



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 58

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6352

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 50

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Et vågestykke - Essay om kommunikasjon med eldre med demens

A venture - Essay on communication with elderly with dementia

Kandidatnummer: 58

GRSD15

HVL/FHS/IHO

Veileder: Irene Aasmul

6352 ord

10/05/19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Kommunikasjon mellom sykepleiere og eldre med demens er et viktig tema. Flere studier har påvist at kommunikasjonen har effekt på livskvaliteten til pasientene. Som sykepleier er gode kommunikasjonsferdigheter et av de viktigste verktøyene man kan ta med seg i disse pasientmøtene. Personer med demens kan man møte på ulike arenaer som i hjemmet, på sykehjem, på sykehus og på legevakten. Demens forårsaker blant annet problemer med formuleringer i språket og dette medfører åpenbare vanskeligheter i samtale med sykepleier. Hvordan bør jeg som sykepleier opptre i relasjonen og kommunikasjonen med pasienten? Hvordan kan jeg imøtekomme pasientens behov på en god måte? I dette essayet møter vi blant andre Henry på 89 år som bor på sykehjem. Han har Alzheimers sykdom. Henry har et stort behov for omsorg og trygghet og kommer stadig i situasjoner der dette er avgjørende for hans opplevelse av blant annet verdighet og mestring. Omsorg er et sentralt begrep gjennom teksten.

Abstract

Communication between nurses and elderly with dementia is an important topic. Studies have shown that communication can affect the patients quality of life. As nurses, good communication skills are one of the most important tools you can carry into these meetings. You will meet people with dementia in all arenas. In their home and in the nursing home but also in hospitals and emergency rooms. Dementia causes among other things difficulties in language and speak, which will lead to obvious difficulties in communicating with nurses. How should I, as a nurse act in the relation and communication with the patient? How can I meet my patient's needs in a good way? In this essay you will also become familiar with Henry. He is 89 years old and live in a nursing home in Norway. Henry has Alzheimers. His greatest needs are care and safety and he is constantly finding himself in situations where these factors are imperative to him feeling dignified and to give him a sense of accomplishment. A central word throughout this paper is the word «care».

Innholdsfortegnelse

Minnet om bestemor	1
Hva er demens og hvorfor er det et viktig tema?	2
Det handler om Henry (89)	3
Verdighet, integritet og autonomi	4
Sansingens fellesskap og tilstedeværelsens betydning	6
Kommunikasjon som treleddet relasjon og ansvarliggjørelse	7
Mellommenneskelig relasjon og omsorgens verdi	9
Personsentrert kommunikasjon	10
Arvelig pleiekultur og ondartet sosialpsykologi	13
Generasjon handling fremfor ord	15
En dans i fortiden og en holdning til fremtiden	17
Referanser	19

Minnet om bestemor

Jeg husker bestemor som en smilende og blid dame, en kjærlig og omsorgsfull person med krøllete stort hår, som regel permanent. En klassisk bestemortype. Du ble alltid møtt med en varm velkomst, fikk alltid noe godt å bite i og gikk alltid derfra med litt mer lomme penger enn du i utgangspunktet hadde. Bestemor fikk diagnosen Alzheimers sykdom da hun var rundt 70 år. De årene bestemor levde med sykdommen etter at diagnosen ble stilt, ble svært minnerike og betydningsfulle. Ikke det at årene før var av mindre betydning, men kanskje fordi vi visste at sykdommen ville progrediere og bestemor ville leve med Alzheimer resten av sin tid. Ville hun glemme oss nærmeste? Ville hun miste språket og formidlingsevnen? Ville vi kunne kommunisere med henne slik som før? Svaret er ja, ja og nei.

Jeg husker en julaften hvor bestemor var med og spiste julemiddag. Helt rolig og naturlig strakk hun seg etter julebrusen og åpnet korken. Så helte hun den som en saus over pinnekjøttet og satte flasken pent tilbake på bordet og fortsatte måltidet. Vi andre sa ingenting, men jeg minnes rare blikk rundt bordet. En annen gang vi besøkte bestemor på sykehjemmet hadde hun festet flere truseinnlegg rundt vannglasset som stod på bordet, som et slags håndtak. For oss som så dette, virket det rart. Vi forsto jo at det var sykdommen og ikke bestemor som styrte atferden hennes. Likevel følte det på en måte som hun ble nedverdiget, helt uten mulighet til å se dette selv. Vi kunne forsøkt å rette på henne, fortelle henne hva vi opplevde. Det ville nok hatt liten til ingen effekt på det stadiet av sykdommen hun var i. Den eneste grunnen jeg kan tenke meg at det *ville* blitt gjort, var om *vi* på noen måte følte oss ubekvemme eller utilpass.

Vi har kanskje en indre trang til å rette på folk når de tar tydelig feil eller gjør noe som strider med våre egne normer og regler. Vi vil si ifra. Kanskje dette (i tillegg til mangel på kunnskap) er en grunn til at det kan være utfordrende å kommunisere med personer med demens? Hvordan bør man gå frem?

Hva er demens og hvorfor er det et viktig tema?

Demens er ikke en sykdom i seg selv, men en fellesbetegnelse på en kronisk funksjonssvikt i hjernen, forårsaket av ulike hjerneorganiske sykdommer eller skader (Aldring og helse, 2017). Det finnes ulike typer demens slik som eksempel frontotemporal demens, lewylegeme demens, vaskulær demens og Alzheimers demens. Sistnevnte er den vanligste formen av sykdommen - hele 60 % av de som rammes har denne varianten (Helsedirektoratet, 2017). Symptomene kan variere ut fra hvilken form av demens som rammer. Det vanligste kjennetegnet på sykdommen er kognitiv svikt, det vil si svikt i funksjonene i hjernen som styrer blant annet dømmekraft, planlegging, tenkning og abstraksjon (Engedal & Haugen, 2009, s. 18). Svikt i hukommelsen og særlig for nyere data, er kanskje det de fleste tenker når de hører at noen har utviklet demens. Forløpet i sykdommen varierer fra person til person. Alzheimers sykdom har konkrete kjennetegn ved seg men personer kan reagere ulikt på tilstanden.

I demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) er målet å skape et mer demensvennlig samfunn. Det kreves fra både samfunnet generelt og spesielt fra helse- og omsorgstjenestene større åpenhet og økt kunnskap om demens. I *Nasjonal faglig retningslinje om demens* (Helsedirektoratet, 2017) er det nedfelt krav til kompetanse om demens for helsepersonell. Gode kunnskaper om demens, personsentrert omsorg og kommunikasjon er blant kompetansen som er nødvendig. Det er virksomheten som yter helse- og omsorgstjenester sitt ansvar å sørge for at ansatte innehar relevant kompetanse for å kunne utføre sitt arbeid faglig forsvarlig og da er opplæring, videreutdanning og etterutdanning påkrevd.

Demens blir ofte omtalt som en gåte. En gåte kan løses, men det kan ta tid. Til tross for årelang forskning på demensgåten er den fremdeles ikke løst. Det finnes ingen kur. Det er én av grunnene til at demens er så viktig. En annen grunn er at vi kan møte personer med demens på steder som i butikken, på bussen og på legevakten. Kunnskapen er viktig på tvers av samfunnet. I tillegg vil befolkningen øke betraktelig de neste tiårene og da vil det samtidig skje en fordobling av personer med demens i samfunnet. Vi lever lenger enn før og flere vil

få en demensdiagnose i sin høye alder da forekomsten av demens øker med alderen (Helsedirektoratet, 2017). Dette er skumle og harde fakta, basert på statistikk. Slik det høres ut vil det gå fra asken til ilden.

Sykepleiere er sårt savnet i demensomsorgen og nyutdannede sykepleiere blir gjerne oppfordret til å ta beina fatt mot sykehjemmene. Selv er jeg svært fornøyd med å jobbe på sykehjem og det negative bildet mange kanskje har av demensomsorgen ville muligens blitt endret dersom flere hadde våget å legge fra seg kompasset og gått i motsatt retning.

Det handler om Henry (89)

Henry har Alzheimers sykdom. Han er 89 år og bor på sykehjem. En ettermiddag sitter han i den faste lenestolen sin på fellesstuen og blar i avisen. Brillene sitter stødig nederst på neseryggen. Det har nylig blitt servert middag og personalet holder på med oppvask og rydder kjøkkenet. Det er stille i avdelingen. Noen kikker på TV, andre går litt frem og tilbake. Plutselig roper Henry etter den forbipasserende sykepleieren og spør om ikke det er noe mat å få snart. Sykepleieren sukker oppgitt og sier i en spørrende tone: «Du har jo nettopp spist middag?». «Har jeg det?» svarer han tilbake, tar av seg brillene og klør seg litt i hodet. Fem minutter senere spør han om det samme. Sykepleieren er tydeligere oppgitt og forsøker ikke å skjule det noe særlig heller. Denne gangen blir det en lengre dialog, hvor Henry fomler i ordene og sliter med å få frem sammenheng i setningene. Sykepleieren forsøker ikke å tolke meningen bak Henrys formuleringer, i stedet blir det en liten diskusjon om hva han forsøker å si.

Det er viktig å være bevisst på egen holdning og væremåte når man kommuniserer i tillegg til hvordan man ordlegger seg. Språkforskere har funnet at kroppsspråket utgjør ca. 70% av kommunikasjonen og bare 30% blir uttrykt gjennom ordene vi sier. Det er derfor svært viktig å tenke over hvordan man opptrer i møte med personer med demens. Ordene vi sier må kunne gjenspeile kroppsholdningen vår og omvendt. Gjennom for eksempel et ansiktsuttrykk kan man si mye, det samme gjelder ved gestikulering og andre bevegelser. Summen av både

kroppsspråk og ord utgjør det totale bildet og inntrykket vedkommende får og kan forholde seg til.

Som sykepleier på sykehjem vil man kunne finne seg selv i slike situasjoner som i eksempelet om Henry ganske ofte og det kan være krevende. Tålmodighet og mot, samt innsikt og kunnskap om demens og kommunikasjon vil være essensielt i slike samtaler. Min umiddelbare tanke om eksempelet over er om sykepleieren var tilstede i samtalen og situasjonen, eller om vedkommende ble røsket ut av en annen situasjon da denne herren ropte for å spørre om når neste måltid skulle være. Var sykepleieren åpen for samtalen i møte med pasienten?

Tillit og barmhjertighet er viktige byggeklosser i relasjonsbyggingen med omsorgen som et viktig grunnlag. Omsorgen er relasjonell i seg selv og har «en etisk ladning, og den uttrykker seg praktisk i konkrete situasjoner som må skjønnes» (Alvsvåg & Martinsen, 2018, s. 216). Det handler om å være tilstede i situasjonen og å kunne la seg berøre. Som sykepleier har man et stort ansvar for pasienten som blant annet handler om å bekymre seg for, pleie ham, verne om og ivareta hans helhet – hans integritet.

