

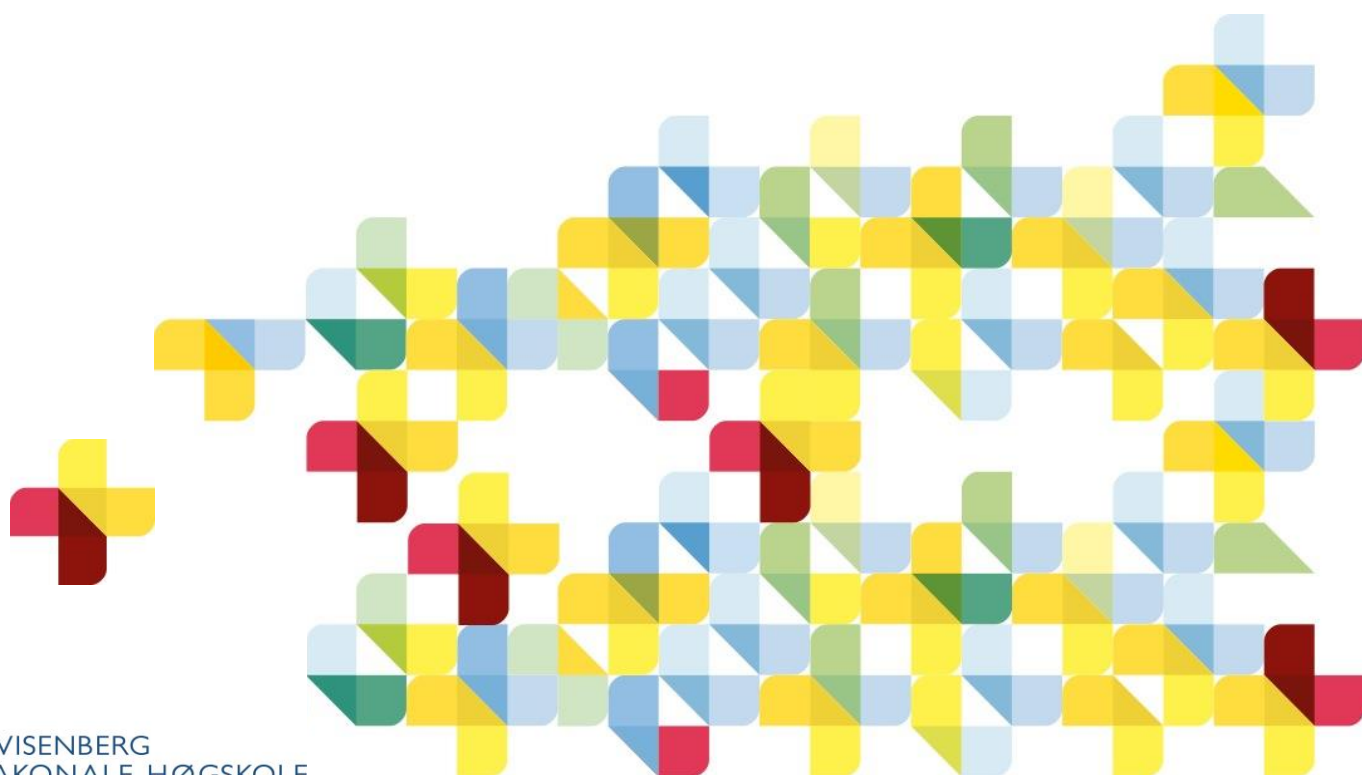
Frivillighet eller tvang – sykepleie i grenseland



Kandidatnummer: 422
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10 528
Dato: 14.04.2016



Tittel: Frivillighet eller tvang – sykepleie i grenseland

ABSTRAKT

Problemstilling Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge ulovhjemlet bruk av tvang i samhandling med mennesker med demens?

Metode Denne bacheloroppgaven er basert på en litteraturstudie. Det er anvendt pensumlitteratur og fagbøker, forskningsartikler, temarapporter, lovverk og internett. Forskningsartiklene ble funnet i Cinahl og SweMed.

Teoretisk perspektiv Den sykepleiefaglige referanserammen i oppgaven er Kari Martinsen sin omsorgsteori. Her vektlegges omsorg som grunnleggende i mellommenneskelige relasjoner. Omsorg ses som relasjonelt begrep, som moralsk begrep og som konkrete situasjonsbetingede handlinger.

Drøfting I drøftingsdelen av oppgaven vil det bygges videre på den sykepleiefaglige referanserammen og de juridiske føringene. Kari Martinsens omsorgsteori blir sett opp mot resultatene i forskningsartikler og temarapporter. Både samfunnets og sykepleiers holdninger til mennesker med demens vil drøftes. Tillitsskapende tiltak vil drøftes, og videre vil viktige faktorer som kjennskap til pasienten, kompetanse og rammefaktorer i sykehjem belyses. Maktbalansen i relasjonen mellom sykepleier og pasient vil diskuteres i lys av forskning og Martinsens omsorgsteori. I tillegg vil egne erfaringer fra kliniske studier bli presentert der det passer inn.

Konklusjon Funnene i denne bacheloroppgaven kan tyde på sykepleier kan arbeide for å forebygge ulovhjemlet bruk av tvang på flere måter. Rammefaktorene sykepleier jobber innenfor er viktig; at personalet har riktig kompetanse og at sykepleier har tid til å jobbe forebyggende. Det som også viser seg å ha betydning er hvilke holdninger sykepleier har til mennesket med demens. I tillegg viser det seg at kjennskap til pasienten er svært viktig i arbeidet med å forebygge for ulovhjemlet tvangsbruk.

Nøkkelord: demens, tvang, tillitsskapende tiltak, personsentrert, sykepleie

Hva ser du søster?

*Hva ser du søster i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
litt griset og rotet hvor hun har ligget.*

*Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!*

*Jeg er ungmø på 16
med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn,
i mitt eget hjem går jeg lykkelig 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 latter.
Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene som 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 og hjem,
det er så mye som opptar dem.*

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!*

*Der er MEG du må prøve å se -
og finne!*

(ukjent forfatter)

Innhold

1	Innledning	1
1.1	<i>Avgrensninger</i>	1
1.2	<i>Oppgavens oppbygging</i>	2
1.3	<i>Begrepsavklaringer</i>	2
2	Metode	3
2.1	<i>Hermeneutikk</i>	3
2.2	<i>Litteraturstudie</i>	3
2.3	<i>Søkehistorikk</i>	4
2.4	<i>Kildekritikk</i>	4
3	Beskrivelse av målgruppen	6
3.1	<i>Kognitive symptomer på demens</i>	6
3.2	<i>Atferdsmessige og psykiske symptomer på demens</i>	7
3.4	<i>Holdninger til demens</i>	8
3.5	<i>PERSON-med-demens</i>	9
4	Juridiske føringer	10
4.1	<i>Samtykkekompetanse</i>	10
4.2	<i>Når pasienten motsetter seg helsehjelpen</i>	10
4.3	<i>Menneskerettigheter</i>	11
5	Sykepleiefaglig referanseramme	13
5.1	<i>Kari Martinsens omsorgsteori</i>	13
5.2	<i>Nærhetsetikk</i>	15
5.3	<i>Velgjørenhetsprinsippet</i>	15
5.4	<i>Ikke skade-prinsippet</i>	16
6	Drøfting	17
6.1	<i>Samfunnets syn på mennesker med demens</i>	17
6.2	<i>Sykepleiers holdning til mennesker med demens</i>	17
6.2	<i>Tillitsskapende tiltak</i>	19
6.2.1	<i>Helhetlig tenkning og kjennskap til pasienten</i>	20
6.2.2	<i>Erfaringsoverføring</i>	21
6.2.3	<i>Refleksjonsgrupper</i>	21
6.2.4	<i>Kompetanse</i>	22
6.2.5	<i>Kommunikasjon</i>	24
6.3	<i>Rammefaktorer og rutiner</i>	25
6.4	<i>Makt og avhengighet</i>	27
6.5	<i>Personsentrert omsorg</i>	28
7	Avslutning	30
	Litteraturhenvisninger	32

1 Innledning

I 2015 ble det antatt at 47,5 millioner mennesker hadde demens på verdensbasis (World Health Organization, 2015). I Norge antas det at omtrent 66 000 mennesker har en demenssykdom (Stand, Tambs, Engedal, Bjertness, Selbæk & Rosness, 2014). I norske sykehjem har omtrent 80 % av pasientene en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 7, 13). Gjennom forarbeider før valg av tema fant jeg temarapporten «Menneskerettigheter i norske sykehjem» (2014) som beskriver grove ulovhjemlede tvangstiltak. Også i Kirkevold (2005) kommer det frem at 45 % av pasientene i skjermede avdelinger blir utsatt for minst ett tvangstiltak i uken. Gjennom å lese om tema økte min interesse for å undersøke feltet nærmere. Jeg har valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge ulovhjemlet bruk av tvang i samhandling med mennesker med demens?»

Bacheloroppgaven skal belyse et tema som er innenfor sykepleierens kjernekompetanse. I denne oppgaven er det som kliniker sykepleier møter pasienten. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011) skal sykepleie baseres på respekten for menneskets liv og iboende verdighet, og skal blant annet bygges på omsorg og internasjonale menneskerettigheter. Sykepleier skal beskytte pasienten mot krenkende handlinger, dette inkluderer ulovhjemlet rettighetsbegrensning og tvang (Norsk sykepleierforbund, 2011). Min hypotese er at med økt kunnskap og forståelse for temaet, kan sykepleier styrke egen fagkompetanse, bli oppmerksom på egen atferd i møte med pasientene og blir tryggere i sin yrkesutøvelse. I tillegg kan sykepleier, ved hjelp av fagkunnskap og sine holdninger, bidra til å skape gode holdninger blant annet pleiepersonell. I de tilfeller der tvangstiltak benyttes uten at det finnes hjemmel for det i loven, er det ulovhjemlede tvangstiltak som brukes. Det er i denne gråsonen jeg undersøker feltet nærmere.

1.1 Avgrensninger

I denne oppgaven begrenses målgruppen til å være mennesker med moderat grad av demens, med alder over 70 år. Dette fordi det er her prevalensen er størst (Rokstad, 2014, s. 38). Pasienten bor på en skjermet langtidsavdeling på sykehjem. Pasienten har norsk som morsmål og har etter Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3 (1999) ikke samtykkekompetanse.

