



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for helse og idrett
4AVS304

Alexandra J. Glansén og June C. Karlgård
Harald Holst

“Hvordan kan vi som sykepleiere forhindre bruk av tvang overfor pasienter med frontallappdemens gjennom bruk av holdningsplan?”

“How can we as nurses prevent the use of force against patients with frontotemporal dementia through the use of Care Mapping?”

Sykepleierutdanningen kull 121

2012

Antall ord: 9069

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

“I see you, and you see me.

I experience you,

And you experience me.

I see your behavior.

You see my behavior.

But I do not and never have and never will

See your experience of me.”

Ronald D. Laing

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Oppgavens avgrensing.....	2
2.0 METODE	3
2.1 Litteraturstudiet som metode	3
2.2 Kildekritikk.....	3
2.3 Anonymisering	4
3.0 HOVEDDEL	5
3.1 Demens	5
3.1.1 Kriterier for Demens	5
3.1.2 Forekomst, symptomer og utvikling av demens	5
3.1.3 Omsorg for den demente pasient	6
3.2 Hva er frontallappdemens?	6
4.0 LOVVERK.....	7
4.1 Bruk av tvang.....	7
4.2 Pasientrettighetsloven kapittel 4A	7
4.3 Tillitskapende tiltak	9
5.0 OMSORG OG TILLIT FOR DEN DEMENTE	10
5.1 Omsorgsteorien Kari Martinsen	10
5.2 Tillitten	11
6.0 SYKEPLEIETILTAK	12
6.1 Kommunikasjon og samhandling med den frontallappdemens pasient	12
6.1.1 Nonverbal kommunikasjon	12
6.1.2 Den språklige kommunikasjon	13
6.2 Kommunikasjonsprinsippene	13
6.2.1 Reminisens	13
6.2.2 Realitetsorientering	13
6.2.3 Validering	14
6.2.4 Grensesetting.....	14
6.3 Holdningsplan og Miljøterapi.....	15
6.3.1. Holdningsplan	15
6.3.2. Miljøterapi.....	16
7.0 DRØFTING.....	18
7.1 Kommunikasjon med FLD pasient.....	18

7.2 Tillitsforhold, kan det få betydninger i tvangssituasjon?	22
7.3 Gode sykepleietiltak	25
8.0 KONKLUSJON	27
9.0 LITTERATURLISTE	28
Vedlegg nr 1 Holdningsplan.....	30
Vedlegg nr 2 Ukesplan	34
Vedlegg nr 3 Rullerende dagsplan.....	35
Vedlegg nr 4 Pico-skjema.....	36

1.0 INNLEDNING

Vi er to sykepleiestudenter ved Høyskolen i Hedmark som nå skriver vår avsluttende eksamen. I oppgaven har vi valgt å fokusere på hvordan man forhindre bruken av tvang i demensomsorgen.

Det nye kapittelet 4A i lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven, 1999) av 2. juli 1999 har som hensikt at det skal ytes nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å begrense og forebygge bruken av tvang. I § 4A stiller loven krav om at tillitskapende tiltak skal ha vært utprøvd ut før en går til det steget å bruke tvang. Vi valgte å bruke Kari Martinsen som vår sykepleieteoretiker på grunn av hennes definisjoner på omsorg, og fordi hun tar opp viktige aspekter innenfor kommunikasjon som er relevant for oppgaven vår. Vi vil derfor drøfte hvordan tillitskapende tiltak kan forhindre bruk av tvang. Ved å kommunisere, planlegge og kartlegge reaksjonene til pasientene, vil vi kunne lage en personlig holdningsplan. Vi har valgt å fokusere på pasienter med frontallappdemens, på grunn av deres utfordrende atferd, som vi har opplevd i praksis. Vi vil i oppgaven bruke forkortelsen FLD som står for frontallappdemens. Ved å benytte en holdningsplan vil vi skape trygge rammer rundt pasienten. Ulike miljøprinsipper som tar for seg veiledning i alt fra personlig hygiene, måltider, aktiviteter og ivaretagelse av pasientens ressurser. På den måten utfører alle på avdelingen gjøremålene på samme måte. Det er en systematisk tilnærming til miljøbehandling, hvor Gundersons 5 miljøvariabler er primærfokuset i hvordan en skal utrede pasienten. Vi stiller derfor spørsmål om det er mulig å forhindre bruken av tvang hos pasienter med demens. Hvordan skal samtykkekompetanse vurderes hos personen med demens? Og hva krever det av helsepersonellet? Dette er noen av spørsmålene vi skal belyse i oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dag er det om lag 71 000 personer med demens i Norge, i følge helsedirektoratet (2011). Det er derfor store muligheter for at sykepleiere møter på personer som lider av demens i løpet av sin yrkeskarriere. Vi har valgt å fokusere på personer med frontallappdemens, og ønsker derfor å se på utfordringene ved denne sykdommen. Vi anser dette temaet som en relevant og

aktuell diagnose innenfor sykepleiefaget. Vi har valgt dette temaet siden vi selv har erfart hvordan det er å jobbe med pasienter som lider av generell demens. Vi har møtt personer med demens både i psykiatrien, hjemmesykepleien og i sykehjemspraksis. Derfor ser vi på dette som et viktig og lærerikt tema, som vi vil kunne ha nytte som kommende sykepleiere. Pasientrettighetsloven § 4A (Lovdata, 1999) sier at hjelpen skal hindre vesentlige skader, forebygge og begrense bruk av makt. Hjelp skal ytes til pasienter som mangler samtykkekompetanse selv om de motsetter seg helsehjelp (ibid). Det er derfor nyttig for oss å lære å reflektere rundt tillitskapende tiltak, for å forhindre unødig bruk av tvang. Vi ser også kommunikasjonen som en viktig del av samhandlingen mellom pasient og sykepleier. Vi ønsker primært å bruke kommunikasjon som et behandlingsredskap i vår sykepleie.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi vil i denne oppgaven finne ut av hvordan vi møter en person med frontallappdemens på en mest mulig korrekt og faglig måte. Med rett veiledning kan vi forebygge at pasienten opplever tvang og føler seg overkjørt. Ved at vi tilonger oss mer kunnskap om denne pasientgruppen, kan vi få en bedre forståelse om hvordan vi skal håndtere ubehagelige situasjoner. Holdningsplan er et godt arbeidsverktøy for både pasient og sykepleier. Ut i fra dette har vi kommet fram til denne problemstillingen:

Hvordan kan vi som sykepleiere forhindre tvang til pasienter med frontallappdemens gjennom bruk av holdningsplan?

