



Diakonhjemmet Høgskole

Bachelor i sykepleie

Kommunikasjon og tvang i demensomsorgen

*Hvordan kan sykepleier anvende kommunikasjon for å forebygge bruk av tvang ved
atferdsmessige symptomer hos personer med Alzheimers sykdom?*

Kull: 12SYKHEL

Kandidatnummer: 203

Leveringsdato: 03.09.15

Antall ord: 10 595

Sammendrag

Formål: Bacheloroppgaven vil ta for seg pasienter med Alzheimers sykdom og noen av pasientgruppens atferdsmessige symptomer. Formålet med oppgaven er å få en dypere forståelse for hvordan sykepleiere kan kommunisere for å forebygge bruk av tvang i demensomsorgen. Noen av temaene som gjør seg gjeldene og vil være en sentral del av teorien og drøftingen for å belyse problemstillingen, vil være: makten og avmakten i sykepleier- og pasientrollen, autonomi og paternalisme, hva som ligger til grunn for pasientens aggressive atferd og faktorer som påvirker sykepleiers kommunikasjon og forutsetninger for å lykkes i å forebygge bruk av tvang. For å gi begrepene mening har jeg knyttet de opp mot en case som metode, med en kvalitativ tilnærming.

Metode: Case-study.

Drøfting: Litteratur og forskning har her blitt drøftet opp mot analysen av casen, for best mulig å besvare problemstillingen. Drøftingen er delt inn i seks fokusområder.

Resultat: Oppgaven viser at tillitsskapende kommunikasjon alene som tiltak ikke er nok for å forhindre bruk av tvang i enhver situasjon, men har likevel stor innflytelse på utfallet av situasjonen. Det er derfor anbefalt å prøve ut dette sammen med andre tiltak, før bruk av tvang blir et alternativ. Slik jeg tolker funnene fra mitt arbeid med casen og litteraturen, vil en økt kompetanseheving, etisk refleksjon blant pleiepersonell, økt bemanning med kjennskap til pasienten og en bevisstgjøring på hva og hvordan vi kommuniserer med denne pasientgruppen, være forebyggende for bruk av tvang på pasienter med Alzheimer.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1 Innledning	4
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling	5
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	5
1.3 Begrepsavklaring.....	5
1.3.1. Kommunikasjon.....	6
1.3.2. Psykososiale og atferdsmessige symptomer.....	6
1.3.3. Tvang.....	6
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	6
1.5 Oppgavens disposisjon	7
2 Metode	8
2.1 Valg av metode.....	8
2.2 Case-study som metode.....	8
2.3 Analyse av case	9
2.4 Metodekritikk	10
2.5 Etiske overveielser.....	10
3 Teori	11
3.1 Hva er demens?	11
3.1.1 Demens ved Alzheimers sykdom.....	11
3.1.2 Anatomiske forandringer i hjernen	11
3.2 Symptomer ved Alzheimer.....	12
3.2.1 Oppmerksomhetsevnen, hukommelse og læring	12
3.2.2 Visuokonstruktiv svikt, generell orientering og språklige problemer.....	12
3.2.3 Atferdsmessige og psykologiske symptomer	13
3.3 Sykepleierollen	15
3.4 Bruk av tvang – Hva sier lovverket?.....	16
3.5 Etikk i sykepleien	17
3.5.1 Autonomi og paternalisme.....	17
3.5.2 Velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet.....	18
3.6 Kommunikasjon som tillitsskapende tiltak	18
3.6.1 Nonverbal kommunikasjon	19
4 Presentasjon av funn	20
4.1 Case	20
4.2 Analyse av case	22
5 Drøfting av funn	24
5.1 Forutinntatthet – følger for samspill mellom sykepleier og pasient	24
5.2 Tillitsskapende kommunikasjon	25
5.3 Respekt for pasientens autonomi.....	26
5.4 Inkongruens og nonverbal kommunikasjon	28
5.5 Hvordan forstå aggressiv atferd?	30
5.6 Bruk av tvang – Hva sier lovverket?.....	31
6 Oppsummering	33
Litteraturliste.....	34

1 Innledning

Antall demensrammede i Norge ligger på 71 000 og er forventet å stige betraktelig de nærmeste årene. Hvert fjerde sekund rammes en ny person med demens på verdensbasis og i 2010 ble det anslått at 36 millioner hadde en demenssykdom (Strand, Tambs, Engedal m.fl. 2014). Dette gir grunnlag for å rette fokus på demens som sykdom og å sette spørsmålsteget om omsorgen som blir gitt til denne pasientgruppen er god nok slik det er i dag.

Forskning viser at atferdsmessige symptomer opptrer i stor grad ved alle type demenssykdommer, men hvor hyppig symptomene forekommer varierer (Engedal og Haugen 2009:312). Angst, uro, forvirring og aggressivitet er noen eksempler på atferdsmessige symptomer ved demens. Ved Alzheimers er angst utbredt og ofte et tidlig tegn på sykdommen. Det er av stor betydning å rette fokus på de atferdsmessige symptomene, da disse symptomene ofte oppleves som mer belastende for pårørende og hjelpeapparatet enn de kognitive utfallene (ibid:44-45). En av utfordringene ved atferdsmessige symptomer er at helsepersonell benytter seg av ulovhjemlet tvang. Dette er et aktuelt tema da undersøkelser viser at pasienter daglig blir utsatt for tvang som ikke er hjemlet i loven (Engedal og Haugen 2009:312). Årsakene til bruk av tvang er mange. Forskning (Helgesen, Larsson og Athlin 2014) viser at ressurser som kompetanse, bemanning og tid spiller en stor rolle for bruken av tvang i norske sykehjem.

For å tydeliggjøre rammene rundt bruk av tvang tredde det i kraft et nytt kapittel i pasientrettighetsloven 4A i 2009. Dette lovverket omhandler pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp og var ment å blant annet forebygge og begrense bruk av tvang. I § 4A-3 "Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg" står det at "Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette." (Pasientrettighetsloven, 1999). Spørsmål som melder seg da er om sykepleiere er flinke nok til å prøve ut tillitsskapende tiltak før det brukes tvang? Er det mulig å forebygge bruk av tvang gjennom kommunikasjon som tillitsskapende tiltak?

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Temaet demens er sentralt fordi det berører så mange relevante begreper og aspekter ved mennesket innenfor sykepleien. Kommunikasjon er et av disse, og er noe jeg har sett på som en av mine styrker og noe jeg forhåpentligvis kunne ha nytte av som fremtidig sykepleier. Dette forandret seg da jeg som student begynte å arbeide med personer med demens. Jeg følte meg utilstrekkelig og at jeg ofte befant meg i situasjoner hvor jeg ikke visste hvordan jeg skulle handle riktig overfor pasienten. Forskning viser at jeg ikke er alene om dette. I en undersøkelse (Rognstad og Nåden, 2011) gjort på et norsk sykehjem kom det frem at pleiepersonalet følte maktesløshet, mislykkethet og redsel når pasienten hadde en aggressiv atferd.

På sykehjemmet observerte jeg at min egen og andres kommunikasjon ikke strakk til. Jeg var også vitne til flere uheldige hendelser hvor personalet brukte tvang i håndtering av enhver situasjon, uten å prøve tillitsskapende tiltak først. Det var med dette ønske, om å kunne gi god pleie overfor denne pasientgruppen, og en erkjennelse av at jeg ikke hadde nok kunnskap på feltet, at jeg ønsket å skrive om demens og kommunikasjon. Både for å tilegne meg egen kunnskap for å overføre til praksis, men også for å opplyse andre og rette fokus på viktigheten av makten vi innehar som sykepleiere til å påvirke kommunikasjonen og utfallet av pasientsituasjoner. Med denne oppgaven ønsker jeg derfor å få en dypere innsikt og forståelse for hvordan man som sykepleier kan anvende kommunikasjon for å forebygge bruk av tvang ved atferdsmessige symptomer.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleier anvende kommunikasjon for å forebygge bruk av tvang ved atferdsmessige symptomer hos personer med Alzheimers sykdom?

1.3 Begrepsavklaring

Under vil jeg gi en kort definisjon av sentrale begreper som er benyttet i problemstillingen.

1.3.1. Kommunikasjon

Kommunikasjon defineres som en utveksling av tegn med mening mellom to eller flere parter. Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles eller ha forbindelse med (Eide og Eide 2008:17).

1.3.2. Psykososiale og atferdsmessige symptomer

Psykososiale og atferdsmessige symptomer innebærer depresjon og tilbaketrekning, angst og panikkangst, vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner, personlighetsendring, apati, interesseløshet og rastløs motorisk atferd, irritabilitet og aggressivitet som innebærer angrepsaggressivitet og forsvarsaggressivitet, repeterende handlinger, roping og klamring og forandret døgnrytme. Blant de mange atferdsmessige symptomene har jeg valgt angst, panikkangst og forsvarsaggressivitet da det var mest aktuelt for pasienten i casen. Engedal (2009:46-48) beskriver disse symptomene slik:

- Angst forstås som en følelse av redsel fordi personen med demens har manglende evne til å overskue sin egen situasjon og sviktende evne til å ta vare på seg selv.
- Panikkangst kan opptre i situasjoner hvor personen med demens ikke forstår hva som skjer, blir redd og setter seg derfor til motverge.
- Forsvarsaggressiviteten kan skyldes at pasientens intimsone overskrides og at situasjonen og hensikten misforstås.

1.3.3. Tvang

Tvang defineres som en begrensning av pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, altså fysisk holding ved for eksempel omsorgstiltak (Kirkevold gjengitt av Rokstad og Smebye, 2008:209).

