



Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4 BACH

Marianne Terum Dalen og Sunniva Nerby

Veileder: Professor Kari Kvaal

**«Jeg vil bestemme selv»-
om autonomi og tvang ved demens**

**Engelsk tittel:
«I want to be in charge of my own life»-
regarding autonomy and coercion in dementia**

Antall ord: 11435

Bachelor i sykepleie

BASY 2014

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Innhold

Sammendrag	
1. Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Hensikt og problemstilling	6
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	7
1.5 Oppgavens disposisjon	7
1.6 Oppgavens sentrale begreper	8
2. Metode	10
2.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	10
2.2 Søkestrategi og søkeord	11
2.3 Presentasjon av forskning	12
2.4 Kildekritikk	16
2.5 Etske vurderinger	17
3. Teori	19
3.1 Demens	20
3.3 Sykepleieteori	25
3.4 Etikk	28
3.4.1 Nærhetsetikk	28
4. Drøfting	29
4.1 Autonomi og fare for liv	29
4.2 Sykepleierens omsorgsarbeid	31
5. Konklusjon	37
Vedlegg 1:	
Vedlegg 2:	

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å ivareta autonomien til pasienter med demenssykdom når de ønsker å gå ut av avdelingen?

Bakgrunn: Temaet fanget vår interesse under psykiatripraksis i femte semester. På skjermet enhet var det ofte pasienter som ønsket å gå ut. De ble enten avledet eller fikk tilbud om daglige gåturer i følge med personell.

Hensikt: Vi vil med denne bacheloroppgaven klargjøre hvor viktig det er med god relasjon mellom sykepleier og pasient. Oppgaven baserer seg på autonomi, integritet og verdighet. I arbeidet med oppgaven har vi opparbeidet oss et større perspektiv på hva sykepleie er, og betydningen av sykepleiers profesjon.

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie basert på empiriske praksiserfaringer. Den bygger oppunder eksisterende faglitteratur og forskning fra databaser og Høgskolens bibliotek. Drøftingsdelen inneholder case og egne erfaringer som drøftes opp mot forskning og teori.

Resultat: Det er nødvendig med gode kunnskaper for å møte morgendagens demensrammede. Sykepleier må følge lovverket, bruke riktig kommunikasjon og utvikle god relasjon til pasienten. Dette kan i sin helhet forebygge bruken av tvang og fremme pasientautonomi.

Konklusjon: Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett hvor viktig det er at sykepleier yter god omsorg for den demensrammede. I god omsorg vektlegger vi kommunikasjon, frihet, verdighet og se pasienten bak sykdommen. Forutsetninger for dette er å kjenne pasienten. Dette kan bidra til at sykepleier vet når autonomien skal ivaretas.

Hva ser du søster?

Hva ser du i din stue?

En gammel, sur og besværlig frue,

Ustø på bena, pjusket og egen,

Kjefter på alle, maser på legen.

Hun snakker høyt, men hun ser deg ikke,

Hun sikler og hoster, har snue og hikke,

Hun takker deg ikke for alt det du gjør,

Men klager og syter, har dårlig humør,

Er det hva du tenker? Er det hva du ser?

Lukk øynene opp og SE- der er mer!

Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem

Med foreldre og søsken- jeg elsker dem!

Jeg er ungmod på 16 med hjerte som banker

av håp og drøm og romantiske tanker.

Jeg er brud på 20 med blussende kinn,

Mot framtid og lykke skrider jeg inn

Jeg er mor med små barn, jeg bygger et hjem,

Mot alt som er vondt vil jeg verne dem.

Og barna vokser med gråt og med latter.

Så blir de store og så er vi atter

To voksne alene og nyter freden

Og trøster hverandre og deler gleden

Når vi blir femti og barnebarn kommer

Og bringer uro og latter hver sommer.

Så dør min mann, jeg blir ensom med sorgen

Og sitter alene fra kveld til morgen,

For barna har egne barn med hjem

Det er så mye opptar dem.

Borte er alle de gode år,

De trygge, glade og vante kår.

Min styrke, mitt mot, blir snart tatt fra meg.

Ryggen blir bøyd og synet svikter-

Jeg har ikke krefter til dagens plikter.

Hjertet er tungt og håret er grått.

Med hørselen skranter det også smått.

Men inne bak skrøpeligheten finnes

Det ennå så meget vakkert og minnes;

Barndom, ungdom, sorger og gleder,

Samliv, mennesker, tider og steder.

Når alderdomsbyrdene tynger meg ned

Så synger allikevel minnene med.

Men det som er aller mest tungt å bære

Er det at EVIG kan ingenting være!

Hva ser du søster? – En tung og senil

Og trett gammel skrott? – Nei.

Prøv en gang til!

Se bedre etter, se om du kan finne;

Et barn, en brud, en mor, en kvinne!

Se meg som sitter der innerst inne!

Det er MEG du må prøve å se- og finne!

*(Ukjent forfatter, oversatt av Oddny Reitan,
referert i Kirkevold, 2008, s. 27-28).*

1. Innledning

Dette diktet beskriver veldig godt relasjonen mellom sykepleier og pasient og hvor viktig det er å se individet bak sykdommen. Det handler om å se personen med en livshistorie som preger ham. De har ulike behov som må respekteres og ivaretas. I Østlendingen 16.02.2017 ble det kunngjort at 10 kommuner i Hedmark har signert avtale om å gjøre samfunnet mer demensvennlig. Kommunen skal gi kurs til ansatte i butikker og servicenæringer slik at de tilegner seg mer kunnskap om demens (Kolåsæter, 2017). Norge er inne i en periode hvor antallet eldre over 80 år øker og den er antatt å øke fram mot 2050 (Sosialdepartementet, 1992, s. 4). Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014-2015) fastslår behovet for et mer demensvennlig samfunn. Nye løsninger som modernisering av sykehjem og velferdsteknologi kan bidra til å ivareta deres frihet og innflytelse over egen hverdag (Det Kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 142-144). I praksis har vi sett konsekvensene av for få ressurser i helsetjenesten og hvordan det påvirker demensrammede. Vi har reflektert over hvordan dette kan true deres autonomi.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Høgskolen i Hedmark ga oss fritt valg av tema når vi skulle skrive vår bacheloroppgave. Bakgrunnen for valg av tema er praksiserfaringer gjennom utdanningen knyttet til behandling av personer med demens. Begge forfattere har vært på skjermet enhet i psykiatripraksis i femte semester. Erfaringene har gitt oss innsyn i demensomsorgen og utviklet vårt grunnlag for refleksjon over etikk, utvikling i kompetanse blant helsepersonell og tilnæringsmetoder til kommunikasjon.

Autonomi er et viktig begrep innen sykepleie og etikk. Begrepet brukes om pasienters selvbestemmelsesrett og innen medisinsk etikk som medbestemmende. Pasientautonomi sees på som en rettighet, egenskap og et prinsipp (Slettebø, 2013, s. 88-89).

Selvbestemmelsesretten er nedfelt i pasientrettighetsloven (1999, § 4). Vi har praktisert sykepleie til personer med demens og har sett ulik behandling av pasientens selvbestemmelse.

Noe personell har vist liten kunnskap om hvordan man skal møte pasienters motstand når de ønsker å gå ut av avdelingen. De har heller tydd til frihetsberøvelse i form av låste dører uten at det foreligger vedtak for hver enkelt pasient eller at dette kan begrunnes etisk forsvarlig. Dette har blitt forsvart med å skjerme pasientene mot ytre stimuli og inntrykk fordi det kunne bidra til økt uro og vandring i avdelingen (Rokstad, 2008, s. 154-156).

Samtidig har vi opplevd helsepersonell som har vist en genuin interesse for å forstå motstanden og finne løsninger som er ment til pasientens beste. De har kvalitetssikret sin praksis ved å samarbeide for å finne løsninger ved hjelp av refleksjonsmøter og gjennomgang av dokumentasjon. Som fremtidige sykepleiere vil vi møte på denne pasientgruppen, og vi mener det er viktig at vi har kunnskaper og gode holdninger når vi er ferdige sykepleiere. Gjennom praksis og studie har vi utviklet interesse for demensomsorg. Siden vår utdanning har vektlagt demensomsorg er vi nysgjerrige etter å finne ut hvordan sykepleiere ved hjelp av riktig kommunikasjon, etisk refleksjon og gode holdninger kan styrke pasientautonomi.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med valg av tema er at vi skal tilegne oss kunnskap gjennom fordypning i dette emnet. Vi vil gjøre en litteraturstudie av relevant faglitteratur, og koble dette mot våre praksiserfaringer. Vi ønsker å komme fram til løsninger som utvikler oss som fagpersoner. Demens vil ramme flere i den eldre befolkningen, og vi ønsker å være faglig rustet i møte med dette (Sosialdepartementet, 1992, s. 4). Oppgaven levendegjøres med en konstruert case som blir presentert i innledningen til teoridelen. Casen er konstruert på erfaringsbakgrunn i praksis, og vi har kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere bidra til å ivareta autonomien til pasienter med demenssykdom når de ønsker å gå ut av avdelingen?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Demens omfatter mange hjernesykdommer og flere diagnoser. På grunn av tidsgrense og ordomfang velger vi i oppgaven å fokusere på demens generelt. Vi vil kort nevne fire ulike diagnoser for oppgavens forståelse. I problemstillingen bruker vi ordene «ivareta pasientens autonomi». Dette går ut på i størst mulig grad å bidra til å la pasienten ta vare på og beskytte sin selvbestemmelse og ta egne valg. Med «avdeling» mener vi skjermet enhet for personer med demens, siden vi har mest praksiserfaring derfra. Avgrensningen i oppgaven er rettet mot sykepleierens funksjon og relasjon til pasienten. I casen utelukker vi pårørende. Kvinnen i casen blir omtalt som «pasient», «hun» eller «Jenny». Vi forholder oss til normativ etikk da den er mest virkelighetsnær til sykepleiers yrkesprofesjon og forteller noe om hvordan vi kan gå frem (Brinchmann, 2012, s.19).

Av selvvalgt sykepleieteori trekker vi inn professor Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Hennes omsorgsteori besvarer vår problemstilling godt og den omhandler omsorg, nærhet og kommunikasjon. Vi kommer til å presentere Kari Martinsens omsorgsfilosofi i oppgaven og senere referere til henne som «Martinsen» med påfølgende årstall for valgt litteratur. Vi fokuserer på pasient- og brukerrettighetsloven og spesielt kapittel 4 A hvor tematikken er tvang. Videre skriver vi om yrkesetiske retningslinjer som er høyst relevant for sykepleierens funksjon i å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Ved senere henvisning til yrkesetiske retningslinjer viser vi til YERL.

1.5 Oppgavens disposisjon

Besvarelsen består av en innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel og konklusjon. Innledningen inneholder valg av tema og problemstilling. I metodedelen presenterer vi litteratur, valg av kilder og gjennomfører en kildekritikk. Her redegjør vi for hvordan vi har funnet forskningsartikler, og vi viser at vi har anvendt kilder som svarer til og reflekterer problemstillingen. I teoridelen sørger vi for relevant teori som er viktig for å kunne besvare problemstillingen. I drøftingsdelen skal vi drøfte teorien opp mot forskning på bakgrunn av de erfaringer vi gjorde oss i vår praksis. Konklusjonen består av en oppsummering og vårt svar på

problemstillingen. Sist i oppgaven finnes en litteraturliste i henhold til skolens reglement for oppgaveskriving, samt to vedlegg som omtales i oppgaven.