Verdighet, integritet og autonomi

Jeg har jobbet på somatisk sykehjemsavdeling i 7 år. Pasientene som bor der trenger hjelp til å få dekket en del grunnleggende behov, slik som for eksempel personlig hygiene, ernæring og sosiale stimuli. I tillegg til somatikk, vil det alltid være personer med demens på en slik avdeling. Tall fra Helsedirektoratet (2017) viser at i overkant 80 % av eldre som bor på sykehjem har en demensdiagnose.

Kommunikasjon med eldre med demens interesserer meg i stor grad på grunn av blandingen mellom personlige og faglige erfaringer. Gradvis har jeg blitt mer bevisst på egen kommunikasjon og fremtreden i møte med personer med demens. Først som sykepleierstudent forstod jeg hvor viktig og relevant denne kunnskapen *faktisk* er i møte

med pasienten og hvor mye det har å si for både verdighet, integritet og autonomi til vedkommende. Verdighet handler om det å være verdig, være fortjent til noe, sett og respektert. Integritet betyr selvstendighet, ukrenkelighet. Det handler om fysisk, psykisk, sosial og åndelig helhet. Autonomi betyr selvbestemmelse, altså det å selv kunne ta valg og være selvstendig (Heap, 2012, s. 150. Autonomi er i tillegg en menneskerettighet som i like stor grad gjelder for personer med demens som friske personer). Å bevare pasientens selvbestemmelse så lenge som mulig vil være med på å styrke hans eller hennes verdi som menneske og kunne bidra til økt livskvalitet (Smebye, 2018, s. 35). Er det ikke grunnleggende å tro at de fleste mennesker ønsker å bli snakket til på en respekterende måte uavhengig av helsetilstand? Hva er man så uten integritet, verdighet eller autonomi? Blir man ikke redusert til et objekt, en gjenstand uten særlig verdi?

Kan sykepleiere utgjøre en forskjell i livet til personer med demens ved å være bevisst sine kommunikasjonsferdigheter? Etter fire år på sykepleierstudiet har jeg fylt opp ryggsekken min med både kunnskap, erfaring og generell kompetanse om blant annet kommunikasjon og en større forståelse av mennesket generelt. Medbestemmelse hos eldre med demens vil kunne bidra til holdningsendringer i stigmatiserende og diskriminerende oppførsel i samfunnet generelt (Smebye, 2018, s. 38). Vi må lytte og lære.

Kommunikasjon med eldre med demens kan være svært utfordrende. På den ene siden kan pasienten ha et godt verbalt språk hvor man nærmest i situasjonen kan undre seg over hvor godt ordforråd vedkommende har, til tross for sykdommen. På den andre siden kan man i noen tilfeller raskt legge merke til språkvansker, noe som vil prege samtalen både for sykepleier og pasient. Det kan som i eksempelet om Henry være snakk om foplende tale, leting etter ord, usammenhengende setninger, uklare formuleringer. Alt et tegn og et symptom på demenssykdommen. Hvordan responderer sykepleier på det som blir sagt? Det kan være utfordrende å hele tiden være på vakt for ikke å svare «feil» eller å passe på at det som blir uttrykt ikke skal bli misforstått av pasienten. Det kan kreve mye tid og energi å stadig være bevisst på egne holdninger og væremåte i samhandlingen, men desto mer trenger man å øve seg i kommunikasjonen med eldre med demens, spør du meg. Man vet jo

at måten man samtaler med pasienten på kan ha stor betydning for hans eller hennes livskvalitet.

Sansingens fellesskap og tilstedeværelsens betydning

Omsorgsfilosof og sykepleier Kari Martinsen (2000) er opptatt av å være sansende tilstede i møte med den andre og sier: «Sansingen setter oss inn i en felles verden» (Martinsen, 2000, s. 23). Å bruke hele seg selv som redskap for å kunne tolke den andres appell om livsmot er avgjørende for forståelsen av den andre, ifølge Martinsen (2000, s. 23). Å være *tilstede* i rommet – å være sansende tilstede med alt av seg selv i møte med den sårbare pasienten, innebærer ikke bare det fysiske rommet man faktisk står i. Det handler i like stor grad om den rommelighet sykepleieren selv viser, hvorvidt hun evner å gi den andre rom til å tre frem i situasjonen (Martinsen, 2000, s. 29). Man kan jo undre seg over om sykepleiere alltid vil kunne være sansende tilstede i alle situasjoner de står i, i hvert eneste rom og med hver eneste pasient. I følge Martinsen (1993) ligger de naturlige sansene våre og dagligtalen som fundament for skjønnnet. Skjønnnet må brukes til å handle til det beste for pasienten. Skjønnnet er ikke fastlåst i begreper eller regler, tvert imot. Faglig skjønn handler om å se pasienten i sin helhet, slik at også situasjonen kan ses på som et helhetlig bilde. På denne måten vil man se situasjonen fra flere sider, og dermed handle til det beste for pasienten utfra det (Martinsen, 1993, s. 142).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at pasienten har rett til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Å krenke handler om å hensynsløst overskride en tydelig grense av integriteten til et annet menneske. Det er en livsnødvendighet å kunne ivareta sin personlige integritet – både fysisk, psykisk, sosial og åndelig. Dersom Henry ble utsatt for krenkelse i eksempelet med sykepleieren, ville han i det hele tatt vært klar over det? Ville sykepleieren vært bevisst dette? Ville omgivelsene latt det gå stille forbi eller kunne det blitt fanget opp og tatt hensyn til? Som sykepleier og menneske må vi se pasienten som et likeverdig menneske, et helt individ, med tanker, følelser og verdier på lik linje med oss selv. Mitt ansvar er å forsvare pasientens helhet som om det skulle vært min egen. Uten denne selvbevisstheten kan man lure seg selv til å gå inn i en relasjon med noe Martinsen (2005, s.