1.3 Oppgavens avgrensing

Med hensyn til Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer, og oppgavens størrelse, har vi kommet frem til at vi vil ha fokuset på pasienter med frontallappdemens og kommunikasjonsteknikker til denne pasientgruppen. Vi har valgt å dra inn lovverket i forhold til tvang og samtykkekompetanse. Personer med frontallappdemens har en utfordrende atferd. Vi har valgt å primært ha fokus på *støtte*, *struktur* og *validering*, som er tre av de fem miljøvariablene som Gunderson (2008) beskriver. Dette er punkter vi kommer nærmere inn på.

2.0 METODE

Vi vil i dette kapittelet ta for oss valg og kritikk av metode, hvordan vi har samlet inn data til oppgaven, og i tillegg kritikk til kilder vi har tatt i bruk.

Vilhelm Aubert sier at metode er å benytte en strategi for å kunne få svar på problemene. Ut fra dette vil man kunne komme frem til ny kunnskap. Alt i denne kategorien går under begrepet metoder (Dalland, 2007). For å få en innføring om temaet ”tvang og demens” har vi valgt å bruke litteratur, forskningsartikler og erfaringer vi selv har gjort oss i ulike praksisperioder. Vi har undersøkt og gjort manuelle søk, og søk i databaser for å finne aktuell litteratur og forskning. Det har vi gjort for å kunne presisere den konkrete studien. Vi har valgt å bruke en kvalitativ tilnærming å jobbe på.

2.1 Litteraturstudiet som metode

Oppgaven er et litteraturstudie. Den bygger på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder. Som Dalland (2007) beskriver, er det naturlig å begynne litteratursøkingen med pensum i faget. Vi har gått igjennom pensumsbøkene og søkt i skolebiblioteket (BIBSYS) om temaet ”tvang og demens”. BIBSYS er i følge Dalland (2007) en felles bokkatalog som brukes av flere høyskoler og universiteter, og er høyskolens eget forskningsbibliotek. Vi undersøkte først og fremst bøker om demens, før vi tok en nærmere titt i bøkene som hadde stikkord som demens, tvang, holdningsplan, miljøterapi og kommunikasjonsmetoder. Vi har i praksis fått mye opplæring og undervisning om bruk av holdningsplan. Vi tok derfor kontakt med praksisplassen for å få en liste over konkret litteratur som vi kunne benytte oss av, i tillegg til å få mer informasjon om oppbyggingen av holdningsplanen som er relevant for vår problemstilling.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å være kritisk til de kildene man bruker i en oppgave. Formålet er å dele de synspunkter en måtte ha om litteraturen med leseren, i forbindelse med problemstillingen en skal svare på. Dalland (2007) sier at ut i fra å studere litteraturen en bruker, skal vi gjennom kildekritikk avgjøre om en kilde er troverdig. Originalartikler er forskningsartikler som presenteres for første gang. Oversiktsartikler gir en oppsummering av forskning innenfor et

felt, som i utgangspunktet allerede er presentert i vitenskapelig litteratur (ibid). Vi vil presentere funn av litteratur som vi synes er relevant, og belyse temaet fra ulike sider.

Når vi har søkt på litteratur har vi hatt litt problemer med å finne teori som går helt og holdent på holdningsplan. Det er fordi holdningsplaner er såpass nytt, at det ikke har kommet noen konkret litteratur på nåværende tidspunkt. En holdingsplan er sammensatt av mange forskjellige elementer som til sammen utgjør en helhetlig og individuell plan. Ved å ta utgangspunkt i oppbyggingen av denne planen får vi stikkord som kommunikasjon, miljøterapi, kartlegging, samhandling, samarbeid, svak paternalisme, det genuine øyeblikket, tilrettelegging rettet mot pasienter som har en demensdiagnose. De kvantitative metodene har som mål å gjøre om informasjon om til målbare enheter. Enhetene i sin tur gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, som å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Ordet kvalitativt benyttes for å få data som kan karakterisere et fenomen (Dalland, 2007). De kvalitative metodene har som formål å fange opp mening og opplevelse som verken lar seg tallfeste eller måle. Kvalitet viser til egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenet (ibid).

2.3 Anonymisering

I forhold til anonymisering har vi valgt å forhindre gjenkjenning av personer i pasientsituasjonene. Hendelsene er tatt ut i fra våre oppfatninger og erfaringer fra praksis.

3.0 HOVEDDEL

3.1 Demens

Demens er et ord som kommer av det latinske *de*(uten) og *mens*(sjel, sinn, forstand). Den direkte oversettelsen på norsk blir “uten sjel” eller “uten forstand” (Rokstad & Smebye, 2008). Begrepene kan ofte komme til uttrykk som negative utsagn, og gjennom en nedlatende holdning ovenfor den demente person. Utfordringen for helsepersonell ligger i å kartlegge svikten, og det omhandler å gi størst mulig grad av medbestemmelse for den demensrammede. Dermed må en planlegge gode omsorgstilbud, og forholde seg til de pårørendes ønske om samarbeid og tilrettelegging for å kunne tilby et best mulig tilbud til pasienten (Hummelvoll, 2004).

3.1.1 Kriterier for Demens

Kriterier ifølge ICD-10 for diagnosen demens er: svekket hukommelse, svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon) og svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd (Engedal & Haugen, 2008). Sykdommer som gir demenstilstander deles ofte inn i primær degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens. Det er en degenerativ hjernesykdom og utgjør ca. 60 prosent av alle demenstilfeller (Snoek & Engedal, 2006).