1.4 Avgrensning av oppgaven

I oppgaven tas det utgangspunkt i pasienter som bor på sykehjem og har alvorlig, langtkommen demens. Da det finnes mange typer demens måtte jeg avgrense og konsentrere meg om en diagnose. Jeg valgte Alzheimer, da det er den mest forekomne formen for demens. Av de ulike tiltakene for å forebygge bruk av tvang ved atferdsmessige symptomer valgte jeg kommunikasjon, med hovedvekt på den nonverbale kommunikasjonen. Årsaken til dette er at jeg har erfart at pasienter med alvorlig demens ofte mister mye av sitt verbale språk og kan

samtidig ha vanskeligheter med å legge mening til det som blir sagt. I disse tilfellene vil den nonverbale kommunikasjonen i stor grad kompensere for det manglende verbalspråket og forståelsen. Man skal likevel bruke verbalt språk, da man ikke sikkert kan vite om pasienten forstår det du sier eller ikke. Årsaken til at jeg i oppgaven vil vektlegge kommunikasjon som tillitsskapende tiltak er at jeg i praksis har erfart viktigheten av dette og innvirkningen sykepleiers kommunikasjon har på pasientens atferd. Da det finnes mange former for atferdsmessige symptomer valgte jeg å gå inn på forsvarsaggressivitet, angst og panikkangst. Tvang brukes i mange arenaer på sykehjem, jeg har valgt å konsentrere meg om tvang relatert til personlig hygiene.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp med en innledning, metodedel, teoridel, presentasjon av funn, drøfting og oppsummering. I metodedelen har jeg vektlagt å begrunne valg av metode, en beskrivelse av anvendt metode, hvordan jeg har analysert casen, metodekritikk og etiske overveielser. I teoridelen vil jeg belyse de temaene fra faglitteraturen som er nødvendig for å svare på problemstillingen og presentere forskningsartiklene fortløpende. I presentasjon av funn blir casen presentert, samt analysen av casen. Drøftingen vil basere seg på sitatene utvalgt fra casen presentert i analysen og er delt i seks kategorier. Disse funnene underbygges og drøftes opp mot den valgte faglitteraturen og forskningen. Tilslutt vil jeg komme med en oppsummering av hovedtrekkene i drøftingen og svare på problemstillingen. Litteraturlisten vil komme til slutt i oppgaven.

2 Metode

I dette avsnittet vil det redegjøres for valg av metode, en beskrivelse av anvendt metode, hvordan jeg har analysert casen, metodekritikk og etiske overveielser.

2.1 Valg av metode

Dalland (2012:111) sier at metoden vi velger skal være med på å bidra til å belyse problemstillingen vår på en faglig interessant måte, i tillegg skal dataene vi får ved å bruke metoden være gode. Vi har to ulike felt innenfor metode, kvantitative og kvalitative. Kvantitative metoder gir oss data i form av noe som er målbart, som for eksempel talldata. Kvalitative metoder gir oss ikke like konkrete data, men heller muligheten til å se på mening og opplevelse i situasjonen, som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2012:112). Hensikten med denne oppgaven var å få et innblikk i hvordan sykepleiers kommunikasjon kan forebygge bruk av tvang ved atferdsmessige symptomer hos personer med Alzheimers sykdom. Siden hensikten med oppgaven og problemstillingen i stor grad er formet av mine egne opplevelser fra praksis, ble kvalitativ metode et naturlig valg for å samle inn data, da jeg på en bedre måte kunne få frem det problematiske i det jeg ville utforske. Det finnes ulike måter å samle inn data på, jeg valgte imidlertid case-study da jeg på denne måten kunne gå dypere inn i sitater fra casen og utforske temaene som munnet ut fra analysen og drøfte disse opp mot litteratur og forskning.

2.2 Case-study som metode

For å kunne nyttiggjøre meg av mine egne observasjoner og erfaringer fra praksis i arbeidet med bacheloroppgaven valgte jeg å benytte meg av case-study som metode, hvor jeg har selvkonstruert en case basert på flere forskjellige observerte hendelser fra praksis (Winther 2012:194). Casen er dermed ikke en selvopplevd enkelthendelse, men konstruert ut fra mine egne observasjoner og erfaringer. På denne måten følte jeg at jeg best mulig kunne dekke de ulike områdene av sykepleien som er presentert i problemstillingen. Som Winther (2012:194) skriver kan casen skapes av den bachelorstuderende og det er problemstillingen og personens interesse som guider en i forhold til hvilke situasjoner fra praksis en velger å fokusere på når man konstruerer casen. Man fokuserer altså på utvalgte temaer, hvor man gjennom casen prøver å belyse det spesielle ved å gå i dybden på en situasjon. Selv om casene er unike og

levende, og dermed ikke mulig å gjenskape, inneholder de alltid sentrale temaer knyttet til profesjonell praksis. Casen er altså en mikrohistorie som avspeiler problemer som fins på et makroplan (Winther 2012:194). Case-study som metode har blitt skapt gjennom praktikerforskning. På bakgrunn av forskernes innsikt fra praksisfeltet og kanskje nettopp deres mange erfaringsbaserte hverdagshistorier, har de begynt å stille spørsmål, som ikke nødvendigvis kan besvares like godt gjennom de mer tradisjonelle forskningsmetodene. Case-study har derfor blitt en voksende forskningsmetode innenfor ulike profesjoner (ibid).

2.3 Analyse av case

Analyse og fortolkning kan sees på som en prosess hvor en beveger seg fra overflatefortolkning til en dybdefortolkning. Det er altså en prosess som springer mellom en forklaring og en forståelse av de aktuelle hendelsene. Undersøkelsesprosessen i denne bacheloroppgaven startet med handling fra det levende liv. I casen får en med opplevelser og erfaringer i relasjon til den aktuelle hendelsen som blir tatt opp. Disse inneholder også undertegnede for-forståelse, slik at det som ble sanset og oppfattet i situasjonen er det som blir vektlagt i casen (Pedersen 2012:160-161). Ved case er det tre aspekter som får stor betydning for den senere analysen. Det sanselige, det kulturelle og det moralske aspekt. I denne casen er det spesielt stort fokus på det sanselige aspekt som innebærer kroppen, holdningen, ordene, tonen og det følsomme, samt språket som en helhet. Når hendelsene blir skrevet ned, blir de mer distansert fra forfatteren, det blir altså et mer ”objektivt” materiale som er åpent for analyse og fortolkning (ibid).

Analysen foregår på tre nivåer, naiv lesning, strukturanalyse og kritisk fortolkning/diskusjon (Pedersen 2012:160-161). Jeg begynte altså med å skaffe meg en oversikt over innholdet i casen ved å lese gjennom teksten grundig flere ganger. Når jeg hadde overblikket jeg ønsket, ble neste steg å systematisere innholdet og fremheve det jeg så som mest relevant. Jeg brukte markeringstusj i ulike farger på ulike sitater jeg så som viktige, såkalte meningsenheter, for så å se på betydningen av sitatene, betydningsenheter, som igjen munnet ut i de ulike temaene drøftingen skulle dreie seg om. Jeg har på denne måten trukket ut det jeg mener er hovedproblemområdene, sett i forhold til problemstillingen og den valgte teorien og forskningen. Resultatet av denne strukturanalysen blir presentert i kapittelet ”Presentasjon av funn”.

2.4 Metodekritikk

Faren ved å ha valgt case-study som metode er at dataene kommer fra min egen subjektive analyse av casen, det er derfor ikke holdbart eller generaliserbart og mine egne holdninger vil prege analysen i stor grad. Som Dalland (2012:188) skriver ”Vår evne til oppmerksomhet, hva vi vet på forhånd, vår sosiale og personlige bakgrunn, vil påvirke hvordan vi oppfatter det vi observerer”. Jeg vil likevel prøve å ha et mer eller mindre objektivt syn og analysere casen fra både pleiers og pasients perspektiv. Målet med å bruke case som metode er derfor ikke å komme frem til en generaliserbar sannhet, men heller å gå i dybden på en situasjon for å kunne belyse flere aspekter knyttet til samhandling mellom sykepleier og pasient (Dalland 2012:112). Jeg anser dette som en nyttig tilnærming, siden det gjenspeiler hvordan vi som sykepleiere må forholde oss til pasienter i hverdagen. Casen i seg selv er typisk mal praksis og det er lett for en student og stå utenfor situasjonen og pirke på alt som gikk galt og kunne vært gjort annerledes. En av grunnene til at jeg valgte å skrive om dette temaet er at jeg så at dette kunne vært meg i en travel hverdag. Det er så mange faktorer som spiller inn for hvordan vi handler i ulike situasjoner, noe jeg vil belyse senere i drøftingen.

2.5 Ethiske overveielser

Oppgaven baserer seg på en pasientcase, noe som gjør det viktig å beskytte de involverte sitt personvern. Taushetsplikten har derfor blitt ivaretatt og det foreligger ingen identifiserbare opplysninger om de involverte. Casen er altså anonymisert med hensyn til personalia, tid og sted. Retningslinjer for oppgaveskriving er benyttet, samt litteraturen og forskningen som er benyttet i oppgaven er anerkjent ved at jeg i løpende tekst har referert til de brukte kilder og en komplett litteraturliste. Plagiering er med dette unngått.

3 Teori

Jeg vil i teoridelen av oppgaven ha med teori og forskning som er aktuelt for å belyse problemstillingen.

3.1 Hva er demens?

I dette kapittelet vil det bli kort redegjort for hva demens er, ulike begreper knyttet til demens og Alzheimers sykdom, forandringer i hjernen ved Alzheimers sykdom og relevante kognitive og atferdsmessige symptomer i forhold til casen.