160) kaller for sentimental omsorg. I denne omsorgsformen er jeg likegyldig og fraværende og mine følelser rekker ikke frem i pasientsituasjonen, det blir en abstrakt og innholdsløs stemning der likegyldigheten seirer. Denne holdningen vil være med på å krenke pasientens integritet og det faglige skjønn og den gode omsorg uteblir. Som sykepleier er det et mål å unngå en slik sentimental omsorg.

Kommunikasjon som treleddet relasjon og ansvarliggjørelse

For å tenke med Kari Martinsen (2005) som hun tenker med den norske filosofen Hans Skjervheim som igjen hadde sine tanker fra den danske filosofen Søren Kierkegaard, vil en treleddet relasjon være et grunnvilkår i samtale med personer med demens. En treleddet relasjon består av en sender, et budskap og en mottaker. Det er essensen i samtalen. Sender og mottaker er felles om noe. De er medsubjekter om det saken gjelder. De er åpne og engasjerte i et spørsmål eller et problem, de taler sammen om noe - de samtaler. Dersom den ene parten ikke engasjerer seg eller ikke tar på alvor det saken gjelder, men heller konstaterer som et faktum det den andre sier, får vi en toleddet relasjon. Da deler de ikke saken eller budskapet, de lever i to ulike verdener (Martinsen, 2005, s. 24-25). En slik toleddet relasjon kan være farlig å legge seg for vane. Å ikke ta på alvor det pasienten kommer med i samtalen kan raskt være med å skade den mellommenneskelige relasjonen. Dersom pasienten føler seg avvist eller misforstått vil det utvilsomt gjøre situasjonen verre for ham, med tanke på at han allerede er i en sårbar situasjon med sin sykdom.

Sykepleie er et omfattende yrke, men ikke så omfattende at den enkelte pasient ikke kan vente seg å bli sett, hørt og tatt på alvor vel? Jeg har selv tatt meg i å nikke anerkjennende til en person med demens som har ytret en lang, og for meg uforståelig setning, som mot slutten av setningen formet et spørsmålstegn. Jeg har smilt høflig og «jattet med» og tenkt at det som nå blir sagt ikke har noe konkret informasjon i seg. Dessverre har jeg tatt feil mange ganger. I øynene til pasienten har jeg sett forunderlige blikk som jeg har tolket som at vedkommende venter på et fornuftig svar. Jeg har da kjent på skam for ikke å ha lyttet åpent, men i stedet tidlig i formuleringen konkludert med at det som nå blir sagt, gir ikke mening. I etterpåkløskapens tegn (særlig etter påfyll av kunnskap) forstår jeg at jeg mange

ganger befant meg i en toleddet relasjon og en sentimental omsorg. Som en løsning eller alternativ, kunne jeg for eksempel ha forsøkt meg på direkte eller indirekte reparasjon i samtalen (Rokstad & Smebye, 2008, s. 99-100). Direkte reparasjon vil si å komme med forslag til ord dersom pasienten stopper opp midt i en setning, for å sette ham på «rett kurs» i dialogen. Indirekte reparasjon handler om å vise interesse og ikke haste seg i samtalen, slik at vedkommende får tid til å selv lete etter ordene for å fullføre setningen. Det ligger likevel en risiko i denne kommunikasjonsformen for at vedkommende blir ytterligere forvirret, dersom man for eksempel foreslår *feil* ord.

Martinsen (2005, s. 37) hevder at å begi seg inn i en samtale er et vågestykke i seg selv. Å kommunisere er å gjøre noe felles. Samtalen bæres av kommunikasjonen og den *bør* være treleddet. Er den toleddet er man kun opptatt av seg selv. Å vite at man kan bli avvist eller krenket møtt i en toleddet relasjon er en risiko begge parter må ta. Vet Henry i det hele tatt om denne risikoen? Har han forutsetninger for å forstå hvilket vågestykke han begir seg ut på i samtale med sykepleier? Bør sykepleier opplyse Henry om dette på forhånd slik at han får mulighet til å trekke seg ut før samtalen har begynt? Disse spørsmålene er retoriske og satt litt på spissen for å fremheve og poengtere den makten og ansvaret sykepleiere har i slike pasientmøter.

Underveis i sykepleierutdanningen har vi blitt fortalt at vi utdannes til ledere og ledere har naturligvis makt i sine hender. Kunnskap gir makt og makt er en ressurs. Vi må se det ansvaret det er å ha makt på denne måten som noe helhetlig som er til fordel for pasienten og for yrket. Det er for pasienten vi er her og for ham vi skal utøve vår kompetanse og dyktighet i faget. Makt gir oss muligheten til å gjøre endringer, til å gjøre en forskjell. Men makt kan også misbrukes. Er man oppmerksom på at det finnes et maktforhold i relasjonen vil man kanskje være bedre rustet til å håndtere den utfordring det er å inneha slik makt, på en god måte. For å unngå at travelhet og rutinearbeid på sykehjem skal gjøre sykepleiere til toleddede relasjonsegoister, må vi se innover i oss selv og betydningen av vårt arbeid. Vi må bevisstgjøre oss selv om våre holdninger til blant annet ansvar og makt, for pasientens skyld og profesjonens skyld.