3.1.2 Forekomst, symptomer og utvikling av demens

Med stigende alder er forekomsten av demens betydelig etter 75 års alderen. Alderen mellom 65 og 74 år er forekomsten om lag 2-3 %, blant eldre mellom 70 og 74 år 4-5 %, blant eldre over 75 år ca. 15 %, og i gruppen 90 år og eldre mer enn 35 % (Helsedirektoratet, 2011).

Omtrent halvparten av alle demente i en tidlig fase av sykdomsutviklingen bor i eget hjem, mens den andre halvdel har en moderat til en alvorlig for kognitiv svikt, og er dermed avhengig av pleie, hjelp eller tilsyn i institusjon (Snoek & Engedal, 2006).

Det er flere faktorer som spiller inn for hvordan symptomer av demenssykdom utvikler seg, og utviklingen vil ofte være forskjellig fra menneske til menneske. Elementer som anatomisk skademønster, forskjellige mestringsstrategier og personlighet, stress i miljøet, somatisk og

psykiatrisk sykdom kan påvirke sykdomsbildet. Etter hvert som demenstilstanden progredierer, vil de forskjellige demenssykdommene utvikle seg mer og mer likt fordi hjerneskadene blir mer fremtredende (ibid).

3.1.3 Omsorg for den demente pasient

Demenspasienter har en sykdom som ikke kan kureres. Medikamenter kan til en viss grad bedre utagering eller uro, men har ingen helbredende effekt på selve sykdomsutviklingen (Rokstad & Smebye, 2008). Behandlingen bør derfor bestå av å legge forholdene til rette for den demente pasienten slik at omsorgsgiverne kan gi pasienten en god livskvalitet. På den måten kan pasienten være i stand til å fungere opp mot det nivået som hjerneskaden tillater (ibid). Tilstanden til pasienter med frontallappdemens vil sammen med progresjon fungere dårligere og dårligere i forhold til dagliglivets utfordringer og aktiviteter. Informasjon og støtte til de pårørende er derfor viktig. Opplæring om demens og hvordan man takler vanskelige situasjoner har vist seg å være meget hensiktsmessige for de pårørende (Snoek og Engedal, 2006).

3.2 Hva er frontallappdemens?

Når deler av pannelappen blir skadet, ser man det “frontale syndrom”, som er en degenerativ hjernesykdom. De mest kjente går under betegnelsene Picks sykdom og degenerative frontallappdemens, non-Alzheimer og non-Pick. Typiske symptomer ved FLD, er endringer i atferden. Pasienten mangler initiativ, handler impulspreget og primitivt, og er innsiktsløs og sosialt støtende (Snoek & Engedal, 2006). Det finnes ingen spesifikk behandling av FLD, men viktige tiltak som å gi informasjon om sykdommens natur og hjelpe familien til å strukturere en forutsigbar og meningsfull hverdag er av størst betydning for pasienten. Aktiviteter i hverdagen må i stor grad styres, og færrest mulig valg til pasienten må overlates til den syke. Prinsippet kalles “sosial korsetterning” og er et nyttig verktøy å bruke ved frontallappdemens (ibid).

4.0 LOVVERK

4.1 Bruk av tvang

Tvang er fravær av samtykke. Det kan være ulike grunner for at tvang blir praktisert, og om det er forsvarlig eller uforsvarlig. En pasient kan være tvangsinnlagt på et psykiatrisk sykehus hvis han er til fare for seg selv eller andre (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010). Pasienter rammet av demens motsetter seg ofte hjelp til for eksempel personlig hygiene. Selv om de har en kognitiv svikt, skal en ivareta deres autonomi som er retten til selvbestemmelse (Snoek & Engedal, 2006). Tvang blir i hovedsak brukt når det er mangel på tid og tilrettelegging i forbindelse med hjelp til personlig hygiene (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff (Red.) 2008). Det er et strengt lovverk for å benytte tvang (Snoek & Engedal, 2006), og per i dag er det ikke noe lovhjemmel i forhold til mennesker med demensdiagnose (Fjørtoft, 2006). Bondevik & Nygaard (2006) skriver at tvang av og til må brukes i omsorgstjenesten, selv om det skal være den aller siste utvei. Det er tre spørsmål som en skal stille seg før en utfører tvang, og det er om det gripes for lett til tvang ved stress, om vi (som helsepersonell) synes at det å gjennomføre dusj og hjelp til personlig hygiene er viktig nok, og om en har reflektert godt nok over alternative metoder for å komme til målet (Fjørtoft, 2006).

4.2 Pasientrettighetsloven kapittel 4A

Pasientrettighetsloven kapittel 4A trådte i kraft 1. januar 2009. Regelverket er således nytt der vilkår gir adgang for helsepersonell for å gi pasienter helsehjelp til tross for at pasienten motsetter seg helsehjelpen. Formålet med loven er å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter over 16 år uten samtykkekompetanse, som mottar helsehjelp. Bestemmelsene i loven er ment for å forebygge og hindre tvang i den grad at helsepersonell kontinuerlig skal være bevisst over sine handlinger med pasienten uten samtykkekompetanse. Hovedregelen i loven er at frivillige tiltak skal forsøkes før det gis helsehjelp med tvang (Pasientrettighetsloven, 2009). Samtykkekompetanse er pasientens rett til selv å ta en avgjørelse når det kommer til spørsmål om å ta imot helsehjelp (Helsedirektoratet, 2008). Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, mangler han en viktig forutsetning for å velge selv, eller for å gi et gyldig samtykke (ibid). I rundskrivet IS-12/2004 utgitt i forbindelse med det nye lovverket er det veiledere som vurderer samtykkekompetanse gjennom fire områder: evnen til å uttrykke et valg, evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen, evnen til å anerkjenne denne informasjon i sin egen situasjon, spesielt i forhold til ens egen lidelse og mulige

konsekvensene av behandlingsoalternativene og evnen til å resonnere og avveining av de ulike behandlingsoalternativene (Helsedirektoratet, 2008).