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Som følge av dette får personen en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, endret sosial atferd, samt sviktende evner til å klare dagliglivets aktiviteter (Engedal og Haugen 2006:17). Redusert hukommelse er et av kjennetegnene på diagnosen demens og svikten i dagliglivets aktiviteter må relateres til hukommelsesreduksjonen. Personen må også ha en organisk sykdom i hjernen som forårsaker tilstanden. Det er vanlig å kategorisere de ulike demenstypene. Primær degenerativ demens er betegnelser som brukes dersom den degenerative sykdommen alltid fører til demens. Eksempler innenfor denne kategorien er Alzheimers sykdom, demens ved Lewy legemer og frontotemporallappsdemens. Sykdommen er kronisk og kan ikke kureres, samt at den forverres over tid (ibid:19). Denne oppgaven vil ta for seg Alzheimers sykdom.

3.1.1 Demens ved Alzheimers sykdom

Alzheimer som sykdom ble oppdaget og beskrevet for første gang i 1901 av Alois Alzheimer som beskrev funn av sykdom under en obduksjon av en 51 år gammel kvinne kalt Auguste D. Alzheimer er den demenssykdommen med høyest forekomst i Norge og utgjør ca. 60 % av alle tilfeller (Rokstad og Smebye, 2008:30).

3.1.2 Anatomiske forandringer i hjernen

Den kognitive svikten som pasienten har som følge av Alzheimers sykdom kommer av karakteristiske forandringer i hjernen (Rokstad m.fl. 2008:30). De største anatomiske forandringene i hjernen ved Alzheimers skjer i de kortikale områdene i storehjernen, men man

ser at subkortikale områder også påvirkes av sykdommen. Forandringene består blant annet av atrofiering, som kan beskrives som en skrumpning av hjernen, som et resultat av celledød. De tydeligste indikasjonene på sykdommen og årsaken til symptomene sees gjennom mikroskop. Disse forandringene består av nevrofibrilliære floker, senile plakk og synapsetap (Engedal m.fl. 2006:64; Rokstad m.fl. 2008:30). Man ser en tydelig sammenheng mellom hvor mange nevrofibrilliære floker og senile plakk som dannes i hjernen og graden av kognitiv svikt hos pasienten. Det skjer også forandringer i nevrokjemiske substanser, blant annet reduksjon av signalsubstanser som fører til at impulsoverføringen går saktere (ibid).

3.2 Symptomer ved Alzheimer

Hvilke deler av hjernen som er rammet har altså stor betydning for hvilke symptomer pasienten får (Berentsen 2008:49). Demens utvikler seg gradvis fra svært mild, mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig demens, noe som måles med Mini Mental Status (MMS). Symptomene varierer ut ifra hvilken grad du har og hvor langtkommen demensen er. Symptomene ved demens kan deles inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer (APSD) (Rokstad m.fl. 2008:40). Jeg vil i dette avsnittet fokusere på de kognitive og atferdsmessige symptomene som er relevant for pasienten i casen.

3.2.1 Oppmerksomhetsevnen, hukommelse og læring

Personer med Alzheimer vil i sykdomsforløpet få svekket oppmerksomhetsevne og klarer ikke lenger å ha fokusert oppmerksomhet over tid, uten å la seg forstyrre av andre ting. Dette får blant annet følger for evnen til å følge med i samtalen, og fange opp stimuli fra omgivelsene (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2010:356; Rokstad m.fl. 2008:40). Redusert oppmerksomhet går også ut over hukommelsen, problemløsningsevnen og evnen til å lære (Engedal m.fl. 2006:82).

3.2.2 Visuokonstruktiv svikt, generell orientering og språklige problemer

Pasienten kan få vanskeligheter med å orientere seg i rom og gjenkjenne gjenstander hvis de ser dem fra en uvant vinkel. Evnen til å være orientert for tid, sted og person blir også svekket og er i mange tilfeller fraværende ved langtkommen demens (Kirkevold m.fl. 2010:358).

Problemer med språket er også et av de første symptomene på Alzheimer. Motorisk, sensorisk og anomisk afasi er utbredt, hvor pasienten får problemer med å snakke og evnen til å forstå andres tale blir redusert (Rokstad m.fl. 2008:42; Kirkevold m.fl. 2010:357). Pasienten kan likevel fortsatt uttrykke seg gjennom tonefall, mimikk og kroppsspråk (Kirkevold m.fl. 2010:357-358). Berentsen (2008:55) skriver at ”Siden språket vårt er viktig for å kommunisere med andre, har afasi store konsekvenser for hverdagslivet og sosial samhandling med andre.”

3.2.3 Atferdsmessige og psykologiske symptomer

De fleste med diagnosen Alzheimer får før eller siden APSD. Dette innebærer blant annet følelsesmessige svingninger, aggressivitet, apati og angst. (Rokstad m.fl. 2008:43). Jeg vil i dette avsnittet fokusere på angst og aggressiv atferd.

Angst defineres som en ”diffus, indre uro uten kjent årsak” (Berentsen 2008:62). Angst er utbredt blant personer med demens. Dette er forståelig da de grunnet sin kognitive svikt får vanskeligheter med å opprettholde kontrollen over egen situasjon. De er avhengige av andre for å klare seg, noe som fører med seg stor usikkerhet (Rokstad m.fl. 2008:43).

Angst kan sees på som en naturlig reaksjon når et menneske føler seg truet, forvirret eller ikke forstår hva som skjer. Personer med demens har i mange tilfeller vanskeligheter med å orientere seg og med å forstå hva som skjer i sammenheng med for eksempel en stellsituasjon, og de setter seg da gjerne til motverge. Forståelsen av hensikten med det som skjer er borte og en stellsituasjon kan da oppfattes som et overgrep (Aarre, Bugge og Juklestad 2012:183).

Dårlig språkfunksjon og vanskeligheter med å forstå personalet i tillegg til dårlig orientering, er også medvirkende faktorer. Det at pasienten ikke forstår hva som skjer eller hva som forventes av ham, vil forsterke uroligheten og angsten, og i noen tilfeller kan dette utløse panikkangst. I et angstilfelle kan dette vise seg gjennom ansiktsuttrykk, mimikk, kroppsholdning, pusting, skjelving og atferd. Hvis personalet ikke klarer å gjenkjenne tegnene i tide kan pasienten som følge av panikkangsten begynne å slå, klore og sparke.

Aggressiviteten er altså et uttrykk for redsel fordi pasienten ikke forstår hva som skjer (Berentsen 2008:62; Kirkevold m.fl. 2010:360; Rokstad m.fl. 2008:44).

En undersøkelse (Garden og Hauge 2012) gjort på forskjellige sykehjem i Norge viste at sykepleier opplevde å ikke nå og ikke forstå pasienten, de følte skyld når det gjaldt pasientens negative opplevelse ved bruk av tvang og en opplevelse av pasienten som tapt eller tildekket

grunnet den kognitive svikten. Sykepleierne i studien beskrev også at det var en sammenheng mellom bruk av tvang og pasientens aggresjon. Sykepleierens kompetanse og forståelse av dette ville ha betydning for hvilke tiltak som ble igangsatt. Dersom aggresjon ble tolket som et symptom på hjerneorganiske forandringer, så de det som umulig å nå inn til pasienten, men dersom sykepleierne forstod pasientens aggresjon ut i fra et tap av kontroll og selvbestemmelse, ville sykepleieren prøve å unngå tvangsbruk .

Aarre m.fl. (2012:183) skriver at ”Den beste behandlingen for angst er å gi pasienten så mye oversikt som mulig ved å informere om hva som skal skje og fremme pasientens medvirkning og følelse av kontroll”. I tilfellet med pasienten i casen var det ikke angrepsaggressivitet som utartet seg, men heller det vi kaller forsvarsaggressivitet. Dette opptrer som regel når pasienten befinner seg i en vanskelig eller uoversiktlig situasjon med tap av kontroll. Pasienten kan da oppleve angst og få et behov for å beskytte seg selv ved å opptre aggressivt. Vansker når det gjelder kommunikasjonen mellom personalet og pasient kan også fremkalle irritasjon, angst og aggresjon hos pasienten. Sentrale faktorer som fremkaller denne type atferd hos personer med demens kan altså være problemer i samhandlingen, manglende innsikt, personlighetsforandringer, manglende mestring, somatisk sykdom, smerter og tap av kontroll (Berentsen 2008:67; Kirkevold m.fl. 2010:362).

Forskning (Helgesen, Larsson og Athlin 2014) viser imidlertid at pasientdeltakelse og å fremme pasientens følelse av kontroll ikke alltid fungerer så godt i praksis. Kvalitative forskningsintervju gjort på tre sykehjem i Norge viste at informantene ikke synes det var like lett å legge opp til pasientdeltakelse fordi personer med demens i mange tilfeller ikke forstår konsekvensene av valgene de gjør. Pasientdeltakelse var altså noe omsorgsgiver måtte justere og tilpasse individuelt for hver enkelt beboer. Funn viste også at graden av utdanning og kompetanse omsorgsgiver hadde, påvirket hennes evne til å legge til rette for deltakelse, og at uplanlagte situasjoner med bruk av tvang uten refleksjon, oftere ble gjort av de med lav eller ingen utdanning innen demensomsorg. Beboernes evne til å ta beslutninger og uttrykke ønsker var også en forutsetning for om det ble lagt opp til deltakelse i beslutninger. Funn viste også at måten beboeren ble møtt på av omsorgsgiveren og forholdet dem imellom påvirket beboerens mulighet til å delta i beslutninger. Studien viste altså at pasientdeltakelse ble sett på som at en er ”herre over eget liv”, noe som er viktig for selvfølelsen og verdigheten til pasienter. På tross av dette strakk praktisk tilrettelegging av pasientdeltakelse seg fra å la pasienter ta sine egne valg til å tvinge dem. Pasientdeltakelse ble ansett som tidkrevende og

lite prioritert på dager med lite personell på jobb og var også påvirket av pleiepersonellens kunnskap og kjennskap til pasienten (ibid).