Mellommenneskelig relasjon og omsorgens verdi

Å være sykepleier er ikke ensbetydende med å kunne alt. Mange liker gjerne å tro at sykepleiere vet alt og kan alt, kanskje spesielt venner, familie og noen ganger pårørende. Til og med sykepleiere tror de kan mer enn de faktisk kan viser nyere forskning (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016). Sannheten er at man lærer så lenge man lever. Man utvikler seg og vokser som person med den yrkesretningen man velger og identifiserer seg med den rollen man tar som yrkesutøver. Dette tror jeg gjelder de fleste, om du så er lærer, brannmann eller sykepleier. Samtidig lærer du noe grunnleggende og fundamentalt allerede på sykepleierstudiet, nemlig viktigheten av den mellommenneskelige relasjonen. For at denne skal kunne finne sted, er de suverene livsytringer som barmhjertighet, tillit og åpen tale en forutsetning (Martinsen, 2000, s. 53). Å være sykepleier uten disse livsytringene kan vanskelig forestilles, men det finnes naturligvis unntak.

Sykepleiere blir utdannet som profesjonelle utøvere og profesjonen er nødvendig og som regel livsviktig for pasientene. Pleien skal være individuell og personsentrert, mynnet på pasientens premisser. Personsentrert omsorg ble beskrevet på slutten av 90-tallet av den engelske professoren i sosialpsykologi Tom Kitwood (1999). Teorien om hva god omsorg bør være har blitt en grunnpilar i all behandling av personer med demens, like som i all behandling i helse- og omsorgssektoren generelt. At omsorgen er personsentrert vil si at pasienten skal imøtekommes med respekt, forståelse og verdighet fra hjelperen uavhengig av alder, lidelser eller sykdomstilstand. Pasienten skal ses på som et helt individ og respekteres for den han eller hun er (Solheim, 2015, s. 54). Med tanke på Kari Martinsens teori om hva omsorg er, tenker jeg at selve ordet *personsentrert* kan virke overflødig, kanskje til og med unødvendig. Samtidig er det et begrep som blant annet blir omtalt i ulike offentlige dokumenter og lærebøker, for eksempel i litteratur innen demensomsorg (Aldring og helse, u.å). Derfor er det på mange måter et interessant begrep.

Å ha empati i den mellommenneskelige relasjonen er en grunnleggende verdi. Empati handler om å kunne forestille seg hvordan den andre har det i sine emosjoner, uten selv å bli påvirket følelsesmessig slik at det gir negativt utslag for den pleien som skal gis. Det handler

om å se situasjonen fra pasientens perspektiv og samtidig beholde sykepleiebrillene på. Pleien skal naturligvis ikke bygges på empati og følelser alene, for da blir det som tidligere nevnt, det Martinsen (2005) kaller for sentimental omsorg, en omsorg uten moral og rasjonalitet. Da ville likegyldigheten ha preget relasjonen og pasienten ville ikke ha fått det vedkommende har krav på, nemlig en helhetlig, faglig og omsorgsfull sykepleie. En balansegang mellom det emosjonelle og det rasjonelle bør i aller høyeste grad være sykepleierens mål og ambisjoner.

Rokstad (2008) poengterer at det er følelsesmessig krevende å forstå den andre med empatisk innlevelse. Det krever både tid, sensibilitet og tilstedeværelse. Dessuten er ikke empati en evne som enkelt kan læres eller trenes på. Derfor føler profesjonelle hjelpere (sykepleiere) seg trolig tryggere i sin «ekspertrolle» hvor teoretisk kunnskap, prosedyrer og rutiner styrer handlingene som utføres (Rokstad, 2008, s. 19). Jeg tror uansett ikke at pasientene sitter igjen med minnet om at omsorgen var god fordi venekateteret satt på første forsøk eller at middagen ble servert når den skulle.

Personsentrert kommunikasjon

En morgen Henry (89) står opp kommer han spaserende ut i korridoren med bare buksebleien på og med et fortvilet ansiktsuttrykk. Han møter en sykepleier som er kommet på arbeid. «Hvor er alle sammen?!» utbryter han med angstpreget stemme. Sykepleieren kan fortelle at de andre ligger og sover, men at det snart er frokost. Henry virker redd og urolig og sykepleieren følger han tilbake på værelset hans. I denne situasjonen forsøker sykepleieren å berolige Henry, forklare at han er på sykehjem og at det er tidlig på morgenen. Men Henry vil hjem til sin mor.

Med demenslidelsen følger det mange psykologiske utfordringer for Henry. I personsentrert omsorg peker Kitwood (1999, s. 90-92) på fem grunnleggende psykologiske behov som er viktige for oss mennesker å få dekket. Dette er inklusjon, tilknytning, trøst, identitet og beskjeftigelse/aktivitet. Kjernen til disse behovene er kjærlighet. I en slik situasjon som med

Henry, vil det være naturlig å hjelpe han med å få dekket mesteparten av de psykologiske behovene. Han er usikker, redd og føler seg bortkommen. Oppgaven til sykepleier blir å på best mulig måte gi Henry det han trenger av støtte på en slik måte at han kan bli trygg i situasjonen. For å kunne møte pasienten på en god måte skriver Martinsen (1993, s. 152), med den etiske fordring situasjonen skaper, er det viktig å kunne legge bort egne tanker som medynk og antipatier og i stedet se hele personen for å få en forståelse av hans person og se ulike sider av ham. «Det faglige skjønn er viktig i vår samlede styrke, i bindingen av inntrykket. Det gir konsentrasjon og selvbesinnelse, men også åpenhet og fantasi slik at vi kan begripe at det kan være naturlig å reagere med selvoppgivelse og tross» (Martinsen, 1993, s. 152). Å bruke skjønn i samtale med personer med demens krever i tillegg til fantasi og åpenhet også kunnskaper om personsentrert kommunikasjon.

