



Omsorg til mennesker som lider av demens

”Hvordan kan sykepleier best ivareta personer med demens under et opphold på somatisk sykehus?”

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 111

Antall ord: 8827

Dato: 11.03.2016

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING OG OPPGAVENS HENSIKT.....	2
1.3 AVGRENSNING	3
1.4 BEGREPSAVKLARINGER	3
1.5 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING.....	3
2 METODE	5
1.1 DATABASER OG LITTERATURSØK.....	5
1.2 PRESENTASJON AV LITTERATUR	6
1.3 KILDEKRITIKK	7
3 TEORI.....	9
3.1 KARI MARTINSENS OMSORGSFILOSOFI.....	9
3.2 ETIKK.....	10
3.3 DEMENS.....	10
3.2.1 Kommunikasjon.....	11
3.2.2 Smertelindring.....	12
3.4 SAMFUNNET, SYKEPLEIEREN OG INSTITUSJONER.....	13
3.3.1 Sykehus.....	13
3.3.2 Sykehjem.....	14
3.3.3 Demensplan 2020	15
3.5 ARTIKLER.....	15
3.5.1 Rantala et al. (2014): Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses.....	15
3.5.2 Thorvik et al. (2014): God omsorg for urolige personer med demens.....	15
3.5.3 Baillie et al. (2012): Caring for older people with dementia in hospital Part one: challenges.	16
3.5.4 Baillie et al. (2012): Caring for older people with dementia in hospital Part two: strategies.	16
3.5.5 Jordan et al. (2012): Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job.	17
4. DRØFTING	19
4.1 UTFORDRINGER	19
4.1.1 KUNNSKAP.....	19
4.1.2 TID.....	251
4.1.3 MILJØ	252
4.2 OMSORG.....	253
4.3 SMERTELINDRING	255
4.4 SYKEPLEIERENS ROLLE	26
4.5 AVSLUTNING	28
5. KONKLUSJON	30
LITTERATURLISTE.....	31
VEDLEGG 1.....	33

1. Innledning

”Det sies at en god målestokk på et godt samfunn er hvordan man behandler sine gamle. Eldre er den raskest voksende gruppen i helsevesenet” (Eide & Eide, 2007, s 383).

Under en av mine praksiser ved sykehus møtte jeg på flere pasienter som led av demens. Demens diagnosen var ikke årsaken til innleggelsen. Det var en kirurgisk avdeling hvor pre- og post- operativ sykepleie sto i fokus.

En rekke uheldige hendelser fant sted. Blant var det en pasient som ved flere anledninger rev ut IV slangen, noe som førte til mye blod søl. Flere pasienter var urolige. En annen pasient rev av seg stomi posen, noe som kunne hatt dødelige konsekvenser.

En rekke tankeprosesser ble satt i gang, og jeg hadde vanskeligheter med å forstå og akseptere at for denne sårbare gruppen pasienter kan et sykehusopphold være skremmende og risikabelt. Hvordan kan dette skje i velferdsstaten Norge? Hvilket ansvar har sykepleier i slike situasjoner? Er demente tilstrekkelig smerte lindret under sykehusopphold?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom 3 års skolegang blir vi som sykepleierstudenter kontinuerlig påminnet viktigheten av hvert enkelt menneskes iboende verdighet (Brinchmann, 2012). Det jeg opplevde under min praksis, var annet enn verdig.

På bakgrunn av disse erfaringene ønsker jeg å skrive om temaet demenssyke på sykehus. Jeg har i tillegg et ønske om å videreutdanne meg innenfor geriatrien, fordi dette et tema som interesserer meg.

Som sykepleiere har vi en veldig viktig rolle for opplevelsen av et sykehusopphold blant pasienter. Mennesker som lider av demens byr på ekstra utfordringer knyttet til kommunikasjon og ivaretagelse av grunnleggende behov. Dette er en sårbar gruppe som ikke alltid klarer å uttrykke egne behov. Det stilles store krav til oss som sykepleiere;

1. 6.2 Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers sær- skilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Nesten uavhengig av hvor jeg velger å jobbe, er dette en gruppe pasienter jeg blir å møte på. Jeg mener temaet mitt er høyst sykepleiefaglig relevant, da dette er en pasientgruppe som stadig vokser. Desto flere eldre vi får i samfunnet, vil vi også få flere pasienter med demens. I dag er det omlag 70 000 mennesker med demens her i Norge, og fram mot 2040 vil dette antallet trolig fordobles (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2016). Dette er en pasientgruppe som utfordrer sykepleierens kompetanse til å ivareta individets psykiske behov, så vel som de medisinske.

Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å tilegne meg mest mulig kunnskap om temaet. Jeg ønsker å stille forberedt som ferdigutdannet sykepleier. I tillegg ønsker jeg å være bevisst på egne handlinger og jobbe kvalitetsrettet, slik at alle pasientene jeg møter skal føle seg ivaretatt.

1.2 Problemstilling og oppgavens hensikt

Problemstillingen min lyder som følger;

” Hvordan kan sykepleier best ivareta personer med demens under et opphold på somatisk sykehus?”

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan vi som sykepleiere kan tilrettelegge for gode forhold, og ivaretagelse av personer med demens ved sykehusinnleggelse. Anliggendet mitt med denne oppgaven er ikke å moralisere eller kritisere sykepleieren, men heller å utforske sykepleieres kunnskaper og ferdigheter. Samt hvilke utfordringer de møter i forhold til å gi

omsorg og smertelindring til personer med moderat til alvorlig demens i sykehus, og hva som påvirker dette.

1.3 Avgrensning

Tilfredsstillende omsorg til personer med demens er et kollektivt ansvar ved et sykehus. Vi jobber i et tverrfaglig team, hvor vi skal kunne samarbeide og bruke hverandre. Jeg vektlegger sykepleierens rolle i min oppgave, både som enkeltindivid og yrkesgruppe. Hvordan sykepleiere kan møte denne utfordringen på en best mulig måte ut i fra de forutsetningene og ressursene som er tilgjengelig.

Når vi gir sykepleie til personer med demens er pårørendes rolle svært viktig. Et godt og nært samarbeid med dem er derfor viktig. Både pasient og pårørende trenger støtte og oppmuntring (Kirkevold, Ranhoff, & Brodtkorb, 2008). På grunn av oppgavens størrelse er pårørendes rolle så å si ekskludert, med unntak av at de nevnes et par gang.

Oppgavens hovedfokus er omsorgen. Smertelindring er også med, uten at jeg har inkludert farmakologien. Dette er en begrensning jeg har gjort på grunn av størrelsen på oppgaven.

Overforbruk av psykofarmaka er en bekymring tilknyttet medisinerings av eldre (Holm, Husebø, & Verdighetscenteret - omsorg for, 2015). Dette har også måttet vike fra oppgaven på grunn av dens størrelse.

1.4 Begrepsavklaringer

Begrepene demens og sykehus blir redegjort for under teoridelen. Ved bruk av andre begrep som behøver avklaring vil jeg gjøre dette fortløpende i teksten, ved bruk av fotnoter.

1.5 Oppgavens videre oppbygging

Under metoddelen vil jeg redegjøre for valg av litteratur og forskning, som er brukt i oppgaven. Deretter kommer Teoridelen hvor jeg presenterer denne litteraturen og forskningen. Teoridelen er relevant for problemstillingen min, og vil bli brukt til drøftingen i

kapittel 4.

Ved hjelp av anvendt litteratur og forskning vil jeg diskutere/drøfte problemstillingen min i drøftingsdelen.

2 Metode

I dette kapittelet vil jeg ta for meg litteraturen som er brukt i oppgaven, samt hvordan jeg har funnet fram til den.

Opgavens metode er et litteraturstudie. Det vil si at jeg har benyttet meg av litteratur som allerede er skrevet. Med en kritisk sammenfatning av forskningen og litteraturen jeg har funnet, har jeg utarbeidet et litteraturstudie (Dalland, 2012).

1.1 Databaser og litteratursøk

Kriteriene mine for søk etter forskningsartikler var at de skulle være fagfellevurdert¹ (peer reviewd), godkjent av etisk komite, og så ny som mulig, ikke eldre enn 10 år.

Jeg har vært innom en rekke databaser i helsebibloteket.no for å finne fram til forskningen som er brukt i oppgaven. Artikkelen jeg har brukt har jeg funnet ved hjelp av databasene Cochrane Library, Chinhal, Google Scholar og British Nursing Index. I tillegg har jeg søkt under forskning på sykepleien.no. Jeg har bygget opp søket omkring ordene: dementia, care, caring, smertelindring, pain management, pain assesment, pain, hospital, nurse, nursing, demens, uro og omsorg.