1.6 Oppgavens sentrale begreper

Noen begreper er sentrale i oppgaven, selv om vi ikke bruker dem i problemstillingen. Vi velger derfor å ta dem med her. Dette er begrepene tvang, paternalisme og kommunikasjon.

Demens: Er samlebetegnelse på progredierende og irreversible tilstander i hjernen som svekker den kognitive funksjonen. Sykdommen kjennetegnes ved at hukommelse, læring, mestring og evnen til å tenke er nedsatt. Den graderes i mild, moderat og alvorlig grad (Rokstad, 2015, s. 28).

Autonomi: «Som egenskap er menneskets evne til å ta beslutninger i samsvar med egne hensikter og mål. Autonomi som prinsipp er at pasientens ønsker bør bli respektert i sykepleiefaglige avgjørelser». Autonomi som rettighet er pasientens rett til å nekte behandling og at hennes valg respekteres (Slettebø, 2013, 89-90).

Pasient: er i pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 1-3) definert som *«en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle»*.

Skjermet avdeling: Demensavdeling forbeholdt personer med demenslidelser som på grunn av kognitiv svikt ikke lenger kan bo hjemme. Avdeling er skjermet med den hensikt at personene skal kunne orientere seg lett i oversiktlige omgivelser (Hauge, S. 2008, s. 224). Lovmessig kan det opprettes enheter med 4-12 beboere. Pasientene må være utredet og diagnostisert for demens før innflytning kan skje ifølge forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988, § 4).

Kommunikasjon: Kommunikasjon er hentet fra det latinske ordet "communicare", som oversatt betyr å gjøre noe sammen, ha forbindelse med eller å delaktiggjøre en annen. Relasjon er et begrep som stammer fra det latinske ordet "relatio" som med dette menes en person som står i forbindelse med en annen. Gjennom dagligtalen vil begrepet relasjon brukes gjerne om kontakt, forhold eller forbindelser som oppstår mellom mennesker (Eide & Eide, 2007, s. 17).

Paternalisme og tvang: Paternalisme kommer fra det latinske ordet pater som overført betyr «far». Det betyr at man tar valg for pasienten når vedkommende av ulike årsaker ikke er i stand til å forsvare seg selv. Før var det vanlig at legen bestemte hvilken behandling pasienten skulle få, fordi han hadde mest kunnskap. I dagens samfunn går man mer vekk fra denne paternalistiske holdningen og det fokuseres mer på pasientens selvbestemmelsesrett (Brinchmann, 2014, s. 91). Det vil alltid hvile mer makt hos sykepleier enn hos pasienten. I helse og omsorg er det ønskelig med myk/svak paternalisme, som vil si at sykepleier har faglig autoritet over pasienten. Den faglige kunnskapen er avgjørende og nødvendig for å kunne hjelpe pasienten på en god måte (Austgard, 2010, s. 32-33). Tvang er en handling eller et tiltak pasienten ikke har samtykket til (Fjørtoft, 2006, s. 77). Andre faktorer som faller under samme begrep er skjuling av heisknapper, låste dører, tilbakeholdelse og sosial styring under aktiviteter (Pedersen, Hem, Gjerberg & Førde, 2013, s. 1935-1939).

2. Metode

Metode sier noe om hvordan man systematisk bør gå til verks for å innhente informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen. Sosiologen Vilhelm Aubert siteres ved flere anledninger om hva metode er, og hans definisjon lyder slik:

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

Vi forstår dette som et hjelpemiddel og verktøy som bidrar til å innhente data og teori slik at vi kan tilegne oss kunnskap som blir samlet inn. I vår bacheloroppgave har vi benyttet oss av litteraturstudie som er en kvalitativ metode. Det vil si at studien baserer seg på eksisterende kunnskap som er tilgjengelig. Dette omhandler kunnskap som er hentet fra pensum, forskningsartikler og selvvalgt litteratur. Hensikten med litteraturstudie er å gi den som leser en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som vedrører problemstillingen og i tillegg vise til hvordan man kommer frem til denne kunnskapen (Thidemann 2015, s. 79-82).

2.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Vi har lagt mest vekt på kvalitative forskningsartikler. Vi har valgt kvalitativ forskning fordi det belyser fordypende kunnskap. Likevel velger vi å nevne den kvantitative metoden for å vise at vi har forstått de to metodene.

Ved å anvende den humanvitenskapelige kvalitative metoden får man frem kunnskap, menneskelige egenskaper, opplevelser, forventninger, meninger, tanker og erfaringer. Man søker etter å finne meningssammenhenger. Ved datainnsamling bruker man observasjon, intervju, dokumentanalyse og feltarbeid. Betegnelsen på metoden er dybdekunnskap, noe som vil si at man får mange opplysninger fra få undersøkelser. Ved kvalitativ metode kan man få svar på «hva eller hvordan» og på bakgrunn av dette kan denne metoden være hensiktsmessig å bruke (Thidemann 2015, s. 78).

Den naturvitenskapelige metodetilnærmingen bygger på eksakt faktakunnskap. Ved å bruke kvantitative data vil man finne målbare enheter og tall. Ved at man bruker tall åpnes det en

nøyaktig mulighet for regneoperasjoner som eksempelvis kan anvendes i statistiske beregninger. Om man vil ha svar på spørsmål som «hvor ofte» eller «hvor mye» er kvantitativ metode hensiktsmessig å bruke. Metoden kjennetegnes ved breddekunnskap. Dette vil si at man ved mange undersøkelsesenheter får lite antall opplysninger (Thidemann, 2015, s. 77-78).

For å finne forskjellen på kvalitativ og kvantitativ metode ser man ofte på hvordan datainnsamlingen er blitt gjort. Det er tydelige forskjeller på hver enkelt metode, men samtidig kan de brukes sammen fordi det finnes eksakt faktakunnskap i mange av de kvalitative datasamlingene, mens de kvantitative studiene tolker data som er brukt (Dalland, 2012, s. 111-122).

2.2 Søkestrategi og søkeord

Vi har fått introduksjon fra Høgskolens bibliotek i hvordan gjennomføre litteratursøk. Etter anbefalinger fra veiledere og gjennom forelesninger har vi funnet selvvalgt litteratur på biblioteket. Databasene vi har søkt i er SveMed +, EbscoHost og Sage Journals. Alle databasene har vi blitt kjent med gjennom vår utdanning, de er godkjent av Høgskolens bibliotek som aktuelle databaser å søke i.

SveMed + er en nordisk database med referanser til artikler innen helse og medisin. Den inneholder tidsskrifter fra 1977 frem til i dag, og databasen blir jevnlig oppdatert. Databasen er også blitt brukt for å finne MeSH termer (SveMed+, s.a.).

EbscoHost er en samlet plattform som søker i flere databaser samtidig etter aktuelt innhold. (Høgskolen i Innlandet, [INN], s.a.).

Sage Journals er en database med vitenskapelige artikler i fulltekst. Den refererer til artikler innen helse og medisin fra 1999 frem til i dag (Høgskolen i Innlandet, [INN], s.a.).

MeSH termer på engelsk: *dementia, personal autonomy, autonomy, coercion, dignity, freedom*

MeSH termer på norsk: demens, autonomi.

2.3 Presentasjon av forskning

Her presenteres forskningsartikler, forfattere, metode og funn. Vi har ut i fra søkene kommet frem til fire forskningsartikler, to på engelsk og to på norsk.

Artikkel 1: «*The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care*»

Tidsskrift: Nursing Ethics

Forfattere: Alistair Niemeijer, Marja Depla, Brenda Frederiks og Cees Hertogh.

Metode: Den etnografiske metoden retter seg mot å se brukeren i sitt naturlige element og går dypere enn dybdeintervju. Studien innhentet data ved hjelp av 8 intervjuer av styremedlem, nattsykepleiere, ansvarlig lege for avdelingen, ergoterapeut og lagledere. Den er interessant fordi den avveier argumenter for og imot bruk av overvåkningsutstyr og sporing.

Funn: Forfatterne skiller mellom positive og negative effekter ved bruken av velferdsteknologi. Virkemidler var akustiske sensorer, bevegelsessensor, videoovervåkning og automatiske dørlåser som kunne åpnes med armbånd av personell og pasienter. Trådløse telefoner tillot personell å kommunisere med hverandre, og overvåke pasientene. Forskerne observerte til sammen 200 timer på dagvakter, kveldsvakter og nattevakter. Enkelte pasienter virket mindre rastløse fordi de fikk utfolde seg mer, mens for andre førte bruken av overvåkningsutstyr til stigmatisering. Resultatene viser at velferdsteknologi i denne form ikke treffer alle pasienter i demensomsorgen. Noen pasienter har nedsatt motorikk og kan ikke overvåkes på denne måten, mens andre virker fornøyde med det som tilbys i avdelingen. Bruken av overvåkningsutstyr må personaliseres og tiltaket må stå i forhold til behovet.

Vi har valgt artikkelen fordi den problematiserer pasientens autonomi. Bruken av sensoralarmer er en mildere form for tvang og pasientene kan føle at de får bestemme mest mulig selv. Dette kan resultere i økt mestring og frihet (Niemeijer, Depla, Frederiks & Hertogh, 2015, s. 307-320).

Artikkel 2: «*Bruk av tvang etter norsk lovgivning*»**Tidsskrift:** Tidsskriftet Den Norske Legeforening**Forfattere:** Reidar Pedersen, Marit H. Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidun Førde

Metode: Den er basert på en kvalitativ metode med fokusintervjuer av relevante kilder. For å tilegne seg erfaringene har forskerne foretatt fokusintervjuer av 65 sykehjemsansatte. Forfatterne samlet data på fem sykehjem i fire kommuner i Norge.

Funn: Deltakerne var hentet fra tverretatlige og tverrfaglige yrkesgrupper. For å styrke pasienters rettssikkerhet er det en forutsetning at helsepersonell har kunnskap om rammene i lovverket og slik kan yte faglig forsvarlig helsehjelp. I forskningen kommer det fram et bredt spekter av tvangsbruk. Tilbakeholdelse, sosial styring ved daglige aktiviteter og bevegelsehindrende tiltak som forebygging mot helseskade. Resultater fra forskning er at ansatte ønsker å gjøre det beste for pasienter. Eksempler på dette er å beskytte pasient mot å falle ved å installere brett foran stolen, eller skjule heisknapper for å hindre pasienter i å gå seg bort. Hovedfaktorene for avvik er manglende forståelse av lovverket, det er tidkrevende og for omfattende. For få ressurser i arbeid førte ofte til nedprioritering av vedtaksskriving. Videreutdanning og tverrfaglige refleksjonsgrupper vil kunne gi økt kompetanse i forståelsen av hvordan forebygge tvang samt bedre praktisering av lovverket.