Downs & Collins (2016) vektlegger i en forskningsartikkel en personsentrert kommunikasjonsform. Dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og personer med demens kan gi utslag i høye nivåer av angst og depresjon hos pasienten (Downs & Thomas, referert i Downs & Collins, 2016, s. 38). I artikkelen synliggjøres flere grunnprinsipper og holdninger i personsentrert kommunikasjon som jeg vil se nærmere på med Henry i tankene (Downs & Collins, s. 38).

Det handler om å *lære personen å kjenne* og kunne forstå hvordan han vanligvis uttrykker seg i både ord og kroppsspråk. Hvordan bruker Henry å uttrykke seg i toneleie eller språkbruk? Hva betyr denne uttrykksmåten, hvordan kan vi tolke den? Informasjon om kommunikasjonsmåter som er spesifikke for Henry og hvilken betydning dette har for han er vesentlig å kjenne til for alle som har en relasjon til ham. Dette må skrives inn i pleieplanen slik at alle medarbeidere har tilgang til den samme informasjonen.

Videre må livshistorien til pasienten vektlegges. For å kunne møte Henry *der han er*, vil bakgrunnsopplysninger og kjennskap til hans livshistorie være av stor verdi. Hva kan vi om Henry? Kjenner vi til fortiden hans? Vet vi hvem han identifiserte seg som tidligere, hvilke interesser og hobbyer han hadde? Jo mer bakgrunnsopplysninger vi har og kan om

pasienten, jo mer meningsfull blir samtalen. Henry har ikke nødvendigvis forutsetninger til å ta initiativ til en samtale om hans interesser eller hobbyer, men han ville vært i stand til å svare på spørsmål om ulike steder eller personer som har betydd mye for ham. Å lage et fotoalbum eller historiebok fra livet hans, kan bidra til å ta vare på disse minnene og være en felles referanse til konversasjon.

Å respektere det Henry sier og anerkjenne hans bidrag av kunnskaper og opplevelser er viktig. Vi må anerkjenne at som sykepleiere er det vårt ansvar å få til en god kommunikasjon. Hvordan vi opptrer i relasjonen vil påvirke Henrys måte å være i relasjonen med oss på. Det vil påvirke hans selvfølelse og trivsel. Ved å ha bakgrunnsopplysninger om hva Henry liker og ikke-likes, kan vi få til en god samhandling og sosial interaksjon - så lenge vi tar oss tid. Positiv og støttende kommunikasjon sikrer at behandlingen i demensomsorgen er av god kvalitet (Ward et al., referert i Downs & Collins, 2016, s. 40).

Henrys perspektiver og meninger bør tas mer hensyn til fremfor å spørre pårørende om deres meninger og synspunkter på *vegne* av ham. Å støtte han til å snakke for seg selv er viktig. For blant annet å unngå etiske dilemma der familien mener en ting og pasienten eller personalet noe annet, er dette svært viktig. Vi må huske at alle kan kommunisere og alltid forsøke å finne veier til interaksjon. Troen på at kommunikasjon alltid er en mulighet er viktig (Downs & Collins, 2016, s. 38).

Realitetsorientering er en hyppig brukt kommunikasjonsform overfor personer med demens. Poenget er å orientere personen om blant annet tid og sted, minne på ulike navn slik som familie eller andre og på denne måten gjenskape identitet og trygghet hos den det gjelder. Det handler i prinsippet om å få vedkommende tilbake i «nåtid». Samtidig gjelder det forklaringer av ulike redskaper og hvordan de brukes i dagliglivet, slik som å vise tannbørsten og fortelle at «denne kan du bruke til å pusse tennene med» (Heap, 2012, s. 125-126). Å bruke realitetsorientering i tilfellet med Henry på gangen da han ønsket «hjem» til mor, ville

kanskje ha utløst større frustrasjon hos han, da hans opplevelse var at moren levde og familien venter på ham hjemme.

Den amerikanske sosionomen Naomi Feil beskrev *validering* som terapiform innen kommunikasjon med personer med demens på 80-tallet. Validering handler om å bekrefte, gjøre gyldig og anerkjenne det som blir formidlet (Heap, 2012, s. 131-132).

Reminisens blir kalt for minneaktivitet og handler i bunn og grunn om minner eller erindringer– å kunne mimre om fortiden og se tilbake på den (Heap, 2012, s. 141). Når man skal ta i bruk de ulike metodene som ofte også overlapper hverandre, er en balansegang som må tilpasses hver enkelt situasjon. Mest sannsynlig ville minneaktivitet og validering vært mest hensiktsmessig i Henrys tilfelle, da dette både kunne bekreftet og anerkjent Henrys opplevelser, samtidig som det kunne vært fint for Henry å få snakket om sin familie og på den måten styrket hans identitet. Å *ta seg tid* i samtalen er utvilsomt av stor medvirkning til resultatet av interaksjonen.

Arvelig pleiekultur og ondartet sosialpsykologi

Pleiekulturen på sykehjem har stor betydning for hvordan en person med demens opplever sin hverdag og omsorgen personalet viser er ifølge Kitwood (1999, s. 50-51) avgjørende for hvordan demensforløpet utvikler seg for den enkelte. Ondartet sosialpsykologi er beskrevet av Kitwood i 17 elementer om behandleratferd som dessverre ikke er så uvanlige å møte på en sykehjemsavdeling. Jeg skal ikke nevne alle, men det er snakk om blant annet umyndiggjørelse, barnsliggjørelse, intimidering, stigmatisering, forsering av tempo, underkjennelse, objektivisering, ignorering, inngrep/tvang, neglisjering, latterliggjøring og anklage (Kitwood, 1999, s. 55-56). Eksempel på barnsliggjørelse er at personen blir behandlet som et barn og blir tiltalt med barnlig tonefall og ikke tatt på alvor.

