer og følelser som likhetstrekk i hverdagen. Vi ser i situasjonen at Hildur er redd og engstelig, dette er ett likhetstrekk alle mennesker opplever i løpet av et liv (Hummelvoll, 2012). Det viser seg i dette tilfellet at sykepleieren som henvender seg til Hildur på en korrigerende og kvass måte ikke innehar den praktiske ferdigheten og fagkunnskap som den utøveren hun er. Dette viser viktigheten av sykepleierens praktiske handling i form av kvaliteten på sykepleien (Martinsen, 1989).

Det har blitt gjort en studie i Norge på fjorten sykehjem og et geriatrisk sykehus i Bergen. Studien kartla kunnskaper og holdninger til ansatte i demensomsorgen. De som var med i undersøkelsen var sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter (Kada, Nygaard, Mukesh & Geitung, 2009).

I artikkelen ble det belyst at økt kompetanse blant ansatte i helsevesenet vil være betydelig i samfunnets framtid, som følge av den økte andel eldre. (Kada, Et.al. 2009).

Funnet i studien viser at kompetansenivået er en faktor som viser graden av ansattes kunnskaper og holdninger om demens. For at sykepleiere skal kunne fremme kvalitet på utøvelse av sykepleie er det fundamental at de har dekkende kunnskaper og gode holdninger om denne pasientgruppen (Kada, Et.al.2009). Dersom personalet har tilstrekkelig kunnskap om demens fremmer både kvalitet på utøvelsen og positive holdninger. Et av satsningsområdene i stortingsmelding nr. 25(2005-2006) er det et fremsiktig mål å danne høyere fagligkompetanse i omsorgstjenesten, med fokus på et tverrfaglig samarbeid (Helse og omsorgsdepartementet). Dette ser vi på som et positivt tiltak for å implementere i praksis, men vi ser også utfordringen da det vil ta tid å investere i langsiktig kompetanse, teknologi og utbygging av institusjoner(Helse og omsorgsdepartementet).

Helse og omsorgsdepartementet har utviklet en demensplan (2015) som tar sikte på fremtidens langsiktige utfordringer i omsorgstjenestene satses på strategier og nødvendig kunnskap gjennom ulike opplæringstiltak.

Realitetsorientering handler om å møte pasienten der vedkommende er, og føre pasienten tilbake til nåtid (Solheim, 2009). Det forutsetter at sykepleier gjør det med ærlighet, respekt og innlevelse (ibid)

Vi ser viktigheten av å bruke realitetsorientering som en informasjonsgivende og orienterende metode. I dette tilfellet virker denne kommunikasjonsmetoden mot sin hensikt, da sykepleieren påfører Hildur et dødsbudskap (Eide & Eide, 2012). Virkelighetsoppfatningen til Hildur er genuint , hun har et ønske om å oppsøke sin mor som sykepleieren vet har gått bort. Sykepleieren gir ikke rom for at Hildur får opprettholdt sitt tilknytningsbehov som hun har til sin mor ,ved at hun bryter inn i situasjonen med realitetsorientering (Kitwood, 2003).

Sykepleieren burde i dette tilfellet visst at realitetsorientering ikke var et ansett alternativ for å møte Hildur i virkelighetsoppfatningen hun befinner seg i. Hildur blir ikke møtt på en respektfull måte ved at personalet bruker realitetsorientering på en krenkende måte.

Sykepleieren fremmer ikke anerkjennelse hos Hildur, men møter henne med umyndiggjøring. Noe som fører til dårlig kommunikasjon mellom pleier- pasient(Eid&Eide). Vi er enige i det forskningsartikkelen hevder om at realitetsorientering ikke skal gå utover pasientens opplevelse av verdighet ved at sykepleieren minner på Hildur gjentagende opplevelse og følelse av sine reduserte evner (Skomarkerstuen, 2012, s. 17).

Sykepleieren burde tatt i bruk andre tilnæringsmetoder for å bevare Hildurs autonomi og verdighet. Det kunne i denne situasjonen være en idee og benytte validering som en avledning, slik at en unngår å påføre Hildur et gjentakende dødsbudskap ved at en minner henne på at hennes mor har gått bort. Ved å iverksette validering som en tilnæringsmetode understøtter, bekrefter og aksepterer vi Hildurs egne følelser uten å ta hensyn til hennes virkelighetsoppfatning (Sejerøe-Szatkowski,). Kitwood (1999) viser til at et hvert menneske har behov for bekreftelse, i denne sammenheng har Hildur behov for dette, slik at hun unngår en følelse av apati og håpløshet.

I en studie gjort av sykepleiestudenter i United Kindom ble det gjennomført en systematisk kommunikasjonsmodell ved navnet VERA (validering, følelser, berolige og aktivitet). Modellen er utarbeidet for at sykepleiere skal ha en strukturert modell med sikte på at den som yter helsehjelp skal ha en medfølelse kommunikasjonsmetode i samhandling med demensrammede. Studentene satte spørsmålstegn ved om de skulle fortelle pasienten realiteten altså være ærlig med vedkommende (Blackhall, Hawkes, Hingley & Wood, 2011, s.35-39)

Kitwood sier Sykepleiere må tre inn i den emosjonelle og den personlige verdenen til pasienter for å kunne gjøre seg bevisst på betydningen av pasientens følelser som kommer til uttrykk gjennom sykepleie handlinger. Sykepleieren skal ikke dra konklusjoner om at pasientens adferd er relatert til demensdiagnosen (Blackhall, Et.al, 2011). Handlingene til Hildur kan være et uttrykk for en betydelig hendelse eller person i hennes fortid som sto henne nær.