Ved bruk av British Nursing Index fant jeg fram til 2 artikkler. Jeg startet søket der med en kombinasjon av ord. Først gikk jeg til avansert søk, huket av for "article" og "case study" og å la inn "dementia" i hovedlinjen. Jeg begrenset søket ved å kombinere søkeord med "and" og "or", for eksempel søkte jeg på "dementia" "AND" "pain management" "OR" "Pain". Det resulterte i 116 funn. Gikk deretter tilbake og la til enda et ord; "Hospital", og fikk da 12 resultat. Når jeg huket av for at de skulle være utgitt etter 2012 minsket resultatet til 9, hvorav jeg valgte ut 2 etter å ha lest alle abstraktene. Artikkelen jeg ekskluderte var ikke relevant for oppgavens hensikt.

Jeg har også benyttet meg a Google Scholar. Der kan du gjøre et enkelt eller avansert søk. Ved et avansert søk kan du for eksempel velge ut ordene som skal være i artikkelens overskrift. Først søkte jeg på dementia care og fikk 2760 resultat. For å begrense søket måtte

¹ Fagfellevurdert: At en artikkel er fagfellevurdert vil si at den er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012).

jeg gå mer detaljert. Etter å ha prøvd ulike kombinasjoner kom jeg fram til 11 resultat ved bruk av kombinasjonen ”caring””dementia””hospital”. Jeg leste 4 artikler i sin helhet, 2 av disse ble inkludert da de traff oppgavens tema veldig godt. Av de to som ble ekskludert, anså jeg den ene som lite relevant da forskningen var gammel. Den andre gjaldt et studie utført ved et sykehjem, med liten overføringsverdi til sykehus.

Fra Google Scholar ble jeg videre sendt til Chinhal hvor jeg gjennom skolen fikk tilgang til artikkelen i fulltekst.

Ved søk i Cochrane Library søkte jeg på tekstord samt standardiserte emneord (MeSH). Dette gjorde jeg for å spesifisere søket og begrense antall resultat (Høgskolen i Bergen, 2012).

Her gjorde jeg et valg ut i fra tittel, utgivelsesår og type forskning. Etter en kombinasjon av ordene; ”dementia” ”pain assesment” og ”hospital” valgte jeg ut 2 av 20 artikler som jeg leste i sin helhet. Begge artiklene omhandlet samme tema, jeg valgte ut den som passet best til min problemstilling.

1.2 Presentasjon av litteratur

I denne oppgaven har jeg benyttet meg av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning.

Når en jobber med eldre som lider av demens er det spesielt viktig med etisk refleksjon. Demenssykdom kan medføre av pasienten ikke er klar nok til å ta egne avgjørelser, eller uttrykke meninger (Kirkevold et al., 2008). Derfor er etikk brukt mye i denne oppgaven. Bøkene jeg har brukt flittig for å belyse dette temaet er; Etikk i sykepleien av Berit Støre Brinchmann (2012), Kommunikasjon i relasjoner av Eide og Eide (2007), Grunnleggende sykepleie av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2011) og Løgstrup og sykepleien av Kari Martinsen (2012).

Av selvvalgt litteratur har jeg tatt med 3 bøker. Løgstrup og sykepleien som jeg nevnte ovenfor er en bok skrevet av Kari Martinsen. I boken bruker hun Løgstrups filosofi for å skape oppmerksomhet om vesentlige sider ved sykepleien (Martinsen & Kjær, 2012). Demens av Siv Henningstad og Halldor Hustadnes (2013) er en bok som omhandler hvordan en lever med demens. Blant annet; Hvilke symptomer sykdommen gir, hvordan sykdommen arter seg og helsetilbud og rettigheter den demenssyke og de pårørende har.

En verdig alderdom av Marianne Sætrang Holm og Stein Husebø (2015) er en bok som tar for

seg omsorg ved livets slutt. Den er utgitt av verdighetsenteret, en organisasjon som har som mål å sørge for god livskvalitet for eldre innenfor eldreomsorgen.

Etter et omfattende og systematisk søk har jeg valgt å ha med 5 forskningsartikler og en fagartikkel, i denne oppgaven. De blir nærmere presentert under teoridelen.

Jeg har i tillegg inkludert lovverk, forskrifter og etiske retningslinjer i oppgaven.

1.3 Kildekritikk

Jeg har hatt som mål og hovedsakelig benytte meg av primærlitteratur. Dette skulle vise seg å være vanskeligere enn jeg hadde trodd, da det var lite litteratur som omhandlet temaet personer med demens på sykehus. Dermed ble det brukt en god del sekundærlitteratur, blant annet mye av utdanningens pensum. Jeg anser denne litteraturen for holdbar da den er anbefalt av høyskolen og vi bruker den i undervisningen.

Artiklene som er brukt i oppgaven ble valgt ut etter relevans i forhold til problemstilling, holdbarhet og gyldighet.

Tre av forskningsartiklene jeg har inkludert i oppgaven er fra England. En av artiklene omhandler personer med demens på sykehjem. Jeg mener kunnskapen har en overføringsverdi til sykehus og valgte derfor å ha den med. To av artiklene traff oppgavens tema veldig godt, de tar for seg studenters erfaringer med demenssyke på sykehus. I tillegg til å utforske utfordringene kommer de med forslag til hvordan en kan optimalisere omsorgen som gis.

En av artiklene som er med i oppgaven er fra Finland, en er fra Norge og fagartikkelen er fra Skottland.

Til tross for at jeg kun har en Norsk forskningsartikkel er de andre artiklene fra land som har en kulturliket med Norge. Andelen demenssyke øker på verdensbasis, ikke bare i Norge.

Artiklene er relevant for å belyse problemstillingen min, og de er alle skrevet av eller rettet mot sykepleiere, noe jeg anså som positivt i min utvelgelse av dem.

Dalland (2012) sier at erfaring fra praksis er en viktig kunnskapskilde i profesjonsutdanningen. Jeg har tatt med eksempler fra egen praksis i denne oppgaven. Mine egne erfaringer kommer fra en informasjonskilde, altså meg, og er dermed ikke kunnskap.

Likevel håper jeg informasjon kan bidra til utvikling av ny kunnskap (Dalland, 2012).

I denne litteraturstudien har jeg hatt en førforståelse av at personer med demens innlagt på sykehus er en utfordring for personalet. Dette kan ha påvirket teksten med mine subjektive tolkninger.

Jeg savnet litteratur på området. I mitt søk fikk jeg mange resultater i forhold til demenssyke i kommunehelsetjenesten. Ved sykehjem og i hjemmesykepleien er det gjort mye forskning på området. Angående demenssyke på sykehus derimot, var det vanskelig å finne litteratur, både forskning og i pensum.

3 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere teori som er relevant for problemstillingen min, og drøftingen av den.

3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

I oppgaven har jeg valgt å bruke deler av Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

Som sykepleierstudent deler jeg hennes menneskesyn og oppfatningen av sykepleien som et omsorgsyrke. Ideene hennes har hatt stor innflytelse på den teoretiske utviklingen av sykepleiefaget i Norge og Skandinavia (Kirkevold, 1998). Disse ideene mener jeg er relevant for oppgavens tema.

Martinsen er Norsk og er fortsatt en sentral skikkelse i debatter om sykepleie og kunnskapsutviklingen av den.

Hun stiller seg kritisk til en tradisjonell teoretisering av sykepleiefaget. Arbeidet hennes betegnes som en omsorgsfilosofi, og hun har gjennom sitt arbeid latt seg inspirere av en rekke filosofer, som Marx og Løgstrup (Kristoffersen, Skaug, & Nortvedt, 2011).

Med omsorgen følger etikk, moral og ansvar. Martinsen vektlegger gjennom sitt arbeid 3 aspekter knyttet til omsorgsbegrepet;

Omsorg er et rasjonelt begrep. Den rasjonelle delen går ut på å bygge en mellommenneskelig relasjon. For å kunne gi god omsorg er engasjement og interesse for pasienten nødvendig. En må kunne sette seg inn i pasientens situasjon (Kristoffersen et al., 2011).

Omsorg er et praktisk begrep. I det daglige møtet med pasienten, skal omsorgsnyteren skal handle basert på en ”forståelse” av hva som er for pasientens beste (Kirkevold, 1998).

Omsorg er et moralsk begrep. Vi har et ansvar for den svake, moralen kommer til uttrykk gjennom holdninger og handlinger. Martinsen skiller ikke mellom etikk og moral, og vektlegger at sykepleieren må lære seg å handle moralsk (Kristoffersen et al., 2011).