Forskning fra Norge ble valgt fordi vi ønsket å se hvordan kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven praktiseres i sykehjem. Erfaringsmessig har vi opplevd personell som ikke reflekterer over situasjoner hvor de har brukt tvang og som kanskje ikke har innsikt i hva tvang faktisk innebærer (Pedersen, Hem, Gjerberg & Førde, 2013, s. 1935-1939).

Artikkel 3: *Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis*

Forfatter: Marianne Askautrud og Bodil Ellefsen

Tidsskrift: Nursing Ethics

Metode: Hensikten med denne studien var å se hvordan avdelingssykepleiere i sykehjem forholdt seg til autonomiprinsippet, hvordan dette hemmet beboernes mulighet for autonomi og samtidig hva som fremmet autonomi. Studien er basert på en kvalitativ metode. Utvalget var 12 avdelingssykepleiere kvinner og menn fra 12 tilfeldig valgte sykehjem. Under datasamlingen ble det foretatt intervjuer. Tema for intervjuet var: fagkompetansen til personalet, struktur i avdelingen og arbeidsmiljø.

Funn: Denne studien viser at kognitiv svikt i varierende grad og manglende evne til å uttrykke seg verbalt gjør at pasientautonomi reduseres. Holdninger blant ansatte i avdelingen kan også bidra til å hindre pasientautonomi. En annen vesentlig faktor er de ansattes fagkompetanse. Denne spiller en viktig rolle for hvilke vurderinger som gjøres for pasienten. Avdelingssykepleierne uttrykker også at sykepleiere i tillegg til fagarbeidere har mer forståelse for viktigheten av autonomi enn de ufaglærte. For at faglige vurderinger skal kunne foretas må personalet kunne kommunisere godt med pasientene. Avdelingssykepleiere trekker frem manglende norskkunnskap og annen kulturbakgrunn som kan være begrensende for ivaretagelsen av autonomi. Avdelingssykepleierne hevder også at pårørende kan både hindre og fremme beboernes autonomi. Når pårørendes ønsker ikke samsvarer med det pasienten vil, kan autonomi trues. Pårørende blir også omtalt som en ressurs når det kommer til viktig informasjon som angår pasienten. Et godt samarbeid mellom pleiere og pårørende er viktig for å fremme autonomi. Avdelingssykepleierne forteller også at arbeidspress og trange økonomiske rammer gjør det vanskeligere å imøtekomme beboernes ønsker. Personalet bruker noen ganger for mye tid med hverandre og for lite tid med pasientene. Avdelingssykepleierne mener at dette reflekterer personalets holdninger og er en betydelig trussel for autonomi. Ideologi til likhet med holdninger betyr like mye som ressurstilgang når det kommer til beboernes autonomi.

Vi har valgt denne forskningsartikkelen fordi den beskriver avdelingssykepleieres perspektiv og teorier om hva som hemmer og fremmer beboerautonomi, og den har dermed relevans for oppgavens tema (Askautrud & Ellefsen, 2008, s. 4-8).

Artikkel 4: *Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers***Forfatter:** Rita Jakobsen og Venke Sørli**Tidsskrift:** Nursing Ethics

Metode: Hensikten med denne studien var å illustrere vanskelige etiske situasjoner blant helsepersonell i sykehjem. Studien anvender kvalitativ metode. Det ble brukt individuelle intervju med narrativ tilnærming. Utvalget for studien bestod av 23 personer som jobbet på et sykehjem i Norge. Selv om utdannelsen blant personalet var varierende og de i tillegg hadde ulike funksjoner i sykehjemmet, var fellesnevneren at de alle jobbet med pasienter i sitt daglige arbeid.

Funn: Funnene i studien viser til at helsepersonell opplever etiske utfordringer i situasjoner som oppstår hver dag. Balansegangen mellom autonomi og verdighet er et daglig problem. Bruken av tvang truer pasientenes autonomi og fører til tap av frihet. Den kognitive svikten medfører vanskeligheter med å ta beslutninger. Helsepersonell var opplært til å ivareta pasientens selvbestemmelsesrett. Likevel ble det tatt beslutninger mot pasientens vilje fordi det ville ført til vesentlig helseskade å unnlate å gripe inn. Manglende støtte og veiledning fra avdelingsledere førte til maktesløshet blant personell. Personell merket at pasientene reagerte på låste dører til avdelingen. I noen avdelinger ble pasientene tilbudt gåturer hvis personell hadde tid til det. På andre avdelinger var dette tiltaket høyt prioritert. Den etiske utfordringen oppsto når pasientene hadde glemt at de hadde vært ute. Bruken av sengehest ble også nevnt i forbindelse med bruken av fysisk tvang. Noen avdelinger hadde god rutine på å fjerne sengehest mens andre ikke prioriterte det like høyt. Pleiere opplever gjerne at dette er et etisk dilemma, hvor viljen til å gjøre det beste for pasienten overgår pasientens ønske. (Jakobsen & Sørli, 2010, s. 289-300).

Det er valgt forskningsartikkelen av Jakobsen og Sørli (2010) fordi den tar for seg helsepersonell i Norske sykehjem og hvilke utfordringer de til daglig møter i form av etiske utfordringer. Den fremhever hvor utfordrende det kan være for sykepleieren når verdigheten til pasienten blir satt i fare. Artikkelen er relevant for oppgaven fordi den belyser hvor viktig gode kunnskaper er, for å yte best mulig omsorg for hver enkelt pasient.

2.4 Kildekritikk

Det er nødvendig å stille seg kritisk til kildene for å finne ut om de er troverdige eller ikke. Man bruker kildekritikk for å skille spekulasjoner fra faktaopplysninger. Dette kan gjøres på ulike måter. Man finner relevant litteratur for å belyse problemstillingen. Videre må man verifisere litteraturen ved å vurdere gyldighet, relevans og holdbarhet (Dalland, 2012, s. 67-68). Hensikten er at den som leser oppgaven skal ta del i refleksjonen man gjør (Dalland, 2012, s. 72). Vi sitter med erfaringer og inntrykk etter vår praksis, og velger å levendegjøre oppgaven med en case basert på empiri fra praksisen.. Det er ikke gjennomført intervjuer, og vi bruker ikke direkte pasientopplysninger. Slik ivaretar vi den forskningsetiske nennsomhet og respekt for personens autonomi og verdighet, og det byr ikke på etiske problemstillinger at dette er en case.

For å stille seg kritisk til egenvalgt litteratur og forskning kan man stille seg noen enkle spørsmål: Hvilken tekst er dette? Hvem er forfatterne? Når er teksten skrevet? Og med hvilket formål? Og sist men ikke minst om teksten belyser problemstillingen (Dalland, 2012, s. 74-81). Fagbøkene som er brukt i oppgaven er fra 1989-2015. Noe faglitteratur er fra slutten av 80 tallet. Denne er brukt fordi den er høyst relevant for oppgaven i forhold til valg av sykepleieteori. De andre bøkene som er brukt er av nyere dato. Disse bidrar til å gi svar på problemstillingen og i tillegg er dette god oppdatert fagkunnskap. Grunlaget for valg av selvvalgt litteratur og pensum er at bøkene omhandler autonomi, demens, etikk, sykepleieteori og kommunikasjon. Selvvalgt litteratur er merket med stjerne (*) i litteraturlisten.

IMRAD

I Bacheloroppgaven har IMRAD modellen blitt brukt som et hjelpemiddel for å finne ut om det man leser av forskning er fagartikkel eller en vitenskapelig artikkel. Når artikler skal publiserer i tidsskrifter er forskere pålagt å bruke denne strukturen (Thidemann, 2015, s.68-72). To av forskningsartiklene i oppgaven er skrevet på engelsk. Feiltolkninger kan skje når man oversetter til norsk. Ved oversettelse har ordbøker blitt brukt, men det kan likevel forekomme at innhold er feiltolket. Tre av artiklene er fra Norge, og en er fra Nederland. Dette kan innebære at svaret fra forskningen kanskje ikke er like godt egnet å bruke i Norge,

da kultur og religion er forskjellig fra land til land. I startfasen av søk etter forskningsartikler fant vi i Høgskolens bibliotek flere gode fag og forskningsartikler. Vi valgte forskningsartikkel *Er smått alltid godt i demensomsorgen* fordi resultatene er interessante. Forfatterne trekker paralleller fra demensomsorg i Nederland og Danmark til Norge. Fokuset på pasienters rett til frihet og valg kommer sterkt frem (Høyland, Kirkevold, Woods & Haugan, 2015, s. 114). Vi valgte også artikkelen *Trygge spor* fordi den har relevans til vår problemstilling. Ivaretagelse av personers frihet står sentralt, og den beskriver hvordan flere kommuner i Norge testet bruken av lokaliseringsteknologi til personer med demens (Ausen, Svagård, Øderud, Holbø, Bøthun & SINTEF, 2013, s. 5-7).

For å kaste mer lys over temaet har vi innhentet kunnskap og inspirasjon fra en aktuell og virkelighetsnær historie. Boken «Skynd deg å elske» er en dokumentarisk roman, og er skrevet av ekteparet Lanes og Olsen. Tidligere fiskeriminister Olsen fikk diagnosen Alzheimer i en alder av 50 år. Lanes og Olsen forteller om de utfordringene de står overfor. Overgangen fra å være nygift til å måtte forholde seg til en tidsfrist for hvor lenge Olsen vil leve er dramatisk. I boken kommer budskapet om å fortsette et mest mulig aktivt liv fram. Olsens største ønske var å fortsette i jobb. På grunn av sykdommen ble han fratatt muligheten til å jobbe i firmaet han var nyansatt i. Dette følte han som et stort tap og nederlag. Allikevel var iveren etter å jobbe, være i bevegelse og fortsette med aktiviteter sterk. Vi synes boken beskriver en ærlig og dramatisk historie, og at fokuset på å ivareta Olsens selvbestemmelse kommer tydelig fram. Lanes prøver å unngå å overstyre ham ved å balansere nødvendig praktisk bistand opp mot Olsens autonomi (Lanes, Olsen & Pettersen, 2009, s. 5-175).

2.5 Ethiske vurderinger

I en bacheloroppgave er det krav om at man skal gjøre etiske vurderinger og bruke personopplysninger på en skånsom og riktig måte (Dalland, 2012, s. 97-107). Gjennom menneskelig kontakt får man vite personens holdninger og oppfattelse av verden og med dette får man en bredere innsikt i deres livssituasjon. Sensitive opplysninger om personer er noe man raskt får kjennskap til. Hva som ses på som sensitive opplysninger er opp til hvert enkelt individ (Dalland, 2012, s. 97-107).

For å ivareta personers menneskeverd er det viktig å anonymisere personer eller eventuelt materiale i en bacheloroppgave (Dalland, 2012, s. 97-107). Dette gjøres ved å bruke et fiktivt navn og opplysninger man får i oppgaven er konstruert på erfaringsbakgrunn i praksis. Dette blir gjort for at man ikke skal kunne identifisere pasient eller personalet ellers.