Sykepleieren kunne også benyttet seg av reminisens i møte med Hildur, da ofte langtidshukommelsen er mer tilstede enn korttidshukommelsen. Reminisens er en tilnæringsmetode for å fremme meningsfulle hendelser og situasjoner fra fortiden som kan bidra til å skape en gledes følelse, identitet og tilhørighet (Rokstad&Smebye, 2008). Med dette kunne sykepleier varsomt tilnærmet seg Hildur på en annen måte ved å for eksempel si «Jeg vet du har et pent bilde av moren din på rommet ditt, vil du vise meg det?». Dette er en måte å avlede den oppståtte situasjonen på. På rommet kan sykepleieren gjennom god kommunikasjon snu situasjonen ved å skape en gledesfølelse, identitet og tilhørighet ved å stille spørsmål om hennes mor, men unngå temaer som er såre for henne. (Rokstad&Smebye, 2008). Dette trekker klare linjer med det Kitwood(2003) mener er et viktig element for å opprettholde **tilknytning** til hennes mor. Da ofte gode minner forsvinner og pasienten får en

framtreddende følelse av tap. Forskning viser at reminisens vil minimere opplevelsene av fremmedgjøring og fremmer en mulighet for positive identitetsopplevelser når en gjenkjenner hendelser og gjenstander, som bidrar til fred og harmoni (Skomarkerstuen, Kvigne, Danbolt & Hauge, 2012, s. 17).

Det er betydelig at Sykepleieren møter henne med gode fagkunnskaper, praktiske ferdigheter og som til sammen utgjør et godt helhetsbilde (Martinsen, 1989).

## **4.2 Relasjonell omsorg**

*Hvordan kan sykepleieren opparbeide ett menneske-til-menneske-forhold?*

I sykepleien er menneske-til-menneske-forholdet og relasjonen mellom mennesker viktig for sykepleieren for å yte god omsorg til pasienten (Martinsen, 1989).

*Hildur har utviklet afasi og er inkontinent for urin og avføring. I situasjoner som daglig stell og pleie motsetter Hildur seg ofte dette. Sykepleierne syns det er tidsbesparende å sette på Hildur en bleie for så å ta en lettere vaske til kvelden. Hildur har en kognitiv svikt som fører til endret adferd og nedsatt hukommelse, hun har utviklet afasi og har mangel på egeninnsikt. Det er i situasjoner utfordrende for sykepleieren kan det være utfordrende å skape en god relasjon og samhandling mellom pasient-pleier(Engedal, 2004). Sykepleieren stiller spørsmål til Hildur som: vil du at jeg skal vaske deg på ryggen eller vil du vaske deg selv? Pasienten svarer med et rist om hodet, derfor unnlater sykepleieren tolker hithen og unnlater å vaske Hildur på ryggen.*

Under denne pleie situasjonen er det to mennesker til stede, sykepleieren skal være der for å yte hjelp som er tilpasset og tilrettelagt Hildurs sine behov. Hun skal vise en oppriktig deltakelse og interesse for henne, for å kunne fange opp de behovene Hildur har(Martinsen, 1989). Sykepleieren vet at Hildur har vært opptatt av et velstelt utseende, det henger også flotte beklædninger i skapet hennes som viser til dette. I denne situasjonen skjer det motsatte,

sykepleier tenker kun på at det skal være tidsbesparende og hennes arbeidsoppgaver blir prioriteringen, noe som fører til at synet på et helhetlig menneske som er unikt og spesielt på sin måte forsvinner(ibid)

I dagens samfunn innenfor profesjonsutdanninger kan det virke som at fokuset ligger mest på utføring av prosedyrer, metoder, etiske retningslinjer, regler og normer, derav blir dannelse nedprioritert(Bostad, 2009).

Det er her sykepleieren kan utgjøre en forskjell, ved hun kan gå inn i seg selv for å reflektere å vurdere over sin atferd som består av å kun utføre sine arbeidsoppgaver og ikke ta seg tid til Hildurs fysiske og psykiske behov(ibid).

Sykepleieren som nevnt i caset var klar over at Hildur tidligere var opptatt av et velstelt utseendet og at det hang flotte beklædninger i skapet. Likevel var det joggebuksen som ble en gjenganger. Sykepleieren må se hvilket fantastisk menneske Hildur er bak sykdommen, som vil være til hjelp for å ivareta hennes behov. Sykepleierens handling medfører at Hildur mister sin identitet, ved at det hun tidligere var opptatt av ikke blir ivaretatt. I følge Kitwood(1999) er sykepleierens oppgave å kunne opprettholde pasientens identitet, til tross for en kognitiv svikt (ibid, s.92).