De 3 dimensjonene av omsorg er knyttet sammen;

Omsorg har å gjøre med relasjoner og moral og ytrer seg i praktisk handling: "Moral, eller hva gode sykepleierholdninger er, må læres. Den faglig dyktige sykepleier har lært ikke bare sakkunnskap, men også moral." (Kristoffersen et al., 2011, s 256)

I boken Løgstrup og sykepleien bruker Martinsen Løgstrups filosofi for å belyse diverse aspekter ved det å være sykepleier. Blant annet skriver hun om hvordan travelheten i en institusjon kan gjøre at vi stenger oss ute fra en situasjon. Hvordan normer omsettes til holdninger, og hvordan vi former vår kropp i møte med andre. Vi klinger i en tone, pasienten i en annen, og det handler om samspill, det handler om å finne en rytme (Martinsen & Kjær, 2012).

3.2 Etikk

Etikk får stor plass i sykepleierutdanningen. Når vi jobber som sykepleiere skal vi anvende de yrkesetiske retningslinjene i arbeidet. Retningslinjene bygger på International Council of Nurses sine etiske regler, samt FNs menneskerettigheter. Hovedbudskapet er at all sykepleie skal bygge på respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Vi trenger en yrkesetisk kodeks, da sykepleiere får tillit fra de fleste mennesker. Vi står i en makt posisjon ovenfor pasienten som er svekket som følge av sykdom, og er ute av stand til å ivareta egne interesser. Selv om veldig få gjør det, har vi muligheten til å misbruke denne tillitten (Brinchmann, 2012).

3.3 Demens

Tilstanden demens innebærer at flere av de kognitive (intellektuelle) funksjonene er svekket. Hukommelse, resoneringsevne, kritisk sans, konsentrasjon, språkfunksjoner og evne til å tenke abstrakt kan være eksempler på evner som vil være svekket. Demens er vanligst hos eldre mennesker. Ved alvorlig demens er ikke personen i stand til å ta vare på seg selv fordi han eller hun ikke er orientert for tid, sted eller situasjon. Alzheimers sykdom den vanligste formen og utgjør mer enn halvparten av tilfellene. Denne nevrodegenerative lidelsen gjør at det gradvis skjer et tap av nerveceller i hjernebarken.

Lewy-legeme-demens er en annen hyppig form for demens som kjennetegnes av alvorlige psykiske forandringer. Demens symptomer kan sammen med de psykiske forandringene svinge fra dag til dag. Det finnes medikamenter som kan gi en viss bedring av symptomer. Vaskulær demens er en annen form, og kan skyldes svikt i blodforsyningen til hjernen. For å forsinke denne typen demens brukes de samme prinsippene som ved profylakse mot hjerneslag. På klinisk grunnlag er det svært vanskelig å skille disse typene demens fra hverandre (Dietrichs, 2009).

Psykiske og atferdsmessige symptomer ved demens kan være; depresjon, angst, passivitet, apati og rastløshet, psykose, vrangforestillinger, hallusinasjoner, tidsforskyvning, irritabel eller aggressiv adferd, roping, rastløshet, vandring og motoriske symptomer. Hvert av symptomene skal medføre at personalet reflekter over hvorfor pasienten har symptomene, og finne gode metoder for å redusere de (Kirkevold et al., 2008).

Andelen eldre i befolkningen øker. I følge tall fra SSB er andelen av de som er 80 år eller eldre øke fra rundt 4 prosent i dag, til omkring 10 prosent i 2060 (Syse & Pham, 2014). Demens kan på bakgrunn av denne statistikken betegnes som den nye folkesykdommen. Hvem som helst kan få demens, men med økende alder øker også risikoen. Etter 70 års alderen øker den dramatisk.

Noen er mer utsatt enn andre for å utvikle sykdommen. Faktorer som spiller inn er det å bli gammel, arv og livsstil, hvorav det å bli gammel er viktigst (Henningstad & Hustadnes, 2013).

3.2.1 Kommunikasjon

”Trygghet, trygghet, trygghet”. Sier fagutviklingspsykepleier Kirsti Frøshaug som jobber ved Akershus Universitetssykehus. Hun deler sine i erfaringer fra alderspsykiatrien i Henningstad og Hustadnes bok Demens (2013).

Det å signalisere god tid å lytte, og ikke gi pasienten følelsen av å bli invadert å fratatt kontroll er gunstig. Videre sier hun at om en er pleier selv kan en jo prøve å forestille seg at pasienten er ens egen mor eller far. Hvordan ville en at sin egen mor eller far skulle blitt behandlet av pleiepersonell? (Henningstad & Hustadnes, 2013).

Som pleiepersonell til en som lider av demens har man et særlig relasjonsetisk² ansvar. Kognitiv svikt innebærer også svikt i persepsjon, oppmerksomhet, Kort- og langtidshukommelse, forståelse, samt evnen til verbal og non verbal kommunikasjon. Empati og tålmodighet er to av ordene som går igjen når det kommer til å kommunisere med den som lider av demens (Eide & Eide, 2007).

3.2.2 Smertelindring

Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) definerer smerte slik;

”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse eller erfaring knyttet til en faktisk eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som dette” (Holm et al., 2015, s 72)

For de som lider av en demenssykdom kan det være vanskelig å reagere på smertens lokalisasjon, intensitet og kvalitet. Smerteterskelen er uberørt, men smertetoleransen er økt. Jo mer langt kommen i sykdommen vedkommende er desto vanskeligere er det.

Forskning viser derimot at på tross av de nevropatologiske forandringene i pasientens hjerne, er ikke smertereflekser og ansikts reaksjoner berørt. Noe som gjør de gode indikatorer for å vurdere smerte (Holm et al., 2015).

Studier viser at placeboeffekten spiller en rolle ved bruk av smertelindrende medikamenter. Denne forventingen om at medikamentet skal hjelpe mot smerte er redusert hos personer med demens. Noe som betyr at de egentlig har behov for økt medisinerings for å oppnå samme effekt. Personalet kan ofte ikke klandres for feilvurdering i smertelindring av denne pasientgruppen. Symptomer på smerte kan være like som symptomer på demensadferd. Opplæring, kunnskaper og innsikt trengs for å håndtere smertelindring til pasienter med demens (Holm et al., 2015).

² Relasjonsetikken ligger til grunn for forståelsen av det moralske ansvaret som ligger i relasjonen og kommunikasjonen mellom hjelper på den ene siden og pasient og pårørende på den andre siden (Eide & Eide, 2007, s 108)

3.4 Samfunnet, sykepleieren og institusjoner

Martinsen vektlegger det faktum at vi kan alle bli syke, vi kan alle havne i en situasjon der vi trenger hjelp fra andre. Vi er likeverdige mennesker, vi trenger noe som binder oss sammen i et felleskap, for å kunne forstå hverandre. Vi deler en daglig verden, der vi kjenner de samme normene, reglene og virksomhetene. Omsorg mellom mennesker bygger på denne daglige verden og forståelsen vi har for hverandre (Kristoffersen et al., 2011).

Vi lever i en velferdsstat³, lovverk, reformer og retningslinjer skaper rammer som sikrer at vi blir ivaretatt om vi blir syke. De skal også sette rammer for sykepleieomsorg (Kristoffersen et al., 2011).

For å gi et eksempel på dette har jeg tatt med et eksempel fra pasient- og brukerrettighetsloven;

§ 1-1. Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

3.3.1 Sykehus

Somatiske sykehus inngår som en del av spesialhelsetjenesten. Norske sykehus er virksomheter eid av staten, de organiseres som helseforetak med eget styre. Helseforetakene har fire hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning av personell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Da det er gjort en effektivisering av sykehusene, er liggetiden for pasienter kortere enn før. Dette medfører at de inneliggende pasientene er akutt eller kritisk syke, gjennomgår store

³ Velferdsstat, betegner en stat som i betydelig grad garanterer samfunnets medlemmer hjelp hvis de skulle komme ut for helsesvikt, sosial nød eller tap av inntekt, for eksempel ved arbeidsledighet eller alderdom, og som sikrer den enkelte rett til utdanning (Christensen & Berg, 2015).

inngrep eller har omfattende skader. Noe som også en konsekvens av samhandlingsreformen⁴ som ble innført i 2012. Dette stiller store krav til sykepleierens kompetanse og arbeidsoppgaver.