Pårørendearbeid er en viktig del av å arbeide med mennesker med demens. Pårørende kan ofte ha nyttig informasjon og en unik forståelse for pasienten, men på grunn av oppgavens omfang velger jeg bort pårørendearbeid i denne oppgaven.

1.2 Oppgavens oppbygging

Innledningen og bakgrunnen for oppgaven presenteres i kapittel 1. Deretter presenteres metoden i kapittel 2. I kapittel 3-5 presenteres teorien som består av presentasjon av målgruppe, juridiske føringer og menneskerettigheter, etiske aspekter og sykepleiefaglig referanseramme. Kapittel 6 er drøftingskapittel. Avslutningsvis i kapittel 7 vil jeg oppsummere funnene i oppgaven.

1.3 Begrepsavklaringer

Jeg ønsker å klargjøre 2 sentrale begreper som gjentar seg i flere deler av oppgaven: Pasient, person, menneske og ulovhjemlet bruk av tvang.

Pasient, person, menneske

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) blir en pasient beskrevet 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». I denne oppgaven har jeg valgt å omtale målgruppen som pasient, person og menneske slik det faller seg naturlig i en sammenhengende tekst. I samhandling med målgruppen handler det om å være profesjonell som sykepleier, men det handler også om å være et medmenneske med kunnskap om personen man samhandler med. Derfor vil jeg vekselvis bruke de ulike begrepene.

Ulovhjemlet bruk av tvang

En definisjon på tvang kan ifølge Johnsen og Smebye (2014, s. 210) være at tvang er fravær av samtykke. I denne oppgaven vil Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4A være relevant for å beskrive i hvilke situasjoner tvang kan være lovhemlet. I de tilfeller der sykepleier benytter tvangstiltak, og det ikke finnes lovhemmel for det, vil det i denne oppgaven bli omtalt som ulovhjemlet tvangsbruk.

2 Metode

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, gjengitt etter Dalland, 2015, s. 110)

Metode er det redskapet vi har i møte med noe vi vil finne ut mer om. Den er til hjelp når vi samler informasjon som er nødvendig for undersøkelsen. Kvantitativ metode gir oss data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode ønsker å fange opp opplevelser og mening som ikke er målbart (Dalland, 2015, s. 112).

2.1 Hermeneutikk

Hermeneutikken ligger innenfor det humanvitenskaplige paradigme. Denne vitenskapen hjelper oss til å forstå. En forståelsestolkning av tekster kalles hermeneutisk tilnærming. I fortolkning av tekster er målet å forstå eller å finne meningen i noe hvor utgangspunktet kan være uklart. Den humanistiske tilnærmingen i hermeneutikken gir muligheter for å forstå viktigheten av menneskers handlinger, livsytringer og språk som en grunnbetingelse for menneskelig eksistens. En kritikk til hermeneutisk tilnærming er at den som undersøker et fenomen vil tolke meningen i tekstene med sine egne «briller»; sine egne erfaringer, preferanser, kunnskap og holdninger. På den måten kan andre være kritiske, fordi andre kan se saken på andre måter (Dalland, 2015, s. 56,57).

2.2 Litteraturstudie

Mine midler til å besvare problemstillingen består i pensumlitteratur og fagbøker, juridiske føringer, kvalitative forskningsartikler, temarapporter og enkelte nettsider. Det vil si at det benyttes sekundærdata, altså data andre har samlet inn. I litteraturstudier er hensikten å få frem fagfeltets kunnskapsstatus. For å kunne fastslå hva man vet, er det nødvendig å sammenstille teorier og funn og få frem kunnskap som er skapt på et spesielt fagfelt (Jacobsen, 2010, s. 54). I drøftingsdelen velger jeg å ta inn noen eksempler fra kliniske studier. Dette for å knytte teori og nyeste kunnskap opp mot klinisk utøvelse av sykepleie.

2.3 Søkehistorikk

Ved å gjøre ulike søk i databaser fant jeg de forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven. Jeg har gjort søk i Cinahl, PubMed og SweMed.

Søkeord «coercion», «dementia», «alzhimers disease», «enviroment», «physical restraint», «challenging behaviour», «nurs*», «nursing home» og «dementia care» i ulike kombinasjoner.

2.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2015) trekkes gyldighet, holdbarhet og relevans frem som viktige faktorer i vurdering av kildene. Innenfor tema demens er litteraturutvalget stort. Dersom det søkes i Cinahl med søkeord «dementia» får en opp 30 855 artikler. Det finnes mange fagartikler, fagbøker og artikler på internett som omhandler demens. Utvalget av litteratur som både omhandler demens og bruk av tvang har imidlertid vist seg å være mindre. Et søk i Cinahl med søkeordene «dementia» og «coercion» gir 8 treff. Dette kan bety at tilgangen til forskningsartikler som omhandler temaet er begrenset. I arbeidet med å søke etter forskningsartikler har jeg vært særlig oppmerksom på at artiklene er nyere enn 10 år, og at artiklenes problemstilling, tema og resultat kunne ses i forhold til gyldighet, holdbarhet og relevans for oppgavens problemstilling.

Relevans

Relevans forteller oss hvilken verdi kilden har med tanke på å besvare problemstillingen i oppgaven. I denne oppgaven benyttes i alt 4 forskningsartikler. Artikkelen til Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen (2012) belyser hvordan sykepleiere jobber for å forebygge bruk av tvang, mens artikkelen til Lejman, Westerbotn, Pöder og Wadensten (2013) undersøker hvordan sykepleiere jobber for å sikre pasientene rettssikkerhet, god sykepleie og for å ivareta verdighet og integritet. Artiklene til Hem, Gjerberg, Pedersen og Førde (2010) og til Garden og Hauge (2012) undersøker sykepleieres og pleiepersonells erfaringer med bruk av tvang. Alle artiklene bidrar på ulike måter med å belyse problemstillingen i oppgaven og blir derfor ansett å være relevante.

Gyldighet og holdbarhet

Gyldigheten til en kilde handler om hvor troverdig den er. Holdbarheten beskrives gjerne som kildens ekthet (Dalland, 2015, s. 74). Gjennomgående for forskningsartiklene benyttet i denne

oppgaven er at avdelingsledere rekrutterte deltagerne til studiene. Spørsmålet da blir hvorfor ble akkurat disse deltagerne valgt til å delta, og hvem ble ikke valgt ut til å delta? Det er umulig å si noe om dette har hatt påvirkning på resultatene i studiene.

Både artikkelen til Lejman et al (2013) og artikkelen til Garden og Hauge (2012) har lite utvalg i sine studier, henholdsvis 10 og 8 deltakere. I kvalitativ forskning kan utvalget være lite. Resultatene i studiene kan ikke generaliseres for demensomsorgen generelt fordi utvalget er lite. Studiene er allikevel inkludert i oppgaven fordi de anses å være relevante i forhold til oppgavens problemstilling. Studiene er kvalitetssikret gjennom bruk av «sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning» (Kunnskapssenteret, 2014) og er vurdert til å både være gyldige og holdbare.

Alle artiklene er skrevet i løpet av de siste 6 årene. Sykepleiefaget er i stadig utvikling, og det er derfor viktig å finne litteratur som presenterer den nyeste kunnskapen. Artikkelen til Hem et al (2010) er den eldste artikkelen som anvendes i denne oppgaven. Jeg velger å allikevel benytte den i oppgaven da jeg mener at studien er relevant for problemstillingen.

3 av artiklene er norske, mens artikkelen til Lejman et al (2013) er svensk. Sverige ligger nær Norge, både geografisk og kulturelt. Av den grunn ble studien inkludert. Både artikkelen til Lejman et al (2013) og artikkelen til Gjerberg et al (2013) er skrevet på engelsk. Dette kan føre til feiltolkning da artiklene har vært gjennom en oversettelsesprosess.

3 Beskrivelse av målgruppen

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom, og kjennetegnes ved svekkelse i den mentale kapasiteten og svikt i psykologiske prosesser. Dette gjør at mennesker med moderat grad av demens trenger tid på å oppfatte og forstå et budskap og gjennomføre en handling. Kognitive symptomer på moderat grad av demens kan være redusert oppmerksomhet, redusert hukommelse og læringsevne, redusert språkevne og handlingssvikt. Psykiske og atferdsmessige symptomer kan være depresjon, angst, psykose, tidsforskyving, utfordrende atferd og motorisk uro. Hvilke symptomer som er fremtredende kan fortelle oss hvilke deler av hjernen som er rammet (Berentsen, 2013, s. 354-363). Jeg velger å gå nærmere inn på oppmerksomhet, redusert hukommelse og læringsevne, redusert språkevne og handlingssvikt, samt angst, tidsforskyving, utfordrende atferd og motorisk uro. Dette fordi det er mest relevant for denne oppgaven.

3.1 Kognitive symptomer på demens

Fokusert oppmerksomhet handler om å holde fokuset på en oppgave over tid, uten å la seg distrahere av andre ting. Kommunikasjon med andre krever denne typen oppmerksomhet (Berentsen, 2013, s. 356). Redusert hukommelse reduserer evnen til ny læring.

Hukommelsessvikt er et av de tidligste symptomene på utvikling av demenssykdom. Å lære krever oppmerksomhet og evne til å forstå og oppfatte ord, sanseopplevelser, objekter eller handlinger. Ved demenssykdom kan det være skader i områder av hjernen som oppfatter sanseintrykk, noe som vanskeliggjør tolkningen av inntrykkene. Korttidshukommelse er evnen til å kunne huske informasjon eller opplevelser i omtrent 20 sekunder. Ved moderat grad av demens er både korttids- og langtidsminnet redusert (Berentsen, 2013, s. 356, 357).

Demens kan føre til at det ene, eller begge, språksentrene i venstre hjernehalvdel skades. Språket er viktig for å kommunisere med andre mennesker, og afasi kan derfor gi store utfordringer i hverdagslivet og i sosial samhandling (Berentsen, s. 357).

På grunn av svikt i evnen til å orientere seg i rom og å planlegge, klarer ikke personer med handlingssvikt å gjennomføre praktiske handlinger. Å tenke abstrakt kan være svært utfordrende. Dersom pasienten har handlingssvikt er det svært viktig at miljøet rundt tilpasses og forenkles (Berentsen, 2013, s. 359).