I tillegg er det i oppgaven brukt APA- standard. APA- standard skal ifølge Høgskolen i Innlandet sine retningslinjer benyttes i en slik oppgave. Dette er gjort på bakgrunn av at fag og forskningsartikler og tilhørende forfattere skal anerkjennes og videreføres. Dette vilkåret viser at vi tar hensyn til forskningsetisk standard.

3. Teori

I dette kapittelet presenterer vi en case, redegjør for teori om demens, sykepleieteori, autonomi og etikk. Oppgaven levedegjøres på bakgrunn av en konstruert case med erfaringer som er opplevd i praksis. Formålet med denne casen er å belyse det som kan være bra og det som kan være utfordrende i pleien til demensrammede. Det fremkommer også forskjellige påstander og tiltak, dette for å kaste lys over viktigheten av sykepleiers kunnskap og funksjon i møte med pasienten.

Jenny er 76 år og bor på skjermet enhet for personer med demens. Hun har en kjent langtkommet demenssykdom. Siden tidlige ungdomsår har Jenny vært en sprek dame som har hatt en stor lidenskap for fotturer i fjell og natur. Dette ble en fellesinteresse hun og mannen Theodor delte i lag. Etter at Theodor døde ble spaserturene i naturen noe som fikk fokuset bort fra sorgen. Spaserturene ute ble daglig rutine gjennom årenes løp.

Jenny har bodd på sykehjemmets demensavdeling nå i 5 måneder. Delvis manglende evne til å uttrykke seg verbalt gjør at hun ofte blir frustrert når personellet ikke helt klarer å tolke det hun prøver å formidle. Hennes demenssykdom er i en forverringsfase og Jenny virker preget av tankekaos. Hun er ikke samtykkekompetent vedrørende hennes egen situasjon eller helsetilstand. I samtykkekompetansevurderingen er det ikke forventet at hun vil gjenvinne den på dette området. Etter at hun kom til avdelingen har hverdagen vært preget av mye uro, og pleierne opplever at Jenny ikke finner seg helt til rette. Jenny søker hele tiden ut og står ofte og drar i dørene og roper etter sin ektemann. Dette resulterer i at de andre pasientene på avdelingen også blir urolige. Jenny uttrykker sterkt ønske om å gå ut alene, og blir sint dersom pleierne foreslår å bli med henne ut. Personalet synes det er en utfordring å holde henne inne på avdelingen, men på den annen side er det uforsvarlig å la henne gå ut alene. Ved en tidligere anledning gikk Jenny helt ut av avdelingen. Hun ble gjenfunnet etter mange timers søking. Hun virket forvirret og var nedkjølt. De få gangene personell har blitt med henne ut for å gå har Jenny virket fornøyd og tilfreds i ettertid. Hun virker heller ikke preget av at personell trosset hennes ønske om å gå alene.

3.1 Demens

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2005, s.20) gir følgende definisjon av sykdommen demens:

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

Kriteriene for at en tilstand skal kunne kalles demens er at det kognitive funksjonsnivået, tankeevne og hukommelse er svekket sammenlignet med tidligere. Sykdommen utvikler seg forskjellig fra individ til individ. Noen personer har en rask progresjon, mens hos andre kan sykdommen utvikle seg over tid (Engedal, K & Haugen, P.K, 2005, s. 19-20).

I Norge er det rundt 77 000 personer med demens og alderen er fra 65 år og oppover (Alzheimer Europe, 2014, The prevalence of dementia in Europe). Omtrent halvparten av personene med demens bor hjemme, de resterende bor på institusjon. Av personer med fast sykehjemsplass utvikler om lag 75 % demens, og en liten andel av disse bor på skjermet enhet (Rokstad, 2008, s. 38).

Demens omfatter mange hjerneorganiske sykdommer. Symptomer ved demens kan deles inn i motoriske, atferdsmessige og kognitive symptomer. Disse symptomene vil være forskjellige for den enkelte alt etter hvilken demenstype, og hvor i demensutviklingen personen er (Rokstad, 2008, s. 40-41). Atferdsmessige symptomer er endret atferdsmønster og følelsesmessige reaksjoner. Andre kjennetegn kan blant annet være angst, depresjon, apati, aggressivitet, feiltolkninger og rastløshet. Kognitive symptomer er problemer med hukommelse og læring. Svekkelse i dette er det første personen vil merke. Disse kognitive symptomene er også det første pårørende vil kunne merke i sykdommens forstadium. (Rokstad, 2008, s. 27-45).

Vi skal nå kort beskrive de fire ulike typene av demens. Alzheimers sykdom kan debutere så tidlig som før fylte 65 år, og er den vanligste formen for demens (Engedal, K & Haugen, P.K, 2005, s. 19). Man skiller mellom tidlig og sen debut. Ved tidlig debut, før fylte 65, vil symptomene og sykdommen utvikle seg raskt. Symptomene vil dessuten være mer uttalte. Eksempler på symptomer er svikt i hukommelse, språkproblematikk, nedsatt evne til viljestyrte handlinger og svekkelse i sanseinntrykk. Ved sen debut er det færre symptomer og

sykdomsutviklingen er mindre kritisk (Engedal, K & Haugen, P.K., 2005, s. 63).

Vaskulærdemens er forårsaket av sykdommer i hjernens blodårer eller som følge av hjerneinfarkt. Det skilles mellom enkelt infarkt og multiinfarkt. Ett enkeltinfarkt kan gi demens, særlig hvis det er stort. Symptomer kan være hukommelsessvikt og språkproblemer. De kan reversere men hvis den mentale svikten består i mer enn seks måneder kan det betegnes som demens. Andre kjennetegn kan være depresjon, motorisk treghet, svekket forståelse og initiativløshet (Engedal, K & Haugen, P.K., 2005, s. 125-130).

Frontallappdemens er et vidt begrep og forårsaker skader i panne og tinninglapp. Det er flere undergrupper av denne sykdommen. Vi velger å ikke nevne undergruppene men forklarer at symptombildet er de samme for alle typene. Demenstypen kan diagnostiseres post mortem. Den rammer som oftest personer mellom 50 og 70 år. Symptomer på denne sykdommen kan være irritabilitet, sviktende evne til problemløsning og hemningsløs atferd (Engedal, K & Haugen, P.K., 2005, s. 99-101; Nasjonalforeningen for folkehelsen, [Nasjonalforeningen], 2016, Frontallappdemens).

Demens med Lewy-legemer har likhetstrekk i symptomer man ser ved Alzheimers sykdom, deriblant hukommelsessvikt. Dette symptomet er ikke det mest uttalte. Plutselig forvirring, forandringer i bevissthetsnivå og desorientering er typiske kjennetegn ved diagnosen. Symptomene avtar etter en stund og personen virker mer våken. Andre symptomer som kan bidra til riktig diagnostisering er mistenksomhet, vrangforestillinger, og stivhet i ben og armer (Nasjonalforeningen for folkehelse, [Nasjonalforeningen], 2016, Demens med Lewy-legemer).

Utviklingen av de fire demenstypene deles inn i tre hovedfaser, mild, moderat og alvorlig grad. Ved mild grad vil personen merke forandringer i dagligdagse gjøremål. Ved moderat grad vil de dagligdagse gjøremålene bli enda vanskeligere å få gjennomført. Veiledning og tilrettelegging i hverdagen er avgjørende. Ved alvorlig grad personen ikke i stand til å klare seg på egen hånd. Omsorg og kontinuerlig døgnbehandling står derfor sentralt ved alvorlig grad av demens (Rokstad, 2008, s. 39).

3.2 Autonomi

Vi har tidligere nevnt at autonomi kan forklares som en rettighet, egenskap og prinsipp. Autonomi som egenskap er at man tilrettelegger situasjonen slik at pasienten kan utføre ting i tråd med sine behov. Som rettighet stilles det etiske krav til at helseyttere respekterer pasientens valg (Slettebø, 2013, s. 89-90). Helsehjelpen skal der det er mulig være i enighet med pasientens selvbestemmelsesrett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A). Dette er også nedskrevet i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer om at pasientens rett til å foreta valg skal respekteres (YERL, 2016). Selve autonomien kan ikke fratras ett menneske, men viljen til å handle autonomt kan begrenses. Autonomi som prinsipp handler om at vi burde respektere pasienten ved å inkludere henne i behandlingstilbudene (Slettebø, 2013, s. 88-90). For medisinske avgjørelser er det legen som har bredest kunnskap innen fagfeltet og pasienten er da medbestemmende (Nortvedt, 2012, s. 96-98).

Hvis pasienten er kompetent til å foreta valg skal hun gis mulighet til det. Pasienten kan imidlertid nekte å ta imot den hjelpen som tilbys. Autonomi handler i hovedsak om at sykepleiere ser pasienten som en selvbestemmende person. Dette innebærer også å respektere pasientens valg og ønsker for behandling (Nortvedt, 2012, s. 96-98). Autonomi og respekt for pasientens integritet er sentrale nøkkelord som pasienten har behov for at en sykepleier verner om. Integritet er et begrep som også omtales i de yrkesetiske retningslinjene. I sykepleie-pasientfellesskapet skal verdighet og integritet ivaretas og man skal også gi pasienten rett til medbestemmelse uten å krenke henne (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016, Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere). YERL sier også noe om hvordan vi skal respektere psykiske og fysiske grenser hos en person (Slettebø, 2013, s. 23). Sykdommen fratras pasienten evnen til å foreta rasjonelle og fornuftige valg. Ved at sykepleier lar pasienten foreta enkle valg i form av fysiske eller sosiale aktiviteter ivaretas pasientautonomien (Eide & Eide 2007, s. 391-393). Respekt handler også om å ta hensyn til pasientens følelser. Som alle andre kan pasienten føle sinne, tristhet, redsel og fortvilelse gitt ut i fra situasjoner som oppstår. Som sykepleier må man ha forståelse for dette og ta situasjonen på alvor. Sykepleiere må vise respekt og forståelse ved å lytte og observere, og på denne måten oppdage hvordan pasienten har det (Eide & Eide, 2007, s. 392-393).

Som helsepersonell kan vi gi helsehjelp kun til de som har gitt sitt samtykke. Fravær av samtykkekompetanse innebærer at personen mangler innsikt og forståelse for helsehjelpen/tiltaket. Pasienten har likevel krav på å bli gitt informasjon (Slettebø, 2008, s. 173). Innen demensomsorgen kan kravet om samtykke være problematisk da pasienten ikke skjønner hvorfor helsehjelpen skal gis. Til personer med demens må samtykkekompetansen vurderes ut i fra ulike situasjoner. Det kan virke som pasienten er samtykkekompetent på enkelte områder mens hun ikke er det på andre (Johnsen & Smebye, 2008, s. 212).

Pasientrettighetsloven (§ 3-1 og § 3-2) beskriver viktigheten med at alle pasienter har rett til medvirkning og innsikt i behandlings- og pleieinformasjon som angår dem selv. Dersom en person ikke er samtykkekompetent skal nærmeste pårørende involveres i det som har med pasienten å gjøre, eksempelvis en beslutningssak. Det blir opp til helsepersonell å avgjøre om en pasient er samtykkekompetent eller ikke. Det er også helsepersonell som bestemmer om de nærmeste skal tas med i beslutninger som angår behandling og pleie. Dersom en person med demens ikke er samtykkekompetent, har hun likevel krav på å bli informert. Det blir derfor viktig at sykepleier tilpasser informasjonen etter pasientens forståelse, innlæringssevner og kommunikasjonsferdigheter (Slettebø, Å, 2008, s. 173-174).