Sykepleieren vurderer, planlegger og utfører sykepleie til de som er akutt og kritisk syke. Vi identifiserer behovet for sykepleie. Vi skal fremme opplevelsen av velvære, bedre helse eller en fredfull død. Ved og kontinuerlig vurdere pasientens tilstand, opprettholde normalfunksjoner, å sette i gang tiltak der det trengs, kan vi nå disse målene. På sengepost har en ikke bare selvstendige oppgaver, men jobber i stor grad i et tverrfaglig team.

Medikamenthåndtering og ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov er en av oppgavene. En bistår også legen med diagnostisering og behandling, samt resultater av den, da det er sykepleieren som observerer og vurderer pasientens tilstand (Kristoffersen et al., 2011)

3.3.2 Sykehjem

Sykehjem er en obligatorisk del av kommunens tjenestetilbud. Det kreves stor satsning på tiltak for bedre livskvalitet, da blant annet antallet eldre øker.

Sykehjemmets virksomhet er regulert av flere forskrifter og lover. Sykepleieren har et ansvar for at de innfris i møte med den enkelte beboer. Blant annet å ivareta den eldres verdighet og autonomi, grunnleggende behov, styrke den eldres ressurser og ivareta spesielle behov som følge av sykdom og redusert funksjonsevne (Kristoffersen et al., 2011).

Institusjonen tilbyr heldøgns helsetjenester, og skal for flere av beboerne også være et hjem. Sykehjem kan bestå av flere forskjellige avdelinger. Deriblant skjermede avdelinger som er avdelinger tilrettelagt personer med demens. Det estimeres at mellom 70 og 80 prosent av de som bor på somatiske avdelinger også lider av en form for kognitiv svikt (Kirkevold et al., 2008).

⁴ Samhandlingsreformen; ble iverksatt i 2012 etter å ha blitt lagt fram i 2009. Samhandlingsreformen tar sikte på økt tverrfaglig samhandling innen helsesektoren, mer kommunesamarbeid, økt vekt på forebygging, bedre tilbud til kronikere, større brukervedvirkning. Rett behandling – på rett sted – til rett tid (St. Meld. nr. 47, 2008-2009).

3.3.3 Demensplan 2020

Demensplanen 2020 er utviklet av helse- og omsorgsdepartementet og ble lansert 01.12.2015. Før lanseringen ble planen lagt ut som en høring⁵ slik at brukere og pårørende kunne komme med innspill. Den er utarbeidet gjennom et samarbeid mellom helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Nasjonal Kompetansetjeneste for aldring og helse, samt brukere og deres pårørende (Regjeringen.no, 2015).

Demensplanen tar sikte på å skape et mer demensvennlig samfunn. Ettersom dette er en voksende gruppe i samfunnet kreves det ressurser og en nasjonal faglig retningslinje for hvordan vi skal oppnå dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

3.5 Artikler

Presentasjon av artikler.

3.5.1 Rantala et al. (2014): Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses

Studien tar for seg sykepleieres evne til å vurdere og håndtere postoperative smerter hos pasienter med demens. Flere studier viser at demente ikke er tilstrekkelig smerte lindret postoperativt. Utfordringene er grunnet i mangel på dokumentasjon av smertelindrende medisiners effekt, og for lite tid tilbragt sammen med pasientene. Studien viste at det var vanskelig for sykepleiere å vurdere smerter hos kognitiv svekkede personer (Rantala, Hartikainen, Kvist, & Kankkunen, 2014).

3.5.2 Thorvik et al. (2014): God omsorg for urolige personer med demens

Studien er gjort av 3 sykepleiere her i Norge. Studien ble gjort ved to skjermede avdelinger på sykehjem. Resultatene fra studien viser at god omsorg til demente belager seg på at sykepleierne er fleksible, årvåkne og raske i responsen. Ikke minst at de har god faglig

⁵ Høring, er normalt sett offentlig og dermed en arena for personer til å komme med innspill. En høring går ut på å spørre ut og avhøre vitner i forbindelse med politiske saker. I forhold til demensplanen 2020 gav høringen mulighet til de som ville til å komme med meninger og innslag (Berg, 2013).

kunnskap og tåler rutinebrudd og uorden. I tillegg til at de er kreative i sin yrkesutøvelse (Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2014).

3.5.3 Baillie et al. (2012): Caring for older people with dementia in hospital Part one: challenges.

Studien er kvalitativ og utført ved et engelsk universitet. Studien tar for seg data fra 2011, da 4 fokusgrupper bestående av studenter skulle dele sine erfaringer fra å jobbe på sykehus med personer som led av demens. Artikkelen fokuserer på hvilke utfordringer de møtte.

Sykepleierstudenter trenger å forberedes tidlig i møte med denne pasientgruppen. I England utgjør eldre over 65 med demens en fjerdedel av pasientene på sykehus.

Funnene fra denne studien var blant annet at sykehusmiljøet ikke er tilpasset personer med demens. Mangel på tid gjorde tilstrekkelig behandling vanskelig for sykepleierne. Samt brist i kunnskaper, ferdigheter og holdninger blant de ansatte og studentene. Dette medførte at det ble vanskelig å gi de som led av demens tilstrekkelig omsorg. Spesielt med tanke på ernæring, mobilitet, emosjonelle behov og kommunikasjon.

Studentene forteller om erfaringer som at de med demens ikke hadde noe form for stimuli, lå alene på rom uten TV eller musikk. Studentene forteller at de opplevde gode og dårlige holdninger når det kom seg til å ta av disse pasientene. Noen følte at de sykepleierne ikke så personen bak sykdommen, og at de kviet seg for å ha disse pasientene fordi det medførte en ekstra arbeidsbelastning.

Studien konkluderer med at for å unngå dårlige holdninger, kunnskaper og ferdigheter blant sykepleiere må en satse på mer undervisning under sykepleierutdanningen. Utvikling av et mer demens vennlig miljø på sykehus og et bedre utdannet personale vil støtte under en bedre praksis for studentene (Baillie, Cox, & Merritt, 2012).

3.5.4 Baillie et al. (2012): Caring for older people with dementia in hospital Part two: strategies.

I del 2 av samme studie fikk studentene lov å prøve ut egne strategier i møte med pasienter som led av demens. De brukte 4 strategier; bruke tid å bli kjent med pasienten, involvere pårørende, fleksible og kreative tilnæringsmåter, og til slutt komfort og kommunikasjon. De

opplevde noe motstand fra personalet da flere av strategiene krever tid, noe man ikke alltid har mye av på en travel avdeling. Men de opplevde også positive tilbakemeldinger og roligere pasienter. Et eksempel på en kreativ tilnæringsmåte var da en av studentene hadde en veldig urolig pasient. Hun foreslo for veilederen sin at den eldre damen kanskje kunne få sitte inne sammen med sykepleierne. Rommet kan vaskes i etterkant, og alt damen trengte var å se andre personer og ikke føle seg så alene som hun gjorde på enmanns rommet sitt. Etter litt overtalelse lot det seg gjøre.

Studien konkluderer med at en personsentrert tilnærming vil promotere en høy kvalitet på omsorgen som gis de demente.

Det vektlegges hvor viktig studenters erfaringer er, da de vil påvirke deres framtidige roller som sykepleiere (Baillie, Merritt, & Cox, 2012).

3.5.5 Jordan et al. (2012): Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job.

Studien er en evaluering av kartleggingsverktøy. Et for smerte og et for uro. Bakgrunnen for forskningen var faktumet at smerte kan gå uoppgadet hos personer med demens (Jordan et al, 2011, ref. i Feldt et al 1998). Vurdering av smerte hos personer med demens er en vanskelig og sammensatt oppgave som vi trenger kunnskaper om. Slike verktøy kan hjelpe oss i smertevurderingen, samt hjelpe oss å skille symptomer på smerte og uro.

PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia scale) er et smertekartleggingsverktøy og DisDAT (Disability Distress Assessment Tool) er et verktøy for å kartlegge uro.

PAINAD er et observasjonsbasert verktøy hvor en skårer fra 0-2 på 5 forskjellige punkt; Respirasjon, ansiktsuttrykk, kroppsspråk, negativ vokalisering og bekvemmelighet. Høy score indikerer mye smerte, og omvendt, lav score indikerer lite smerte.

DisDAT er utviklet for de med kommunikasjonsvansker og er ikke spesifikt rettet mot de med demens. Med hjelp av dette verktøyet søker en etter å finne årsaken bak uroen. Hvorvidt det er smerte, frykt, angst, hallusinasjoner osv. Verktøyet er individualisert og går ut på å lage en liste over tegn på uro hos den det gjelder. En slik liste lages i samarbeid med pårørende og helsepersonell, noe som dermed innebærer at en kjenner vedkommende.