3.2 Atferdsmessige og psykiske symptomer på demens

Angst er et vanlig tilleggssymptom ved demenssykdom. Angst kjennetegnes ved en diffus, indre uro. Personen føler seg redd og urolig uten at det rent fornuftmessig er noe å være redd for. Mennesker med demens kan mangle oversikt over sin situasjon, og kan befinne seg i en institusjon de ikke kjenner igjen. Redusert opplevelse av å mestre situasjoner, kombinert med nedsatt språkfunksjon, kan medføre at de ikke klarer å ha kontroll over situasjonen og at de i liten grad kan uttrykke spørsmål de måtte ha. Dersom pasienten er utrygg på grunn av manglende forståelse av situasjonen, kan dette utløse panikkangst. Personer med demens kan også ha angst for å bli forlatt. Pasienten kan da følge personalet over alt, og virke klamrende. De er redde for å være alene. Personer med demens kan også ha angst for spesifikke situasjoner, for eksempel dusjing. Mennesker med demens med nedsatt språkfunksjon er avhengige av at de rundt seg kan tolke og forstå nonverbal kommunikasjon, som ansiktsuttrykk, kroppsholdning, mimikk, respirasjon, skjelving og endret atferd (Berentsen, 2013, s. 360).

Ved tidsforskyvning opplever pasienten på nytt noe som skjedde for lenge siden. Dette kan for eksempel være en pasient som tidligere hadde en viktig jobb, og nå står og hamrer på utgangsdøren i avdelingen. Han sier han skal på jobb og er frustrert og sint fordi han ikke kommer ut. Tidsforskyvning skal ikke behandles medikamentelt (Berentsen, 2013, s. 362).

Irritabilitet og aggressiv atferd er vanlig ved de formene for demens som skader frontallappen i hjernen. Dette fordi pasienten mister evnen til impuls kontroll og kritisk sans. Pasientens atferd kan bli voldelig dersom det tidligere har vært pasientens reaksjonsmønster. Hos noen pasienter er utagerende atferd en konsekvens av demensutviklingen. Angrepsaggressivitet kommer helt plutselig og uten noen klar trigger. Når pasienten opplever uoversiktlige eller vanskelige situasjoner er forsvarsaggressivitet vanlig. Pasientens aggressivitet kan være forårsaket av angst. Kommunikasjonsutfordringer mellom personalet og pasienten kan lede til irritasjon, angst og aggresjon (Berentsen, 2013, s. 362).

Mennesker med moderat grad av demens kan være rastløse og urolige. Noen plukker på ting, og noen har vanskelig for å sitte i ro selv en kort stund. Det er en utfordring for personalet å finne ut av hva denne atferden er uttrykk for, men noen ganger kan pårørende gi informasjon om pasientens vaner før sykdomsdebut. Dette kan gi personalet en indikasjon på hva atferden kommer av (Berentsen, 2013, s. 362).

3.4 Holdninger til demens

I den vestlige kulturen legges stor vekt på et velfungerende intellekt og en sunn kropp. Det er viktig å være «klar i hodet». Et fullverdig liv er gjerne knyttet til å ha en klar bevissthet og intakte kognitive funksjoner. Ordet «dement» kan oversettes til å bety «uten sjel» eller «avsjelet». Dette kan videre føre til at mennesker med demens kan oppfattes som «hjernedøde», helt uten menneskelige følelser. Dementofobe holdninger kan komme frem i dagligtalen ved at en omtaler mennesker med demens som «grønnsaker» eller «helt bortreist» (Rokstad, 2014, s. 67).

Den politiske debatten fokuserer i særlig grad på hvordan eldre mennesker blir friskere og friskere. Det fokuseres på hvilke servicetilbud de eldre skal ha, hvordan de skal få bestemme hvilken hjemmehjelp de ønsker og debatten preges av hvordan mennesker i yrkesaktiv alder ønsker å ha det når de blir eldre. De svakeste og mest hjelpetrengende av de eldre fornektes og fortrenkes. Samfunnets søkelys trekkes mot de spreke, friske eldre, og bort fra å øke kunnskapen om hvilke behov mennesker med demens har i ulike sykdomsfaser (Rokstad, 2014, s. 68).

Noen mener at det å være et menneske innebærer å være et tenkende og intelligent individ, som resonnerer og reflekterer. Derigjennom forutsetter det å være menneske intakte kognitive evner, og har man ikke det blir man en «ikke-person». Denne holdningen til mennesket parallelliserer livskvalitet med autonomi og mulighet for selvstendig handling. Dermed blir et liv med demenssykdom sett på som et uverdige liv (Rokstad, 2014, s. 68).

I studien til Lejman et al (2013) kommer det frem at noen sykepleiere har overbevist seg selv om at mennesket med demens sin «problematiske atferd» kommer av mangel på innsikt i egen situasjon. På grunn av dette ble tvangstiltak sett på som nødvendige. I følge artikkelen kan det tenkes at sykepleierne forstod lovens føringer som føringer for å forhindre fall og skade, og ikke som rettigheter som beskyttet pasientens autonomi, frihet og frivillighet.

Helsepersonell preges av samfunnets holdninger til mennesker med demens og fagfeltets beskrivelser av pasientgruppen. De siste årene har det vært økt fokus på mennesket med demens sin subjektive opplevelse av sykdommen, men det er fortsatt fagfolk som blir

overrasket når pasienten selv kan beskrive endringer og symptomer i eget sykdomsbilde. Pasientene gir ofte tilbakemelding om at de føler deres subjektive opplevelser og erfaringer blir devaluert og overhørt av helsepersonell. Å flytte fokuset fra funksjonssvikt hos mennesker med demens til å vektlegge pasientens subjektive opplevelse av sykdommen kan gi verdifull informasjon til sykepleier. På den måten anerkjenner sykepleier at personen er kompetent på sin situasjon. Dersom helsepersonell endrer sine holdninger, og ikke inntar en paternalistisk holdning, vil pasientens ønsker og behov komme tydeligere frem. Dette vil kunne bedre samarbeid og relasjon mellom sykepleier og pasient (Rokstad, 2014, s. 69).

3.5 PERSON-med-demens

Det finnes ulike syn på demenssykdom. Noen legger stor vekt på de biomedisinske forandringene i hjernen, symptomer på sykdom og funksjonssvikt. Filosofien i den vestlige verden har lagt stor vekt på evne til rasjonell tenking og intellekt. Tom Kitwood, en britisk sosialpsykolog, er opptatt av det «å være en person» i forbindelse med utvikling av demenssykdom. Han mener samfunnet setter en verdi på mennesket på en slik måte at bortfall av kognisjon reduserer et unikt individ til et tilfelle. Personen blir ikke anerkjent som et fullverdig og unikt individ. Han ønsker å flytte vår referanseramme fra person-med-DEMENS til PERSON-med-demens. Vi flytter fokus fra sykdommen til å fokusere på personen. Kitwood mener de hjerneorganiske endringene demenssykdom fører til er viktige og de skal vektlegges, men sykepleiere må også se en sammenheng mellom dette og personlighet, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. Personligheten vår er et resultat av de ressurser vi har, vår personlige utvikling og av forsvarsmekanismene vi bruker. Helse omhandler både fysisk og psykisk helse og sansefunksjon, mens nevropatologi handler om de hjerneorganiske forandringene som følge av demenssykdom. Sosialpsykologi omhandler våre omgivelser og våre relasjoner til andre mennesker. Ved utvikling av demenssykdom går ferdigheter tapt og stemnings- og handlingsmønstre endres. Handlingsmønstre påvirkes av de kognitive forandringene, men endret handlingsmønster kan også komme som et resultat av tapte ressurser og et sammenbrudd i det psykologiske forsvaret. Dette kan medføre at personen med demens føler sinne, frustrasjon, sorg, redsel eller forvirring. For å kunne møte de utfordringene pasienten opplever i sin demenssykdom trengs det en omsorg som er personsentrert. Dette innebærer at sykepleier ser hele mennesket, legger til rette for at pasienten skal kunne bruke sine ressurser, tilrettelegger for selvstendighet og respekterer pasientens identitet (Rokstad, 2014, s. 68,69,70).

4 Juridiske føringer

I 2010 og 2011 gjennomførte Helsetilsynet tilsyn hos sykehjem i 103 av landets kommuner. Målet med tilsynet var å undersøke og avdekke brudd på lovens bestemmelser angående bruk av tvang. I ca. 86 % av de undersøkte kommunene ble det påvist lovbrudd (Statens helsetilsyn, 2013, s. 10). Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 4A beskriver tilgangen til bruk av tvang ovenfor pasienter som mangler samtykkekompetanse. Formålet beskrives som å yte nødvendig helsehjelp for å forhindre vesentlig helseskade. Målet med kapittelets bestemmelser er å *forebygge og begrense bruken av tvang*.

4.1 Samtykkekompetanse

I pasient- og brukerrettighetslovens (1999) § 4-3 behandles hvem som har samtykkekompetanse. Hovedregelen er at mennesker over 16 år har rett til å samtykke eller avstå fra helsehjelp. I andre ledd behandles når samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis. En persons evne til å ta avgjørelser angående egen helse kan variere ut ifra hvilke tiltak det er snakk om. Med mindre det fremstår som helt åpenbart at pasienten ikke forstår hva samtykket gjelder og hvilke konsekvenser å motta eller avstå fra behandlingen har, skal pasienten beholde sin samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2015, s. 36).

I denne oppgaven er målgruppen ikke samtykkekompetent. Det betyr at behandlingsansvarlig har kommet frem til at deres kognitive svikt er av en sånn karakter at det i noen situasjoner er åpenbart at de ikke forstår hva samtykket gjelder. Slike situasjoner kan for eksempel handle om behandlingsavklaring ved behov for antibiotika eller andre livsnødvendige legemidler. Det er imidlertid viktig å huske at pasienten kan ha samtykkekompetanse i andre, hverdagslige situasjoner. Dette inkluderer autonomi i personlig hygiene, ernærings situasjoner og medisiner forordnet som «ved behov». Sykepleier må derfor kunne vurdere målgruppens samtykkekompetanse i enhver situasjon.

4.2 Når pasienten motsetter seg helsehjelpen

Som hovedregel skal helsepersonell forsøke tillitsskapende tiltak før tvang benyttes. Det er strenge vilkår for å yte helsehjelp med tvang. Tvangstiltak skal aldri benyttes på grunn av mangelfull kompetanse eller for å spare ressurser. Det skal så langt det er mulig legges til rette for at pasienten skal kunne utøve sin selvbestemmelsesrett (Helsedirektoratet, 2015, s. 67).