Tvangstiltak er en av faktorene som kan true pasientautonomien. Tvang er et tiltak pasienten ikke har samtykket til (Fjørtoft, 2006, s. 77). Uavhengig av pasientens kognitive evner vil det føles som krenkende og et uverdigg tiltak å bli utsatt for (Johnsen & Smebye, 2008, s. 219). I demensomsorgen vil man forebygge tvang og helst unngå bruken av tvang. Det er ikke uproblematisk når pasienten ytrer ønske om å være et annet sted, eller viser dette i form av fysisk motstand. Kartlegginger i 2001 gjort av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse avdekker hyppig bruk av tvang i norske sykehjem. I en oppsummering foretatt av Øyvind Kirkevold ble det avdekket at 45% av pasienter i skjermete enheter ble utsatt for et tvangstiltak i løpet av en uke. I skjermete enheter var bruken av tvang i forbindelse med dagligaktiviteter hyppigst. Det ansees som tvang å hente tilbake pasienten når han har gått ut og det må vurderes hvilke tiltak som må gjøres for å forebygge bruken av tvang (Kirkevold, 2005, s. 1346).

En annen faktor som kan virke inn på pasientautonomi er paternalisme. Begrepet paternalisme blir ofte brukt når autonomien til pasienten skal diskuteres og drøftes (Brinchmann, 2012, s.

91). Paternalisme er å ta valg for pasienten når han eller hun ikke er i stand til å vurdere konsekvenser som omhandler en selv (Rokstad, 2008, s. 78-79). Selv om pasienten lider av en alvorlig grad av demens skal det ikke tas beslutninger over hodet på pasienten. I demensomsorgen vektlegges det at pasienten skal ha en god livskvalitet og et godt liv. Men hva skal til for at pasienten skal få et godt liv? Dette er individuelt for hver pasient, men for mange er det sentralt å bevare identitet, bestemme over seg selv, og kunne være i aktivitet (Rokstad, 2015, s. 78-79).

Lokaliseringsteknologi og tilbakeholdelse defineres også som tvang. Lovverket åpner opp muligheten for bruk av dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6a).

Lokaliseringsteknologi kan brukes på ulike måter og noe forskning avdekker at teknologien kan gi en bedre ivaretagelse av pasientautonomien i demensomsorgen. Pasienten tillates å utforske nye steder på egenhånd, og hun får utløp for vandringen. Slik kan teknologien bidra til styrket autonomi (Niemeijer et al., 2015, s. 307-320). Prosjektet *Trygge Spor* åpner opp mulighetene for ytterligere lokaliseringsteknologi i demensomsorgen. Den konkluderer med at teknologien bidrar til økt frihet og samtidig trygghet til personell. Personellet opplevde en trygghet i å vite hvor pasienten befant seg (Ausen, Svagård, Øderud, Holbø, Bøthun & SINTEF, 2013, s. 5-7). Tilbakeholdelse i institusjon regnes som et alvorlig inngrep når pasienten i tillegg viser fysisk eller verbal motstand. Det avhenger av behovet for helsehjelp hvorvidt det kan treffes vedtak på dette. Vilårene er at tillitsskapende tiltak må være prøvd ut, pasienten viser motstand, nødvendig helsehjelp og tiltaket må stå i forhold til behovet for helsehjelp ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4). Tiltaket skal vurderes fortløpende av den ansvarlige helsehjelper i samarbeid med annet helsepersonell for å vurdere om tiltaket står i forhold til pasientens behov. Erfaringsmessig har vi sett at personal har låst dører inne på enheten for å hindre pasienten i å vandre rundt i korridoren og inn til andre enheter. De har forsvart dette tiltaket med at pasienten kan bli skadet av medpasienter eller at det skaper uro blant beboerne, men det begrunnes også med for få ansatte på jobb. Slike begrunnelser fant vi i forskning fra 2010 om at helsepersonell mente at mangelen på nok ansatte ofte førte til at de måtte ty til tvang uten at det forelå et tvangsvedtak (Pedersen, Hem, Gjerberg & Førde, 2013, s. 1935-1939).

3.3 Sykepleieteori

Sykepleieteori er forskjellige rammer som bidrar til å tydeliggjøre sykepleiefokuset. I teorien er viktige sykepleiefenomener beskrevet. Begrepene gjenkjennes i sykepleiefaget og hjelper oss å tenke, vurdere og handle ut i fra gitte situasjoner. Sykepleiefunksjonen klarlegger hva som er sykepleie (Kristoffersen, 2011, s. 208-209).

Av selvvalgt sykepleieteori har vi anvendt Kari Martinsens omsorgsteori. Hun er norsk sykepleier og professor, og er kjent i Skandinavia for sin omsorgstenkning. Omsorgsteorien har opphav i et langt forfatterskap, som strekker seg over tidsrommet 1989-2009. Vi mener den er like aktuell i dag som det den var på 80-tallet. Hennes nyskapende tenkning har vi blitt kjent med gjennom vår utdanning og den har også preget sykepleien i Norge, Danmark og Sverige. Vi har valgt å bruke artikkelsamlingen *Omsorg, sykepleie og medisin* fra 1989, som hovedsakelig omhandler omsorgstenkning. Boken ble lansert i 2003 av Universitetsforlaget. Denne tekningen om omsorg er svært omfattende og derfor har vi valgt andre sekundærkilder som også omtaler hennes omsorgsteori (Austgard, 2010, s. 150).

Martinsen ser på omsorg som det grunnleggende i sykepleien. Hun er opptatt av tilknytningen menneskene har til hverandre og at man som hjelper må være bevisst sine handlinger gjennom å gi ubetinget omsorg. Man skal ikke forvente noe tilbake og man er tilstede i situasjonen med et bestemt mål. En erfaren sykepleier har evnen til å vise empati med pasienten og har dermed bedre forutsetninger for å kunne gi riktig omsorg. Å gi riktig omsorg handler om å individualisere hver enkelt helsemottaker og tilpasse gjøremål etter den enkeltes behov. Hun sier også at moralen har med hvordan omsorgsgiver bruker sin makt som en solidaritet med pasienten. Og at denne solidariteten vises i hvordan omsorgsgiver engasjerer seg for å hjelpe den svake (Martinsen, 2003, s. 14-40). Hun skiller mellom universell og profesjonell omsorg.

Den universelle omsorgen betinger nestekjærligheten til hverandre, denne er grunnlaget for all omsorg. Omsorg forutsetter fellesskap mellom mennesker. Den hadde vært ikkeeksisterende med bare ett menneske. Relasjonen mellom en pasient og sykepleier er selve grunnmuren for moralsk ansvar og handling i sykepleie (Martinsen, 2003, s. 15). Oppsummert er det hensynet vi har til hverandre og hvordan vi kan hjelpe andre i vår hverdag som dominerer universell omsorg (Austgard, 2010, s. 19).

Profesjonell omsorg er når sykepleieren viser seg helt tilstede i situasjonen med pasienten uten å la egne følelser påvirke situasjonen. En svakhet i dette kan føre til at sykepleiers fokus ikke er rettet mot pasienten, men andre uvesentlige tanker som kan krenke integriteten. Å se på pasienten som en ting eller en gjenstand kan utvikle faren for paternalisme i den daglige omsorgen. Når sykepleier med sine kunnskaper i faget praktiserer den uten empati eller følelser krenker dette pasientens menneskeverd (Austgard, 2010, s. 20). Det kan altså ikke gjennomføres en god profesjonell omsorg uten at følelser er tilstede i situasjonen. Sykepleieren må ha forståelse for pasientens frustrasjon i situasjonen og med sine fagkunnskaper løse dette til pasientens beste. Dette har også med en empatisk innlevelse i situasjoner som oppstår. Situasjonene forankrer seg i virksomheter, normer og regler.

Martinsen mener at man tilegner seg erfaringer gjennom medmenneskelig kontakt og at vi slik lærer oss hvordan vi skal forholde oss å forstå nye situasjoner. Ekte omsorg krever at man har en holdning som anerkjenner personen. Dette gjengjeldes gjennom samhandling i arbeidssituasjoner (Martinsen, 2003, s. 70-71). Som sykepleier har vi ikke en makt over pasientens liv og Martinsen peker på at vårt engasjement i ivaretagelsen av livsmuligheter er omsorg. I positiv forstand er det å se pasienten som et unikt menneske med ulike behov. Behovet for deltakelse, aktivitet og sosialt samvær er behov som en sykepleier skal bidra til å ivareta. Når en person på grunn av sykdom ikke lenger kan ivareta disse behovene er det vår oppgave å legge til rette forholdene for at pasientens muligheter til dette kan dyrkes. Dersom man omtaler pasienten som «spesiell» og legger en negativ betydning i dette, vil det kunne krenke pasientens verdighet og integritet. Dette plasserer pasienten i en dårlig situasjon og vil på ingen måte hjelpe henne (Austgard, 2010, s. 83).

3.3.1 Kommunikasjon

I følge Eide & Eide har alle mennesker en medfødt evne til å kommunisere med hverandre. Hjelpende kommunikasjon er en kunst som må læres, og det trengs tid for å utvikle og forbedre denne. Hensikten er at det skal være til hjelp for pasienten. Hovedaspektet er å kunne se den andre, være åpen, direkte og samtidig aktivt lytte til pasienten. Det bygger på åpenhet, tillit, nærhet og kontakt med elementer av uforutsigbarhet. Målet er å få til god relasjon som kan bidra til at pasientene får dekket sine grunnleggende behov. Dette forutsetter ferdigheter

og kunnskaper som påvirker den dagligdagse kommunikasjonen (Eide & Eide, 2007, s. 12-18). Både ikke-verbal og verbal kommunikasjon er en stor del av vår kommunikasjon med andre (Eide & Eide, 2007, s. 198). Ikke-verbal kommunikasjon kan kalles et responderende språk, som sier noe om begge personer i en samtale. Kjersti Wogn- Henriksen mener dessuten det er viktig å tyde pasientens blick, mimikk og bevegelse (2008, s. 91). Verbal kommunikasjon er å vise seg engasjert i form av muntlig bekreftelse gjennom samtalen. Dette viser at man har sett eller hørt det den andre prøver å formidle. Dette er spesielt viktig for personer med demens, og kan bidra til økt selvfølelse (Eide & Eide, 2007, s.220-222).

For en person med demenssykdom vil ofte nåtid og fortid blandes sammen. Minnearbeid eller reminisens er en kommunikasjonsteknikk hvor sykepleier hjelper den gamle å bringe fram minner. Eide & Eide mener dette kan bidra til å styrke deres verdighet, identitet og autonomi. Å ha kjennskap til bakgrunnshistorie og interessefelt er avgjørende under en slik prosess. Slik informasjon kan innhentes ved hjelp av pårørende eller bekjente. Ved å skape noe meningsfylt sammen må man som sykepleier ha evne til å sette seg inn i den andres verden og være interessert i deres livshistorie (Eide & Eide, 2007, s. 391-393).