Helsepersonellet må være overbevist om at pasienten ikke har samtykkekompetanse for å yte helsehjelp mot pasientens vilje. Det betyr at pasienter uten samtykkekompetanse har mistet en viktig forutsetning til å få velge selv. Pasientens samtykkekompetanse er retten til å bestemme over sitt eget liv, og må derfor vurderes på en forsvarlig måte. Begrepet helsehjelp er beskrevet i handlinger som har en forebyggende, behandlende, helsebevarende og pleie- og omsorgsformål som er gjort av helsepersonell. I forhold til pasientens demenssykdom, må helsepersonell ha en faglig kompetanse (Johnsen & Smebye, 2008). Helsehjelp som har *pleie- og omsorgsformål*, har som formål å sikre et best mulig liv til tross av sykdom, alderdom eller funksjonssvikt. Personlig hygiene er et praktisk eksempel. Det å unnlate å gi pleie og omsorg kan føre til vesentlige helseskader. I tilfeller er det nødvendig med dusj for å forhindre blant annet alvorlige infeksjoner. Samtykkekompetanse er viktig å vurdere i forhold til den beslutningen som skal tas, og at pasientens forutsetninger for å samtykke optimaliseres (Pasientrettighetsloven 1999).

Samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil, demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter” (Pasientrettighetsloven § 4-3 andre ledd).

Formålet er å unngå unødvendig bruk av tvang. § 4A-3 andre ledd bokstav A, tilsier det at helsehjelpen må være *nødvendig*. Dette er for å unnlate alvorlige konsekvenser for pasienten, og helsepersonell har som ansvar for at tvangsvedtaket må være i stand til å veie de motstridende hensynene mot hverandre. Paragrafen skal føre til mindre bruk av tvang og at tvangsbruk som forekommer skal skje etter lovens normeringer. Tillitskapende tiltak § 4A-3 første ledd sier at tvang kan benyttes dersom det ikke er mulig å gjennomføre helsehjelp uten tvangsbruk. Departementets intensjon er å vektlegge at tvangen skal forebygges ved at helsehjelpen tilrettelegger ut ifra individuelle behov. Den enkelte persons menneskeverd skal ivaretas, og personens integritet skal respekteres. Pasienten skal trygges, og har som ledd å oppnå pasientens tillit. Det kan samtidig være god omsorg å fjerne pasientens fokus ved å benytte avledningsteknikker. Helsetilsynet i fylket skal se til at pasienten sikres en maksimal tilrettelegging for å unngå tvang best mulig (Helsedirektoratet, 2008).

4.3 Tillitskapende tiltak

I pasientrettighetsloven § 4A-3 av 2. juli 1999 står det beskrevet at det skal forsøkes med tillitskapende tiltak før det ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg. I rundskrivet skriver Helsedirektoratet (2008) at helsepersonell må prøve å legge best mulig til rette for pasienten slik at helsehjelpen bidrar til at han får en forståelse av at det er til hans eget beste å motta hjelp.

Tillitskapende tiltak er det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og den problematikken vedkommende sliter med (Smebye & Johnsen, 2008).

Ved å bruke faste rammer forsøker man å oppnå en allianse med pasienten, slik at man kan unngå å gi helsehjelp som kan føre til noen form for helseskade. Rundskrivet uttrykker krav til tillitskapende tillit der pasienten skal trygges og ivaretas. Samtidig å kunne gi god omsorg og skape gode relasjoner (Helsedirektoratet, 2008).

5.0 OMSORG OG TILLIT FOR DEN DEMENTE

Vi vil i dette kapittelet fokusere på Kari Martinsen. Hensikten er å bruke Karis omsorgsteori på grunn av hennes engasjement for den moralske, relasjonelle og den praktiske omsorg. Teorien hennes er mener vi derfor er relevant i forhold til vår oppgave.

5.1 Omsorgsteorien Kari Martinsen

Kari Martinsens ideer og tenkning har hatt stor innflytelse når det gjelder den sykepleiefaglige utviklingen både i Norge og Skandinavia (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Martinsen skriver om at mennesker må dele en dagligverden der de har noe felles. Denne dagligverden utgjør grunnlaget for den forståelsen menneske har for hverandre, og for omsorgen mellom mennesker. Det gjør at sykepleie er en form for yrkesmessig omsorgsarbeid (ibid). Omsorg er grunnleggende og er en generell tilnæringsmåte. Sykepleierens omsorg omfatter personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering. Sykepleie innebærer aktiv handling til beste for den andre i dagliglivets situasjoner (ibid). Kari Martinsens (Eide & Eide, 2010) syn på omsorg:

Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaring fra vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten har forholder seg til sin situasjon (s.33).

Omsorg er et mål i seg selv og ikke underordnet mål som helse og egenomsorg. Omsorg er betingelsesløst. Kari Martinsen mener at en hver omsorgsperson sitt konkrete mål kan være å gjøre det så godt som mulig for pasienten i en her-og-nå situasjonen og å opprettholde et visst funksjonsnivå og unngå forverring. På områder der det er mulig, kan målet også være å styrke pasientens selvhjulpenhet (Kristoffersen et al., 2005). Omsorg sammenligner Martinsen med menneskets svar på den andres avhengighet. I vår sammenheng er det snakk om å tenke helhetlig sykepleie, og det å kunne tilrettelegge forholdene best mulig for hver enkelt pasient. Ved å kunne kartlegge og utarbeide en holdningsplan, tar vi tak i å opprettholde ”den gode dagen” som også er målet med demensreformen som skal være ferdig utarbeidet i 2015 (Gjøra & Gausdal, 2011).

Martinsen har valgt å oppsummere de grunnleggende kvalitetene ved omsorg i tre punkter: fellesskap og solidaritet med andre, forståelse for andre, og at omsorgsgiver må ha en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon (Martinsen, 2003). Hun er en motstander av å bruke tvang ovenfor pasienter, men hun synes bruk av svak paternalisme i noen situasjoner kan være nødvendig, så lenge det er til det beste for pasienten. Hun trekker fram viktigheten av at sykepleieren må bruke sin faglige kompetanse for å veie for og imot bruken av svak paternalisme (Kristoffersen et al., 2005).