For at sykepleieren skal skape et menneske-til-menneske-forhold gjennom relasjonen i samhandling med Hildur er tillitt og trygghet det mest elementære. Dersom tryggheten og tillitten ikke er til stedet i relasjonen medfører det til at Hildur ikke blir møtt som det fullverdige menneske hun er (Martinsen, 1989). Vi som sykepleiere må være klar over hvor mye pasienten legger av sitt liv i vår hånd da knytter tillitt til oss. Sykepleieren må vise at hun er verdig til å motta tillitt fra et annet menneske, slik at pasienten ikke mister sin åpenhet og naturlige tillitt(Brinchmann, 2010)

I en sykepleier- pasient situasjon er tillitt og barmhjertighet tilknyttet de spontane livsytringene, det er noe vi ikke bestemmer oss for i en konkret situasjon.(K.M).

Hun viser ingen som helst interesse og deltakelse for pasientens situasjon, så hvordan kan hun da skape et menneske- til- menneske- forhold til Hildur? Som sykepleier har hun en oppgave å stifte dette forholdet. For at hun skal kunne skape denne sentrale relasjonen må sykepleieren legge bort det markante skillet mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001). Skillet viser seg tydelig i situasjonen med Hildur da sykepleier bruker sin autoritet til makt. Hvis sykepleieren viser seg som det menneske hun er, det er da menneske-til-menneske-forholdet

kan dannes og det blir mulig å hjelpe Hildur med å mestre sin sykdom og forebygge infeksjoner. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på egen oppførsel og hvordan den kan påvirke Hildur i negativ retning, noe som i denne situasjonen medfører at Hildur motsetter seg daglig pleie. For at sykepleieren sammen med Hildur skal lykkes i utførelse av daglig pleie, er det viktig at de sammen danner et menneske-til-menneske-forhold som bidrar til forebygging av infeksjoner og sår.

I samhandling med Hildur er det en forutsetning for at sykepleieren skal kunne kommunisere godt, både nonverbalt og verbalt for å oppnå en god relasjon så Hildur kan føle trygghet og tillit (Eide & Eide). Kommunikasjon er så mye mer enn ord, til tross for sin afasi vil Hildur kunne fange opp bruddstykker av det som blir sagt (Rokstad & Smebye, 2008).

For å tilnærme seg Hildur på en hensiktsmessig måte er det betydelig at sykepleieren skaper en god relasjon til Hildur.

I samhandling med Hildur er det viktig å reflektere over hvilke spørreteknikker en benytter (Eide & Eide). Det er viktig å unngå åpne spørsmål da en pasient med motorisk afasi ikke klarer å ordlegge seg forståelig. I stellesituasjonen hvor sykepleieren stiller Hildur spørsmål om hun ønsker å få hjelp til ryggvask eller gjøre det selv kunne sykepleieren heller tatt for seg ett og ett spørsmål av gangen, lukkede spørsmål, for å få et bekreftende svar av Hildur i form av et nikk eller rist på hodet (ibid). Hildur har motorisk afasi med manglende evne til å uttrykke seg verbalt og forstå ting som blir sagt, det er betydelig at sykepleieren « snakker for» Hildur, slik at hun ikke blir ekskludert og får stimulert sin sitt språk ved å forstå og uttrykke seg. Det betyr å bruke ord og setninger på et alminnelig vis, slik at pleieren sørger for å opprettholde en dialog slik at Hildur føler seg inkludert i samtalene hvor språk blir benyttet selv om pasienten ikke klarer å ordlegge seg selv. Sykepleieren i denne situasjonen burde brukt god tid og aktivt lyttet, brukt tydelig tale med korte setninger, latt pasienten fordøye det som ble sagt og vente på respons slik at hun klarer å formidle det hun ønsker.

Her støtter vi oss til det Kitwood(1999) sier om behovet for inkludering, da dette er elementært for å overleve (ibid ). Demensrammedes symptomer kan ofte komme i uttrykk av oppmerksomhetssøkende, innsigelse og sammenbrudd, gjennom behovet for å bli inkludert (ibid).

Egenerfarte situasjoner med Hildur kan være til hjelp når man skal tre inn i en situasjon med ønske om god verbal kommunikasjon og samhandling. Ved at man tenker over hvilke



temaområder og toner hun liker før man går inn i situasjonen. Et eksempel på dette kan være å spørre henne om valg av yrke. Det er ikke alltid de forberedte samtalene som er de beste, det kan også komme fine øyeblikk når to individer finner forståelse og nærhet i hverandre (ibid,)

Under stellet er det viktig at sykepleieren benytter et nonverbalt responderende språk, ved at hun foreksempel holder øyekontakt, uten å stirre under stell for å sørge for at Hildur er oppmerksom til det som blir sagt (ibid).

Å være bevisst åpen kroppsholdning, ved å unngå å krysse bein og armer, å være henvendt den andre gjennom kroppsholdning, lene seg fram mot og unngå å henge likegyldig tilbakelent, bekrefte det den andre sier ved forstående nikk, forsiktig berøring og bekreftende «m-m», naturlig rolig stemme og bevegelser, unngå urolighet, spenhet og rastløshet, vise tilstedeværelse og interesse. Berøring kan være viktig å føles mer naturlig å bruke når sykepleieren er i kontakt med Hildur, da hennes kommunikasjonsevner er svekket. Berøring vil kunne bidra til at sykepleieren kan formidle en kontakt med henne, det viser også tydelig omsorg i form av at vi utlyser en forståelse, medfølelse, trøst og støtte (Eide & Eide, 2012).