Resultatene var studien var at begge verktøy var nyttige for å kartlegge smerte og uro.

PAINAD var lettere å bruke da man ikke trenger å kjenne pasienten. Men PAINAD kunne også plukke opp symptomer på uro og stress slik at resultatene kunne feiltolkes.

Verktøyene forteller oss en stor del om de individuelle manifestasjonene av smerte og uro. Men for å kunne bruke verktøyene korrekt må man ha kjennskap til dem (Jordan, Regnard, O'Brien, & Hughes, 2012).

3.5.6 Waugh et al. (2011): Improving the care of people with dementia in hospital.

I Skottland ble det gjennomført et undervisningsprogram for helsepersonell. Den gikk ut på å bedre omsorgen som gis demenssyke ved somatiske sykehus. Undervisningsprogrammet heter Dementia Champions Programme og er et kurs holdt av fagkyndige personer innenfor geriatrien. Etter å ha deltatt på kurset følte sykepleierne seg bedre rustet til å imøtekomme denne pasientgruppens behov. Med mer kunnskap om diagnosen demens kunne de gi en mer personsentrert omsorg (Waugh, 2011).

4. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg diskutere resultatene mine fra teori delen. Jeg vil prøve etter beste evne å gi et godt svar på problemstillingen min. I resultatene mine kom det fram spesielt 3 ting sykepleierne så på som utfordringer i møte med den demenssyke på sykehus.

Kunnskaper, tid og miljø, noe jeg vil diskutere henholdsvis. Deretter drøftes omsorg, før jeg tar for meg sykepleierens rolle. Til slutt flettes det sammen i en avslutning.

4.1 Utfordringer

Drøftingen starter med utfordringene sykepleierne møtte i omsorgen til demenssyke.

4.1.1 Kunnskaper

Da jeg var i praksis på sykehus opplevde jeg at en av pasientene lå å ropte på hjelp, store deler av tiden. Jeg konsulterte med en av sykepleierne på vakt og fikk beskjed om at pasienten hadde demens og at dette var normal oppførsel.

Kan det tenkes at et slikt utsagn bunner i mangel på kunnskap?

Thorvik et al, (2014) hevder at så mye som 50 prosent av de som har demens er urolige.

Videre henviser hun til studier som viser at de ansattes holdninger til de som har demens, samt at deres kunnskaper om sykdommen har betydning for forekomsten av uro.

I Henningstad og Hustadnes bok Demens (2013) beskriver Frøshaug ”roperne” som en type demenspasient som både pleiere og medpasienter sliter med å forholde seg til. Det kreves en pleier som er klok og erfaren, og som har egenskapen empati. En egenskap hun mener kan dyrkes fram i en avdeling.

Det er vanskelig å si med sikkerhet hvorfor noen pasienter med demens roper. Roping kan være et tegn på mangelen på mere meningsfylte aktiviteter eller indre uro og angst (Kirkevold et al., 2008).

I Martinsens bok Løgstrup og sykepleien (2012) forklares etikkens grunnfenomen som å våge seg fram mot den andre i situasjonen ut i fra en tillitt til at den andre vil en vel. Den som viser meg tillit, stiller krav til meg om å ivareta ham og ikke utnytte hans blottstilte sårbarhet, og påføre ham skam.

Dette har fått meg til å undres om det er akkurat det vi gjorde, påførte pasienten som ropte

etter hjelp skam? Pasienten lå inne etter å ha fått utlagt tarm. Sykepleier fokuserte på kliniske prosedyrer og medisinerer i forhold til dette.

Om jeg avfeier roping som et mindre akutt symptom på demens bryter ikke dette da med yrkesetiske retningslinjer? Yrkesetiske retningslinjer 2.3 sier ; Sykepleier ivaretar den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Likevel er dette et gjentakende problem for personer med demens innlagt på sykehus, de blir oversett til fordel for mer akutt syke pasienter (Baillie, Cox, et al., 2012).

Fagkunnskap spiller en rolle for evnen vår til å leve oss inn i et annet menneskes situasjon, den øker bevisstheten og gjør at vi lettere oppdager hva som er viktig for pasienten (Eide & Eide, 2007).

Studien til Baillie (2012) viser at studentene opplevde mangel på kunnskaper om demens blant personalet. Dette resulterte noen ganger i at studentene selv fikk aleneansvar for pasienter med demens. Noe som var vanskelig da de ikke følte de hadde nok kunnskaper eller ferdigheter til å håndtere slike situasjoner.

Thorviks et al, (2014) studie sier også at gode kunnskaper om demens må ligge til grunn for å kunne utøve god omsorg.

Et av målene for Demensplan 2020 er nettopp å heve kunnskapsnivået om demens, i samfunnet generelt, men også blant helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Evnen til kritisk refleksjon står sentralt i erfaringslæringsprosessen (Kristoffersen et al., 2011). Når jeg tenker tilbake på pasienten som lå å ropte tenker jeg at ting kunne vært gjort annerledes. I Skottland satser de stort på kursing av personalet for å heve kompetansen til sykepleierne (Waugh, 2011), er dette noe jeg kunne ha foreslått for fagsykepleier på avdelingen?

I dette litteraturstudiet har jeg fått fastslått at kunnskapsnivået om demens blant sykepleiere må heves. Dette er også noe vi som sykepleiere har et personlig ansvar for. Yrkesetiske retningslinjer 1.4 sier; Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Vi må heller ikke glemme det gode håndlag og grunnleggende sykepleie (Kristoffersen et al., 2011).

Statistikken viser oss at antallet eldre med demens øker, dette tilsier at vi som sykepleiere må holde tritt og sørge for at vi har den kunnskapen som trengs for å best mulig imøtekomme

deres behov.

4.1.2 Tid

Jeg hadde en annen erfaring med samme pasient. Dag nummer 2 på avdelingen hadde vedkommende klart å rive av seg stomi posen og var dekket i egen avføring. Det var en annen sykepleier som hadde ansvaret for pasienten denne dagen, vedkommende kjente ikke pasienten. Vi hadde verken tid eller nok personer på jobb til å sitte inne sammen med pasienten hele dagen. Kunne hendelsen vært unngått om vedkommende hadde hatt en fastvakt? Mest sannsynlig ja. Kunne hendelsen vært unngått uten at vedkommende hadde hatt fastvakt? Mest sannsynlig ja.

Det kommer fram i teoridelen at sykepleiere jobber under et tidspress, og personer med demens krever mye tid (Baillie, Cox, et al., 2012). Samtidig som liggetiden på sykehusene er kortere enn før er også pasientene sykere. Dette krever mye av sykepleierne (Kristoffersen et al., 2011).

I Løgstrup og sykepleien settes det spørsmålsteget ved hva den konstruerte klokketiden gjør med våre erfaringer av tid. Klokketidens tidskjemaer tar mennesket ut av tiden, vi får lite rom til å handle med tiden, klokketiden handler med mennesket (Martinsen & Kjær, 2012). Situasjonen jeg nevner ovenfor var, i følge de jeg jobbet sammen med, et resultat av for dårlig tid. Da jeg og veileder skulle hjelpe vedkommende, brukte vi mye tid. Vi skiftet på sengen, vi skiftet på pasienten, både klær, stomipose og bandasjer. I løpet av denne tiden hadde vi en god samtale med pasienten. Pasienten ble rolig, og resten av dagen fikk vedkommende hyppige tilsyn.

I studien til Baillie et al, (2012) kommer det fram at det er viktig å bruke tiden man har på en god måte. I et hektisk sykehusmiljø kan det være gunstig og bruke pårørende, andre kollegaer og journal, for å bli best mulig kjent med pasienten i løpet av den korte tiden et sykehusopphold gjerne er.

Martinsen forteller (2013) at tidspress og travelhet kan gjøre at en gjør seg selv kald. Det vil si at vi distanserer oss fra situasjonen og relasjonen, og ser på pasienten som et objekt. Da påfører vi pasienten skam ved å blottstille ham og ikke se ham ordentlig. Sykepleier kan føle skam selv, en god skam som går ut på å reflektere over egne handlinger, hvordan en situasjon følte for pasienten, og hva en kunne gjort annerledes. En vond skam, der en føler seg

mislykket og avmakta. Presset fra institusjon, presset av normer i eget pleiefelt som legger et uoverstigelig krav på sykepleien gir mindre plass til den gode skammen.