5.2 Tillitten

I omsorgen er tillitt viktig. Vi må kunne stole på at det den andre forteller er sant, og at de opplysningene er til å stole på. Dermed er tillitt en livsverdi (Hummelvoll, 2004). I følge Martinsens teori er tillitt og barmhjertighet naturlig til stede mellom mennesker inntil man på en eller annen måte blir skuffet eller såret av den andre. Tillitt er en grunnleggende verdi som er spontant til stede i forholdet mellom mennesker (Kristoffersen et al., 2005).

For en person med alvorlig demens kan virkeligheten oppleves både truende og kaotisk. Dette er fordi evnen til å forstå situasjonen er svekket. Virkeligheten for personen med demens er mer sårbar for hvordan han blir møtt, derfor er en bevisst tillitskapende og et vennlig ritual viktig (Fjørtoft, 2006).

Martinsen (Kristoffersen et al., 2005) skriver videre at et menneske som er pasient, ofte vil vise sykepleieren en spontan og umiddelbar tillit. Ved å bli godt mottatt er det lettere som sykepleier å opparbeide seg en tillitt til pasienten. Det kan gjøre det lettere for begge parter når det gjelder å ta imot, og gi riktig hjelp.

6.0 SYKEPLEIETILTAK

6.1 Kommunikasjon og samhandling med den frontallappdemens pasient

Kommunikasjon kommer fra det latinske *communicare* som betyr ”å gjøre noe felles” (Eide & Eide, 2010). Vi mennesker deler kommunikasjonsmåter inn i verbal og nonverbal språk. Verbal er språket vi bruker med ord, mens nonverbal er kroppsspråket, de signalene vi uttrykker (ibid).

Kommunikasjon er målrettet, og kan være tillitskapende under en vanskelig samtale. Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjon, til å bedre støtte, og ta gode beslutninger sammen. Dette samspillet gir grunnlag for en forståelse for å bli forstått sammen med andre mennesker. Kommunikasjon og samhandling er vesentlig for utarbeidelsen, mellom helsepersonell og i samhandling med pårørende og pasient. Som sykepleier må man i tillegg til å kommunisere bra også kunne veilede og observere den pasienten en kommuniserer med. På den måten får en kartlagt hvilke symboler som er passende å formidle, eller utføre for å understreke at man har oppfattet pasienten riktig. Denne rollen gjør at fokuset alltid er på pasienten, og på hans behov (Tveiten, 2001). Demens utfordrer kommunikasjonsprosessen gjennom den generelle kognitive og spesifikke språklige svikten som sykdommen fører til. Både evnen til å forstå og gjøre seg forstått blir påvirket i en demensprosess. Derfor vil vurdering av språkfunksjonen være sentral i all demensutredning (Rokstad & Smebye, 2008).

Mennesker er og blir sosiale individer. Alle ønsker vi å bli sett, hørt og forstått og dermed tyder det heller ingenting på at det blir mindre viktig i demensprosessen. Gjennom tolkning av både det verbale og det kroppslige budskap skaper partene seg et bilde av hva den andre sier og vil (ibid).

6.1.1 Nonverbal kommunikasjon

Vi kommuniserer på to måter, den ikke-verbale kommunikasjonen formidler vi gjennom kroppslige signaler som blick, stemme og kropp (Rokstad & Smebye, 2008). Langt ut i demensutviklingen vil kommunikasjonen gjennom kropp og sanser få økt betydning. Forekomsten av problematferd hos personer med demens stiger ved økende funksjonstap og problematferd, kan betraktes som kommunikasjon på det nivået de maktet (ibid).

6.1.2 Den språklige kommunikasjon

Den andre måten er den språklige kommunikasjonen. Vi mennesker er et symbolvesen og kommuniserer med ord. Med språket øker også vår mulighet til å uttrykke oss presist og variert (Rokstad & Smebye, 2008).

6.2 Kommunikasjonsprinsippene

Kommunikasjonen med den demente er ofte relatert til tre innfallsvinkler: Reminisens, realitetsorientering og validering. Disse begrepene går ofte inn under terapi da de tildels er systematisk utformet (Wogn-Henriksen, 2008).

6.2.1 Reminisens

Personer med demens har svekket hukommelse i forhold til dagligdagse gjøremål og aktiviteter. Reminisens er minnearbeid, og tar utgangspunkt i evnen til å hente frem meningsfulle og personlige minner og hendelser fra det tidligere liv. Personen kan enten i en individuell samtale eller i gruppe gjenfinne en følelse av identitet, en glede eller en tilhørighet. Forekomsten av depresjon øker også etter sykehjemsinnleggelse, og aktivt minnearbeid kan være god antidepressiv behandling. Denne metoden skal primært fokusere på positive minner. Man bruker musikk, bilder, lukt, smak og annen sansestimulering for å øke mental produksjon (Wogn-Henriksen, 2008). Metoden forutsetter at helsepersonellet må lytte, og ha en ikke-dømmende sensitivitet ovenfor personens forsøk på å kommunisere, for eksempel gjennom minnebøker og album (ibid).

6.2.2 Realitetsorientering

Orienteringssvikt og svekket korttidshukommelse er sentrale kjennetegn ved demens. Sannsynligheten kan dermed øke for at personen med demens ikke alltid er oppdatert med tanke på tid og situasjoner, og vil med tiden miste oversikten eller erstatte manglende oversikt med egne antakelser som kan være feil (Wogn-Henriksen, 2008). Gode tiltak som kan berikes i miljøet er navneskilt på rommet, godt lesbare klokker og kalendere. Personalet kan også være en bra støtte ved at de aktivt minner dem om tid, sted og navn, eller hva som skal skje

under for eksempel hjelp med personlig hygiene. Det er åpenbart en stor trygghet for mange med demens at personalet formidler en slags garanti for den kunnskapen de selv har vansker med å lagre og hente frem. Måten realitetsorienteringen formidles på, er trolig av stor betydning for metodens effekt og har til hensikt å forebygge forvirringsepisoder (ibid).