### ***4.3 Omsorgens moralske side***

*Hvordan kan sykepleiere bidra til å ivareta den moralske siden til omsorgen for å bevare pasientens autonomi og verdighet?*

Vi har valgt å belyse omsorgens moralske side ut ifra de to tidligere nevnte situasjonene.

Som de to overnevnte situasjonene ser vi at holdningene til sykepleieren i møte med Hildur ikke er i samsvar med Kari Martinsens moralske omsorg, som igjen gir en svikt i den relasjonelle og praktiske omsorgen (Martinsen, 1989). Hildur er i et sårbar livsstadiet da hun er rammet av Alzheimer sykdom, hun er avhengig av andre menneskers hjelp. Det er dette Kari Martinsen beskriver ved at mennesket er avhengig av andre mennesker hvor omsorg uttrykker denne avhengigheten. Gjennom relasjonen med Hildur kommer sykepleierens ferdigheter, kunnskaper og holdninger til syne.

I situasjonen hvor sykepleieren realitetsorienterer Hildur henvender hun seg på en krenkende på en korrigerende måte, noe som fører til at Hildur ikke føler en identitet og verdighet. Sykepleieren var her ikke bevisst på sin adferdsdimensjon da hun brøt inn i Hildurs virkelighetsoppfatning med realitet (Brinchmann, 2010).

Dette kan sees i lys av at dersom sykepleierne, som i dette tilfellet, ikke har den moralske omsorgen i seg vil en heller ikke kunne yte god sykepleie (Martinsen, 1989). Det er viktig at sykepleieren bruker makt med solidaritet (ibid). Sykepleieren benytter en makt som kan sees på som paternalistisk, i form av at hun tror hun handler etter Hildurs beste med en bedrevitende holdning uten å ta hensyn til Hildurs virkelighetsoppfatning. Sykepleieren i denne situasjonen burde hatt evnen til å vist empati ovenfor Hildur da hun er i en følelsesladet situasjon. Hun skulle ha rettet seg mot Hildur og forstått hennes situasjon, til tross for at de har menneskelige ulikheter som at sykepleieren ikke kan relatere seg til dette (Henriksen & Vetlesen, 2006). Når Hildur ønsker hjem til mor vil det ene psykologiske kronblandet til Kitwood (1999) trøst være viktig for å vise henne oppriktig varme og styrke, som får henne til å føle at hun klarer å holde seg samlet og hel, i situasjoner der sorgen kan utløses. Trøst vil kunne lindre smerten, berolige og bidra til en trygghets følelse. Trøst er viktig å bruke i samhandling med demens pasienter, da de ofte vil føle reduserte resurser å dette kan føre til en sorgreaksjon.

I følge Edvardsson (2009) kan helsepersonell ved hjelp av personsentrert omsorg bidra til å bevare verdighet hos personer med demens og hjelpe de rammede til å leve et optimalt liv til tross for sykdommen. Videre forklarer Edvardsson at personsentrert omsorg handler om å ha øye for personen og ikke sykdommen og sykepleieres evne til å fokusere på pasientens egen opplevelse av sykdommen og evnen sykepleiere har til å fokusere på forholdet til pasienten så vel som oppgaver som må utføres (Fugelsnes, 2009).

Dette kan relateres til Kitwoods (1999) utsagn om personsentrert omsorg, hvor han sier at det er viktig at fokuset blir rettet mot personen, og ikke sykdommen. I følge Kitwood er det å stifte en personsentrert demensomsorg noe som tilsvarer at vi som sykepleiere må endre holdninger gjennom bevisst og kritisk evaluering av omsorgskulturen, hvor den demensrammende fokus er sentrert (Rokstad & Smebye, 2008). Han mener at personsentrert omsorg må bety noe i møtet med mellom mennesker da begrepet omhandler pasientsyn og holdninger til personer med demens. Det er en utfordring for sykepleiere å fylle begrepet med mening og finne en god måte for hvordan en praktiserer metoden (ibid).

I pleie situasjonen med Hildur, hvor hun motsetter seg stell nedentil er et typisk dagligdags dilemma som sykepleiere ofte møter. Sykepleieren vet at en må forebygge infeksjoner og sår og utfordringen i denne sammenheng blir da for sykepleieren å skape en god pleiesituasjon som oppleves god for Hildur. Dette understøtter også Martinsens utsagn om at enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter, det er en moralsk utfordring sykepleieren står ovenfor når hun skal utøve sykepleie som er av kvalitet til pasienten beste (Kristoffersen, 2005).