§ 4A-3 behandler adgangen til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg. Det er kun dersom det er åpenbart formålsløst å forsøke tillitsskapende tiltak at det ikke er nødvendig å forsøke det. Dette kravet er svært strengt, og det skal mye til før det er åpenbart formålsløst å forsøke tillitsskapende tiltak (Helsedirektoratet, 2015, s. 67).

Dersom pasienten til tross for forsøk med tillitsskapende tiltak fortsatt motsetter seg helsehjelpen, kan det være adgang til å gi tvungen helsehjelp dersom vilkårene i loven er oppfylt. Det første vilkåret er at dersom helsehjelpen ikke gis, kan det føre til vesentlig helseskade og den må være nødvendig. Det betyr at det blir stilt krav til konsekvensene av å ikke gi helsehjelpen. Helseskaden skal være vesentlig, det vil si at den kan få alvorlige konsekvenser eller ha betydelig omfang. Det er en viss adgang for at helsepersonell kan bruke sitt faglige skjønn. Noe som i utgangspunktet ikke blir sett på som potensielt vesentlig helseskade, kan bli det dersom det ikke blir behandlet (Helsedirektoratet, 2015, s. 67).

Dersom en finner at det er fare for vesentlig helseskade dersom helsehjelpen ikke blir gitt, må også tiltaket stå i forhold til behovet for helsehjelp. Gevinsten av tiltaket må virke klart mer positivt enn de eventuelle negative konsekvensene av tvangsbruken. Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, skal det også foretas en helhetsvurdering. Helsepersonellet skal gi pasienten faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, jf. Helsepersonellovens (1999) § 4 og skal særlig legge vekt på graden av motstand og om det er nærliggende å tenke at pasienten i nær fremtid vil gjenvinne sin samtykkekompetanse. Når helsepersonell skal vurdere graden av motstand er det særlig sentralt å vurdere om motstanden pasienten gir er åpenbar og tydelig. Dersom det kan tenkes at pasienten i nærmeste fremtid kan gjenvinne sin samtykkekompetanse, må det vurderes om helsehjelpen kan utsettes til pasienten igjen kan samtykke. Hos mennesker med demens kan deres kompetanse til å samtykke variere i løpet av dagen (Helsedirektoratet, 2015, s. 70).

4.3 Menneskerettigheter

Den europeiske menneskerettskonvensjonens artikkel 3 omhandler retten til beskyttelse mot mishandling og nedverdiggende og umenneskelig behandling. Når en skal vurdere om helsehjelpen pasienten mottar er nedverdiggende eller umenneskelig fordrer det både en objektiv og subjektiv vurdering. Det må vurderes om behandlingen objektivt faller inn under

virkeområdet til bestemmelsen, samtidig som det skal tas hensyn til den krenkede, eller pasientens, subjektive opplevelse av helsehjelpen. Behandlingen anses å være umenneskelig når handlingen blir utført med overlegg, når den varer over tid og den medfører skade. Nedverdiggende behandling er handling som skaper frykt, angst eller at pasienten føler seg mindreverdige og blir ydmyket eller fornedt. Grove inngrep i integriteten til pasienten kan i ytterste fall ses på som mishandling (Norsk senter for menneskerettigheter, 2014, s. 11,32).

5 Sykepleiefaglig referanseramme

5.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen har i sine arbeider tatt sterkt avstand fra at det positivistiske virkelighets- og kunnskapssynet. Hun har vært kritisk til at det naturvitenskapelige paradigmet skal prege sykepleievitenskapen. Hennes omsorgsteori representerer en annen innfallsvinkel til sykepleiefaget og til sykepleiens kunnskapsgrunnlag (Kirkevold, 2008, s. 169).

Sykepleien er bygget rundt begrepet omsorg, og Martinsen mener omsorg er en forutsetning for alt menneskelig liv. Det mest grunnleggende i vår tilværelse er at vi er avhengige av hverandre. Den fundamentale menneskelige avhengigheten fordrer et menneskelig motsvar. Dette motsvaret er omsorgen, mener Martinsen. Omsorg er et rasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets motsvar på den andres avhengighet. På bakgrunn av menneskers avhengighet mener Martinsen at omsorg må være sykepleiens verdigrunnlag (Martinsen, 2012a, s. 137,138).

Martinsen trekker frem tre aspekter ved omsorg:

1. Omsorg som relasjonelt begrep. Det omfatter et nært, åpent forhold mellom mennesker.
2. Omsorg som moralsk begrep. Dette knytter hun til prinsippet om ansvar for de svake.
3. Omsorg som konkrete, situasjonsbetingede handlinger. Dette baseres på sykepleierens forforståelse av hva som vil være til pasientens beste (Martinsen, 2012b, s. 71).

Omsorg uttrykkes ved en grunnholdning; å anerkjenne den andre ut i fra deres situasjon. Her ligger en gjensidighet utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon. Omsorgen kjennetegnes ved et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker hvor forståelse for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Her trenger sykepleier felles erfaringer med den syke. Når noe binder oss sammen i et fellesskap, øker forståelsen for hverandre. Forforståelse er grunnleggende for å kunne handle omsorgsfullt, den oppstår med bakgrunn i felles erfaring. For at mennesker skal kunne forstå hverandre, mener Martinsen at det må være noe som holder oss sammen i et slags fellesskap. Dette kan være normer, regler eller behov (Martinsen, 2012a, s. 163,164,165).

I Martinsens omsorgsteori venter ikke omsorgsgiveren en gjenytelse. Dette kalles «generalisert gjensidighet». Alle mennesker kan komme i en situasjon hvor de trenger omsorg og hjelp fra andre, og en generalisert omsorg bygger på en reflektert forståelse av akkurat dette. Kari Martinsen beskriver den moralske dimensjonen i sin omsorgsteori. I forvaltningen av makt og avhengighet spiller moralen en viktig rolle. Den moralske dimensjonen er knyttet til at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Sykepleien må bygge på en moralsk ansvarlig maktbruk. En slik makt utøves i overensstemmelse med prinsippet om ansvar for de svake. Det er gjennom handling og konkrete praksisnære situasjoner de verdier som skal bli forbilledlige formes. Moral er tuftet på kjærlighet – å handle til det beste for den andre (Martinsen, 2012b, s. 47,48).

Omsorg er praktisk handling ifølge Martinsen. Omsorgens handlinger kommer i en konkret situasjon og ut i fra den tilstanden omsorgsmottakeren befinner seg i. Handlingene er knyttet til det ikke-spesialiserte dagliglivets arbeidets og dets redskaper. Handlingene bygger på en helhetsforståelse av situasjonen. Hun mener derfor at spesialisering og oppdeling av arbeidsoppgaver bør være minst mulig. Hun hevder at det er dette som glemmes – denne ikke-spesialiserte fagkunnskapen som formidles gjennom bruk av dagligdagse redskaper (Martinsen, 2012b, s. 76).

Sansingen er grunnleggende for all forståelse. Synet, gjennom sin avstandsskapende karakter, er den sansen som kan skaffe en oversikt og helhet. Hørselen er «lydig» - den underordner seg det den hører. Den sanselige forståelse skjer gjennom blikk, håndlag og mimikk. Og gjennom tale. Her kommer det faglige skjønnet inn (Kirkevold, 2008, s. 174).

Sykepleiens mål beskriver Martinsen slik: «På bakgrunn av de felles grunntrekk ved livet er det den andres spesielle situasjon jeg som sykepleier skal tyde, uttrykke og handle i» (Martinsen, gjengitt etter Kirkevold, 2008, s. 174). I praksis betyr dette å være åpen og empatisk til den andres lidelse og smerte og vurdere tilstanden faglig. Sammen med fagkunnskapen arbeider barmhjertigheten, tilliten, medfølelsen og ærligheten for å handle riktig og godt mot den andre.

Omsorgens konkrete handling krever en begrunnelse. Her kommer sykepleierens faglige og etiske vurdering inn i en situasjon. Det faglige skjønnet er en slags taus eller uartikulert kunnskap som senere kommer til uttrykk som sykepleierens intuitive forståelse av situasjoner.

Martinsen mener det faglige skjønnnet handler om to hovedkomponenter; en følsom åpenhet og å bruke fagligheten. Her kommer Martinsen inn på at sykepleiens fundamentale arbeidsform er fenomenologisk tyding; skjønnnet er å øve seg opp i å stille seg åpen for sanselige inntrykk. Det er ikke bare en oppøving i å se, lytte og berøre klinisk. Det er også å se, lytte og berøre klinisk på en *god måte* (Martinsen, 2012b, s. 75, 76).

5.2 Nærhetsetikk

Nærhetsetikken utspiller seg i relasjonen mellom mennesker. Når faglige og etiske verdier blir truet, legger nærhetsetikken vekt på følelsenes betydning, og den etiske begrunnelsen bunner i sykepleiers forståelse av konteksten, ikke i de generelle normer og regler. Nærhetsetikk blir relasjonsetikk fordi sykepleiers holdninger og væremåte har stor innflytelse på hvordan situasjonen oppleves for pasienten. Tillit medfører å utlevere seg, og derigjennom blir alle forhold mellom mennesker maktforhold. Jo mer hjelpetrengende pasienten er, jo mer makt vil sykepleier ha. Maktbalansen blir ujevn. Er pasienten svært hjelpetrengende, blir pasienten totalt avhengig av at sykepleier tar valg basert på hva som er godt for pasienten. I disse handlingsvalgene ligger det mye makt (Brinchmann, 2012, s. 117, 123, 124).

Knut Ejler Løgstrup (1905-1981) var en dansk teolog og filosof. Han har vært en viktig inspirasjonskilde for Kari Martinsen. I følge Løgstrup er grunnlaget for etikken menneskets erfarte virkelighet. Han mener det finnes grunnleggende fenomener i å være menneske; tillit, medlidenhet, barmhjertighet, talens åpenhet og håp. I en relasjon basert på tillit utleveres vi oss selv, dermed legger vi deler av vårt liv i andres hender. Vi håper at vi blir sett, møtt og tatt vare på (Brinchmann, 2012, s. 122-124, 128).