Denne skammen fikk jeg selv kjenne på når denne hendelsen med stomiposen tok sted. Både den gode skammen som Martinsen beskriver, men også den vonde. Jeg kunne se at dette var svært vanskelig for sykepleierne på vakt. Jeg mener hendelsen kunne vært unngått om vi hadde brukt tiden annerledes.

Som det kommer fram i resultatene er det viktig å signalisere god tid i kommunikasjonen med den som lider av demens (Henningstad & Hustadnes, 2013)

Ved å bruke kommunikasjon til å skape en relasjon til pasienten, tror jeg slike episoder kan unngås. Dette støttes av Billies et al, (2012) studie, der studentene forteller at morgenstellet var en gylden mulighet til å bli kjent med pasienten. Ved å bruke denne tiden godt blir også pasienten tryggere på pleieren, og har et kjent ansikt å forholde seg til. De opplevde at de med demens ble mer rolig når de brukte tid og god kommunikasjon under morgenstellet.

4.1.3 Miljø

Som nevnt under kapittel 3.3 er sykehjem tilrettelagt for eldre som lider av demens.

Sykehjemmet skal være et hjem for brukerne (Kirkevold et al., 2008). Miljøet er tilpasset brukeren, kartlegging og oppfølging er lettere da de som jobber der kjenner pasienten.

Sykehus er ikke tilrettelagt personer med demens på samme måte.

Miljøet på sykehus kan virke skremmende for denne pasientgruppen (Baillie, Cox, et al., 2012). Sykepleierne som deltok i studien til Rantala et al, (2014) forteller at medikamentadministreringen var utfordrende da demente kunne være motvillige til å ta medisiner, samt at noen kunne rive løs infusjonssett og lignende. Sykepleierne etterlyste flere avdelinger tilpasset eldre med demens på sykehus.

Det finnes akutt geriatriske avdelinger ved flere sykehus i Norge. Disse er bedre tilpasset eldre og eldre med demens. De som jobber her har spesialkompetanse innen geriatri. Miljøet er bedre tilrettelagt, med lyse, hyggelige og oversiktlige lokaler. Samt fellesarealer for måltider og sosiale aktiviteter. Avdelingen er en indremedisinsk enhet, som behandler akutt sykdom hos eldre (Kirkevold et al., 2008).

Rantala et al, (2014) studie er gjort ved ortopediske avdelinger, og dataene er hentet fra sykepleiere i møte med hoftebrudds opererte. Sykepleierne etterlyste høyere kompetanse blant de ansatte.

Statistikken viser at 1 av 4 som blir innlagt på sykehus lider av demens (Kirkevold et al., 2008). Alle som legges inn på sykehus har rett på like god behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Hva med demenssyke som ikke havner på akutt geriatrisk enhet?

Gjør miljøet på sykehus at vi som sykepleiere får et mer reduksjonistisk syn på pasientene? I Etikk i sykepleien (2013) påstår Brinchmann at medisinere har en mer reduksjonistisk tilnærming til pasienter. Et menneskesyn som nærmest betrakter menneskekroppen som en maskin. Et syn som legger til rette for objektivering av pasienten. Pasienten reduseres til en ting. Noe som må fikses. Som en bil med en ødelagt del, som kommer til reparasjon, for så å bli sendt tilbake når delen er fikset.

Som sagt sier Martinsen at travelheten og tidspresset kan gjøre oss kald og føre til at vi ser på pasienten som et objekt.

Studien til Billie et al, (2012) støtter også opp under dette. Studentene forteller at noen av sykepleierne de møtte ikke så pasienten bak diagnosen.

Sånn sett kan det jo tyde på at miljøet på sykehuset verken er tilpasset den med demens ei heller den som skal yte omsorgen. Svaret er ikke entydig, og løsningen har jeg ikke noe konkret svar på.

Derimot mener jeg at studiene jeg har inkludert i oppgaven viser at miljøet ikke *trenger* å være et hinder for god omsorg.

Eide og Eide (2013) sier at i tillegg til å anvende en kommunikasjonsstil som er informerende og tydelig, må miljøet struktureres rundt den demente slik at det er lett og orientere seg. Om en er kreativ og fleksibel, og tåler rutinebrudd slik Thorvik et al, (2012) beskriver i sin studie, kan man forsøke å tilrettelegge for individer. Slik som studentene forteller i Baillies (2012) studie, kan noe så enkelt som å plassere en radio på rommet være beroligende.

Slike tilretteleggingsmetoder tilhører den personsentrerte omsorgen som går igjen i mye av litteraturen (Baillie, Cox, et al., 2012; Eide & Eide, 2007; Kirkevold et al., 2008; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001; Thorvik et al., 2014; Waugh, 2011).

I neste kapittel drøfter jeg personsentrert omsorg.

4.2 Omsorg

Reduksjonisme står i kontrast til den personsentrerte omsorgen.

Et holistisk menneskesyn er det menneskesynet sykepleien støtter seg til. Det baserer seg på

en helhetsforståelse og en livsoppfatning om at alle delene av menneskets natur må tilgodeses. Alt henger sammen og er forbundet. Det forutsetter et helhetlig syn på mennesket, hvor kropp, tanker, engstelse, skam, sårbarhet, ånd, smerte, livssituasjon, og mer, henger sammen. Menneskesynet vi har, kan forme moralske holdninger (Brinchmann, 2012).

Moralen inngår som 1 av de 3 dimensjonene Martinsen legger i omsorgsbegrepet. Hun mener moralen og etikken henger sammen, og at for sykepleieren er det umulig å handle moralsk ut i fra regler og den normative etikkens prinsipper alene. Moralene kommer til uttrykk gjennom holdninger og handlinger, og er noe vi må lære (Kristoffersen et al., 2011). Jeg forstår dette som at moral handler om å ta ansvar.

Studentene i studien til Baillie et al, (2012) forteller at de opplevde dårlige holdninger blant noen av sykepleierne. De hadde vanskeligheter med kommunikasjon, og det ble vanskelig å imøtekomme pasientenes emosjonelle behov. Dette samsvarer med hva deltakerne i Dementia champions programmet forteller. Fokuset på pasientens personlige identitet kan overskygges av diagnosen samt stigmaet som er assosiert med mentale lidelser (Waugh, 2011).

Slike holdninger kommer til uttrykk i handlinger, som i eksempelet jeg nevnte i kapittel 4.1.1 hvor pasienten lå å ropte etter hjelp. Hvordan forbygge slike holdninger?

Som nevnt tidligere er empati noe som kan dyrkes fram på en avdeling (Jf. 4.1.1). Som profesjonell ferdighet er empati å ha en følelsesmessig forståelse for den andre, denne formidles tilbake til pasienten verbalt, nonverbalt eller gjennom handling (Eide & Eide, 2007).

Personsentrert omsorg er individualisert pleie med utgangspunkt i den enkeltes verdier og behov. Dette forutsetter en anerkjennende relasjon mellom sykepleieren og pasienten (Kirkevold et al., 2008). Denne anerkjennende relasjonen er også noe Martinsen tar for seg når hun definerer omsorg. Relasjon er en del av de 3 dimensjonene i omsorgsbegrepet, den rasjonelle delen. Den går ut på empati og det å kunne leve seg inn i pasientens situasjon. Felleskap og solidaritet er nøkkelord i oppbygningen av en slik relasjon (Kristoffersen et al., 2011).

Omsorgen har også en praktisk side, som også er en del av de 3 dimensjonene i følge Martinsen. Kunnskapen vi har om pasientens situasjon som medmenneske, i tillegg til fagkunnskapen vi har, gjør oss i stand til å yte god omsorg som sykepleiere. Den praktiske siden handler om hvordan vi bruker denne kunnskapen i pleiesituasjoner (Kristoffersen et al.,

2011).

Deltakerne i Dementia Champions program følte seg bedre rustet til å gi person sentrert omsorg etter å ha deltatt på kurset. De fortalte at kunnskap om sykdommen var nøkkelen til å kunne gi riktig omsorg. En fortalte at kunnskap om de forskjellige typene demens gav ham muligheten til å individualisere pleien. Kunnskapen fikk de fra fagfolk, men også fra erfaringer fra mennesker med demens og deres pårørende. Ved å gi personsentrert omsorg kunne urolighet å aggresjon forebygges i følge deltakerne (Waugh, 2011).

I likhet med dette forteller studentene i studien til Baillie et al, (2011) at personsentrert omsorg vil promotere høy kvalitet på omsorgen som gis.

4.3 Smertelindring

En av oppgavene våre som sykepleiere på sykehus, er medikamenthåndtering samt vurdere effekten av den (jf. 3.3.1). Smertelindring kan gå uoppdaget hos personer med demens (jf. 3.3.5).