Omsorg er derfor ikke det samme som sykepleie, men av essensiell betydning for ivaretagelse av moralen i utøvelsen av sykepleie (Austgard, 2010). For at sykepleieren skal kunne danne en mellommenneskelig relasjon og et forhold til Hildur, som er etikkens utgangspunkt, er det hensiktsmessig at sykepleieren skaper tillitt som bidrar til at Hildur ønsker å få hjelp til stell nedentil. Sykepleieren kan i denne situasjonen ta seg tid til å skape en relasjon med Hildur, før hun setter i gang med daglig pleie. Ved at hun setter av noen minutter til å snakke og drikke en kaffekopp med Hildur slik at hun opplever trygghet og tillitt (Mekki, 2007). I relasjonen sykepleieren skaper kan hun fange opp hvilket forhold Hildur har til sin intimitetsone. Det kan være at Hildur synes det er pinlig, skremmende og fremmed det å være blottlagt et fremmed menneske. Vi mener at dersom sykepleieren hadde klart å fange hennes historie og kultur relatert til kropp hadde det vært alfa omega for det gode stell (ibid). I situasjonen til Hildur kan det være utfordrende for sykepleieren å verne om hennes autonomi da hun ikke har den samme formidlingsevne som et frist menneske har, som å uttrykke behov, interesser og ønsker (Brinchmann, 2010).

Siden Hildur ikke har mistet sin samtykkekompetanse er det sykepleierens oppgave å ivareta pasientens autonomi til tross for hennes kognitive svikt (ibid).

Autonomi er noe Kari Martinsen en viss grad tar avstand fra, da hun mener sykepleieren må anvende fagkunnskap i møte med en hver pasient som har bortfall i egen innsikt (Kristoffersen, 2005). Hun mener en sykepleier bør benytte seg av svak paternalisme i pasientsituasjoner som skal gagne pasienten. I pleie situasjonen med Hildur anvender ikke sykepleieren svak paternalisme, når Hildur motsetter seg stell nedentil. Sykepleieren unnlater å vaske Hildur nedentil, til tross for at hun har kunnskaper om risikoen som kan oppstå ved bløt bleie. Vi støtter oss til det Martinsen mener om at svak paternalisme skulle vært brukt i denne situasjonen, da Hildur ikke har innsikt i egen situasjon fordi hun er avhengig av hjelp fra fagfolk med gode holdninger, kunnskaper og ferdigheter (Kristoffersen, 2005).

Det er begrenset hva Hildur kan utføre av daglig hygiene selv, da hun har en lagt kommet Alzheimers sykdom. Risikoen for infeksjoner øker når hygienen ikke opprettholdes og faren for hudskader øker da hun har urin og avføringsinkontinens (Langøen, 2006). Når huden på intimområder utsettes for fuktighet oppstår ødeleggelse av hudens permeabilitet (ibid). Det skapes friksjon på huden når en går med avføring i bleien. Med en kombinasjon av urin og avføring gjør det huden gjennomtrengelig for bakterier (Langøen, 2006).

For at sykepleieren skal kunne forstå at faglige verdier som sår og moralske verdier som hennes autonomi og verdighet står på spill må hun være mottakelig og empatisk for Hildurs atferd, hun må reflektere over situasjonen og handle medfølelse og ikke kun tenke på at arbeidsoppgaver skal utføres ut i fra normer og regler (Brinchmann, 2008). Caset belyser hvordan væremåten og holdningene til sykepleieren er som gjenspeiles i nærhetsetikken. Det er viktig at sykepleieren i hver enkelt situasjon vurderer hva som er til Hildurs beste ved å handle ut ifra det moralske skjønn, ved å lytte til sitt hjerte (Brinchmann, 2010). Normer og regler skal veilede omsorgsytter i utfordrende situasjoner (ibid). Mange av de mindre gode holdningene vi mennesker og helsepersonell bærer preg av ovenfor demensrammede individer, er typisk speilbilde av det samfunnet vi lever i den vestlige verden. Dette kan sees i sammenheng med at idealmennesket har fungerende kropp og er intellektuell, da dette er noe som blir sett på som viktig (Rokstad&Smebye, 2008). Hovedfokuset ligger ofte på den svikten den demente har og ikke opplevelsesaspektet hos vedkommende. For at vi skal drive en kvalitetsbasert omsorg er det viktig at vi fremmer den rammede ved å gi anerkjennelse som komponent i deres egen situasjon. Dette betyr at sykepleier må endre holdning og tre ut av rollen som bedrevitende, men heller fange opp ønsker og behov.

Vi forstår «dannelse» slik Rokne & Bostad (2009) beskriver det, dit hen at sykepleieren har blitt et individ i kraft av sin oppdragelse og en rekke miljøfaktorer som viser seg i dannelse altså forming av det mennesket hun er utenfra, som skal vekke fornuften i sykepleieren til live.

Lars Løvlie (2009) definerer dannelse slik:

«Dannelse» beskriver en personlig egenskap, karakterisert som en holdning, en disposisjon, en karakter eller en dyd»

«Dannelse oppstår mellom to kryssende krefter; mellom subjekt og objekt, mellom et jeg og den andre, mellom individ og samfunn.» (Løvlie, 2009, s.29).