5.3 Velgjørenhetsprinsippet

Velgjørenhetsprinsippet handler om å gjøre godt mot andre (Brinchmann, 2012, s. 84). I følge Nortvedt (2014, s. 96) handler velgjørenhetsprinsippet «om både å ville og etter beste evne å gjøre det beste for pasienten». Selve fundamentet i sykepleie er å handle i beste interesse for pasienten. I en konsekvensetisk ramme vil velgjørenhetsprinsippet stille store krav til sykepleierens innlevelse i pasientens situasjon. Sykepleieren skal etterleve de etiske kravene som kommer opp og aktivt ta ansvar for å delta i pasientens livsskjebne (Nortvedt, 2014, s. 96).

5.4 Ikke skade-prinsippet

Ikke skade-prinsippet handler om både sinnelagsetikken og pliktetikken. Sinnelagsetikken vektlegger varsomhet og empatisk atferd. I pliktetikken handler det om at sykepleiers handlinger ikke skal påføre pasienten unødvendige belastninger. Ikke skade-prinsippet er skånsomhetens og omtankens prinsipp (Nortvedt, 2014, s. 97).

6 Drøfting

I denne delen av oppgaven drøftes først samfunnets og sykepleiers holdninger til mennesker med demens. Deretter drøftes tillitsskapende tiltak og rammefaktorer og rutiner.

Avslutningsvis løftes personsentrert omsorg opp. Erfaringer fra kliniske studier tas inn i drøftingen for å belyse den kliniske utøvelsen av sykepleie.

6.1 Samfunnets syn på mennesker med demens

Samfunnet vektlegger de friske eldre i politiske debatter. Det snakkes om velferdstilbud for eldre. Idealet er at eldre mennesker bor hjemme, og er selvstendige og selvhjulpne så lenge som mulig (Rokstad, 2014, s. 68). Dersom betydningen av å være menneske bunner i evnen til kritisk og analytisk tenkning, kan et liv med demens ses på som uverdigg. Mennesker med moderat grad av demens som bor på en skjermet avdeling på sykehjem har et stort hjelpebehov (Norsk senter for menneskerettigheter, 2014, s. 11). De passer derfor ikke inn i samfunnets «eldreideal». De er ikke lenger en ressurs samfunnsøkonomisk, men heller en «utgiftspost». De er ikke lenger produktive og skaper heller ikke verdier for samfunnet. På en annen side er dette mennesker som har vært med på å bygge opp og utvikle det norske samfunnet i etterkrigstiden, og de som har bygget velferdsstaten som vi alle nyter godt av i dag. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) trekker frem respekten for menneskets iboende verdighet allerede i innledningen til sine retningslinjer. Sykepleier skal ha respekt for menneskeverdet og mennesker med demens trenger sterke stemmer i samfunnsdebatten. Mennesker med moderat grad av demens har på grunn av sin kognitive svikt behov for et talerør slik at uverdige forhold og inadekvat sykepleie avdekkes. Forhold som kommer frem i temarapporten «Menneskerettigheter i norske sykehjem» (2014) skal ikke «havne i en skuff» og glemmes.

6.2 Sykepleiers holdning til mennesker med demens

Blant funnene i temarapporten kom det frem at 49 % av de spurte mente at Pasient- og brukerrettighetsloven ikke har noen særlig betydning i deres yrkeshverdag. Dette er svært alvorlig, da denne loven legger føringene for pasientens rettigheter. Når tvang benyttes ulovhjemlet blir pasientens rettssikkerhet svekket. Når vi vet at mennesker med kognitiv svikt ikke selv kan hevde sin rett, og samtidig sier nesten halvparten av de spurte at loven hadde liten betydning i det daglige arbeidet, hvordan skal da pasientenes rettigheter bli ivaretatt?

Dementofobe holdninger ses, ikke bare i samfunnet generelt, men også blant sykepleiere. Å omtale mennesker med demens som «grønnsaker», bidrar til å styrke holdningen til mennesker med demens som «avsjelet». Mennesker med demens blir «ikke-personer» (Rokstad, 2014, s. 68). For å kunne handle omsorgsfullt, mener Kari Martinsen at man må forstå den andre. Sykepleier trenger felles erfaringer med pasienten da dette vil binde sykepleier og pasient sammen i et fellesskap. Dette øker forståelsen for pasientens behov. Dersom sykepleier har en forståelse for mennesker med demens som «avsjelet», «grønnsaker» eller «ikke-personer» blir det da mulig for sykepleier å vise omsorg? I følge Martinsens omsorgsteori vil svaret være nei.

I forskningsartikkelen til Garden og Hauge (2012) fremkom det at hva som var til pasientens beste kunne være et konfliktfylt tema blant sykepleierne på avdelingene. Sykepleierne hadde ulike oppfattelser om hvilke behov pasienten hadde, dette kan bunne i at sykepleierne hadde ulike tanker om og holdninger til personer med demens. Mens noen mente at personen går tapt hos et menneske med demens, mente andre at demensutvikling førte til en tildekking av personen. Dersom en forstår demens som at selve personen går tapt, kan personalet kompensere for svikten hos pasienten ved å følge rutiner og sørge for at pasientens fysiske behov blir ivaretatt, som for eksempel personlig hygiene. Det er hovedsakelig den fysiske omsorgen det fokuseres på. Ved å se på demenssykdom som en tildekking av personen, blir den psykiske omsorgen mer ivaretatt. Personen er fortsatt til stede, og sykepleier forsøker å ivareta pasientens psykiske velvære. Dette inkluderer å fokusere på pasientens emosjonelle opplevelser, slik at pasienten får en positiv opplevelse av tiltakene som iverksettes.

Forforståelse er grunnleggende for å handle omsorgsfullt. Det kommer frem i artikkelen til Lejman et al (2013) at sykepleiere var klar over at ulovhjemlede tvangstiltak var ulovlig, men de mente selv at tiltakene ikke krenket pasientens menneskerettigheter eller pasientens frihet. Videre mente noen sykepleiere at ulovhjemlet bruk av tvang ble forsvart i deres forståelse av mennesker med demens som uten innsikt i egen situasjon. Artikkelen til Hem et al (2010) belyser et eksempel med en pasient som hadde dusjet. Etter hun hadde dusjet omtalte pasienten det som at hun hadde blitt «spylt». Når pasientene bruker et slikt ord om personlig hygiene, kan det tenkes at denne opplevelsen ydmyket eller fornødret henne. Hun ble redusert til et objekt som ble «spylt». I situasjoner der pasienten skal dusje, ifører personalet seg gjerne

både gummistøvler, stellefrakk og hansker. Pasienten sitter naken, udekket. Det kan oppleves som svært privat, og kan oppleves som nedverdiggende behandling beskrevet i artikkel 3 i Menneskerettskonvensjonen.

I følge velgjørhetsprinsippet skal sykepleier aktivt ta ansvar for å delta i pasientens livsskjebne og sykepleier skal vise vilje og etter beste evne handle godt for pasienten. Når pasienten uttrykket at det som i utgangspunktet skulle gjøre godt, nemlig å ta en dusj, som å ha blitt «spylt» kan det settes spørsmålstegn ved om velgjørhetsprinsippet ble ivaretatt. Martinsen viser i sin omsorgsteori til omsorg som praktisk handling og forforståelse for situasjonen. Tilstanden omsorgsmottakeren befinner seg i, og en helhetsforståelse for situasjonen, er grunnleggende for å handle omsorgsfullt. Her kan det være slik at pasienten i utgangspunktet ikke var tilgjengelig for å dusje, men fordi avdelingens rutine beskrev at pasienten hadde «dusjedag» så ble pasienten allikevel «spylt». Opplevelsen ble for pasienten dårlig og kanskje også skremmende.

I en positivistisk tilnærming vil pasienten bli objektivisert og pasienten «spyles» for å dekke et ment fysisk behov. I et helhetlig omsorgsperspektiv handler det om å se hele mennesket og ikke bare deler av helheten. I en fenomenologisk tilnærming legges det vekt på pasientens opplevelser, erfaringer og levd liv. Når sykepleier har et positivistisk syn på pasienten vil pasienten kunne bli sett på som en «ikke-person»; et skall som skal dusjes. Her er det også viktig å huske på hvordan det snakkes om pasientene. Dersom pasientene blir redusert til «rom 120» og ikke omtales ved navn, hvordan skal da sykepleier kunne gi omsorgsfull sykepleie? Har sykepleier et fenomenologisk syn på pasienten vil pasienten bli sett og hørt, erfaringer, opplevelser og følelser vil bli ivaretatt i tillegg til at pasienten skal få hjelp til å dusje. Her vil en måte å kommunisere på være «i dag skal fru Hansen få hjelp til å dusje», og ikke «i dag skal rom 120 dusjes». Måten vi snakker om pasientene på vil ha en betydning for hvordan sykepleien blir utført. Sykepleiers holdninger til mennesker med demens vil derfor har betydning for kvaliteten på sykepleien og derigjennom bruken av ulovhjemlet tvang (Lejman et al, 2013, s. 258).

6.2 Tillitsskapende tiltak

Rundskriv IS-8/2015 (Helsedirektoratet, 2015) beskriver hva tillitsskapende tiltak kan være. Her nevnes blant annet helhetlig tenkning, kjennskap til pasienten, erfaringsoverføring,

refleksjonsgrupper og kommunikasjon. I rapporten «Menneskerettigheter i norske sykehjem» (2014) nevnes riktig kompetanse som et viktig tiltak mot ulovhjemlet tvangsbruk. Noen tiltak kan anvendes i konkrete situasjoner, mens andre egner seg bedre for forebygging av bruk av tvangstiltak på lengre sikt. Tiltakene som det jobbes med har som mål å skape tillit mellom sykepleier og pasient.

Tillitsskapende tiltak innebærer å tilpasse pasientens miljø og omgivelser. Målet er å øke pasientens opplevelse av mestring, at pasienten skal få brukt sine ressurser og å bidra til opprettholdelse av selvstendighet så lenge som mulig. At pasienten skal oppleve glede og trivsel vil også være et viktig mål. Å strukturere pasientens hverdag vil kunne bidra til en verden som er mer oversiktlig og forutsigbar for pasienten. Å skape en god struktur for pasienten handler også om å finne balansen mellom hvile og aktivitet. Det er viktig at pasienten er med på aktiviteter som er stimulerende for han, samtidig som han ikke skal bli overstimulert. Både under- og overstimulering kan lett føre til forvirring og nedsatt funksjonsevne. Personalet har en viktig rolle i å skape tillitsfulle relasjoner, og et miljø som støtter og inkluderer pasientene (Rokstad, 2014, s. 153). Å kunne se det unike i mennesket sykepleier skal hjelpe er med på å tilpasse sykepleien. Personalets evne og vilje til å se og anerkjenne pasienten som et unikt individ kan være avgjørende for god sykepleie (Eide & Eide, 2013, s. 384, 392).