Henry har definitivt blitt utsatt for en eller annen form for ondartet sosialpsykologi i løpet av sin tid på sykehjemmet. Dessverre. Han er neppe alene om det. Har ikke de fleste med

erfaring fra helse- og omsorgsyirket egentlig erfaringer med dette begrepet? I sin masteravhandling skrev Rokstad (2008, s. 21-22) at hun gjenkjenner flere av elementene Kitwood snakker om og det samme gjør jeg. Det er synd at dette fremdeles er en del av den pleiekulturen vi har i Norge i 2019.

Kitwood tviler ikke på at de fleste som yter omsorg har gode intensjoner med arbeidet sitt. Han sikter til at ondartet sosialpsykologi kanskje blir utført mer eller mindre ubevisst grunnet kulturell arv og holdninger til alderdom i den kulturen vi lever i. Han mener ikke at sykepleiere er onde, derimot bruker han begrepet om behandleratferd som *preges* av de 17 punktene (Kitwood, 1999, s. 55). Men man kan undre seg, Kitwood skrev jo om dette for 20 år siden. Har vi ikke blitt flinkere med verktøy som kommunikasjon og samhandling siden 1999? Skal den gamle pleiekulturen fra tidenes morgen fremdeles få gjensinn i arbeidet vi gjør i dag?

Vi må tenke på hvordan *vi* ønsker å ha det når vi blir eldre og kanskje må flytte fra det etablerte hjemmet vårt og til institusjon. Hvordan ønsker jeg å bli møtt av sykepleiere som er der ene og alene for min skyld? Å forestille seg at mennesker skal få lønn samtidig som stigmatiserende og neglisjerende holdninger dyrkes, er vanskelig. Det hører jo ikke hjemme noe sted. Hva med latterliggjøring eller objektivisering? Det *høres* så galt ut og selv om det er utenkelig at noen skal kunne gjøre noe sånt mot meg en gang i fremtiden, skjer dette dessverre i ulik grad ved ulike sykehjem i dagens samfunn.

Rokstad (2008, s. 22) mener den store utfordringen er å skape nødvendige endringer i holdninger og ferdigheter hos hver enkelt pleier og ikke minst i den styrende pleiekulturen. Sykepleiere må være *bevisst* den kulturelle arven og holdninger til alderdom og i tillegg vite at manglende kunnskap om kommunikasjon og samhandling kan true omsorgen til pasientene. Som sykepleiere har vi et ansvar for å lære, holde oss oppdatert på kunnskap (via blant annet forskning) og veilede medarbeidere på ulike områder. Vi skal arbeide kunnskapsbasert og *omsorg* skal være rådende i møtet med pasienten. I faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie, er det i tillegg til kunnskap og forskning viktig å bruke faglig skjønn,

samt å kunne reflektere etisk over ulike situasjoner. Pasientens ønsker eller premisser må få tre frem for å kunne beskytte og yte den kvalitetsomsorg som er til det beste for ham eller henne (Norsk Sykepleierforbund, 2018).

I boken *Bevegelig berørt* skriver Martinsen (2018) blant annet om hastighetskulturen i det senmoderne samfunn og i helsevesenet. Alt skal gå så hurtig, tid er penger og sykepleiere må skynde seg av gårde fra det ene stedet til det andre. Dette setter de profesjonelles faglige skjønn under press, da de er underlagt bestemte regler og faste rutiner som skal følges og utføres. Konsentrasjonen kan hindres og som et resultat kan pleien og omsorgens faglighet risikeres og bli mangelfull. Tiden til å bruke skjønn blir raskere oppbrukt og sykepleiere kan sitte igjen med at det beste ikke er mulig å få gjort for pasientene (Martinsen, 2018, s. 46). Men kunnskap gir makt og makt kan skape endringer. Vi må våge å heve stemmen til systemet (pleiekulturen) og til hverandre, våge å snakke om det som er vanskelig og våge å støtte hverandre i fellesskap. På denne måten kan vi sammen få til endringer og samtidig styrke vår identitet som sykepleiere og vår stolthet av yrket vårt.

Generasjon handling fremfor ord

De generasjonene man møter på sykehjem i dag, har nok ifølge Ken Heap (2012, s. 54) vært utsatt for store klasseforskjeller og dermed ikke hatt tilgang på de samme tilbudene på utdanning som det vi har i dag. Kulturen var for mange år tilbake mer preget av handling fremfor ord. Dette kan være en av grunnene, mener Heap, til at eldre i dag kan ha vansker med å uttrykke det de har på hjertet. Betyr det at de har *mindre* på hjertet enn oss yngre generasjoner? Har de mindre behov enn andre for samtaler og samhandling? Sitter de i taushet med tanker som kverner i hodet som de aldri riktig får muligheten til å uttrykke? Demenssykdom kan gjøre det utfordrende for personen å uttrykke seg tydelig i ord, men da er det som Heap hevder en maktpåleggelse hos oss sykepleiere å finne en hensiktsmessig måte å utforske det som blir sagt. Vi må undre oss mer og samtidig søke etter å forstå den andre og være tålmodige og respektfulle i samhandlingen (Heap, 2012, s. 54). Lytter vi som sykepleiere etter det som *ikke* blir sagt?