Utdanning kan være med på å forme en person til en viss grad, men det er dannelsen som vekker fornuften i det enkelte menneske i enhver situasjon. I følge Kana (2009) vil helsepersonell med positive holdninger som fremmer pasientens evner gjenspeile seg i god kvalitet på omsorg og trivsel hos demensrammede. Ikke nok med dette, det vil også være en påvirkning på deres atferd som vil føre til velvære i deres psykiske og fysiske helse (Kana, Et.al 2009) Det kommer også tydelig fram i artikkelen at helsepersonell med negative holdninger fokuserer på pasientens nedsatte evner. Det viste seg også at negative holdninger kan være en faktor som er avgjørende for å yte bedre omsorg til individer med demens (Kada, Et. al. 2009). Videre i artikkelen viser det til at sykepleiere og yrkesutøvere med høyere kompetanse er de som har de beste holdningene, dette grunnet bredere og lengere erfaring gjennom jobb og utdanning (Kada, Et.al. 2009). Dette er noe vi velger å si oss uenig i, da vi som sykepleiestudenter har erfart at enkelte sykepleiere og høyere utdannende yrkesutøvere har vist mindre gode holdninger ovenfor pasienter med en demens diagnose, uavhengig av kompetanse. Vi mener at mennesker er mennesker uavhengig av deres yrkeskompetanse. En hjelpepleier og en assistent kan ha vel så gode holdninger som en sykepleier eller spesialutdannet sykepleier.

Vi støtter oss på det Lindseth sier om at mange tror at man oppnår dannelse under forløpet i utdanningen og at denne skal komme til uttrykk i alle livssammenhenger, dette er for godt til å være sant. For ingen kan danne et annet menneske, men vi kan være medvirkende til å forme mennesker, men en oppriktig dannelse kan ingen påføre et individ (Bostad, Et al. 2009).

## 5.0 Konklusjon

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven har vi tilegnet oss kunnskap om betydningen av holdninger, ferdigheter og fagkunnskap som sykepleieren skal ha gjennom etikk og moral. Vi fant temaet interessant og lærerikt, da vi som nyutdannede sykepleiere står ovenfor disse utfordringene i tiden fremover, med tanke på den økende eldreomsorgen. For at det skal skje en utvikling i sykepleierens holdninger, må en kunne identifisere og se hvilke faktorer som er medvirkende til dårlige holdninger.

I oppgaven har vi funnet ut at dette er en stor utfordring, da dette vil ta lang tid å forbedre de som faller utenfor de gode holdningene som er grunnleggende for en sykepleier.

Vi ser nødvendigheten av at arbeidsgivere må være proaktive med å oppmuntre og legge til rette for ytterligere medarbeideropplæring som tar sikte på å formidle gode og positive holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Vi ser et forbedringspotensial og behovet for økt fagkunnskap allerede i grunnutdanningen for å heve sykepleierens etiske vurderingsevner (dømmekraft) og refleksjon som vil styrke pasientens autonomi og verdighet.

Vi har gjennom oppgaven lært at det å anvende riktige kommunikasjonsmodeller med omhu til passende situasjoner som kan være et godt hjelpende arbeidsredskap i møte med den demente. Det er hensiktsmessig at alle yrkesutøvere på institusjon for demens får en opplæring i disse kommunikasjonsmodellene. Ved å bruke kommunikasjonsmodellene med omhu fører det til at vi bevarer pasientens autonomi og verdighet.

Gjennom vårt arbeid har vi benyttet oss av to omsorgsteoretikere og en spesial psykolog, dette har fått oss til å se viktigheten av hvor mye et godt menneske har å si for sykepleie utøvelsen av demensrammende mennesker, men selvfølgelig også andre pasientgrupper. Hvis man har et positivt menneskesyn vil dette være med på å bevare den rammedes autonomi og verdighet. Prosedyrer er noe alle kan tilegne seg, men det å være et godt medmenneske er noe som kommer innenfra som er ervervet.

Vi ser nødvendigheten av at en hver sykepleier bør ha fokus på personsentrert omsorg i praksis, da dette vil være med å sette pasienten i sentrum, ved å se personen bak sykdommen og ikke bare diagnosen.

## **5.1 Hva vil vi bruke dette til videre**

Vi ser noe i framtidens praksis vi ønsker å forandre på som nyutdannede sykepleiere. Er vi forberedt på å møte morgendagens eldreomsorg?

Med vår makt har vi muligheten til gjøre en forskjell ved å forbedre og øke kompetansen som igjen gir kvalitet i pleien til pasient gruppen. Praksis kunnskap er en solid ressurs individer har bruk for å møte det livet byr på av utfordringer. Det hjelper et hvert menneske til å være løsningsorientert, slik at en lettere kan møte yrkeslivets mange utfordringer. Et eksempel på dette kan være at det blir faste refleksjonsgrupper implementert i praksis. Her kan alle yrkesutøvere med ulik kompetansenivå delta for å kunne reflektere og drøfte over situasjoner de ønsker å belyse, dette kan være situasjoner som har oppstått tidligere eller ny oppståtte. Et kriteri bør være at tidspunktet for møtene blir tilrettelagt slik at både dagvakter, sen vakter og nattevakter får delta. Vi vet at dette kan bli problematisk med ulike turnuser, derfor vil det gunstig å sette disse møtene til fagmøter. Eller avsette et tidspunkt i uken hvor det vil være åpent for refleksjon og diskusjon. Dette vil også føre til at alle får tydeliggjøre sin iboende yrkeskunnskap, som vil medvirker til å videreutvikle denne. Dette kan for eksempel være de utfordrende etiske dilemmaene en ofte står ovenfor i samhandling med demensrammede, som for eksempel retten til selvbestemmelse og paternalisme. Det blir spennende å se om dette tiltaket fungerer å implementere i praksis, da det er vår oppgave som sykepleiere å påse at både kolleger og pasienter blir sett og hørt.