6.2.1 Helhetlig tenkning og kjennskap til pasienten

For at pasienten skal føle seg trygg på sine omgivelser er det viktig at omgivelsene er gjenkjennbare. Gjenstander i rommet bør i seg selv si hva som skal skje, for eksempel bør badet likne på et bad og omgivelsene må tilrettelegges slik at pasienten er så selvhjulpent som mulig. Dette vil også øke pasientens mestringsfølelse. Rolige omgivelser hvor pasienten opplever mestring, mening og gjenkjennelse på aktiviteter og ting i rommet skaper trygghet (Helsedirektoratet, 2015, s. 65). Dagligdagse aktiviteter, som personlig hygiene, kan gi grobunn for konflikt mellom sykepleier og pasient. Å få hjelp til å ivareta personlig hygiene kan oppleves svært privat. Motstanden pasienten viser trenger ikke nødvendigvis å være mot selve handlingen, men mot hvordan handlingen blir utført (Hem et al, 2010). Et eksempel på dette er å være var for pasientens ønske, eksempelvis ønske om morgenstell på sengekanten i stedet for på badet. Det kan være lyder på badet som forsterkes og som gjør at pasienten blir redd, at badet er trangt, eller at pasienten blir redd av å se seg selv i speilet.

Ofte vil pasienten ha størst tillit til personalet han kjenner. Da er sannsynligheten større for at helsehjelpen kan gis frivillig. Kunnskap om hvordan pasienten kan motiveres for å motta helsehjelpen er også nyttig. Denne kunnskapen tilegnes ved å være sammen med og ved å observere pasienten i klinikken, i tillegg til erfaringsutveksling innad i personalet. Å skape en tillitsfull relasjon med pasienten kan derfor være et viktig forebyggende tiltak (Gjerberg et al, 2013).

Å ha kunnskap om pasienten trekkes frem som viktig i forskningsartikkelen til Gjerberg et al (2013). Personale som kjenner pasientens preferanser, vil lettere kunne tilrettelegge i forhold til pasientens ønsker og behov. Videre vil kunnskap om pasientens livshistorie kunne gi viktig innsikt i hvorfor pasienten handler og reagerer som han gjør.

6.2.2 Erfaringsoverføring

Dokumentasjon spiller en essensiell rolle. Når tiltak som fungerer dokumenteres nøyaktig og korrekt, overføres de gode erfaringene fra dagliglivet som andre kan dra nytte av. På den måten opplever pasienten kontinuitet i pleien, samtidig som sykepleier får gitt forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, jf. Helsepersonelloven (1999) § 4, basert på frivillighet. God opplæring av nyansatte er også svært viktig for at den nyansatte og pasienten skal bli trygge på hverandre og derigjennom skape et godt samarbeid (Helsedirektoratet, 2015, s. 65,66).

6.2.3 Refleksjonsgrupper

Det er viktig at personalgruppen har mulighet til å reflektere over egne og andres erfaringer fra klinikken i samhandling med pasientene. Det kan øke bevisstheten på hva som er tvang, i tillegg til at personalet kan øke egen trygghet i møte med utfordrende situasjoner. Det er svært viktig å ha et forum der sykepleiere kan utveksle erfaringer og videreføre kunnskap til hverandre (Helsedirektoratet, 2015, s. 66). Personalet kan få emosjonelle reaksjoner i etterkant av bruk av ulovhjemlede tvangstiltak. De kan oppleve at pasientens motstand gir dem skyldfølelse og en følelse av faglig utilstrekkelighet (Garden & Hauge, 2012). Da kan det være til hjelp å ha refleksjonsgrupper der slike opplevelser kan drøftes. Å bruke tid på etisk refleksjon trekkes også frem i artikkelen til Lejman et al (2013, s. 259). I de tilfeller der sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskap om juridiske føringer og etiske overveielser kan

etisk refleksjons- og kunnskapsutveksling innad i personalet føre til et kunnskapsløft. Faglige diskusjoner med kollegaer kan gi en felles forståelse for hvilke utfordringer personalet opplever. Sammen kommer man frem til løsninger som gir omsorg til mennesker med demens av høy kvalitet.

6.2.4 Kompetanse

Manglende fagkompetanse kan få alvorlige konsekvenser for pasientene. I følge «Menneskerettigheter i norske sykehjem» (2014, s. 34) kan det ses en sammenheng mellom bruk av ulovhjemlet tvang og manglende kompetanse hos personalet. Det at personalet har kompetanse til å oppdage inadekvat pleie og omsorg, og også overgrep, er helt sentralt. Det er viktig at personalet forstår hvilke alvorlige konsekvenser pasienten kan oppleve ved inadekvat pleie og ulovhjemlet tvangsbruk. Det viser seg at sykepleiere mener det ikke er tilstrekkelig bemanning, spesielt utsatt er kvelder, helger og ferier.

På en annen side kan det tenkes at det er tilstrekkelig bemannet, men at de som er på jobb kan ha manglende kompetanse og kunnskap om pasientgruppen. Det kan dermed oppleves som at bemanningen er for lav, mens sannheten er at det er for få med *riktig kompetanse*. Dette understrekes i forskningsartikkelen til Garden og Hauge (2012). Sykepleier opplever å få mye ansvar, spesielt i situasjoner hvor pasienter motsetter seg de omsorgstiltak personalet mener er de beste. Dette kan være situasjoner hvor pasienten motsetter seg personlig hygiene eller å skifte til rene klær. Sykepleier opplever også å stå alene i situasjoner der tvang lett kan benyttes da annet personale mener de ikke har kompetanse på tillitsskapende tiltak. Dette betyr at sykepleier står alene med ansvaret for pleien til alvorlig pleietrengende pasienter. Ansvaret skyves i hovedsak over på sykepleier, og personalet som helhet viser ingen ansvarsfølelse da de mener de mangler kompetanse.

I temarapporten «Menneskerettigheter i norske sykehjem» (2014) kom det blant annet frem at pasienter får beroligende legemidler, mot sin vilje, for at de skal være rolige. Dette begrunnes i at det ikke er tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å forsøke tillitsskapende tiltak. Dette er å regne for en svært alvorlig praksis. På den ene siden er ikke hensikten å skade pasienten. Denne praksisen blir utført i god tro og med den beste hensikt; å hjelpe pasienten å dempe angst og indre uro. Ikke skade-prinsippet vektlegger empati og varsomhet i omsorgen for pasienten. Hensikten kan være god, men når dette gjøres mot pasientens vilje handler det ikke

om frivillighet, men tvang. Sykepleier trenger en forståelse for pasientens situasjon for å kunne handle empatisk.

Til tross for at sykepleier ønsker å gjøre pasienten godt kan man stille spørsmål ved om å bruke tvang i en slik situasjon er til det beste for pasienten. Det er ikke i pasientens interesse å bli tvunget til å ta et legemiddel han ikke ønsker selv. Juridisk sett blir å tvinge pasienten til å ta legemidler mot sin vilje sett på som en alvorlig inngripen i pasientens liv. Sykepleier kan forstå situasjonen slik at det er en «avsjelet» eller «ikke-person» som motsetter seg dette, men virkeligheten kan være at pasienten også før sykdomsdebut ikke ønsket å ta dette legemiddelet. Her vil sykepleierens forforståelse og kunnskap om pasienten kunne være en motkraft til å benytte ulovhjemlet tvang.

At personalet har riktig kompetanse ble også trukket spesielt frem i artikkelen til Gjerberg et al (2013). «Vi trenger flere hender i pleie og omsorg» er et kjent begrep. Deltagerne i studien understreker at det ikke holder med flere hender, man må også ha flere kloke hoder. Å ha tilstrekkelig personale på jobb gjør at sykepleier føler hun har tid nok til å benytte tillitsskapende tiltak, for derigjennom å forebygge for ulovhjemlet tvangsbruk. Videre sa deltagerne at tilbøyeligheten til å bruke tvang, ble sett i sammenheng med personalets formelle kompetanse. Personalet med høyest formell kompetanse, som sykepleiere, brukte mindre tvang enn personal med lavere, eller ingen, formell kompetanse. Sykepleier har derfor en viktig funksjon i opplæring av annet personell på avdelingen. Informanter i studien til Lejman et al (2013) trekker også frem underbemanning som noe som kan fremme bruk av ulovhjemlede tvangstiltak, da særlig mekaniske tvangstiltak. De opplevde at personalet ikke hadde tid til å sette seg ned sammen med pasientene, og løsningen ble da å ha belter i stolene. De mente selv at det var bedre å bruke belter ulovhjemlet, enn at pasienten reiste seg opp og eventuelt falt. I valget mellom fall eller ulovhjemlet tvangsbruk velger personalet å bruke tvang til tross for at dette er alvorlig brudd på pasientens rettigheter. Et fall som muligens kan medføre komplikasjoner kan stille spørsmålstegn ved bemanningen og den faglige forsvarligheten i avdelingen. På en annen side begrenser personalet pasientens bevegelsesmuligheter, noe som er ulovlig. I valget mellom et i verste fall komplisert brudd og ulovhjemlet tvangsbruk velges altså ulovhjemlet tvang. Pasientens rett til autonomi og bevegelsesfrihet må settes like høyt som sykepleiers plikt til faglig forsvarlig sykepleieutøvelse.

6.2.5 Kommunikasjon

Å kommunisere handler om å skape mening sammen. For å skape mening i kommunikasjon med mennesker med demens må sykepleier vise interesse for pasientens verden. Det handler om å finne «kodene», det som åpner opp for videre kommunikasjon. Det handler om å finne pasientens engasjement, og dette er gjerne knyttet til minner og reminisens (Eide & Eide, 2013, s. 393). Et eksempel fra kliniske studier var en pasient som var urolig, vandrende og høyrøstet fordi hun ikke visste hvor datteren hennes var. Da jeg beroliget henne med å si at jeg hadde snakket med datteren hennes samme dag, noe jeg hadde gjort, og at datteren var enig i at pasienten skulle være på avdelingen roet pasienten seg. «Koden» her var å snakke om datteren, altså pasientens engasjement. Andre pasienter har et engasjement som handler om behovet for å snakke om jobb, få tilbud om en kopp kaffe eller å motivere pasienten til å fortelle om malerier han har malt selv.