For å forstå utfordrende atferd er det avgjørende at sykepleieren har evne til å sette seg inn i pasientens situasjon og opplevelsesverden. Dette henger nøye sammen med begrepet empati som defineres slik i Store Norske leksikon ” Empati, innlevelse, evne til å identifisere, forstå og anerkjenne gyldigheten av andre menneskers følelsesmessige tilstand og reaksjoner” (Store Norske Leksikon 2014). Det er også viktig å sette fokus på sykepleiers makt og pasientens avmakt, og hvordan man på en bevisst måte kan kommunisere endringsfokuset ved å skape en relasjon bygget på likeverdighet og tillit mellom pasient og sykepleier.

3.3 Sykepleierollen

Sykepleierollen innehar flere ulike forventninger. Det forventes at en skal være oppdatert på fagkunnskap, samt at man har et riktig verdigrunnlag for at utøvelsen av sykepleien skal være tilfredsstillende. Verdier som nestekjærlighet, respekt og barmhjertighet er grunnleggende og nedfelt i ICNs etiske regler for sykepleiere (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012).

Sykepleieteoretikeren Travelbee (2011:22) ønsket å rette fokus på menneske-til-menneske forholdet da hun så at sykepleien var mangelfull på bakgrunn av at vi beveget oss mer og mer bort fra sympatien og medlidenheten som burde karakterisere sykepleien. Hun mente også at det ville være nødvendig at man går utenfor sykepleierrollen for best mulig å kunne etablere et tillitsfullt forhold til pasienter (ibid:79). Så hvordan kan sykepleierollen overskrides for å skape grunnlag for et tillitsfullt forhold mellom pasient og sykepleier? En må begynne med sykepleiers holdning, som bør være basert på at hvert enkelt menneske sykepleieren har omsorg for er unikt, og på samme måte må sykepleieren tillate seg selv å bli oppfattet som et unikt menneske av sine pasienter.

Videre trekker Travelbee (2011:79) frem viktigheten av at sykepleier har fokus på selve mennesket som handlingene utføres for og ikke selve handlingen. Hun skriver at ”Den handlingsorienterte sykepleieren kan ikke oppfatte og respondere på det syke menneske, og hun er heller ikke i stand til å overskride sykepleierrollen” (ibid). Sykepleieren har for stort fokus på sykepleiehandlingene slik at hun ikke klarer å oppfatte og respondere på det pasienten som mottar omsorgen kommuniserer. Dette vil gjøre det vanskelig å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 2011:79).

Utfordrende situasjoner oppstår ofte i samhandling med demente, spesielt i forbindelse med personlig hygiene som casen i denne oppgaven tar for seg, overtrer man ofte intimgrenser og pasienten misforstår muligens hensikten med sykepleierens handlinger. Dette kan føre til at pasienten får angst og utarte seg i forsvarsaggressivitet, noe som igjen fører til at sykepleier ser seg nødt til å bruke tvang (Engedal og Haugen 2009).

3.4 Bruk av tvang – Hva sier lovverket?

Tvang er et mye omdiskutert tema i sykepleien og det har i de senere år kommet flere rapporter og undersøkelser som avdekker ulovhjemlet bruk av tvang i demensomsorgen (Rokstad m.fl. 2008:208). Jeg vil under gå inn og se på tvang i et juridisk perspektiv, men også få frem de etiske utfordringene en står ovenfor når det gjelder bruk av tvang på pasienter uten samtykkekompetanse.

Forenklet kan en definere tvang som fravær av samtykke. Det er derfor sentralt å se på hva lovverket sier om samtykkekompetanse (Rokstad m.fl. 2008:210).

Kapittel 4A i pasientrettighetsloven § 4-3 sier at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten har senil demens og ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Videre sier loven at helsepersonell selv kan vurdere om pasienten mangler kompetanse til å samtykke i situasjonen, men skal på bakgrunn av alder, psykisk tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge til rette for at pasientens skal kunne samtykke (Pasientrettighetsloven, 1999). I § 4A-3 ”Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg” står det: ”Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette”. Videre sier loven at det må treffes vedtak før bruk av tvang og det må foreligge fare for helseskade om helsehjelpen ikke gis (ibid).

En studie (Gjerberg, Hem, Førde, og Pedersen 2013) gjort på fem forskjellige sykehjem i Norge ville se nærmere på hva slags strategier og tiltak pleiepersonell brukte når pasienter nektet pleie og hva slags ressurser som måtte ligge til grunn for at tvang kunne unngås. Bakgrunnen for studien var blant annet å se om det nye kapittelet i pasientrettighetsloven § 4A hadde hatt noen innvirkning på bruk av tvang i norske sykehjem. Funn viste at personalet

som regel brukte mye tid på ulike tilnærminger for å unngå bruk av tvang og at tvang ble sett på som siste utvei. Strategier som ble brukt for å forebygge bruk av tvang var blant annet avledning og overbevisning, begrense valgmuligheter gjennom bevisst språkbruk, fleksibilitet som å prøve igjen senere eller bytte personell. Det kom også frem at for å kunne gjøre seg nytte av disse strategiene måtte organisatoriske ressurser som nok kvalifisert personell, ha kjennskap til pasienten og ha nok tid, være på plass. Generelt sett ut fra funnene ser det ut til at det nye lovverket har vært med på å bevisstgjøre rundt bruken av tvang, men dataene gir ikke grunnlag for å si at lovverket har hatt direkte påvirkning på variasjonen av strategier som blir brukt for å unngå tvang.

3.5 Etikk i sykepleien

Etiske dilemmaer og overveielser er en stor del av hverdagen som sykepleier og vi har en rekke etiske retningslinjer vi må følge. Her er sykepleiers forhold til pasienten og plikten til å ivareta den enkeltes pasients verdighet og integritet, rett til helhetlig sykepleie og retten til medbestemmelse og ikke bli krenket, sentralt å trekke frem (Slettebø 2013:18). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slår fast at ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (NSF gjengitt av Slettebø 2013:18).

3.5.1 Autonomi og paternalisme

En rekke begreper melder seg sentrale, blant annet prinsipper som autonomi og paternalisme. Sykepleier og pasient er begge autonome, det vil si at de har rett til å bestemme over seg selv (Slettebø 2013:105). Som tidligere beskrevet vil denne retten i noen tilfeller falle bort hvis det er juridisk grunnlag for det, men som utgangspunkt skal man alltid ta hensyn til pasientens medbestemmelse og legge til rette for det. Dette er med på å belyse den makt som sykepleier innehar i sin rolle. Dette leder oss inn på paternalisme som kommer av det latinske ordet ”pater” altså ”far bestemmer”. Sykepleier må som overordnet mål tenke hva som er det beste for pasienten og ut ifra dette vurdere hva hun skal gjøre, også i tilfeller hvor det er juridisk hjemmel for tvangstiltak. Det skal ligge en nøye overveielse med grunnlag i hva pasienten selv hadde ønsket om en skal ta en avgjørelse uten at pasienten får delta i beslutningen (Slettebø 2013:105). Forskning viser imidlertid at dette ikke alltid er tilfelle. En undersøkelse (Rognstad og Nåden 2011) gjort ved avdeling for aldersdemens og alderspsykiatri ved et norsk sykehjem, viste at det kreves høy kompetanse for å sikre at pasienter blir hjulpet på en

mest mulig etisk riktig måte. Makteløshet, mislykkethet og redsel var følelser de ansatte opplevde når pasienten var aggressiv. Resultatene av studien viste tydelig behovet for kompetanseheving for at pasientens verdighet skulle kunne ivaretas. Studien belyste også de etiske dilemmaene personalet står ovenfor når det gjelder bruk av tvang. Funn viste at de ansatte ønsket å drøfte etiske problemstillinger i fellesskap, da de ofte sto i situasjoner hvor pasientens autonomi ble berørt. Mer kompetanse ble etterlyst for å hankses med utfordrende atferd og for å unngå at personalet skulle oppleve frykt og mislykkethet. Den utbredte bruken av tvang og makt kunne også forstås ut fra omsorgsgivernes manglende kompetanse (ibid).

3.5.2 Velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet

Velgjørenhet og ikke-skade prinsippet er også viktige prinsipper som sykepleier skal etterleve. Å ikke skade vil si at en ikke påfører noen en skade eller et onde, mens velgjørenhet vil si at man forebygger dette aktivt. Velgjørenhet krever også at sykepleieren handler til det beste for pasienten (Slettebø 2013:105). Imidlertid kan det oppstå etiske problemstillinger hvor man står overfor å gjøre en aktiv handling og å unnlate å gjøre handlinger i forbindelse med ikke-skade-prinsippet. Under visse omstendigheter er det å unnlate å gjøre en handling, selv om dette har dårlige konsekvenser, moralsk mindre klanderverdig enn å utføre en aktiv handling som har identiske dårlige konsekvenser (Edwards gjengitt av Slettebø 2013:104).

3.6 Kommunikasjon som tillitsskapende tiltak

Som sykepleier er det en nødvendighet å kunne kommunisere med mennesker som befinner seg i ulike livssituasjoner, og det å bli bedre på kommunikasjon er en sentral utfordring for at tjenestene vi gjør har god kvalitet. Ut fra dette forstår vi viktigheten av å øke kvaliteten på kommunikasjonen, spesielt når det dreier seg om personer med demens (Rokstad m.fl. 2008:88).