Vi ser nødvendigheten av å belyse temaer for å diskutere personlige erfaringer i fellesskap, slik at den personlige refleksjonen over egne erfaringer sammenfaller med teoretiske refleksjon over faglige spørsmål og utfordringer. Som bidrar til fordypet faglig innsikt. Som nyutdannede sykepleiere er kunnskapsbasert praksis elementært for å holde seg oppdatert på kvalitetsutvikling. Vi mener det grunnleggende i kunnskapsbasert praksis er når yrkesområdene implementerer refleksjon, utfordring, kritisk vurdering, litteratursøk, anvender og evaluerer situasjoner og litteratur, som skal benyttes for å forme yrkesbasert praksis.

I yrkesetiske retningslinjer er det utarbeidet fire hovedelementer i ICNs regler som gir et rammeverk for holdnings og handlingsverdige, dette skal bidra til at sykepleierne implementerer reglene til handling. Vi har valgt å framstille en av disse, som er regel nr 2 fra etiske retningslinjer som omhandler:

## **2. Sykepleierne og sykepleierpraksis**

Sykepleieren har personlig ansvar for, og skal kunne forsvare, sin praksis som sykepleier, samt ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring. Sykepleieren skal ivareta sine egne helsemessige behov slik at evnen til å yte pleie ikke forringes. Sykepleieren bruker sitt skjønn med hensyn til individuellkompetansen når det gjelder å påta seg og å delegere ansvar.

Sykepleieren skal til enhver tid opptre på en måte som gagner profesjonen og styrker den alminnelige tillit til den. Sykepleieren skal i sitt arbeid sørge for at bruk av teknologi og vitenskapelig fremskritt lar seg forene med menneskers sikkerhet, verdighet og rettigheter (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Vi ser viktigheten av utdanning, kursing og erfaring er med på å danne en teoretisk kunnskap, for å heve kompetansen blant yrkesgrupper, da dette bidrar til kvalitet på pleien.



## Litteraturliste:

\*Austgard, K. (2010). Omsorgsfilosofi i praksis- Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien. Oslo: Cappelsens forlag AS.

\*Blackhall, A., Hawkes, D.& Wood, S. (2011). VERA framework: *communicating with people who have dementia*. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eab7a87a-d73e-4a24-8a57-9b0cf03b552a%40sessionmgr115&vid=5&hid=122>

\*Bostad, I, Arnøy., A, T, Dørum., E, O., Hagtvet, B., Rokne, B., Lindseth, A., Løvlie, L. & Strand, R. (2009). Kunnskap og dannelse foran et nytt århundre- *Innstilling fra Dannelsesutvalget for høyere utdanning*. Lokalisert på:

<http://www.uib.no/filearchive/innstilling-dannelsesutvalget.pdf>

\*Brinchmann, B. S. (2010) Etikk i sykepleien. (2.utg). [Oslo]: Gyldendal Akademisk AS.

\*Brækhus, A., Dahl, E. T., Engedal, K. & Laake, K. (2009). Hva er demens? Oslo: Lokalisert på:  
<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=399>

Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving for studenter (5.utg). [Oslo]: Gyldendal Akademiske AS.

\*Demens en bedre hverdag- fagforbundet.

<http://www.forskning.no/artikler/2009/mars/215767>

\*Dolva, E. & Nåvik, M. (2003). Foto i kommunikasjon med med demente - "Jeg tror det ikke før jeg ser det!", 91(19):40-44. Lokalisert på:

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p\\_document\\_id=121334](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121334)

\*Engedal, K & Haugen, K.P. (2009) Demens fakta og utfordringer. (5.utg.). Forlaget Aldring og Helse.

\*Fuglesnes, E. (2009). Oppmerksomhet hjelper urolige demenspasienter.

Lokalisert på:

[http://www.forskningsradet.no/prognett-kliniskforskning/Nyheter/Oppmerksomhet\\_hjelper\\_urolige\\_demenspasienter/1237969460072?lang=no](http://www.forskningsradet.no/prognett-kliniskforskning/Nyheter/Oppmerksomhet_hjelper_urolige_demenspasienter/1237969460072?lang=no)

\*Fugelsnes, E. (2009). Viktig å se personen bak. Lokalisert på:

<http://www.forskning.no/artikler/2009/november/234554>

\*Gode øyeblikk (2013). Lokalisert på:

<http://www.yourvismawebste.com/gode-oyeblikk-karin-romo-sandvik/om-oss/logo-og-faglig-plattform>

\*Graubæk., M. A. (2010). Å være pasient; en innføring i pasientologi. Oslo: Akribe AS.