Eldre mennesker er sårbare, og særlig sårbare er eldre mennesker med demens. Dette gjør at det stilles høye krav til sykepleierens evne til empati og vilje til å komme pasienten i møte på hans premisser. Svekket kognisjon kan føre til nedsatt oppmerksomhet og hukommelse, i tillegg til svekket verbal kommunikasjon. Da blir sykepleierens vilje til å lytte aktivt og til å vise interesse svært viktig for kontakten mellom sykepleier og pasient. For at sykepleier skal kunne møte pasienten med respekt og verdighet må hun kunne se det unike ved mennesket hun skal hjelpe (Eide & Eide, 2013, s. 382, 383).

At sykepleier har bekreftende kommunikasjonsferdigheter vil være en nøkkelferdighet i samhandling med mennesker med demens. Å være sammen med pasienten, og å forsøke å forstå hva pasienten uttrykker er viktig. Bekreftende kommunikasjon handler om å vise at en hører og forstår hva pasienten sier og at en ser pasienten som individ. Grunnleggende verdier i bekreftende kommunikasjon er respekt for pasientens integritet og autonomi. At noen viser at de ser og forstår en som menneske og at de lytter aktivt kan fylle et eksistensielt og psykologisk behov for nærhet til et annet menneske. Denne kommunikasjonsformen kan skape tillit og trygghet hos pasienten og kan være helt avgjørende for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2013, s. 220).

For mennesker med demens kan nåtid og fortid gli over i hverandre. Minner pasienten har kan være svært betydningsfulle for han, og at sykepleier er engasjert i pasientens minner kan bidra positivt på pasientens livskvalitet. Minner kan være med på å styrke pasientens

identitetsfølelse, i tillegg til følelse av verdi. Å arbeide med minner, også kalt reminisens, kan dermed være verdifullt for sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2013, s. 293).

I kliniske studier er min erfaring at kommunikasjon er et utfordrende område. Det handler blant annet om at vi har en kommunikasjonsform som skaper misforståelser, oppgaver blir utført uten å kommunikativt involvere pasienten og motstand skapes hos pasienter fordi sykepleiere er opptatt av at for eksempel morgenstell skal skje i løpet av kortest mulig tid. Et eksempel på dette er at pasienten selv vasker ansiktet mens sykepleier tar på sokker.

Erfaringsmessig er sykepleiere opptatt av «å gjøre», ikke «å være». Dette belyser Kari Martinsen ved å understreke betydningen av «å se bakenfor», å bruke sansene og benytte det faglige skjønnet (Martinsen, 2002, s. 18). «Å være» handler om nettopp dette; å lytte med «hjerterets øye», det holder ikke å «bare» lytte med ørene. Sykepleier må vise empati og varhet i situasjonen slik at pasienten opplever trygghet i relasjonen.

6.3 Rammefaktorer og rutiner

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at helsehjelpen skal være til det beste for pasienten. Tvangstiltak skal aldri benyttes på grunn av mangelfull kompetanse eller for å spare ressurser (Helsedirektoratet, 2015, s. 67). I Kari Martinsens omsorgsteori står sykepleiers ansvar for de svake sterkt. Martinsen trekker også frem sykepleiers faglige skjønn, hvor bruk av sansene er et viktig element i sykepleien (Kirkevold, 2008, s. 174, Martinsen, 2002, s. 26). Det å se bakenfor; å se personen, bruke øyne, lukt, hørsel, følelse og å finstemme seg inn på pasientens behov er kjernen i Kari Martinsens omsorgsteori. For å få til dette trenger sykepleier inngående kunnskap og kjennskap til det unike individet, med alt han har med seg, alt han er, og alt han har vært tidligere i livet.

«Menneskerettigheter i norske sykehjem» (2014) beskriver en hverdag med bruk av ulovhjemlet tvang. Tvangstiltak brukes for å kompensere for manglende tid og ressurser. Min erfaring fra kliniske studier er at kolleger som kommer på aftenvakt, forventer at dagvaktene har utført morgenstell, at pasientene har fått medisiner og at de har tørre og rene klær. I tillegg forventes det at avdelingen er ryddet og at duken på bordet er ren. Et ryddig miljø på avdelingen har stor betydning for trivselen (Eide & Eide, 2013, s. 393). På denne måten kan man til en viss grad forsvare ryddighet og orden i avdelingen.

På en annen side kan det virke som at rutiner på avdelingen kan komme før pasientens behov. Når det blir viktigere at avdelingen er ryddet, enn at pasientene får individuelt tilpasset pleie, kan det synes som at ressursene bør omfordeles. Erfaringsmessig høres det ofte at tid er en mangelvare, men spørsmålet blir hva tiden benyttes til.

Effektivitet i arbeidet blir ofte «belønnet» med gode tilbakemeldinger fra kolleger. Kulturen i avdelingen tilsier at alle skal opp til frokost, det betyr at mellom 15-20 personer får hjelp til morgenstell og påkledning mellom kl. 8 og 9. Ofte er det 3 eller 4 ansatte på jobb, noe som betyr at hver ansatt har 4-5 personer som skal få hjelp før kl. 9. Da er det lite rom for å bruke sanser, lytte til pasientens behov og tillitsskapende tiltak. Når rutiner i avdelingen, som tidsbruk, går foran pasientenes behov vil situasjoner hvor ulovhjemlet tvang benyttes øke (Norsk senter for menneskerettigheter, 2014). I samhandlingen med pasienter med moderat grad av demens må sykepleier huske på at det alltid finnes ressurser i det pasienten mestrer og forstår. Det er viktig at pasienten får utføre det han mestrer selv, og får anerkjennelse for dette.

Fra kliniske studier er et eksempel en pasient på 99 år med alvorlig grad av demens som ble motivert til å barbere seg selv. Dette er en handling han intuitivt har i seg fordi han har barbert seg i over 75 år. Da han kom nybarbert ut i avdelingen sa teamleder: «Å, så fin du er i dag». Pasienten svarte stolt: «Ja, jeg har barbert meg selv i dag». For det første viste pasienten at han husket å ha barbert seg selv. For det andre ga dette pasienten en mestringsfølelse. For det tredje fikk han anerkjennelse på at han så fin ut. En kan bare tenke seg hvor stor betydning dette hadde for pasienten selv i dette lykkelige øyeblikket. Min observasjon av denne pasienten i kliniske studier var at han våknet til liv, han gjorde morgenstellet selv, han sluttet å vandre og han var blid og fornøyd.

Mitt første møte med denne mannen var en av de første dagene i kliniske studier tredje studieår. Jeg skulle ut av avdelingen for å dosere medisiner da jeg treffer pasienten som er sint, irritert og frustrert fordi han skulle på jobb. Utgangsdøren var stengt. I denne situasjonen fikk jeg testet en kommunikasjonsform som handlet om bekreftende kommunikasjon som viste seg å fungere svært godt. Ved å møte pasienten der han var i sin virkelighet kunne vi sammen forstå hva han var urolig for og komme frem til en avtale på hvordan vi skulle løse situasjonen.

Løgstrup beskriver i nærhetsetikken at det handler om sykepleiers forståelse av konteksten, ikke om de generelle regler og normer (Brinchmann, 2012, 123, 124). Vanligvis ville pasienten ufrivillig bli ledet bort fra døren. Dette eksempelet viser at ved å forstå konteksten, ha kunnskap om demenssykdom, forstå mennesket som er fortvilet fordi han skulle på jobb og å ha en varsomhet og en empatisk tilnærming fungerer i praksis. Da jeg startet i kliniske studier vandret han hvileløst rundt i avdelingen, banket i utgangsdøren og ble sint og frustrert over å ikke komme ut. Det ble ofte benyttet ulovhjemlede tvangstiltak ved å holde han tilbake i avdelingen og lede han ufrivillig bort fra utgangsdøren. Det å bli sett og hørt er så grunnleggende behov hos mennesker generelt, og hos pasienter med demens spesielt, og denne forandringen hos pasienten handler sannsynligvis om akkurat dette. Å bli anerkjent og få bekreftelse på at noen har tid til å sette seg ned, og å ivareta pasientenes behov for helhetlig sykepleie viser seg å fungere godt.

6.4 Makt og avhengighet

Å ha kunnskap om pasientgruppen og enkeltindividene innad i pasientgruppen er viktig for å bygge tillit og trygghet. Det kan være «enkelt» å ty til tvangstiltak fordi problemet anses å være løst der og da, men når det er en ulovlig handling som blir begått misbruker sykepleier makten hun har i form av sin rolle. Denne bruken av ulovhjemlet tvang kan handle om at sykepleier har dårlig tid, at hun har mange andre oppgaver som venter eller at hun rett og slett ikke har tilstrekkelig kompetanse. Den ulovlige bruken av tvang kan også handle om sykepleierens holdninger til pasientgruppen. Denne maktbruken er både ulovlig og i de fleste situasjoner uhensiktsmessig. Det er viktig å huske på at pasienten er helt avhengig av at sykepleier er bevisst den makt hun har i form av å være sykepleier. Denne makten skal brukes til pasientens beste. Ved at sykepleier har en forforståelse i de felles erfaringene sammen med pasienten, og en kunnskap om pasientens sykdom og historie, vil sykepleier kunne møte pasienten der han er. Sykepleieren skal være pasientens «advokat»; hun har kunnskap om lovverk, om etiske føringer og om sykdom og lidelse. I situasjoner hvor tvang benyttes ulovhjemlet har sykepleier et ansvar for å si ifra i situasjonen og å være pasientens talerør ut i avdelingen og opp til ledelsen. Å ha mot, kunnskap og styrke til å bruke makten på en hensiktsmessig måte til pasientens beste er helt nødvendig for å gi omsorgsfull og forsvarlig sykepleie.