Hovedfokuset på validering handler ikke om hva som er sant og reelt i en situasjon, men hva pasienten opplever og hva som er fokus i en gitt situasjon. Nøkkelordet er å bekrefte og anerkjenne det pasienten forteller og sier, i stedet for å fokusere eller korrigere pasienten fram til korrekt data. Det følelsesmessige aspektet hos pasienten kan forsterkes ved at man ved hjelp av kommunikasjon stiller utforskende spørsmål som hvor, når, hvem og hvordan. I valideringsterapi blir personens emosjonelle verden vektlagt, og denne metoden sier noe om retningslinjer for kommunikasjon ved at meninger og følelser blir trukket frem i lyset. Et viktig fundament i valideringen er at man ikke skal henge seg opp i faktaopplysninger, men prøve å lytte til det emosjonelle uttrykk i det pasienten sier. Dette kan på mange måter bane veg for nærhet og forståelse mellom sykepleier og pasient (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105-106).

3.4 Etikk

Etikk utforsker hva som er rett eller galt. Det er en filosofi hvor normer og prinsipper avgjør riktig handling. En uetisk handling strider mot diverse normer. Etikken avveier hvilke muligheter vi har og peker på hvorfor noen er bedre enn andre. Den er et viktig hjelpemiddel i en sykepleiers hverdag. Man skal alltid etisk reflektere uavhengig av behandling og problemstilling (Slettebø, 2013, s. 5-6). Nedenfor skriver vi mer om nærhetsetikk. Dette er en del av den normative etikken. Begrepet «normativ» sier oss at denne etikken gir retningslinjer for handlinger. Nærhetsetikken baserer seg på fornuft, normer, regler og retningslinjer. (Brinchmann, 2012, s. 19-20).

3.4.1 Nærhetsetikk

I nærhetsetikken blir betydningen av følelser vektlagt, slik at man skal forstå at etiske og faglige verdier står på spill. Etikdens begrunnelse ligger ikke i hvordan normer og regler er, men hvordan man forstår en bestemt situasjon. I sykepleiers daglige omsorg for pasienter er forholdet til «jeg-du» sentralt. Nærhetsetikken forutsetter å se personen som den hun er, som et unikt individ (Brinchmann, 2012, s. 117-132). I motsetning til dette er «jeg- det» forholdet. Dette viser en negativ holdning, pasienten blir da ikke verdsatt, men heller sett på som en gjenstand. Fokuset i nærhetsetikken er det konkrete samspillet to ulike personer har. Relasjonsbygging og tenkning står sentralt, dette for å unngå spekulasjoner og for å unngå å distansere seg fra moralske spørsmål (Brinchmann, 2012, s. 117-132). Man finner ikke noen spesifikke eller konkrete svar på hvordan man handler ut ifra bestemte situasjoner, men nærhetsetikken bygger på grunnlagsetikk og det vil si at man skal prøve å svare på hva det etiske aspekter er. To sentrale forfattere knyttet til nærhetsetikken er den danske filosofen og teologen Knut Ejler Løgstrup (1905-1981) og den franske filosofen Emmanuel Levinas' (1906-1995). Begge forfatterne har et fellessyn på etikdens utgangspunkt som er det mellommenneskelige forhold man har til et annet menneske og at etikken er noe grunnleggende (Brinchmann, 2012, s. 117-132).

4. Drøfting

I drøftingsdelen drøftes problemstillingen opp mot en konstruert case. Problemstillingen er som følger «Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta autonomien til pasienter med demenssykdom når de ønsker å gå ut av avdelingen?» Drøftingsdelen består av tre kapitler. I det første kapitlet blir velferdsteknologi diskutert. Vi drar også inn kunnskaper som er opparbeidet gjennom teoridelen i oppgaven. Videre trekkes også forskningsartiklene med, samt egne praksiserfaringer. Det andre kapitlet omhandler forskjellige kommunikasjonsferdigheter i møte med pasienten, og hvordan man ved hjelp av kommunikasjon forbygger bruken av tvang. I det tredje kapitlet diskuteres det hvordan sykepleier kan se pasienten bak sykdommen. Herunder presenteres holdningsplan som hjelpende verktøy, Kari Martinsens omsorgsfilosofi og etiske overveielser.

4.1 Autonomi og fare for liv

Jenny er innlagt på avdelingen fordi hun trenger døgkontinuerlig pleie og omsorg. Den kognitive svekkelsen gjør at hun ikke er i stand til å leve i hjemmet som tidligere. Avdelingen skal bidra til at hun får utfolde seg tilnærmet likt som før innflytting til institusjon. Som tidligere nevnt bidrar oversiktlige omgivelser med stabilt personell til kontinuitet og trygghet (Engedal & Haugen, 2005, s. 355-358).

Ifølge Kristoffersen & Nortvedt (2011, s.101) er det visse kriterier som avgjør om Jenny er beslutningskompetent, og det forankres i hennes evne til å uttrykke valg og delvis kommunikasjon. Hun uttrykker både verbalt og fysisk ønske om å gå ut av avdelingen. Det må forstås som mer enn bare ønsket om å gå. På bakgrunn av hennes livshistorie vet sykepleiere at hun tidligere var ei sprek dame og at denne drivkraften ble forsterket etter hennes manns bortgang. Dette er vante rutiner som hun har gjort gjennom mange år. Å nekte henne denne muligheten er noe Martinsen beskriver som paternalistisk (Austgard, 2010, s. 30-32). I den daglige omsorgen er det ønskelig for både sykepleier og Jenny med en svak/myk paternalisme. Det er viktig at pasientene opplever trygghet og mottar god omsorg i møte med sykepleiere (Austgard, 2010, s. 30-32). Juridisk sett er det bruk av tvang å nekte Jenny å gå ut av avdelingen. Det må begrunnes med nødvendig helsehjelp og at dette tiltaket er i tråd med

behovet for helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §4A). Det å bidra til at pasienten kan ta selvstendige valg forankres også i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 (YERL, 2016). Som forskning har vist kan lokaliseringsteknologi bidra til at pasienten kan bestemme mer selv. Den kan ivareta autonomien, men også krenke hennes privatliv fordi vi til enhver tid mottar informasjon om hennes bevegelsesmønster (Niemeijer et al., 2015, s. 308-316). På grunn av demenssykdommen har Jenny mindre evne til å se konsekvenser av sin egen beslutning (Engedal, K & Haugen, P.K, 2005, s. 355). Videre drøfter vi ulike implikasjoner ved bruk av velferdsteknologi.

I praksis så vi overvåkning ved bruk av lokaliseringsteknologi bli anvendt. Enkelte ganger lot helsepersonell være å gå inn til pasienten direkte. De syntes det var viktig å respektere deres privatliv. Bruk av varsling og lokaliseringsteknologi har hjemmel i lovverket, og kan være en god løsning i forebygging av fysisk tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a). Prosjektet *Trygge spor* belyser muligheten for å etablere lokaliseringsteknologi i demensomsorgen. Resultatene tyder på at GPS bidrar til økt frihet for pasientene og trygghet for helsepersonell. Et GPS system lokaliserer hvor pasienten befinner seg. Enheten plasseres i pasientens lomme eller sekk. For Jenny kan dette være en god løsning. Det er ønskelig å bidra til økt frihet, slik at hun kan trives i avdelingen, og få dyrket sin forkjærlighet for turer ute. Vi ser da at GPS-enheten ivaretar tryggheten og samtidig styrker Jennys selvbestemmelse (Ausen, Svagård, Øderud, Holbø, Bøthun & SINTEF, 2013, s. 1-64).

På den andre siden vet sykepleier med sin fagkunnskap og kjennskap til Jenny at det er uforsvarlig å la henne gå ut alene. Er det trygt å sende Jenny ut alene? Er hun en trygg trafikant? Faren for at alvorlige hendelser kan oppstå er der. Jenny har tidligere beveget seg utenfor avdelingen på egenhånd, og blitt gjenfunnet nedkjølt og forvirret. Det må være en balanse i omsorgen og den faglige utøvelsen av pleie som tilfredsstillende for begge parter. Martinsen understreker at omsorg er en sosial relasjon. Slik vi forstår det innebærer velferdsteknologi en svekket sosial relasjon. Den svekker nærheten til pasienten, og relasjonen mellom to parter kan forsvinne bak en dataskjerm. Det blir fravær av samspillet mellom sykepleier og pasient. Samspillet er det mest grunnleggende for et gjensidig samarbeid (Martinsen, 2003, s. 69-73). Jenny er avhengig av sykepleiers omsorg på grunn av sin demenssykdom. Hvordan skal vi ivareta dette grunnleggende behovet når GPS introduseres i avdelingen? Omsorgen må være innenfor etiske rammer som kan begrunnes

faglig forsvarlig, og sykepleier skal ivareta pasientens sikkerhet, verdighet og rettighet i møte med teknologien (YERL, 1.6, 2016). Velferdsteknologi kan gjøre at pasienten føler seg krenket i form av kontroll og overvåkning. Dette kan gjøre at pasienten føler en form for falsk trygghet dersom det ikke brukes på en forsvarlig måte (Ausen, Svagård, Øderud, Holbø, Bøthun & SINTEF, 2013, s. 51-52). Falsk trygghet, følelsen av kontroll og overvåkning kan medføre utfordrende atferd. Det er viktig å vurdere tiltaket opp mot pasientens kognitive evner. Kanskje Jenny aksepterer at personell tar følge med henne etter hvert? En annen viktig faktor er at det behøves tilstrekkelige ressurser i helsetjenesten. Mangelen på tilstrekkelige ressurser truer faktoren kvaliteten på god sykepleie (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 122). Behovet for tilfredsstillende arbeidskraft står derfor sentralt i vurderingen av dette. I forskningsartikkelen til Jakobsen og Sørli opplever sykepleiere etiske utfordringer hver dag. Man skal ivareta verdighet og autonomi, men det oppleves utfordrende å tilfredsstille begge deler. Manglende kunnskap om lovverket og demenssykdom er faktorer som gjør det utfordrende. Dette gjør det krevende å bevare pasienters rett til å bestemme selv (Jakobsen & Sørli, 2010, s. 289-300). Samtidig finnes resultater fra forskning om at avdelingssykepleiere opplever utfordringer i å ivareta pasienters autonomi når det er fravær av faglærte i jobb. De ufaglærte har ikke tilegnet seg samme kunnskap om autonomi. Det blir da utfordringer i å kunne ivareta pasientenes rett til å bestemme selv. Faglærte har større forutsetninger for å vite når man skal respektere pasientens autonomi. Kognitiv svikt truer også autonomien fordi pasientene har vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt (Askautrud & Ellefsen, 2008, s. 4-8). Formelt sett vil det kunne bli nødvendig å fatte vedtak om tilbakeholdelse i institusjon med den hensikt at behandlingen er livbergende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A).

4.2 Sykepleierens omsorgsarbeid

I avsnittene under skriver vi mer om ulike kommunikasjonsteknikker vi mener er anvendbare.