\*Helse og omsorgsdepartementet. (2006) Demensplan 2015: Den gode dagen.(St.meld. nr. 25, 2005- 2006). Lokalisert på:

[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan\\_2015/Demensplan2015.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)

\*Henriksen, O. J & Vetlesen, J. A. (2006). Nærhet og distansen. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Hoffmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor - *en kritisk gjennomgang*, 90(17), 39-44. doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0048

\*Hummelvoll, J. K. (2012). Helt-ikke stykkevis og delt. (7 utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk AS.

\*Kada, S., Nygaard, H., Mukesh, B. & Geitung, J. (2009). Staff attitudes towards institutionalised demntia residents. Lokalisert på:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eab7a87a-d73e-4a24-8a57-9b0cf03b552a%40sessionmgr115&vid=10&hid=122>

\*Kirkevold, Ø.(2013). God demensomsorg handler om ledelse. 8(1), 7-7.  
doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0025

\*Kitwood, T. (2003). En revurdering af demens- personen kommer i første rekke.  
Fredrikshavn: Munksgaard Danmark.

\*Knutstad, U. (2010). Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2. Oslo: Akribe AS.

\*Kristoffersen, N., Nortvedt, F & Skaug, A. E. (2005). Grunnleggende sykepleie. [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Langballe, M. E. & Hånes, H. (2009). Demens- faktaark. Folkehelseinstituttet. Lokalisert på:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,5980&MainContent\\_6263=6464:0:25,5981&List\\_6212=6218:0:25,5987:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5980&MainContent_6263=6464:0:25,5981&List_6212=6218:0:25,5987:1:0:0:::0:0)

\*Langøen, A. (2006) Huden- pleie, pleiemidler og sårbehandling. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin. [Oslo]: Universitetsforlaget AS.

\*Mekki, E. T. (2007) Sykepleieboken 1-Grunnleggende sykepleie. (3. utg.). Oslo: Akribe AS.

\*Nasjonalt kompetansesenter. (2013). Demens. Lokalisert på:

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=3931>

\*Norsk sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Lokalisert på:  
[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\*Rokstad, A. M & Smebye, K. (2009). Personer med demens: Møte og samhandling. Oslo: Akribe AS.

\*Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). Demens: kommunikasjon og samarbeid. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Skomarkerstuen, L, Kvigne, K, Danbolt, L. & Hauge, S. (2012). Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem- forskningsstatus og aktuelle utfordringer.

Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/847784/%C5ndelig%20omsorg%20til%20personer%20med%20demens%20i%20sykehjem%20-%20forskningsstatus%20og%20aktuelle%20utfordringer.pdf>

\*Stensvik, T. G.(2011). Gir personorientert demensomsorg, 6(1),35-35.

doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0055

\*Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk AS

\*Østenstad, H. B. (2011). Heimelesspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

## Vedlegg 1.

### Sammendrag

|                           |                             |   |
|---------------------------|-----------------------------|---|
| <b>Tittel :</b>           | «La meg være menneske»      | <b>Dato:</b> 24.05.2013                   |
| <b>Kandidatnr :</b>       | 22 & 55                     |   |
| <b>Veileder:</b>          | Gunvor Volla Stensrud       |   |
| <b>Antall sider /ord:</b> | <b>Antall vedlegg:</b><br>2 | <b>Publiseringsavtale inngått :</b><br>ja |

#### Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

**Introduksjon:** Litteraturstudien tar utgangspunkt i hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at mennesker med demens på skjermet enhet bevarer sin autonomi og verdighet. Studien tar utgangspunkt i å finne ut hvordan vi som nyutdannede sykepleiere kan møte morgendagens

elderomsorg, med økt fagkunnsker, gode holdninger og ferdigheter.

**Hensikten :** Er at vi som sykepleiere skal bevare den demens rammedes autonomi og verdighet gjennom god kunnskap, holdninger og ferdigheter.

**Metode :** Litteraturstudium

**Konklusjon :**

I oppgaven har vi funnet ut at dette er en stor utfordring, da dette vil ta lang tid å forbedre de som faller utenfor de gode holdningene som er grunnleggende for en sykepleier.

Vi ser nødvendigheten av at arbeidsgivere må være proaktive med å oppmuntre og legge til rette for ytterligere medarbeideropplæring som tar sikte på å formidle gode og positive holdninger, kunnskaper og ferdigheter.

|          |              |  |         |     |   |              |
|----------|--------------|--|---------|-----|---|--------------|
| 04.04.13 | Ebscohost    | Communication<br>+People<br>+Dementia            | År 2011 | 109 | <b>VERA</b><br>framework:<br>communicating<br>with people who<br>have dementia..<br>Validation,<br>Emotion,<br>Reassure and<br>Activity | Se litteratu |
| 05.04.13 | Ebscohost    | Staff attitudes<br><br>+towards<br><br>+dementia | År 2009 | 162 | Staff attitudes<br>towards<br>institutionalised<br>dementia resident  | Se litteratu |
| 01.05.13 | Forskning.no | Demens,<br>personsentrert<br>omsorg              | År 2009 | 1   | <b>Viktig å se<br/>personen bak</b>   | Se litteratu |
| 02.05.13 | Forskning.no | Demens, omsorg<br>behov                          | År 2009 | 1   | Demens en bedre<br>hverdag-<br>fagforbundet   | Se litteratu |