Det er mye som er innlemmet i begrepet kommunikasjon, jeg kommer nedenfor til å ha fokus på den nonverbale kommunikasjonen, da dette i stor grad er relevant når det gjelder kommunikasjon med personer med en alvorlig grad av demens og afasi.

Som sykepleiere har vi et stort ansvar når det gjelder hva og hvordan vi kommuniserer med våre pasienter. Kommunikasjonen har stor innvirkning på graden av mellommenneskelig

nærhet og den kan gjøre slik at andre føler tilknytning og tillit til oss, eller til å støte bort. Sykepleiers grunnleggende menneskesyn og intensjoner bli tydelig kommunisert i enhver sykepleiesituasjon. Som Travelbee (2011:137) skriver: ”Dersom hun ikke interesserer seg for syke mennesker, vil denne interesselengelen kommuniseres, uansett hva hun måtte gi uttrykk for med ord, og den syke vil reagere tilsvarende”.

Kommunikasjon krever flere aktive parter, det må blant annet være en avsender og en mottaker, og budskapet må bli forstått av alle parter for at kommunikasjonen skal være vellykket. Svikter kommunikasjonen derimot, betyr det at budskapet ikke har blitt mottatt, at det feiloppfattes eller har blitt misforstått. Det er mange årsaker til at kommunikasjonen svikter, nettopp fordi kommunikasjon er så komplekst (Travelbee 2011:158).

3.6.1 Nonverbal kommunikasjon

En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal og ifølge Sterns intersubjektivitetsteori er nonverbalt språk helt sentralt og avgjørende for å skape kontakt, tillit og trygghet i relasjoner (Stern gjengitt av Eide 2008:198). Nonverbale uttrykk må fortolkes, noe vi ubevisst eller bevisst gjør hele tiden. Det er likevel viktig å erkjenne at våre fortolkninger sjeldent er helt presise og at pasienten kan mene å uttrykke noe annet enn det vi oppfatter det som. Kanaler for nonverbale uttrykk er gjennom ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, stemmens klang, styrke og intensitet, berøring, stillhet og tempo (Eide m.fl. 2008:202). Som sykepleiere ligger det stor makt i at vi kan respondere enten bekræftende eller avvisende overfor pasientens nonverbale uttrykk. Dette vil være med på prege relasjonen mellom begge parter i dialogen og styrke tilliten eller være opphav til mistillit (ibid:198).

Hvis vi ser det nonverbale språket i sammenheng med det vi uttrykker verbalt kan det nonverbale språket fungere på to måter: kongruent og inkongruent. Inkongruens oppstår når det som formidles verbalt og nonverbalt ikke stemmer overens. Det er mange årsaker til inkongruent kommunikasjon. Et tilfelle kan for eksempel være at sykepleier er nødt til å hjelpe pasienter hun er engstelig for, ikke liker, eller ikke tror man kan hjelpe. Da vil det nonverbale språket gjenspeile den antipatien og resignasjonen sykepleier føler. Sykepleiers holdning til pasienten er derfor helt sentral når det gjelder hva hun kommuniserer nonverbalt, da det lett skinner gjennom. ”Om man verbalt uttrykker vilje til å hjelpe, vil man nonverbalt komme til å uttrykke et ønske om å holde avstand” (Eide m.fl. 2008:200).

4 Presentasjon av funn

Nedenfor vil jeg presentere casen, samt en tabell med oversikt over strukturanalysen som er gjort at casen.

Caseobjektet jeg har valgt er en mann med diagnosen Alzheimer og representerer på mange måter en ”typisk” pasient med demens. Jeg vil be leseren om å ta høyde for at alle pasienter med denne diagnosen er ulike individer med forskjellige behov og at det som blir presentert i oppgaven ikke nødvendigvis gjelder for alle.

4.1 Case

Tor Olsen er 86 år gammel og har diagnosen Alzheimer. Grunnet sin diagnose er han så hjelpetrengende at han har behov for langtidsplass på sykehjem, her har han bodd de fem siste årene.

Tor har alltid vært glad i mennesker og jobbet som lektor da han var yrkesaktiv. Han likte å holde seg i form og å ha noe å ta seg til, derfor hadde han mange hobbyer og deltok aktivt i lokalpolitikken og hadde flere verv. Menneskene rundt ham beskrev ham som en kjernekar og en som ville alle vel.

Av personalet på sykehjemmet ble Tor beskrevet som en ”vanskelig” pasient som krevde mye ressurser. Han vandret mye i gangene og inn på andres rom, hadde angstliknende symptomer, da han fort kunne bli redd for personalet og gjenstander i rommet og som følge av dette ble han beskrevet som aggressiv og sint. Han hadde også afasi og personalet synes det var utfordrende å kommunisere med ham.

Jeg jobbet som pleieassistent på sykehjemmet Tor bodde og skulle inn sammen med sykepleier og ha morgenstell. Før vi gikk inn fortalte sykepleieren at årsaken til at vi var to var at dette var en veldig ”krevende” pasient og at vi hadde dårlig tid.

Da vi kom inn skrudde sykepleieren på lyset uten å si god morgen først. Hun gikk demonstrativt bort til vinduet og trakk fra gardinene, tok dynen av pasienten og sa ”Nå må du stå opp”, med en bestemt stemme. Tor så forundret opp, men det så ut til at han skjønnte hva som skjedde og ropte ”Neeei”, viftet sykepleieren bort og la seg med ryggen til. Sykepleieren

brukte makt og tok tak i armen til Tor og dro ham opp på sengekanten. Jeg fulgte med ut til badet hvor han ble plassert på dostolen for å dusjes. Sykepleieren begynte å kle av ham uten å informere om hva som skulle skje. Tor ble forvirret og prøvde å vri seg unna. Det kom tydelig frem at han ikke ønsket å bli kledd av på denne måten og kroppsspråket hans uttrykte usikkerhet og redsel for sykepleierens raske og uforsiktige avkledning. Sykepleieren sa med irritert stemme ”Nå må du slutte å være så vanskelig, jeg prøver bare å hjelpe deg”. Han så ikke ut til å forstå noe av det som ble sagt. Sykepleieren tok dusjen og begynte å væte håret hans uten å venne ham til vannet først. Han uttrykte redsel da det glovarme vannet ble skyllet over ham uten forvarsel og han slo ut med armene og ropte ”Hjelp meg, hjelp meg”. Jeg så at Tor fikk panikk. Han grep etter armen til sykepleieren og klorte henne. Sykepleieren tok hardt tak i armen til Tor og holdt ham fast. Resten av stellet var vanskelig å gjennomføre da Tor slo etter oss og ikke ville samarbeide. Tor hadde møtt sin største frykt, å miste kontrollen.

4.2 Analyse av case

Meningsenheter - Hva som sies	Betydningenheter - Hva det snakkes om	Temaer og undertemaer - Problemområder
<i>"Før vi gikk inn fortalte sykepleieren at årsaken til at vi var to var at dette var en veldig "krevende" pasient og at vi hadde dårlig tid".</i>	Det kan tenkes at hun baserer dette på tidligere erfaringer hvor samspill med pasienten har vært vanskelig. Gir inntrykk av at hun ikke er særlig begeistret og er stresset.	Forutinntatthet
<i>"Da vi kom inn skrudde sykepleieren på lyset uten å si god morgen først. Hun gikk demonstrativt bort til vinduet og trakk fra gardinene, tok dynen av pasienten og sa: " nå må du stå opp", med en bestemt stemme".</i>	Alt sykepleieren sier og gjør når hun kommer inn på pasientens rom er preget av at hun har dårlig tid. Hun buser inn på pasientens rom med en paternalistisk holdning som sier "her er det jeg som bestemmer".	Manglende tillitsskapende kommunikasjon
<i>"Tor så forundret opp, men det så ut til at han skjønnte hva som skjedde og ropte "Neeei", viftet sykepleieren bort og la seg med ryggen til".</i>	Tors nonverbale og verbale kommunikasjon indikerer at han ikke samtykker til å stå opp. På tross av dette valgte sykepleieren å "bruke makt og tok tak i armen til Tor og dro ham opp på sengekanten".	Manglende respekt for pasientens autonomi
<i>"Sykepleieren begynte å kle av ham uten å informere om hva som skulle skje. Tor ble forvirret og prøvde å vri seg unna. Det kom tydelig frem at han ikke ønsket å bli kledd av på denne måten og kroppsspråket hans uttrykte usikkerhet og redsel for sykepleierens raske og uforsiktede avkledding. Pleieren sa med irritert stemme "Nå må du slutte å være så vanskelig, jeg prøver bare å hjelpe deg".</i>	Gjennom å være rask og uforsiktig sier sykepleieren at hun har dårlig tid og bare vil få dette overstått. Sykepleieren er ikke oppmerksom på det Tor kommuniserer nonverbalt, men er i stedet veldig handlingsorientert. Kommunikasjonen mellom partene fungerer ikke og fører frem til forvirring og redsel hos pasienten og irritasjon hos sykepleieren.	Inkongruens og nonverbal kommunikasjon

<p><i>”Sykepleieren tok dusjen og begynte å væte håret hans uten å venne ham til vannet først. Han uttrykte redsel da det glovarme vannet ble skyllet over ham uten forvarsel og han slo ut med armene og ropte ”Hjelp meg, hjelp meg”. Han får panikkangst og reagerer videre med forsvarsaggressivitet, og griper tak i sykepleierens arm og klorer henne”.</i></p>	<p>Tor skjønner ikke hva som skjer og vannet er altfor varmt. Han blir derfor redd og slår ut med armene, samtidig som han uttrykker dette verbalt. Når sykepleier ikke reagerer på dette, bli Tor aggressiv fordi han får panikkangst.</p>	<p>Forståelse av aggressiv atferd</p>
<p><i>”Sykepleieren tok hardt tak i armen til Tor og holdt ham fast. Resten av stellet var vanskelig å gjennomføre da Tor slo etter oss og ikke ville samarbeide. Tor hadde møtt sin største frykt, å miste kontrollen”.</i></p>	<p>Det kommer tydelig frem i situasjonen at sykepleier ikke har vurdert hva som er riktig å gjøre her. Hun handler i frykt for å bli slått og klort og bruker derfor makt og tvang og holder Tor fast mens hun dusjer ham ferdig.</p>	<p>Bruk av tvang – Hva sier lovverket?</p>

Strukturanalysekjema tatt fra Pedersen (2011:161).