Sykepleier står i et etisk dilemma i situasjonen med Jenny. Hvis sykepleier blir med Jenny ut blir ikke hennes ønske respektert og det svekker hennes autonome vilje. I følge Martinsen kan heller ikke sykepleier fraskrive seg ansvaret for Jenny for at hun skal få ønsket sitt oppfylt (Austgard, 2010, s. 70). Hun begrunner det med en likegyldig holdning. Man må tilnærme seg Jenny ved bruk av riktig kommunikasjon og dermed danne et grunnlag for god omsorg. Med

tanke på Jennys verbale kommunikasjonsferdigheter er det hensiktsmessig å bruke korte og tydelige setninger i dialogen med Jenny. Slik vil Jenny bli gitt muligheten til å forstå sykepleiers intensjoner.

Hjelpende kommunikasjon er et verktøy som sykepleier kan bruke i møte med Jenny. For at sykepleier skal få til en god kommunikasjon med Jenny er det viktig å vise omsorg gjennom holdninger. Som sykepleier skal man gjennom kommunikasjon hjelpe pasienten til å ivareta sine egne behov ved å være støttende. En annen viktig forutsetning for å kunne gjøre dette er at sykepleier innehar de fagkunnskaper som er viktige for å vise empati. Det vil si at man tilpasser seg og ser pasienten fra hennes situasjon (Eide & Eide, 2007, s. 37). Sejerøe – Szatowski (2004) trekker også frem viktigheten med empati for at kommunikasjon skal lykkes. For at sykepleier skal få til en meningsfull kommunikasjon er det viktig at sykepleier har god forståelse. Det vil si at sykepleier prøver å sette seg inn i Jennys følelser uten selv å bli overveldet av disse følelsene. For å kunne få til dette er det viktig at sykepleier er bevisst sine egne følelser slik at hun skal kunne klare å sette seg inn i hva Jenny tenker og føler (Sejerøe- Szatowski, 2004, s. 20). Jenny er som tidligere nevnt i en ustabil fase der sykdommen medfører tankekaos. Kjersti Wogn- Henriksen poengterer at etter hvert som sykdommen utvikler seg, forandres også måten vi kommuniserer med pasienten på (2008, s. 95). Tydelig språk og korte setninger blir desto viktigere. Det er viktig at sykepleier unngår utbroderte forklaringer fordi dette kan skape forvirring. Ved korte og forståelige setninger i kommunikasjonen kan aggresjon, uro og frustrasjon derfor unngås.

I en dialog mellom sykepleier og Jenny vil både de verbale og nonverbale signalene komme til uttrykk. Gjennom forståelse av det verbale og det kroppslige budskap oppfatter partene hva den andre vil og sier. Det er her relasjonen utvikler seg i det dynamiske samspillet mellom verbale og nonverbale signaler (Wogn-Henriksen, 2008, s. 90).

Sykepleier tolker gjennom kroppsspråket til Jenny at hun virker urolig og vil ut. Det kan bidra til nærhet og tillit mellom partene at sykepleier fortolker de ikke verbale signalene (Eide & Eide, 2007, s. 200). Det ikke verbale språket sier mye om hvilke holdninger sykepleier har ovenfor Jenny. Ved at sykepleier møter Jennys blick og lytter aktivt med et bekræftende «mm» vil sykepleier formidle at hun gir seg til kjenne eller forstår det Jenny sier (Eide & Eide, 2007, s. 198). Det å lytte aktivt til den andres nonverbale språk gjør at sykepleier kan oppfatte viktig informasjon. Sykepleier har i løpet av Jennys tid på avdelingen lært seg å kjenne henne. Det vil si at man på forhånd kan vite når situasjoner oppstår, og til hvilken grad

de kan eskalere. Kanskje betyr motstanden at Jenny føler fortvilelse og ensomhet eller at hun har behov for trøst? Det å etablere en god relasjon og samtidig prøve å forstå hva pasienten prøver å formidle kan være utfordrende (Eide & Eide, 2007, s. 391).

I følge Eide & Eide finnes det flere kommunikasjonsmetoder som kan brukes for å nå fram til den demensrammede. To av de disse metodene er reminisens og validering. Reminisens er en måte å hente fram gamle minner (2007, s. 391-393). Sejerøe- Szatowski (2004) understreker viktigheten av å jobbe med reminisens. Dette gir pasienten en mulighet for å anerkjenne livet slik det det engang var. For den demensrammede vil minner fra fortiden være lettere huske, enn minner fra nåtiden (Sejerøe-Szatowski, 2004, s. 53). Derfor er det viktig at sykepleier har kjennskap til Jennys livshistorie. Eksempler som kan være til hjelp er bilder eller musikk. Ved å bruke reminisens gir man den demensrammede muligheten til å føle trygghet gjennom kjente omgivelser og ting (Sejerøe-Szatowski, 2004, s. 53).

Mange demensrammede befinner seg i et kaos der de ikke vet hvor de befinner seg eller hvor de skal. Derfor er det viktig at sykepleier gir Jenny hjelp til å huske sin bakgrunnshistorie slik at hun føler både sikkerhet og trygghet (Sejerøe-Szatowski, 2004, s. 53). Reminisens må sees som positivt. Det at man vekker til liv de gode minnene fra tiden som engang var, kan skape en god samtale, og dette er noe som også vi har erfart i vår praksis. På den annen side kan også vonde minner vekkes til liv, eksempel på dette kan være minner om bortgangen til Jennys mann. Dette kan resultere i at Jenny blir både urolig og lei seg. Ved å gi Jenny trøst i en slik situasjon kan sykepleier snu situasjonen og skape tillit til Jenny. Til tross for at man kan vekke vonde minner hos Jenny holder vi fast ved at reminisens er en positiv måte å skape en god kontakt på. I likhet med reminisens skal validering basere seg på pasientens livshistorie. (Sejerøe- Szatowski, 2004, s. 58). Fokuset skal ikke bygge på hva som er sant eller ikke i situasjoner som oppstår, men man skal lytte til det pasienten prøver å formidle, følelser og meninger bak det pasienten sier i den gitte situasjonen (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105-106). Validering betyr at man gjennom lytting skal gjøre følelser gyldige (Sejerøe-Szatowski, 2004, s. 58). Ved at Jennys oppfattelse i en situasjon blir bekreftet av sykepleier, kan hun dermed skape en god relasjon og et tillitsforhold til Jenny. På den andre siden kan også sykepleier risikere at hun gir Jenny et feilaktig bilde og dermed anerkjenne det som ikke er reelt i situasjonen. Samtidig må sykepleier ut i fra situasjoner som oppstår vurdere om hun

skal bruke reminisens eller validering som kommunikasjonsmetode. Det vil derfor være viktig at sykepleier hele tiden kan reflektere hva som er til beste for Jenny.

4.3 Det unike mennesket

Nærhetsetikken sier at sykepleier skal basere seg på fornuft og følelser i tilnærmingen til Jenny (Brinchmann, 2012, s. 117). Kontakten som oppstår mellom sykepleier og Jenny blir et «jeg-du» forhold. I motsetningen til dette er et såkalt «jeg-det» forhold. Dette kan sees på som uetisk (Brinchmann, 2012, s. 118). Alle mennesker er unike individer og kontakten oppstår i møte med andre. Hvordan mennesker har levd er forskjellig og man har ulike verdier. Verdier som er viktig å ikke krenke er identitet, verdighet og autonomi. En truet identitet som følge av sykdom, må styrkes gjennom omsorgen sykepleier gir. Dette kan gjøres ved at sykepleier bidrar til at Jenny får ivaretatt sitt behov for aktivitet (Austgard, 2010, s. 73-74).

Sykepleiers oppgave er å bidra til at Jenny oppnår trivsel og tilhørighet i avdelingen. Dette kan gjøres ved at sykepleier følger normer og prinsipper som sier at man skal støtte Jenny til egenaktivitet med de ressursene hun har (Jahren Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 96). Ansvaret sykepleier har for Jenny er et prinsipp som Martinsen begrunner i ansvaret vi har for de svake i samfunnet. Hun retter kritikk mot helsevesenets effektive og overfladiske omsorg. Dette kan true målet om god omsorg (Martinsen, 2003, s. 3). Som Martinsen sier kan alle mennesker havne i situasjoner hvor man trenger hjelp. Sykepleiers handling må derfor være fundamentert på empati og forståelse for den gamles verdighet (Martinsen, 2003, s. 51-57). Man kan inkludere Jenny når hun viser motstand mot å være i avdelingen. Kanskje sykepleier kan følge opp Jennys ønske om å gå en tur ved å si: «Ja, jeg har også veldig lyst til å ta en tur, kanskje vi kan gå sammen?». Dette kan være med på å endre både sykepleiers og andre ansattes holdninger til Jenny. Slik kan Jenny også oppleve at hun blir sett og hørt (Martinsen, 2003, s. 59).

Et annet alternativ for gode tilnæringsmetoder er holdningsplan. I en holdningsplan blir miljøtiltak som tilrettelegges og iverksettes rundt pasienten beskrevet. Den sier noe om betydning av relasjon mellom sykepleier og pasient, også hvordan sykepleier kommuniserer med pasienten. Planen skal være så konkret som mulig og endres etter hvilke behov pasienten har (Røen, 2016, s. 14-15). Under praksis i sykehjem så vi nytteverdien av holdningsplaner

for enkelte pasienter. Denne planen ble utarbeidet av sykepleiere som hadde kjennskap til pasienten. De hadde også ansvaret for å evaluere effekten av holdningsplan. Dette var et forebyggende tiltak mot bruken av tvang. I planen var pasientens egne ressurser nøye beskrevet, og hvordan tiltaket og aktiviteten skulle tilrettelegges for pasienten (Røen, 2016, s. 14-15). Den beskrev også forslag for hvordan helsepersonell skulle tilnærme seg pasienten. Målet med en slik plan er at pasientens behov blir ivaretatt og at integritet og identitet blir styrket (Røen, 2016, s. 14-15). Disse holdningsplanene ble lest av alle i avdelingen og sikret dermed grunnlaget for god omsorg. Holdningsplanene var også nyttige for oss studenter å lese. Dette bidro til at vi kunne faglig tilnærme oss pasientene på en god måte innenfor etiske rammer. Denne metoden beskriver Johnsen og Smebye som tillitsskapende arbeid. Tillitsskapende arbeid er når du anvender interessefelt eller personlighetstrekk som pasienten kan dra kjensel på (Jonsen & Smebye, 2008, s. 220). Refleksjonsmøter innad i avdelingen kan bidra til gode holdninger blant ansatte, ved at de i fellesskap setter ord på situasjonen som oppstår med Jenny. Det gir rom for at helsepersonell reflekterer over sin egen fremtreden i møte med Jenny (Rokstad, 2008, s. 343). I casen fremkommer det atferdsproblematikk vedrørende Jenny. Denne atferdsproblematikken gis til kjenne ved urolighet, aggresjon og motstand mot kontakt. I holdningsplanen til Jenny skal helsepersonell åpne opp for kontakt, tilnærme seg med hennes navn og eliminere støy og uro momenter som kan påvirke kontakten. Dette forutsetter at det er mest mulig fravær av gjenstander og lyd og annet personell i bakgrunnen I tillegg skal hun tilbys daglige gåturer i følge med personell. Denne metoden kan forebygge eller redusere bruken av tvang (Johnsen & Smebye, 2008, s. 225). Helsepersonell har erfart at motstanden avtar når Jenny forstår at de vil hennes beste.