6.2.3 Validering

Validering er en bekreftelse og gyldiggjøring om hva som er pasientens fokus og opplevelse. Metoden ble første gang utviklet og beskrevet av Naomi Feil (Smebye & Rokstad, 2008). Det omhandler å akseptere og bekrefte de uttrykte følelsene, anerkjenner deres minner, tap og menneskelige behov hos den aldersdemente (Berge & Repål, 2010). Målet til sykepleieren er ikke å orientere de faktiske forholdene her og nå, men å fokusere på de følelsesmessige aspektene ved oppfatningen. Valideringsmetoden vektlegger personens følelser, og terapien gir noen retningslinjer for hvordan kommunikasjonen skal føres ut fra meningen og følelsen bak det som sies. Metoden kan i mange tilfeller åpne en nærhet og en forståelse (Wogn-Henriksen, 2008). Som sykepleier må en kunne sette seg inn i, og forstå pasientens tilstand for å kunne forstå pasientens behov for omsorg. Ved å kartlegge dette behovet, får en gitt den beste form for omsorg til hver enkelt pasient (Eide & Eide 2010).

6.2.4 Grensesetting

Personer med demens kan få vansker med å avveie egne impulser mot hensyn til andre mennesker. Dette kan for eksempel være tilfeller ved utagering. Personalet trenger derfor da å hjelpe pasienten med å tydeliggjøre grenser som vedkommende ikke er i stand til å erkjenne på grunn av sykdommen. Hovedhensikten er å skape kontroll og stoppe avvikende atferd. Grensesetting er viktig med tanke på å avlede pasienter med frontallappdemens (Wogn-Henriksen, 2008). Pasienter med FLD har lettere for å miste fokus, og de får store problemer når de har flere valgmuligheter i en situasjon. Dette kan føre til både ytre og indre kaos, og utfordrende atferd, fordi pasienten opplever misnøye (ibid). Atferd kan betraktes som kommunikasjon, da pasienten bevisst eller ubevisst bruker det nonverbale språket til å gi uttrykk for sin tilstand her og nå. For å forebygge eller forhindre utfordrende atferd av

pasienter med FLD, er det viktig å bruke faderlige prinsipp som er en befalende kommunikasjonsmetode (ibid).

6.3 Holdningsplan og Miljøterapi

6.3.1. Holdningsplan

Holdningsplan er kort forklart metoden om å være forberedt. I dette tilfellet betyr det å være på forkant av en utførelse, og forutse handlinger. Dette er et arbeidsverktøy som fungerer spesielt bra til pasienter rammet av frontallappdemens. Planen beskriver hvordan sykepleieren skal veilede en pasient i alt fra personlig hygiene, til veiledning under måltider. Det er en plan som gjennom en problemløsning blir utprøvd, revidert, observert og planlagt av personell, leger, ergoterapeuter og pårørende.

Det er høyt innhold av samhandling mellom pasient og helsepersonell, og sensoren i denne utarbeidelsen er pasienten selv. Det er han som viser nonverbalt eller verbalt om han er trygg og ivaretatt, eller ikke (Rokstad & Smebye, 2008).

Hummelvoll (2004) skriver at pasienter med frontallappdemens trenger en annen kommunikasjonsform fra helsepersonell enn ved andre typer demens. Helsepersonell skal ”starte og stoppe personen” ved å igangsette, korrigere eller avbryte en handling som pasienten utfører (ibid). Ved å bruke faderlige prinsipp kan pasienten få en klarere struktur i hverdagen ved at vi sykepleiere setter klare grenser for atferd og gir klare beskjeder. På denne måten unngår man å gi mange signaler som gjør det mer forvirrende for pasienten. Ved å bruke kommunikasjonsmetoder som faderlige prinsipp, unngår pasienten å ta egne avgjørelser. Det kan høres brutalt ut, men pasienter med FLD har ikke evnen til å foreta valg. Det kan føre til at personen bli både urolig og aggressiv hvis det blir for kaotisk for han (Strand, 2000). Holdningsplan og miljøterapi er to sentrale begreper for pasienter med demens. Miljøterapi tar sikte på å bruke dagligdagse eller planlagte aktiviteter for å inkludere pasienten i hverdagen ved å la han opprettholde og bevare sin funksjonsevne. Dette kan bevare selvfølelse og mestring (Rokstad & Smebye, 2008). Skjerming er en del av miljøterapien og brukes for å redusere inntrykk. Det kan bidra til å redusere det indre kaos hos pasienten (Wogn- Henriksen, 2008).

Kommunikasjonsteknikker, miljøterapi og Gundersons 5 variabler er primært grunnsteinene i oppbygningen av holdningsplanen (Rokstad & Smebye, 2008). Struktur er viktig stikkord for en FLD-rammet pasient som er bevisste og planlagte ytringer og handlinger i miljøet som skaper forutsigbarhet (Wogn-Henriksen, 2008).

Holdningsplanen tar for seg Gundersons fem grunnleggende miljøterapeutiske prinsipper som er beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (Gunderson, 2008). Disse fem prinsippene beskriver en utvikling av stadig mer utfordrende handlinger som møter pasienten der han er i sin sykdomsprosess (vi viser til vedlegg nr. 1). Når pasienten er utrygg viser sykepleieren beskyttelse støtte og struktur for at han skal opprette følelsen av å være trygg og ivaretatt. Når pasienten føler seg bedre, kan sykepleieren dra nytte av dette ved å sette større fokus på engasjerende og validerende prosesser (ibid). Holdningsplanen tar for seg gode definisjoner på hva personellet gjør, og hvorfor. Selv om det er pasienten som blir sensoren for om holdningsplanen fungerer er det helsepersonellet som evaluerer pasienten ut fra nonverbal og verbal kommunikasjon (Munch, 2008).