5 Drøfting av funn

I drøftingen vil jeg ta utgangspunkt i sitatene valgt fra casen som står i strukturanalysetabletten, og ta for meg hvert tema fra analysen, for så å se på det i lys av litteratur og forskning.

5.1 Forutinntatthet – følger for samspill mellom sykepleier og pasient

Sykepleieren vet at pasienten hun går inn til har demens, og som følge av dette symptomer som afasi, angst og aggressiv atferd. Afasi er et dårlig utgangspunkt for kommunikasjon i seg selv, og sykepleiers holdninger til dette vil prege kommunikasjonen dem imellom. Travelbee (2011:137) mener at dersom sykepleieren ikke er interessert i syke mennesker, så vil dette kommuniseres uansett hva hun måtte gi uttrykk for verbalt, og pasienten vil reagere tilsvarende. Vi skjønner derfor at mye av forholdene for god kommunikasjon ligger i sykepleiers holdninger til pasienten og sykdommen. Dette igjen vil være grunnlaget for opprettelsen av det Travelbee kaller et menneske-til-menneske-forhold, som er et nødvendig grunnlag for god kommunikasjon. Forholdet mellom pasient og sykepleier bør være preget av likeverdighet og tillit, for på den måten å legge til rette for at sykepleier kan kommunisere endringsfokuserert (ibid).

Det er ikke til å skyve under teppet at det ligger stor makt i vår måte å kommunisere på som sykepleiere. Våre holdninger vil i stor grad påvirke måten vi kommuniserer med våre pasienter. Vi burde ha en holdning preget av respekt, og at hvert enkelt menneske vi har omsorg for er et unikt individ. Samtidig må vi tillate oss selv å bli oppfattet som et unikt menneske og bryte barrieren mellom rollene ”sykepleier” og ”pasient”, slik at vi unngår avhumanisering. På den måten vil vi ha et bedre grunnlag for god og tillitsfull kommunikasjon (Travelbee 2011:137).

I denne casen var utgangspunktet for kommunikasjonen at pasienten hadde problemer med å snakke og evnen til å forstå andres tale var redusert (Rokstad m.fl. 2008:42). Sykepleier kan velge å se på dette som en håpløs og umulig situasjon, eller hun kan velge å se på det som en god utfordring. På en annen side har hun ressursknapphet mot seg, da hun har dårlig tid, og det kan være utrolig vanskelig å forstå pasienter med afasi om en ikke tar seg tid til å finne ut hva de egentlig vil si (Kirkevold m.fl. 2010:257). Forskning viser at sykepleiere opplever

vanskeligheter med å være tilstrekkelig tilstede og forstå pasienten i komplekse situasjoner når de har det travelt, og at dette er en av flere grunner til at tvang ofte blir benyttet (Garden og Hauge 2012:21). Det betyr imidlertid ikke at vi er fratatt ansvaret for å prøve ut tillitsskapende tiltak før det brukes tvang, men det er på mange måter forståelig at sykepleieren i en stresset hverdag tyr til denne løsningen.

Det er også forståelig at dette var en pasient sykepleieren ikke gledet seg for å gå inn til. Årsaken til det kan være mange, men forskning viser at mangel på kompetanse kan være en av flere årsaker til frykt hos personale i arbeid med utagerende personer med demens. En studie gjort ved et sykehjem i Norge (Rognstad og Nåden 2011:143:148) viste at omsorgsgivere opplevde frykt og engstelse i håndteringen av pasientgruppens aggresjon. De følte seg maktesløse og at de hadde mislyktes i jobben. Det kan være interessant å stille spørsmål ved i hvilken grad personalet i en sånn situasjon er i stand til å utøve omsorg overfor pasienten når de føler seg usikre og skremte? Det er ikke vanskelig å forstå at det er utfordrende å skulle innta en omsorgsrolle når man er redd for å bli skadet og man vet hva som venter en. Likevel mener jeg at man må være bevisst sin egen forutinntatthet og ikke la det prege kommunikasjonen og relasjonen til pasienten. Sykepleieren i casen var stresset og preget av sin forutinntatthet, noe som tydelig påvirket kommunikasjonen når hun kom inn til pasienten.

5.2 Tillitsskapende kommunikasjon

Hendelsene i casen tyder på at ting ikke skjer på pasientens premisser og det er en mangel på respekt i sykepleierens fremferd, som kan påvirke pasientens tillit til sykepleieren. Min erfaring av å vekke pasienter er at jo mer blid og bedre tid jeg later som jeg har, desto mer medgjørlige blir de, fordi den nonverbale kommunikasjonen min får dem til å slappe av og jeg uttrykker at jeg vil dem vel.

Det er imidlertid forståelig at sykepleieren er stresset og at dette påvirker hennes fremferd og kommunikasjon i situasjonen, men dette igjen vil påvirke responsen hun får fra pasienten, og skaper ikke et godt utgangspunkt for stellet. Sykepleieren må beherske og kommunisere tålmodighet, vennlighet, varme og forståelse overfor pasienten for å vinne tillit, noe hun i dette tilfellet ikke mestrer fordi hun er stresset (Eide m.fl. 2008:388).

Vi har et stort ansvar som sykepleiere når det gjelder hva og hvordan vi kommuniserer med våre pasienter. Kommunikasjonen har stor innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet og den kan gjøre slik at andre føler tilknytning og tillit til oss, eller til å støte oss bort. I dette tilfellet støter kommunikasjonen til sykepleieren pasienten mer bort enn å bygge tillit, og vi kan derfor si at kommunikasjonen her allerede har brutt sammen. Som Travelbee (2011:149) skriver er kommunikasjon nøkkelen til å oppnå forandringer i sykepleiesituasjoner, og det er derfor det er så viktig at sykepleier er bevisst på hva hun faktisk kommuniserer i ulike situasjoner. Ser man på dette i lys av pasientens demens og afasi, er det desto viktigere å kommunisere på en tillitsfull måte, for å forhindre at pasienten blir redd og dermed forebygge tvang.

5.3 Respekt for pasientens autonomi

Den verbale og nonverbale kommunikasjonen til Tor er tydelig, han sier verbalt nei, for så å nonverbalt vifte sykepleieren bort og legge seg med ryggen til, noe som indikerer at han har forstått hva som skjer og at han ikke samtykker til å stå opp. På tross av dette valgte sykepleieren å *bruke makt og tok tak i armen til Tor og dro ham opp på sengekanten*. Det er her aktuelt å se på hva teori og forskning sier om hvilke valgmuligheter sykepleieren har for å unngå å bruke makt.

Sykepleier plikter å ta hensyn og legge til rette for pasientens medbestemmelse (Slettebø 2013). Likevel viser forskning (Gjerberg m.fl. 2013) at dette ikke er like lett i praksis og at hvordan pleiepersonell velger å handle i ulike situasjoner er påvirket av sykehjemmets ressurser og strukturelle rammer. I dette tilfellet har sykepleieren dårlig tid, kanskje fordi det er for dårlig bemanning på avdelingen og hun har for mye pasientansvar. Hun velger derfor å bruke makt. Likevel mener jeg at det burde vært prøvd ut flere strategier for å få pasienten opp i stedet for å bruke makt som førstevalg. Forskning viser at å prøve å forhindre bruk av tvang er tidkrevende, men sykepleier kunne kanskje fordelt ansvaret for noen av de andre pasientene over på kollegaer, for å få ekstra tid hos denne pasienten (ibid).

Noen av tiltakene for å unngå bruk av tvang som ble nevnt i forskningsartikkelen ”How to avoid and prevent coercion in nursing homes”, var avledende og overbevisende strategier, begrense valgmuligheter gjennom bevisst bruk av kommunikasjon, fleksibilitet og bytte av personell (Gjerberg m.fl. 2013). Sykepleieren kunne derfor ha prøvd å bruke kommunikasjon

på en avledende og overbevisende måte ved for eksempel å fokusere på noe positivt, som at det var fint vær ute og at han kunne ta morgenkaffen ute i solen, og på den måten sett om pasienten ble mer fristet til å stå opp. Å begrense valgmulighetene til pasienten var også et tiltak som var mye brukt. For å gjennomføre dette måtte sykepleieren være bevisst på hvordan hun ordla seg og istedenfor å stille pasienten spørsmålet om han ville stå opp, informerte hun heller om hva som skulle skje og at hun skulle hjelpe pasienten med dette (Gjerberg m.fl. 2013). Det kan imidlertid diskuteres i hvilken grad dette er å ta hensyn til pasientens rett til medbestemmelse, da man bevisst legger opp til at pasienten ikke har noe valg. På en annen side kan en spørre seg om autonomi faktisk er mulig for en person med langtkommen demens og om svak paternalisme er en nødvendighet for å utøve god omsorg for denne pasientgruppen (Rokstad m.fl. 2008:225).