Da jeg var i sykehjempraksis ved en demensavdeling, møtte jeg en eldre dame som jeg lærte at i sine glansdager hadde jobbet som sykepleier. Hun hadde Alzheimer. Jeg merket at hun var mye for seg selv og på værelset sitt. Om hun foretrakk det slik eller var engstelig for å omgås andre, var i starten usikkert for meg. Hun virket noe skeptisk til andre mennesker. Jeg observerte at hun stort sett bare kom ut av rommet sitt til fellesmåltidene. Jeg ble nysgjerrig på denne damen. Hun var vel omkring 85 år, kledde seg nøytralt men ordentlig, gikk ofte med armene på ryggen når hun spaserte i korridoren og smilte sjelden. Jeg ville studere henne nærmere. Jeg gikk til døra hennes en dag og banket forsiktig på. Jeg fikk lov å komme inn selv om jeg umiddelbart fikk følelsen av at hun ikke ønsket besøk. Hun reiste seg halvveis opp i stolen og kikket på meg med store, nesten forskrekkede øyne. «Ja?» sa hun i en spørrende tone, som om hun lurte på hva i alle dager det var som skulle foregå nå. Jeg svarte at: «Jeg vil bare inn å hilse på deg og prate litt dersom det er i orden med deg?». Jeg kjente på kroppen at jeg stod midt i et vågestykke med fare for å bli totalt avvist. Jeg tok risikoen på strak arm og inviterte til en samtale. Kroppsspråket hennes fortalte meg først at hun helst ville bli overlatt til seg selv. Samtidig ante jeg en slags gjensidig nysgjerrighet. Det virket som at da hun forstod at jeg ikke var der av andre intensjoner enn å prate med henne, aksepterte hun min tilstedeværelse. Vi snakket blant annet litt om familien hennes og hun viste stolt frem bildet på veggen av barndomshjemmet sitt. Gleden i øynene og det engasjerende språket når hun fortalte fra sin historie, gjorde førsteinntrykket mitt av den spaserende, skeptiske damen i korridoren selv til historie.

Mot slutten av praksisperioden oppdaget jeg at hun stadig oftere var å se i korridoren, sittende i en stol eller på sjeselongen. Hun fulgte nysgjerrig med blikket de forbipasserende medbeboere og personalet som suste forbi i tid og utide. Jeg passerte henne også, men riktignok i sakte ganglag (et av studentenes privilegier). Min tid som løpende sykepleier ligger foran meg, så før den tid vil jeg gå sakte, når jeg kan. Jeg passerte henne som sagt, og en dag vi fikk god blikkontakt smilte jeg til henne. Hun smilte tilbake og stoppet meg i det hun sa: «Takk». Før jeg rakk å respondere fortsatte hun: «Takk for at du ser meg».

Øyet må kjempe for å bevare sin sanselighet – ikke for å se mer, men for å se på en god måte. For det finnes også et *godt blikk*, og øyne kan møtes som gjør den andre godt *uten* ønske om kontroll og makt. (Martinsen, 1993, s. 51)

En dans i fortiden og en holdning til fremtiden

Min bestemor hadde i tidlig fase av demenssykdommen et adekvat språk. Lenger ut i sykdomsforløpet ble språket mer unøyaktig og fomlete og det ble etter hvert et slags skille i kommunikasjonen oss imellom. Tilslutt hadde hun mistet all taleevne og var mer i «sin egen verden». Den gang hadde jeg svært lite kunnskap om demens og kommunikasjon generelt. Jeg var pårørende til en bestemor med Alzheimers sykdom som bodde på sykehjem. Rollen min var barnebarn. I dag nærmer jeg meg en profesjonsutdanning som sykepleier. I den nye rollen vil jeg ofte møte pasienter og pårørende i en situasjon jeg husker godt at familien min stod i for noen år tilbake. Om ikke rollene akkurat er snudd, kan det nesten kjønes slik ut. Det er som å være på innsiden og kikke utover i stedet for motsatt.

Den gangen bestemor feiret jul med oss ble den siste. Hun hadde fremdeles språk og formidlingsevne og jeg husker at hun smilte mye og var i godt humør. Senere den kvelden danset jeg med bestemor rundt på stuegulvet. Hun var så glad i å danse. Vi spøkte og lo og koste oss på gulvet foran juletreet og familielatter. Der og da var ingenting rart. Bildet jeg har, som også henger på veggen hjemme hos mine foreldre, er et bevis på det.

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Slik innledes de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Med denne kunnskapen og holdningen i ryggsekken kan man som sykepleier være trygg på og stolt av yrket sitt. Det krever likevel at man setter seg nøye inn i retningslinjene og opprettholder dem.

Som sykepleier har man et stort ansvar for både profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet.

Forventningene fra omgivelsene til tittelen SYKEPLEIER er utvilsomt store og det er i aller høyeste grad med god grunn.

I ydmykhet våger jeg meg frem.

Referanser

- Aldring og helse. (2017, 12. Oktober). Demenssykdommer. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>
- Aldring og helse. (u.å.). Personsentrert omsorg. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/>.
- Alvsvåg, H., & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215-222. DOI: 10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03
- Bing-Jonsson, P., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T., & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15(5), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Downs, M., & Collins, L. (2016). Person-centred communication in dementia care. *Nursing Standard*, 30(11), 37-41. DOI: 10.7748/ns.30.11.37.s45
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens: fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon - minner - kriser - sorg*. (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 2. Desember). Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Helsedirektoratet. (2017, 17. Desember). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Hentet fra <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: personen kommer i første række*. København: Munksgaard.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: TANO.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2016, 23. Mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>.

Norsk Sykepleierforbund. (2018, April). Forsvarlighet - Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3506829/17036/Forsvarlighet--Om-faglig-kompetent-og-omsorgsfull-sykepleie>

Rokstad, A. M. (2008). *Dementia Care Mapping - en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem?* (Masteravhandling, Høgskolen i Molde). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/153313/master_rokstad.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

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

Smebye, K. L. (2018). Personer med demens: Bestemme selv - hele livet?. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 35(4), 35-39.

Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.