6.3.2. Miljøterapi

Psykologen Gerdt Henrik Vedeler (Hummelvoll, 2004) sier at miljøterapi er en orientering hvor en bruker dagligdagse episoder og planlagt program, på en terapeutisk måte. Ved å inkludere og involvere pasienter i avdelingens daglige gjøremål som matlaging, rengjøring, vanne planter og lignende får pasientene større selvinnsikt og mestringsfølelse (Hummelvoll, 2004). Miljøterapien kan være i grupper eller individuelt for hver enkelt pasient (Snoek & Engedal, 2006). Ved å sette grenser og ha fokus på å gi pasienten en mestringsfølelse i tillegg til struktur og tilretteleggen, får han en bedre forutsetning til å mestre sin livssituasjon (ibid). Både pasienter og personale setter sitt preg på miljøet. Ved å tilpasse dagligdagse aktiviteter etter pasientenes ressurser, samarbeider pasient og personale og skaper et avhengighetsforhold til hverandre (Hummelvoll, 2004). Det fysiske arealet på miljøet bør være begrenset og lett oversiktlig. I tillegg til at det må være tydelig skilting på hva som befinner seg bak hver dør (Strand, 2000). Miljøterapi tar sikte på de *jeg*-støttende prinsippene som blant annet er regelmessighet, grensesetting, skjerming, realitetsorientering, praktiske gjøremål og fysisk aktivitet (Herheim & Langholm, 2006).

Miljøterapi i forbindelse med pasienter som har FLD, gir en annen behandleratferd enn ved andre demenstilstander. Faste rutiner og reduserte valgmuligheter er sentrale begreper, i

tillegg til forenklet, tydelig og langsom kommunikasjon både nonverbalt og verbalt (Rokstad & Smebye, 2008). Pasientens restressurser og spesielle hensyn må man kartlegge før en kan begynne med miljøterapi. Primært går miljøterapien ut på å avlede og forhindre vanskelige situasjoner. Ved å legge til rette og oppmuntre til atferd som gir mestringsfølelse, forebygges og hindres problematferd. For å få til dette må personalet være samstemte. Det må være en sosial korsetting mellom ansatte som betyr strukturering og planlegging som er tilrettelagt hver enkelt pasient. Dag og ukeplan (vi viser til vedlegg 2 og 3) er viktige redskaper for at en pasient med FLD skal få oversikt og struktur i hverdagen. Disse planene bør gjennomgås mellom pasient og primærkontakt hver dag for å skape forutsigbarhet (Hummelvoll, 2004). Målet er å skape glede og trivsel som tilpasses pasientens forutsetninger (Rokstad & Smebye, 2008).

7.0 DRØFTING

En holdningsplan er bygd opp av flere elementer. Grunnprinsippene som vi har valgt å prioritere er *støtte*, *struktur* og *validering*, som er tre av de fem miljøvariablene fra Gunderson (2008). Det er noe vi vil se nærmere på i drøftingsdelen vår.

7.1 Kommunikasjon med FLD pasient

Støttende kommunikasjon er en metode som ivaretar pasientens ressurser. Her inngår avledning, nonverbal kommunikasjon og faderlige prinsipper som hovedpunkter (Eide & Eide, 2010). For at en god kommunikasjon skal finne sted er det viktig å ha et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient. God kommunikasjon skaper en god relasjon slik at man skaper tillitt og trygghet så langt det er mulig for pasienten (ibid). Kommunikasjon med pasienter med frontallappdemens er ofte den mest ressurskrevende pasienten å forholde seg til. Ikke fordi at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient nødvendigvis trenger å være utfordrende, men fordi det går imot alle prinsipper som sykepleiere har lært når det gjelder omsorg (Wogn-Henriksen, 2008). Det støttes også av Hummelvoll (2004) som påpeker at pasienter med FLD er en utfordring for sykepleiere ettersom personalet er trent til å være trøstende og støttende. Kari Martinsen (2003) har i et av sine tre punkter om omsorg lagt vekt på det med forståelse for andre. Hun har i sin filosofi understreket at omsorg gis av hjelper, på grunnlag av en innlevelse i pasientens situasjon, som vil si på pasientens premisser. Martinsen trekker fram at det ligger en autorisert makt i hjelperollen. Det å kunne lytte og høre hva den andre har å meddele kan fremme samhandlingen mellom pasient og sykepleier (ibid). Vi har funnet forskning som bekrefter at kommunikasjon er en formidling. Det betyr et grunnlag i all samhandling med andre mennesker (Haberstroh, Neumeyer, Krause, Franzmann & Pantel, 2011, egen oversettelse).

I følge Rokstad & Smebye (2008) har personer med frontallappdemens disposisjon for en forandret atferd. Den frontallappdemente blir mer opptatt av seg selv og utvikler en påfallende atferdsendring. Det kan være bortfallende hemninger, motorisk språkutfall og tilbaketrekning. Brå endringer hos eldre mennesker kan tyde på frontallappskade (ibid).

Vi viser til forskningen som hevder at støttende pleie som tålmodighet, tydelig og konkret kommunikasjon kan føre til at problematferden til mottakeren blir redusert (Haberstroh et al., 2011, egen oversettelse). Vi har sett hvordan atferden, hukommelsen og personens språkevne har blitt redusert og hvordan pasienten uttrykker seg på er endret. Av egne erfaringer i praksis

mener vi at sykepleierens evne til å kommunisere er et viktig verktøy for å skape en god relasjon til personer med demens. Ut fra våre tanker kan dette gjøre at pasienten blir utrygg og forvirret som kan vises gjennom atferden. Det har vist seg at personer med demens er en stor utfordring både for familien og pasienten selv. Det er viktig å få en forståelse for sykdommens konsekvenser og hvilke krav den vil stille til deres mestringsevne (Kirkevold et al., 2008). Mennesker som opplever en kronisk sykdom som aldersdemens, kan over tid sammen med familie tilpasse seg situasjonen med endret egenomsorgsevne og funksjon (ibid). Helsevesenet kommer gradvis mer inn i bildet da familiens omsorgskapasitet ikke lenger strekker til (Rokstad & Smebye, 2008). I funnet av forskningen tar studiet for seg fokuset på kommunikasjonstrening for pårørende i demensomsorgen. En utdypet kompetanse kreves for å forbedre kommunikasjonen med den demente. Det bedrer samhandlingen mellom sykepleier og pasient (Haberstroh, et al., 2011). Vi har gjort egne erfaringer rundt den demente pasientens livssituasjon og hvordan sykdommen påvirker personens liv. Mennesket bak sykdommen har gått fra å være et selvstendig menneske til å bli hjelpetrengende.