En annen mulig strategi for å unngå bruk av tvang var fleksibilitet. Et av tiltakene var å prøve igjen senere, på bakgrunn av at pasientens humør og situasjon kunne endres raskt. Å spørre noen andre til å ta over pasienten var også et fleksibelt tiltak for å ivareta pasientens autonomi (Gjerberg m.fl. 2013).

Ut fra dette ser vi at sykepleieren har flere valgmuligheter og at det ikke var riktig å bruke tvang som førstevalg. På en annen side viser forskning at for å unngå bruk av tvang må det være tilrettelagte ressurser tilstede, som kompetent og kvalifisert pleiepersonell med kjennskap til pasienten og nok bemanning (Gjerberg m.fl. 2013). En studie (Helgesen og Athlin 2013) som omhandlet pasientdeltakelse gjort på et norsk sykehjem viste at sykepleiernes evne til å legge til rette for at pasienten kunne være med i beslutninger var avhengig av deres kompetanse, og hvor høy utdanning de hadde innenfor demensomsorg, samt interessen for å ha omsorg for pasientgruppen, og hvor ofte de var på vakt. Dette indikerer igjen at forholdene må ligge til rette, og at det er mange faktorer som spiller inn på hvilket valg pleiepersonell tar, og om utfallet blir å bruke tvang eller å prøve ut andre tiltak først.

Sykepleieren i casen tok ikke hensyn til pasientens ønske og rett til medbestemmelse. Følgene av dette var at tilliten mellom pasient og sykepleier ble brutt, og pasienten kanskje allerede er redd fordi han har blitt utsatt for maktbruk, noe som ikke er et godt utgangspunkt for en stellesituasjon. Det handler derfor hele tiden om å legge til rette for en god positiv atmosfære

gjennom kommunikasjon og å være fleksibel, men på en annen side er det utrolig krevende med en pasient som kanskje ikke forstår uansett hvordan du uttrykker deg.

5.4 Inkongruens og nonverbal kommunikasjon

I casen kommer det tydelig frem at Tor ikke forstår hva som skjer når han blir kledd av. Han blir forvirret og redd. Årsaken til dette kan ha sammenheng med det sykepleieren uttrykker nonverbalt, gjennom å være rask og uforsiktig sier hun at hun har dårlig tid og bare vil få dette overstått. Det kan tenkes at Tor ikke får følelsen av at sykepleieren vil ham vel, noe som forklarer hvorfor han prøver å vri seg unna. Sykepleieren er ikke oppmerksom på det Tor kommuniserer nonverbalt, men er i stedet veldig handlingsorientert. Kommunikasjonen mellom partene fungerer ikke og fører frem til forvirring og redsel hos pasienten og irritasjon hos sykepleieren.

Ifølge Sterns (Stern gjengitt av Eide m.fl. 2008:198) intersubjektivitetsteori er nonverbalt språk helt sentralt og avgjørende for å skape kontakt, tillit og trygghet i relasjoner. I situasjonen ovenfor svikter kommunikasjonen, både fordi budskapet fra sykepleieren feiloppfattes av pasienten, men også fordi sykepleieren ikke er mottakelig for pasienten sin nonverbale respons (Travelbee 2011:158). Tor forstår ikke at sykepleieren prøver å hjelpe han, fordi hennes nonverbale kommunikasjon gjennom måten hun gjør ting på, ikke samsvarer med det hun uttrykker verbalt, nemlig at hun ”prøver å hjelpe”. I teorien kalles dette for inkongruens og oppstår kanskje fordi sykepleieren er engstelig. Antipatien, resignasjonen og ønsket om å holde avstand kommer lett til uttrykk gjennom sykepleiers nonverbale kommunikasjon, selv om hun verbalt gir uttrykk for vilje til å hjelpe (Eide m.fl. 2008:200). Når kommunikasjonen er uklar, slik som i denne situasjonen, vil det øke risikoen for misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet. I stedet må sykepleier prøve å skape nærhet, klarhet, fortrolighet og trygghet ved å kommunisere omsorgsfullt og tydelig (Rokstad m.fl. 2008:90).

Det kan også tenkes at Tor blir forvirret fordi sykepleieren ikke prøver å forklare hva som er i ferd med å skje. Han skjønner ikke hvorfor hun begynner å kle av ham og blir derfor redd. Siden Tor har afasi og vanskeligheter med å uttrykke seg og skape mening i det som blir sagt, tenker sykepleieren kanskje at det ikke er noe vits å informere pasienten. Siden vi ikke kan være sikre på hva pasienten egentlig får med seg er det fortsatt viktig å informere pasienten,

og forberede dem på hva som skal skje for å gi dem en følelse av kontroll. Det er viktig at sykepleier snakker og uttrykker seg entydig, ordlegger seg med få og klare ord og formulerer seg i korte setninger, da dette vil hjelpe pasienten å legge mening i begrepene (Eide m.fl. 2008:390).

Å informere pasienten er altså en av flere forebyggende faktorer for å unngå aggressiv atferd, da man gir pasienten en følelse av trygghet og kontroll, i stedet for redsel. Det ligger stor makt i hvordan vi som sykepleiere velger å respondere på pasientens nonverbale uttrykk (Eide m.fl. 2008: 198). I dette tilfellet er sykepleieren forståelig nok stresset og er ikke mottakelig for det pasienten kommuniserer, da hun konsentrerer seg om å få kledd av pasienten. Travelbee (2011:79) skriver at ”Den handlingsorienterte sykepleieren kan ikke oppfatte og respondere på det syke menneske”. Sykepleieren har altså for stort fokus på sykepleiehandlingene, slik at hun ikke klarer å oppfatte og respondere på det pasienten som mottar omsorgen faktisk kommuniserer. Dette får følger for pasientens opplevelse og hennes videre valg av handling.

Travelbee (2011:63) skriver at ”Når noen nekter å ta imot hjelp fra helsearbeidere, er årsakssammenhengen komplisert. Det er imidlertid sannsynlig at en vesentlig faktor ikke gjelder hjelpen som tilbys i og for seg, men måten den tilbys på”. Forskning (Gjerberg m.fl. 2013) viser at en vesentlig faktor for å unngå bruk av tvang er at omsorgsgiveren kjenner pasientens historie, slik at det blir lettere å forstå pasientens preferanser i forhold til for eksempel hygiene. Det ble også trukket frem viktigheten av at pleiepersonalet prøvde å forstå atferden i lys av pasientens demensdiagnose. En grunnleggende forståelse for pasientens situasjon ville gi grunnlag for et godt forhold, noe som igjen kunne lede til mindre angst i pleiesituasjoner (ibid). På en annen side er dette vanskelig å få til da det er mye utskiftning av personale, og det viser seg at ufaglært pleiepersonell som sjeldnere er på jobb, oftere tyr til uplanlagt tvang enn andre (Helgesen m.fl. 2014).

Det er ikke vanskelig å forstå sykepleierens frustrasjon i situasjonen når pasienten ikke ønsker å bli hjulpet. På en annen side er det utrolig viktig å gjøre en vurdering om å ta hensyn til pasientens ønsker eller ikke, før man handler. Det er veldig lett for sykepleieren å handle paternalistisk, noe som setter pasienten i en enda mer sårbar situasjon. Sykepleier kunne hatt en mer empatisk tilnærming til problemet og prøvd å sette seg inn i hvorfor Tor ikke ønsket hjelp.

5.5 Hvordan forstå aggressiv atferd?

Aggressiv atferd er ofte sammensatt og har årsak i flere faktorer. Ofte kan aggressiv atferd forstås som kommunikasjon når personen med demens har mistet verbalspråket. Som sykepleier har en et stort ansvar når det gjelder å vurdere seg selv og sin rolle når det gjelder den aggressive atferden pasienten viser, og ikke minst justere handlinger og væremåte etter pasientens signaler (Rokstad m.fl. 2008:183). Sykepleieren i casen gjorde ikke dette fordi hun var for handlingsorientert og stresset. Hun var ikke oppmerksom på pasientens signaler og stoppet ikke da Tor ropte ”Hjelp meg”. En kan si at mange tilfeller med utfordrende atferd oppstår fordi omgivelsene og menneskene rundt personen med demens ikke har nok kunnskap og erfaring til å forstå pasienten sin tilstand og reaksjoner. Som sykepleier i arbeid med personer med demens må en hele tiden tenke ”Hva er intensjonen og drivkraften bak denne atferden?” (Rokstad m.fl. 2008:183).

Det at pasienten ikke forstår hva som skjer kan forsterke angsten, og som i dette tilfellet utløse panikkangst. Forsvarsaggressiviteten Tor viste var kanskje en følge av panikkangsten som ble utløst når han uten forvarsel fikk varmt vann over seg (Berentsen 2008:62). Dette eskalerte videre til at Tor fysisk prøvde å si ifra. For å forebygge angst må en gi pasienten oversikt over situasjonen og informere om hva som skal skje, for på den måten å fremme pasientens medvirkning og følelse av kontroll (Arre m.fl. 2012:183). Vansker når det gjelder kommunikasjon mellom personale og pasient kan også fremkalle angst og aggresjon hos pasienten. Problemer i samhandlingen, manglende mestring og tap av kontroll er altså sentrale faktorer som spiller inn (Berentsen 2008:67; Kirkevold m.fl. 2010:362).