På den annen side vet ikke sykepleier med sikkerhet at tiltak som holdningsplan er en ønsket metode for Jenny. Den kan frata henne friheten hun søker. Daglige gåturer i følge med personell kan innfri hennes ønske om å gå, men samtidig svekke hennes selvbestemmelsesrett. Tiltakene i holdningsplanen ser ikke alltid ut til å fungere, da Jennys dagsform er varierende. Enkelte dager virker ikke Jenny åpen for kontakt. Hva skal til for å ivareta autonomien og dermed friheten? Det er et spørsmål knyttet til både etisk dilemma, ressurser og faglig forsvarlighet (Pedersen et al. 2013, 1935-1939). Det etiske dilemmaet er sykepleiers handling om å ville det beste for Jenny, men at handlingen (holdningsplan) strider mot prinsippet om autonomi. Det er et grunnleggende behov å kunne foreta selvstendige valg, tross sykdommen (Slettebø, 2013, s. 85-92). Helsevesenet i dagens Norge er preget av for få

sykepleiere. Kompetanseløftet for 2020 videreføres med en strategi om rekruttering av helse- og sosialfaglig personell. En annen strategi er å øke kompetansen til ansatte i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2016, Rekruttering og kompetanse). Dette finner vi igjen i faglitteraturen hvor Smebye (2008) viser til nødvendigheten av at helsepersonell innehar kunnskap som er basert på praksis og erfaringer. Evnen til å ha kunnskap om personer med demens er også viktig i arbeidet med demensrammede. Dette kan fremme en verdig eldreomsorg, hvor de får utfolde seg med de egenskapene og ressursene som de har. Det sikrer også at praksisen blir faglig forsvarlig, fordi pleien blir utført med kunnskaper og erfaringer knyttet til demensrammede (Smebye, 2008, s. 18-19).

I boken til Lanes og Olsen har vi lest historien til et forelsket par i begynnelsen av 50 årene. Den tunge beskjeden om at Olsen har Alzheimer hindrer dem ikke i å leve livet. De fortsetter å dyrke sine interesser ved å reise og delta i sosiale sammenhenger. Verken Olsen eller Lanes ønsker å skjule for omverdenen at han har sykdommen. De snakker ut i både lokalaviser, riksaviser og fjernsynsprogram. Foredragene blir etterspurte fordi de på en ærlig måte knekker det tabubelagte ved sykdommen. Tap av verdighet er årsaken til at det er vanskelig å snakke om sykdommen. Behovet for hjelp og støtte i hverdagen føles nedverdiggende for Olsen. Tap av egenskaper og ressurser og viten om at sykdommen utvikler seg gjør dager mørke og tunge. Det er viktig å ikke bli stemplet som et svakt, sykt og skrøpelig menneske. De vil heller at venner og bekjente møter Jan Henry som et likeverdige menneske (Lanes, Olsen & Andreassen, 2009, s. 5-175). Deres historie kan relateres til situasjonen med Jenny fordi sykdommen fratir henne rutiner som har vært viktige for henne gjennom mange år. Boken har påmint oss om at diagnosen ikke utelukker viljen til å være i bevegelse. Med det mener vi at en person med demens fortsatt har de samme behovene som tidligere og at vi som sykepleiere skal bidra til å ivareta disse behovene. Sykepleierens funksjon er å ha kunnskap om demenssykdom, kjennskap til Jenny og samtidig etisk reflektere for best mulig å håndtere situasjonen (Smebye, 2008, s. 18-19).

5. Konklusjon

I denne bacheloroppgaven valgte vi autonomi og tvang ved demens som tema. Fokuset på demenssykdom har vært gjennomgående i hele studieforløpet. I praksis erfarte vi flere ganger at pasienter ønsket å bevege seg ut av avdelingen på egenhånd, men ble hindret av personalet. På bakgrunn av dette ønsket vi å finne ut hva vi som sykepleiere kan gjøre med den hensikt at pasienten i størst mulig grad kan bestemme selv.

I oppgaven har vi valgt å drøfte flere faktorer som kan ivareta pasientautonomien, men vi har ikke funnet noe entydig svar på vår problemstilling. Selv om sykepleiere ser pasienten som en selvbestemmende person og respekterer dennes valg, kan det være nødvendig å utøve tvang av hensyn til pasientens sikkerhet. Velferdsteknologi kan bidra til at pasienten opplever frihet til å bevege seg rundt omkring, men den kan samtidig redusere nærheten mellom sykepleier og pasient. Det er viktig å vurdere hvor mye frihet pasienten trenger ved å individualisere tiltakene. Faren for at pasienten blir «oversett» eller overlatt til seg selv er tilstede. Teknologien kan forebygge bruken av tvang, men det kreves både fagutvikling og nok ressurser i helsetjenesten.

Nærheten til pasienten er avgjørende for å gi god omsorg. Med empati har man lettere for å sette seg inn i pasientens ståsted og samtidig forstå henne. Holdningsplan er et sykepleiefaglig tiltak som kan bidra til at pasienten blir møtt med riktige tilnæringsmetoder. Dette kan styrke hennes autonomi fordi man fokuserer på at tiltaket skal framheve pasientens ressurser. Ulike kommunikasjonsverktøy vil kunne gagne relasjonen mellom sykepleier og pasient. Når pasienten føler tillit til sykepleier vil også tryggheten være tilstede, og det er stor sjanse for at tvang kan forebygges.

På bakgrunn av den demografiske utviklingen i Norge kan man anta at antall pasienter med demenssykdom vil øke i årene som kommer. Det er nødvendig at helsepersonell møter pasientgruppen med gode holdninger og nok fagkunnskap for å vite når og hvordan autonomien skal ivaretas. Dette er langt på vei et ressurs spørsmål som politikere må håndtere. I noen kommuner er det satt i gang kampanjer for å øke kunnskapen om demens i befolkningen. Dette gjøres i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelse. Slike kampanjer gir oss tro på en bedring i demensomsorgen i årene som kommer.

6. Litteraturliste

- *Alzheimer Europe. (2013). *Norway- The prevalence of dementia in Europe*. Hentet fra <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Norway>
- *Askautrud, M. & Ellefsen, B. (2008). Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis. *Nordic Journal of Nursing Research*, 28(4), 4-8.(4 sider). Hentet fra <https://doi.org/10.1177/010740830802800402>
- *Ausen, D. Svagård, I. Øderud, T. Holbø, K. Bøthun, S. & SINTEF. (2013). *Trygge spor- GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens. En rapport*. (64 sider). Hentet fra <http://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/trygge-spor/trygge-spor-rapport-enkle-sider-lav-opplosning.pdf>
- *Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis- Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelens Forlag AS. (150 sider).
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. (2015). *Fremtidens primærhelsetjenestenerhet og helhet*. (Meld. 26, 2014-2015). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner-samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Engedal, K. & Haugen, P.K. (2005). *Lærebok demens: Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. (355 sider)
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, FOR-1988-11-14-932. (2013). Hentet fra: <https://lovdata.no/>

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb. & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1.utg., 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. (2016). *Rekruttering og kompetanse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/rekruttering-og-kompetanse#kompetanseloft-2020> (23.02.2017)

*Høyland, K. Woods, R. Halvorsen, T. Kirkevold, Ø. & Haugan, Ø. (2015). Er smått alltid godt i demensomsorgen? *OM BO- OG TJENESTETILBUD FOR PERSONER MED DEMENS*, 33(3), 1-131. (131 sider). Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.4193.8002>

*Jakobsen, R. & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: narratives of a care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289-300. (11 sider) Hentet fra:

<http://dx.doi.org/10.1177/0969733009355375>

*Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 10:125, 1346-1348. (3 sider) Hentet fra:

<http://tidsskriftet.no/2005/05/tema-sykehjemsmedisin/bruk-av-tvang-i-sykehjem>

Kirkevold, M. (2008). Gammel og syk. I K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 23-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Lanes, L, Olsen., J.H.T. & Pettersen, H. (2009). *Skynd deg å elske*. Oslo: Kagge Forlag AS. (175 sider).

*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget (116 sider).

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

*Niemeijer, A., Depla, M., Fredriks, B. & Hertogh, C. (2015). The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care. *Nursing Ethics*, 22(3), 307-320. (13 sider). Hentet fra:

<http://dx.doi.org/10.1177/0969733014533237>

*Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (174 sider)

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015). Hentet fra:

<http://www.lovdata.no>

*Pedersen, R., Hem, M.H., Gjerberg, E. & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter norsk lovgivning. *Tidsskriftet for den Norske Legerforening*, 18:133, 1935-1939. (4 sider).

Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0237>

Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L. (Red.). (2008). *Personer med demens- Møte og samhandling* (1. utg.). Oslo: Akribe AS.

Røen, I. (2016). Kort introduksjon av de fire metodene. I J. Røsvik, M. Mjørud, A.M.M. Rokstad, M. Munch & I. Røen, *Temahefte om implementering av personsentrert omsorg* (s. 10-15). [Tønsberg]: Aldring og helse- Nasjonal kompetansetjeneste.

*Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens-Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (100 sider).

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 169-179). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sosialdepartementet. (1992). *Trygghet- Verdighet- Omsorg*. (NOU 1992:1.) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154788-nou1992-1.pdf>

Til sammen selvvalgt litteratur: 1300 sider.

Vedlegg 1: PICO- skjemaet

1. På hvilken måte kan sykepleiere ivareta pasientautonomi?

Patients/population/ problem HVEM?	Intervention/initiativ/ action HVA?	Comparison ALTERNATIVE R?	Outcome RESULTAT/EFFEKT	
Beskriv typen pasienter	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	↑
Demente Dementia	Sykepleie Nursing Kommunikasjon Communication Non verbal kommunikasjon Non verbal communication Tvang Coercion		Ivaretagelse av autonomi Forebygge rastløshet Forebygge vandring Tillitsoppbygging Tilrettelegging for personen med demens	↓
← AND →				

Vedlegg 2

Database	Søkeord	To-kombinasjonsord	Tre-kombinasjonsord	Artikkel i fulltekst
SAGE Journals 2008-2017 Søking i fritekst: Tema: Research Article og Nursing Dato: 15.02.2017	Autonomi	Autonomi AND demens		<i>«Autonomi i sykehjem- En beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis»</i>
Antall treff	36	5		
Svemed+ 2008-2017 Dato: 15.02.2017	Nursing homes	Nursing homes AND coercion		<i>«Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning»</i>
Antall treff	439	7		
EBSCOhost 2008-2017 Dato: 15.02.2017	Dementia	Dementia AND nursing homes	Dementia AND nursing homes AND freedom	<i>«The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care»</i>
Antall treff	82 817	7576	60	
EBSCOhost 2008-2017 Dato: 15.02.2017	Dignity	Dignity AND nursing homes	Dementia AND nursing homes AND autonomy	<i>«Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers»</i>
Antall treff	9717	584	89	