6.5 Personsentrert omsorg

I samfunnet og blant helsepersonell finnes det ulike holdninger til mennesker med demens. Det kan fokuseres på patofysiologi; det syke i en demensutvikling og hvilke ressurser som tapes. Sykepleier trenger kunnskap om anatomi og patofysiologi. Det hjelper sykepleier med å forstå bakgrunnen for symptomene pasienten opplever, og derigjennom kan det gi en forståelse for hva pasienten trenger hjelp med. Dette er imidlertid en mangelfull forståelse av helheten. Et menneske er mer enn en sykdom. Et menneske er et unikt individ med tanker, følelser og erfaringer, kunnskap og ressurser.

Personsentrert omsorg handler om å fokusere på PERSONEN med demens. Her flyttes fokuset på sykdom til fokus på personen. Dette betyr ikke at kunnskap om demenssykdom ikke er viktig, men snarere at en må tenke helhetlig. Alt henger sammen; pasientens sykdom og de hjerneorganiske forandringene, pasientens personlighet og livshistorie. Sykepleier fokuserer på å se hele mennesket hun skal hjelpe, sykepleier tilrettelegger slik at pasienten kan opprettholde sin selvstendighet og hun respekterer identiteten og integriteten til pasienten (Rokstad, 2014, s. 68-70). Dersom sykepleier mener at personen tapes når et menneske utvikler demenssykdom, kan det være nærliggende å undre seg over kvaliteten på sykepleien pasienten opplever. Når hele personen er tapt, det vil si både personlighet, identitet, livshistorie og erfaringer, vil kun «skallet», eller den fysiske kroppen, være igjen. Det blir da den fysiske kroppen sykepleier hjelper, mens pasientens psykiske og eksistensielle behov blir ikke ivaretatt. Det kan videre settes spørsmålsteget ved hvordan pasientens rettssikkerhet blir ivaretatt når sykepleier har denne holdningen til mennesket med demens?

Et eksempel som tas opp i artikkelen til Garden og Hauge (2012, s. 21) er en pasient som har aggressiv atferd mot personalet i enkelte situasjoner. En måte å forstå atferden på kan være at den skyldes hjerneorganiske forandringer, og at det vil være umulig å nå inn til pasienten. Da kan tvang ses på som «beste» løsning. Her har pasientens personlighet gått «tapt», det blir sett på som umulig å få gjennomslag med tillitsskapende tiltak fordi bare «skallet» av personen er igjen. Det er viktig å huske på at tvang kun skal benyttes der den er lovhjemlet. Det skal alltid vurderes helhetlig om tvang skal benyttes, om helsehjelpen er nødvendig og om konsekvensen av å ikke utføre helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade hos pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3, 1999). Det kan være slik at den aggressive atferden overfor personalet kommer som en reaksjon på at pasienten opplever å miste kontrollen, og som pasientens reaksjon på å få krenket sin autonomi. Dersom sykepleier forstår atferden på

denne måten, vil det være mest logisk å forsøke å unngå tvang. Det er her personsentrert sykepleie og omsorg spiller en sentral rolle. I en personsentrert omsorg er det pasientens livshistorie, erfaringer og preferanser som vektlegges. Fokuset er på de mellommenneskelige relasjonene, og ikke på selve pleietiltaket som skal gjennomføres.

Dersom sykepleier har en holdning til mennesker med demens som «grønnsak», «avsjelet», «ikke-personer» eller «tapt» er det vanskelig å skulle kunne gi helhetlig sykepleie. Dessuten kan denne holdningen føre til at tvang benyttes mer, enn om sykepleier ikke har denne holdningen (Garden & Hauge, 2012, s. 21, Lejman et al, 2013, s. 258). En vil jo ikke se PERSONEN med alt han er, har med seg av erfaringer og alt han har vært tidligere i livet. En motsats til dette kan være personsentrert omsorg der pasientens reaksjoner vil ses i sammenheng med relasjon mellom pasient og sykepleier. Sykepleier ser hele mennesket, og forsøker å ivareta pasientens behov for helhetlig sykepleie.

7 Avslutning

I denne bacheloroppgaven er problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge ulovhjemlet bruk av tvang i samhandling med mennesker med demens?*».

Problemstillingen er belyst ved å benytte ulike kilder i faglitteraturen, forskningsartikler, temarapporter og Internett.

Fordi alle mennesker er unike individer finnes det ingen fasit på spørsmålet problemstillingen tar opp. Det har imidlertid kommet frem flere faktorer i denne oppgaven som kan være med på å forebygge den ulovhjemlede tvangsbruken som foregår i norske sykehjem.

Tillitsskapende tiltak skal være prøvd før eventuell tvangsbruk vurderes. Det skjer brudd på Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A, og dette fører til at pasientenes rettssikkerhet svekkes. Mennesker har i utgangspunktet tillit til hverandre, og i relasjonen mellom en sårbar pasient og sykepleier må sykepleier vise seg tilliten verdig. Dette kan gjøres ved å være pasientens «advokat». Sykepleier holder pasientens liv i sine hender, og moralsk og juridisk ansvarlig maktbruk er derfor helt essensielt. Sykepleier skal bruke makten hun har til pasientens beste.

Temarapporten «Menneskerettigheter i norske sykehjem» (2014) og forskningsartiklene benyttet i oppgaven har belyst noen av grunnene til at ulovhjemlet tvang skjer. Det har kommet frem at både kompetanse og holdninger er viktige faktorer. Kompetanse er viktig fordi det kan være vanskelig å forebygge for ulovhjemlet tvang dersom en ikke har kunnskap om lovverket, demenssykdom og tillitsskapende tiltak. Opplæring av personalet er en suksessfaktor, og sykepleier har en viktig oppgave i den interne opplæringen. Det har vist seg at det er viktig med hvilke holdninger personalet har til demenssykdom og til mennesker med demens. Dersom sykepleier ikke ser mennesket med demens som et unikt individ, men heller som «avsjelet» eller en «ikke-person» kan dette påvirke den omsorgen sykepleier viser pasienten. Av den grunn er det svært viktig at sykepleiere som arbeider med mennesker med demens ser pasientene som individer, med egen personlighet, erfaringer, preferanser og behov.

Det er her den personsentrerte omsorgen kommer inn. Det å se hele mennesket med alt han har med seg, alt han er og alt han har vært. Kari Martinsens omsorgsteori har belyst dette på en svært nyttig måte sett opp mot problemstillingen. Det å se bakenfor, og å lytte med hjertets

øye, er noe som bør fremheves på enhver skjermet avdeling for mennesker med demens. Dette er kjernen i tillitsskapende tiltak; å ha kjennskap til pasienten sykepleier skal hjelpe.

Sykepleier på skjermet avdeling for mennesker med demens har mange oppgaver og mye ansvar. Det er hektiske dager, men det er viktig å kunne stoppe opp og «være» i stedet for å «gjøre». Dersom sykepleier blir for opptatt av å «gjøre», blir det vanskelig å skulle bruke sansene i møte med pasienten.

Gjennom litteratursøk har det kommet frem at forskningen på feltet demens og bruk av tvang kan være noe mangelfull. I de databasene som ble benyttet i denne oppgaven var det få artikler som var relevante, gyldige og holdbare. Det kan være databaser jeg ikke har søkt i der det finnes flere artikler på dette tema, men ut ifra de søkene jeg har gjort er det et kunnskapshull.

Det er noen nye spørsmål jeg finner interessant når jeg nå er ferdig med min bacheloroppgave. Det har vist seg at nesten halvparten av de spurte i undersøkelsen (Norsk senter for menneskerettigheter, 2014) mente at Pasientrettighetsloven (1999) ikke hadde noen særlig betydning for deres yrkeshverdag. Kan det tenkes at personalets holdninger til mennesker med demens påvirker deres oppfattelse av hvor viktig lovverket er? Dette er en undring jeg har, som jeg godt kunne tenke meg å undersøke videre. Det er svært viktig at slike rapporter ikke glemmes og glemmes. Når det gjelder rettighetene til en av de mest sårbare pasientgruppene sykepleier møter er det viktig at sykepleier jobber for å ivareta disse.

Gjennom å skrive denne oppgaven har jeg tilegnet med mye ny kunnskap om tema. Jeg har fått økt forståelse for pasientgruppen, og økt forståelse for hva tillitsskapende tiltak faktisk er. Videre har min forståelse for Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4A økt. Denne verdifulle kunnskapen og funnene i temarapporten «Menneskerettigheter i norske sykehjem» (2014) vil jeg ta med meg videre i jobben som sykepleier på en skjermet avdeling for mennesker med demens. Der vil jeg anvende kunnskapen og funnene i rapporten i arbeidet mot at forekomsten av ulovhjemlet tvangsbruk reduseres eller helst elimineres helt.

Litteraturhenvisninger

- Berentsen, V. D. (2013). Kognitiv svikt og demens. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 354-363). Oslo: Gyldendal akademisk
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide & Eide (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Garden, M., & Hauge, S. (2012). The battle for beneficence - nurses' experience of the use of coercion in dementia care. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 32(4), s. 18-22.
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), s. 632-644
13. doi:10.1177/0969733012473012
- Helsedirektoratet (2015). Rundskriv IS-8/2015. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Demensplan 2015*. Oslo: Regjeringen
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell mv. Hentet 16.02.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. *Sykepleien forskning*, 5(4), s. 294-301. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0007

- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2014). Bruk av tvang i demensomsorgen. I: A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 210). Oslo: Akribe
- Kirkevold, M. (2008). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(10), s. 1346-1348.
- Kunnskapscenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 26.02.16 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), s. 248-262. doi:10.1177/0969733012463721
- Martinsen, K. (2012b). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2012a). *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- Martinsen, K. (2002). *Øyet og kallet*. Oslo: Fagbokforlaget
- Norsk senter for menneskerettigheter (2014). *Menneskerettigheter i norske sykehjem*. Oslo: Universitetet i Oslo
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P. (2014) *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 16.02.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07>

Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet 16.03.16 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Rokstad, A. M. M. (2014). Miljøbehandling. I: A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 153-156). Oslo: Akribe

Statens helsetilsyn (2013). *Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012*. Oslo: Statens helsetilsyn

Strand, B. H., Tambs, K., Engedal, K., Bjertness, E., Selbæk, G. & Rosness, T. A. (2014). Hvor mange har demens i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 3(11), s. 276-277. doi: 10.4045/tidsskr.13.1601

World Health Organization (2015). *Dementia*. Hentet 24.03.16 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>