En teori av Cohen-Mansfield (gjengitt av Rokstad m.fl. 2008:184) ser på pasientens aggressive atferd i lys av redusert toleranse for stress og økt sårbarhet. Pasienten får altså stadig lavere stressterskel og mestrer ikke lenger omgivelsenes krav, noe som igjen gir økt stress og fører til angst og uro. Vi ser på bakgrunn av dette at sykepleiers atferd påvirker pasientens atferd, er sykepleier stresset vil det være mer sannsynlig at hun også stresser pasienten. Det vil altså være nødvendig å redusere overstimulering og pasientens opplevelse av stress for å forebygge aggressiv atferd (Rokstad m.fl. 2008:184). På en annen side viser forskning at for å redusere stress, som i dette tilfellet blir sett på som en medvirkende faktor til bruk av tvang, er personalet avhengig av at sykehjemmets strukturelle rammer og ressurser endres og styrkes med mer kompetent personell (Gjerberg m.fl. 2013).

Situasjonen bringer heller ikke med seg noe godt for sykepleieren som også kanskje blir redd når pasienten er aggressiv. Forskning viser at det ble etterlyst mer kompetanse for å takle blant annet aggressiv atferd, noe som også kan være med på å forklare den redselen personalet i studien opplevde (Rognstad m.fl. 2011). Dette kan også være en av faktorene for hvorfor sykepleieren i casen valgte å bruke tvang.

5.6 Bruk av tvang – Hva sier lovverket?

Det kommer tydelig frem i casen at sykepleier ikke har vurdert hva som er riktig å gjøre. Hun handler i frykt for å bli slått og klort og bruker derfor makt og tvang og holder Tor fast mens hun dusjer ham ferdig. Det kan være interessant å se på hva lovverket sier i forhold til om det er juridisk grunnlag for å bruke tvang i denne situasjonen.

Loven sier i § 4A-3 at før man kan yte helsehjelp til pasienter som motsetter seg må man ha prøvd tillitsskapende tiltak først (Pasientrettighetsloven, 1999). I denne casen ble det på ingen måte prøvd ut tillitsskapende tiltak, og sykepleier utøvde tvang uten at det var fattet vedtak. For å fatte et vedtak om tvang må unnlåtelsen av helsehjelpen føre til vesentlig skade for pasienten, det må være nødvendig og tiltakene må stå i forhold til behovet for helsehjelpen (ibid). Da det ikke forelå noen fare for pasientens helse på det daværende tidspunkt og det ikke var fattet noe tvangsvedtak på dusjing, kan vi ut fra dette vurdere at det ikke var berettiget å bruke tvang i situasjonen. I stedet burde det kartlegges om denne aggressive atferden var noe alle pleierne opplevde med Tor, og om det ville være nødvendig med et tvangsvedtak på dusjing. Sykepleier burde også reflektere over hva som kunne vært gjort annerledes i situasjonen, og vært mer bevisst på sin egen atferd og hvilken påvirkning hennes kommunikasjon kan ha hatt på pasienten. En studie (Garden m.fl. 2012) viser at det er sammenheng mellom bruk av tvang og pasientens aggresjon. Sykepleierens kompetanse og forståelse av pasientens aggresjon ville ha betydning for hvilke tiltak som ble igangsatt. Dersom aggresjon ble tolket som et symptom på hjerneorganiske forandringer, så de det som umulig å nå inn til pasienten, men dersom sykepleierne forstod pasientens aggresjon ut i fra et tap av kontroll og selvbestemmelse, ville sykepleieren prøve å unngå tvangsbruk.

Det er altså en omfattende helhetsvurdering med en rekke etiske overveielser som skal til før man rettmessig kan utøve tvang som omsorg (Pasientrettighetsloven, 1999). I situasjonen tenkte sykepleier kanskje at dette var til det beste for pasienten og at det var å yte omsorg.

Men vet vi som sykepleiere alltid hva som er best for pasienten? Når pasienten har kognitiv svikt som fremstilt i casen, vil det oppstå en avhengighet i relasjonen. Situasjonen gjør pasienten sårbar overfor sykepleierens handlinger. Når sykepleieren skal hjelpe en pasient som ikke lenger kan ivareta seg selv må hun ha en grunnleggende respekt for pasientens menneskeverd, og handle ut ifra kunnskap om hva pasienten hadde ønsket og anerkjent som gode handlinger for ham. Med engang sykepleieren er usikker på hva pasienten virkelig ville ha ønsket, har vi et etisk dilemma (Kristoffersen m.fl. 2012:105).

Kanskje vi må bli mer bevisst vår paternalistiske holdning og heller se hendelser i lys av pasientens øyne, som tilslutt endte opp som en traumatiserende, nedverdiggende og skremmende hendelse. Det er på en annen side viktig med god hygiene og å forebygge komplikasjoner relatert til dette. Likevel var det kanskje ikke det viktigste sykepleieren burde hatt fokus på der og da, men heller å ivareta pasientens egenverd og fremme trygghet, i stedet for å fremkalle angst og aggresjon. Forskning (Garden m.fl. 2012) viser at ved å basere sykepleietiltakene på pasientens preferanser og respons vil fokuset være på det mellommenneskelige samspillet, heller enn oppgaven som skal utføres. En slik tilnærming viste seg å gi en bedre opplevelse både for personalet og pasienten i dusjsituasjoner hvor pasienten vegret seg, og man ville unngå en endring av hygienestandarden.

Velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet er her sentralt å trekke frem. Dusjen går på bekostning av pasientens trygghet og en påfører pasienten mer et onde enn noe godt (Slettebø 2013:105). Gjennom en slik etisk vurdering kan man komme frem til at det kanskje ikke er rett å utføre dette stellet akkurat nå, eller at man må gå frem på en annen måte. Forskning viste at pleiepersonalet uttrykte behov for etisk refleksjon vedrørende å håndtere pasientgruppens aggresjon (Rognstad m.fl. 2011). Dette indikerer igjen et behov for en kompetanseheving i demensomsorgen og viktigheten av at det blir satt lys på problemene gjennom aktiv, etisk refleksjon og diskusjon. Dette vil igjen føre til at helsepersonell kan handle på en tryggere måte og være sikker på at det de gjør ikke går på tvers av loven, ved å finne alternative løsninger som ikke går på bekostning av pasientens behov for omsorg (Garden m.fl. 2012).

6 Oppsummering

Gjennom drøftingen ser vi at det er flere medvirkende faktorer til at sykepleier velger å bruke tvang som førstevalg. Jeg har sett på flere innvirkende faktorer på sykepleiers kommunikasjon og handling i forhold til casen, for å svare på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier anvende kommunikasjon for å forebygge bruk av tvang ved atferdsmessige symptomer hos personer med Alzheimers sykdom?

Svaret på det er ikke enkelt, da kommunikasjon er avhengig av relasjon, roller og er basert på hver enkels holdninger og forutsetninger. Oppgaven viser at tillitsskapende kommunikasjon alene som tiltak ikke er nok for å forhindre bruk av tvang i enhver situasjon, men har likevel stor innflytelse på utfallet av situasjonen. Det er derfor anbefalt å prøve ut dette sammen med andre tiltak, før bruk av tvang blir et alternativ.

Slik jeg tolker funnene fra mitt arbeid med casen og litteraturen, vil en økt kompetanseheving, etisk refleksjon blant pleiepersonell, økt bemanning med kjennskap til pasienten og en bevisstgjøring på hva og hvordan vi kommuniserer med denne pasientgruppen, være forebyggende for bruk av tvang på pasienter med Alzheimer. Sammenfatter vi disse funnene ser vi at tillitsskapende kommunikasjon er basert på sykepleiers holdning, og for å forebygge tvang er vi avhengig av et ønske om å gjøre det beste for pasienten gjennom et aktivt reflekterende, faglig oppdatert arbeidsmiljø, med de riktige strukturelle rammene. Da vil man i hvert fall ha forutsetningene for å lykkes. Resten er opp til oss.

Litteraturliste

Aarre, F.T., Bugge, P. og Juklestad, I.S. (2012). *Psykiatri for helsefag*. 1.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Berentsen, D.V. (2008). *Demensboka*. 1. Utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Engedal, K. og Wyller, B.T. (2004). *Aldring og hjernesykdommer*. 1. Utg. Oslo: Akribe Forlag.

Engedal, K. og Haugen, K.P. (2006). *Demens – Fakta og utfordringer*. 4. Utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Eide, H. og Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Garden, H.M. og Hauge, S. (2012) Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Vård I Norden*, 32(1):18-22.

Gjerberg, E., Hem, H.M., Førde, R. og Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6):632-644.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helgesen, K.A., Larsson, M. og Athlin, E. (2014) Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics*, 21(1):108-118.

Johannesen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2011) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. Utg. Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Kristoffersen, J. N. (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 4*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F. og Skaug, A.E. (2012). *Grunnleggende sykepleie 1*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, H.A. (2010). *Geriatrisk sykepleie*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, Ø. (2008). Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. *Demens og Alderspsykiatri*, 12 (4):6-8.
- Malt, U. (2012). *Empati*. Store Norske Leksikon.
Hentet 9. Februar 2015 fra: <https://snl.no/empati>
- Pasient- og brukerrettighetsloven [pasientrettighetsloven]. *Lov av 2. Juli 1999 nr. 63 om kapittel 4A- Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. Hentet 28. Januar 2015 fra: <http://www.lovdato.no>
- Rognstad, K.M. og Nåden, D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleiers perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2):143-155.
- Rokstad, M.M.A. og Smebye, L.K. (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. 1. Utg. Oslo: Akribe.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. 6. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Strand, B. H., Tambs, K., Engedal, K., Bjertness, E., Selbæk G. og Rosness, T. A. (2014). Hvor mange har demens i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (3)134:276-7.
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Winther, H. (2012) Kap. 3.3.4 Praksisfortællinger. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.