Under praksisen min opplevde jeg å ha ansvaret for en pasient med langt kommen demens. Pasienten var urolig og hadde problemer med vannlatningen. Jeg var usikker på hva jeg skulle gjøre. Jeg hjalp pasienten over i en do stol, og vedkommende ble meget urolig.

Jeg fikk hjelp av en mer erfaren sykepleier. Med hjelp av hennes kompetanse ble det avdekket at uroen kom av smerte, og at smerten kom av en urinveisinfeksjon. Jeg lærte mye av denne sykepleieren. Denne episoden fikk meg til å reflektere over egen kompetanse, herunder hvor viktig det er med erfaring.

I neste møte med en urolig pasient stilte jeg meg selv følgende spørsmål, med utgangspunkt i hva vi har lært om grunnleggende sykepleie; Har pasienten hatt avføring/diurese? Har pasienten spist/drukket? Er pasienten over/understimulert? Opplever pasienten smerter?

Årsaken til urolig adferd bør undersøkes før en setter i gang medikamentell smertebehandling (Jordan et al., 2012).

I følge resultatene mine er relasjonen vi bygger til pasienten en forutsetning for god smertelindring. Eldre med kognitiv svikt er utsatte for utilstrekkelig smertelindring. Dette fører til lidelse hos pasient, men også forlengede sykehusopphold og unødvendige kostnader (Rantala et al., 2014).

I studien til Rantala et al (2014) kom det fram at sykepleierne med over 15 års erfaring hadde som mål at pasientene skulle være smertefri. Sykepleierne med mindre erfaring hadde derimot som mål at pasientene nesten skulle være smertefri. Dette begrunnet de med at litt smerte ville hjelpe pasienten med demens å huske på å ikke belaste det opererte beinet. Litt over 50 prosent av deltakerne mente personer med demens var tilstrekkelig smerte lindret ved sykehusene. Det vil si at nesten halvparten mente de ikke var det.

Jeg tenker at det er vår jobb som sykepleiere å sørge for at pasienter med demens ikke belaster et operert bein, samt sørge for optimal smertelindring. Jeg ser nytten av kartleggingsverktøy som PAINAD og DisDAT som hjelpemidler (Jordan et al., 2012). Med tanke på nyutdannede sykepleiere som ikke nødvendigvis har masse erfaring, kan slike kartleggingsverktøy gjøre jobben litt lettere.

Ved bruk av et individualisert kartleggingsverktøy som DisDAT bidrar vi til den personsentrerte omsorgen. Resultatene fra studien til Jordan et al (2012) er riktignok fra sykehjem, men med samhandlingsreformen i bakhodet tenker jeg at det kan være mulig å innføre en retningslinje på bruk av dette verktøyet i kommunehelsetjenesten.

Spesialhelsetjenesten burde få tilgang til denne informasjonen og disse verktøyene om brukeren blir innlagt på sykehus. Et slikt samarbeid drar både helsepersonell og pasient/bruker nytte av.

Smertelindring hos personer som lider av demens er komplekst og sammensatt. Jeg mener kartleggingsverktøy som PAINAD og DisDAT er gode hjelpemidler for sykepleiere i møte med denne pasientgruppen.

4.4 Sykepleierens rolle

Hva er min rolle i alt dette her? Hvordan sørger jeg som sykepleier for å ivareta behovene til den demenssyke under innleggelse på sykehus?

Mennesker som lider av demens har særskilte behov, på lik linje med at barn har særskilte behov. Forskjellen er at barn vernes av lover og forskrifter fram til de er samtykkekompetente. Demenssyke derimot har ikke det samme vernet, før de er erklært ute av stand til å samtykke av Helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Vi ville aldri latt et barn ligge alene på rom om det var redd, forvirret og spurte om hjelp.

Rammene vi jobber innenfor tillater oss ikke alltid å gi den tilstrekkelig omsorgen demenssyke har behov for (jf. 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3, 4.3). Derfor vil jeg påstå at omsorg til pasienter med demens i stor grad er et helsepolitisk spørsmål.

Rammene vi jobber innenfor i den offentlige sektoren er satt av et politisk system. Det er politikere som bevilger penger til de forskjellige tjenestetilbudene i helsesektoren. Det er vi og pasientene som ser hvilke konsekvenser de politiske beslutningene har for tjenestetilbudet. Vi har dermed mulighet til å øve press på dem (Kristoffersen et al., 2011).

Et eksempel jeg kan komme med er demensplan 2020. Før den ble iverksatt lå den ute som en høring. En slik plattform gir oss muligheten til å ha en direkte innvirkning på politikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Det er positivt å se at helse- og omsorgsdepartementet setter søkelyset på demens. At de ønsker å øke bevisstheten rundt diagnosen, samt tilrettelegge for et mer demensvennlig samfunn. Jeg savner derimot oppmerksomhet rettet til sykehus i demensplanen. Demensplan 2020 sikter mot kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

En kan ikke forvente at alle sykepleiere skal være politikere. Men som sykepleier er det gunstig å vite hvilke plattformer en kan bruke, hvor en har en stemme og hva som har gjennomslagskraft.

Personlig har jeg et inntrykk av at sykepleiere til tider er for snille, og ikke sier ifra når arbeidsbelastningen blir for stor. Sykepleie er et omsorgsyrke og vi liker å hjelpe andre. Jobber du for eksempel på kontor og har for mye å gjøre, kan det tenkes at du kan la noe av arbeidet ligge til neste dag. Jobber du på sykehus med kritisk syke personer kan du ikke droppe å gi Ola Normann medisinen sin fordi du ikke hadde tid.

Pliktoppyllende som mange sykepleiere er, innfrir vi de kravene vi stilles. Til tider er kravene for høye, og da går det dessverre utover pasientsikkerheten. Det er synd at noen skal måtte lide før man ser endringer, før tiltak settes i gang.

Det er belastende både for sykepleieren og pasientene, derfor er det viktig å vite at vi har en stemme. Ikke alle demenssyke har en stemme, derfor må vi snakke for dem.

Vi har et særlig ansvar for å fremme svake gruppers behov og interesser. Vi har et moralsk ansvar for å engasjere oss, samt forbedre tjenestetilbudet til pasientene (Kristoffersen et al., 2011). Dette belyses av yrkesetiske retningslinjer;

”6.1 Sykepleieren engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt.”

”6.2 Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers sær- skilte behov for helse- og omsorgstjenester.” (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Slik jeg forstår dette, handler det om nestekjærlighet. Martinsen sier at nestekjærligheten uttrykkes i ord, holdninger og handlinger, og at den merkes ved at en spontant vil hjelpe den andre (Martinsen & Kjær, 2012).

4.5 Avslutning

Det er tiltak jeg og vi som sykepleiere kan gjøre for å bedre omsorgen som gis demenssyke. Skal omsorgen optimaliseres, må det skje endringer på systemnivå.

Et politisk engasjement gagnar oss som sykepleiere like mye som pasientene. Ut i fra dette tenker jeg over at det er viktig at jeg som sykepleier gjør meg *mitt ansvar bevisst*, og kjemper for den som ikke kan kjempe selv.

Vi må dyrke fram et arbeidsmiljø som gir rom for etisk refleksjon. Når det etiske felt blir taust, slutter vi å undre oss, og risikoen for uetisk adferd blir større (Martinsen & Kjær, 2012). Her har i følge yrkesetiske retningslinjer, ledere av sykepleiertjenester et særskilt ansvar. I tillegg til et ansvar for å skape rom for faglig utvikling (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Da jeg startet denne oppgaven hadde jeg en forståelse av at omsorg til demenssyke på somatisk sykehus var en utfordring. Jeg har nå en forståelse av at disse utfordringene bunner i mer en mangel på kunnskap og dårlige holdninger. Rammene vi jobber innenfor er etter min mening hovedårsaken til at dette ansees som en utfordring.

Svaret på problemstillingen min er ikke entydig. Jeg innser også at oppgaven til tider spriker litt, da jeg har tatt for meg flere store tema. Læringsutbyttet jeg har fått fra denne oppgaven har vært givende.

Når en opplever situasjoner som mine erfaringer fra praksis (jf. 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3) er det lett å peke fingre. Det er vanskeligere å være den som tar ansvar.

Hvordan ivaretar jeg best personer med demens under innleggelse på somatisk sykehus? Jeg prøver etter beste evne å opparbeide meg en solid faglig kompetanse. Jeg jobber mot

personsentret omsorg. Jeg orienterer meg over egne og pasienters rettigheter. Jeg bidrar til et arbeidsmiljø som fremmer etisk refleksjon.

5. Konklusjon

- Kunnskapen om demens, eller mangelen på den, ser ut til å ha en innvirkning på sykepleierens holdninger. Det gjelder blant annet kunnskaper om kommunikasjon, adferd og symptomer. Ved å øke kunnskapsnivået, gjennom for eksempel kursing kan vi sørge for en mer personsentrert omsorg.
- Omsorgen til demenssyke kan være utfordrende i sykehus, når rammene vi jobber innenfor legger et press på oss. utfordringer knyttet til miljø, tid og kunnskap, kan ha betydning for sykepleiers evne til å gi god omsorg til denne pasientgruppen. Flere tilpassede avdelinger, kan være en løsning.
- Smertelindring til demenssyke bærer et preg av usikkerhet og varierende kompetanse. Varierende praksis ved kartlegging og dokumentering ser ut til å være et hinder for god smertelindring. Ved å øke kompetansenivået, og innføre gode felles rutiner kan man heve kvalitetsnivået. Bruk av kartleggingsverktøy som PAIND og DisDAT kan også være med på å bedre smertelindringen.
- Sykepleiere bør få en økt bevisst rundt egne holdninger, samt gi rom for etisk refleksjon i arbeidshverdagen.

Forhåpentligvis vil denne oppgaven rette oppmerksomhet rundt temaet demenssyke på somatisk sykehus.

Resultatene gir kun et begrenset bilde av virkeligheten.

Med denne oppgaven håper på økt bevissthet og refleksjon rundt egen praksis blant sykepleiere.

Det er sparsomt med forskning og litteratur rundt dette emnet. Dette tilsier at vi trenger mer.

Litteraturliste

- Baillie, L., Cox, J., & Merritt, J. (2012). Caring for older people with dementia in hospital: challenges.(Research)(Report). *Nursing Older People*, 24(8), 33.
- Baillie, L., Merritt, J., & Cox, J. (2012). Caring for older people with dementia in hospital. Part two: strategies. *Nursing older people*, 24(9), 22.
- Berg, O. T. (2013). *Høring. Store norske leksikon* Hentet 25.02.2016 fra <https://snl.no/høring>
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christensen, J., & Berg, O. T. (2015). *Velferdsstat. Store Norske Leksikon* Hentet 26.02.16 fra <https://snl.no/velferdsstat>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dietrichs, E. (2009). Nevrologiske Sykdommer. I D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes & O. Røise (Red.), *Sykdomslære : indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg. utg., s. 385-408). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Vol. 1. Et mer demensvennlig samfunn* Hentet 20.02.2016 fra https://http://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Henningstad, S., & Hustadnes, H. (2013). *Demens : den nye folkesykdommen*. Oslo: Kagge.
- Holm, M. S., Husebø, S., & Verdighetscenteret - omsorg for, g. (2015). *En Verdig alderdom : omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforl.
- Høgskolen i Bergen. (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 15.02.2016 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/lage-sokestrategi/>
- Jordan, A., Regnard, C., O'Brien, J. T., & Hughes, J. C. (2012). Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job. *Palliative Medicine*, 26(7), 873-878. doi: 10.1177/0269216311412227
- Kirkevold, M. (1998). Kari Martinsens omsorgsteori. I M. Kirkevold (Red.), *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg. utg., s. 168-182). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kirkevold, M., Ranhoff, A. H., & Brodtkorb, K. (2008). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., & Nortvedt, F. (2011). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Martinsen, K., & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2016). *Hva er demens?* Hentet 16.02.2016 fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Vol. 1. *ICNs etiske regler* Hentet fra https://http://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 22.03.2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rantala, M., Hartikainen, S., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2014). Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3095-3106. doi: 10.1111/jocn.12548
- Regjeringen.no. (2015). *Demensplan 2020, Et mer demensvennlig samfunn*.,. Hentet 21.02.2016 fra <https://http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- St. Meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Syse, A., & Pham, D. Q. (2014). Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Dødelighet og levealder. *Økonomiske analyser*.
- Thorvik, K. E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens ; beredt og fleksibel. *Sykepleien forskning*.
- Waugh, A. (2011). Improving the care of people with dementia in hospital.(art science: older adults)(Report). *Nursing Standard*, 25(32), 44.

Vedlegg 1

Artikkelgransking

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/inter- vensjon/instru- ment	Deltakere/bortfal- l	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Rantala et al. (2014) Pain Management nursing Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia ac evaluated by nursing staff Finland	Utforske analgetiku m bruk hos hoftoprere te pasienter med demens. Samt utforske sykepleiere s kunnskaper	Cross – sectional beskrivende spørreskjem aundersøkel se ved syv universitets sykehus og 10 sentrale sykehus i Finland	634 sykepleiere fra 17 sykehus invitert, 340 ble returnert og av dem ble 331 godkjent.	Paracetamol og sterke opioider ble mest brukt. I praksis må man finne en balance mellom medikamentadm inistrering og bivirkninger av den	Godkjent av Northern Savo`s komité for forskningsetik k.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/inter vensjon/inst rument	Deltakere/bortfal l	Hovedresultat	Kommen tar I forhold til kvalitet
<p>Thorvik et al. (2014)</p> <p>God omsorg for urolige personer med demens; Bredt og fleksibelt</p> <p>Norge</p>	<p>Utforske hva god omsorg til personer med demens, kan være ved skjermet avdeling på sykehjem.</p>	<p>Observasjon som datasamlings metode</p> <p>Kvalitativt design</p>	<p>2 forskere observerte ansatte og beboere ved 2 enheter I 3 faser</p>	<p>God omsorg kjennetegnes ved at de ansatte alltid er beredt. Er fliksible og kreative I sin yrkesutdøvelse, samt har gode kunnskaper om diagnosen demens</p>	<p>Fagfellev urdert</p>

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/inter vensjon/inst rument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommen tar I forhold til kvalitet
Jordan et al (2012) Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job England	Gjennkjenning av smerte hos personer som lider av demens er en utfordring. Men det kan være andre årsaker til urolighet. Studien undersøker bruk av 2 kartleggingsve rktøy (PAINAD og DisDAT) for å skille uro fra smerte, samt finne årsaken	Observasjon	Kun beboere som skårte 3 på CDR (Clinical Dementia Rating), et verktøy som kartlegger grad av demens. 79 deltagere	Begge verktøy viste en betydelig nedgang I smerte etter intervensjon. Begge verktøy var hjelpsomme, men DisDAT kunne potensielt tolke uro som smerte.	Godkjent av etisk råd

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/inte rvensjon/i nstrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommen tar I forhold til kvalitet
Baillie et al. (2012) Nursing Older People Caring for older people with dementia in hospital. Part one: Challenge s 2012 England	Utforske voksne sykepleierstud enters erfaringer med omsorg til demenssyke i sykehus	Kvalitativt	464 studenter ble invitert til deltagelse, 20 studenter ble utvalgt fra andre og tredje året til å delta I 4 fokus grupper	Organiseringen av institusjonen og miljøet var ikke tilpasset pasienter med demens. Mangel på kunnskaper og ferdigheter blant de ansatte, samt dårlige holdninger, gjorde at studentene hadde vanskligheter med å gi god omsorg.	Godkjent av etisk råd Fagfellev urduert

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/inter vensjon/inst rument	Deltakere/bortfall	Hovedresulta t	Kommen tar I forhold til kvalitet
Baillie et al. (2012) Nursing Older People Caring for older people with dementia in hospital. Part two: Strategies 2012 England	Utforske voksne sykepleierst uders erfaringer med omsorg til demenssy ke i akutte sykehus situasjoner	Kvalitativt	464 studenter ble invitert til deltagelse, 20 studenter ble utvalgt fra andre og tredje året til å delta I 4 fokus grupper	Strategiene studentene brukte bestod av å bygge en relasjon til pasientene, involvere pårørende, fleksible og kreative løsninger, samt bruk av trygghet og god kommunikasj on	Godkjent av etisk råd fagfellev urdert

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/inter vensjon/inst rument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommen tar I forhold til kvalitet
Waugh, A. (2011) Improving the care of people with dementia in hospital Skottland	Artikkelen beskriver den undervisen de tilnærming en Dementia Champions Programe har for å bedre omsorgen for demenssyk e	Fagartikkel		De som deltok I Dementia Champions Programe ble dedikerte til å bedre omsorgen for personer med demens på sykehus. Programmet er nå en del av undervisningen ved et univeristet I Skottland.	Fagfellev urdert tidsskrift