Vi sykepleiere er med på å tilrettelegge for et godt liv for den demente person. Det er her viktigheten med en holdningsplan kommer inn. Gundersons 5 variabler er fem prinsipper som holdningsplanen er bygd opp av. Dette er beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Disse variablene er for å ivareta pasienten best mulig slik at han skal føle seg trygg og ivaretatt (Rokstad & Smebye, 2008). Det er viktig å tilrettelegge for pasienten og alltid være forberedt, slik at man ligger i forkant av personlig hygiene og dagens aktiviteter. Vi viser til vedlegg nr 1, Holdningsplan. Det er helsepersonellens oppgave å følge det som står i denne holdningsplanen. Primært er den basert på hvordan en skal kommunisere, og veilede pasienten i ulike situasjoner. Sykepleieren følger den strukturerte holdningsplanen, slik at hun tilrettelegger alt som er nødvendig til utførelse av alt fra personlig hygiene til de ulike aktivitetene. Er man i forkant vil man kunne slippe å gå ut og inn av pasientens rom for å ordne eller hente rekvisita som en mangler. Pasienter med frontallappdemens kan ofte bli urolig og forstyrret i situasjoner hvor tilretteleggingen ikke er tilstede (Engedal & Haugen, 2008). Holdningsplan utarbeides i samarbeid med flere instanser på avdelingen. Sammen jobber man mot en tverrfaglig konklusjon med pasient og pårørende. Behandlingen inkluderer ofte de pårørende og de blir derfor en viktig ressurs i forhold til kartleggingen. Vi har funnet forskning som bekrefter at et arbeidsverktøy, som en holdningsplan, kan påvirke pleiekulturen mot å bli mer rasjonell. Gjennom et tverrfaglig arbeid får man en bedre og mer systematisk tilnærming for den demensrammede, de pårørende og helsepersonell (Jøranson & Hauge,

2011). I praksis jobbet vi ut ifra den individuelle holdningsplan for den enkelte pasient. Hensikten er å la personen, på best mest mulig måte, kunne utvikle seg og opprettholde funksjonsevnen. Dette er for å bevare selvfølelsen og for å styrke mestringsfølelsen. Vi har erfart at jo mer informert og inneforstått pårørende og pasienten er i sin sykdom, desto bedre utgangspunkt har vi som helsepersonell gjennom oppfølgingen av sykdomsforløpet. I følge Wogn-Henriksen (2008) støtter hun bruk av en pleieplan. På denne måten vil helsepersonell behandle pasientene likt og man vil tilrettelegge ulike gjøremål på samme vis. Det fører til en forutsigbarhet og en trygghet for pasienten. I følge Strand (2000) er det pasienten som uttrykker om vi har lyktes eller ikke med utarbeidelsen av holdningsplanen. Uttrykker pasienten velvære og trygghet har vi som helsepersonell lyktes med utarbeidelsen. Hvis ikke må den utarbeides på nytt.

Holdningsplanen ble et godt verktøy for oss i vår praksisperiode. Vår kjennskap til holdningsplanen førte til at vi oppnådde gode resultater sammen med FLD-pasienten. For at helsepersonell skal være samstemt må en utføre handlinger og rutiner likedan fra gang til gang. På denne måten får vi sammen en bedre kontinuitet i følge Strand (2000). Rutinepregede aktiviteter er viktig fordi pasienter med frontallappdemens lett kan bli forstyrret på grunn av at de har problemer med delt oppmerksomhet (Rokstad & Smebye, 2008). Ved å ta avgjørelser for pasienten unngår man å utsette pasienten for valg. Dette er på grunn av at FLD-pasienten mangler evnen til å ta egne avgjørelser. Det er derfor viktig å ta seg god tid og tilpasse gode rammer rundt den demente, og unngå for mye stimuli rundt pasienten. I følge Wogn-Henriksen (2008) er det en avgjørende betydning å snakke tydelig og ikke for fort for å unngå misforståelser og feiltolkninger ovenfor personen.

Vi mennesker kommuniserer hele tiden, uten at vi egentlig er klar over det (Eide & Eide, 2010). Vi kan tolke hverandres holdninger og personlighet ut ifra signalene vi sender ut (ibid). De faderlige prinsipper er en kommunikasjonsmetode som brukes i holdningsplanen. I følge Rokstad & Smebye (2008) er de faderlige prinsipper en grensesettende strukturert kommunikasjonsmetode som FLD-pasienter lettest har forståelse av. Det er strenge kommandoer som brukes for å få pasienter med en FLD-sykdom til å utføre handlinger, som for eksempel å utføre en dusj. I følge Hummelvoll (2004) brukes disse kommandoene for å kunne starte og stoppe pasienten i å utføre en handling.

I praksis har vi sett helsepersonell gjennomføre en dusj sammen med en pasient som er rammet av demens. Pasienten hadde i lang tid motsatt seg dusj. Han ble ofte aggressiv da de

forsøkte å hjelpe han. Det ble ingen hyggelig situasjon, verken for helsepersonellet eller for pasienten. Av denne erfaringen har vi reflektert over hva som kunne ha blitt gjort annerledes.

Utover i studieløpet har vi fått en bedre forståelse av holdningsplanen og hvordan den brukes. Vi så viktigheten med hvordan holdningsplanen ble brukt som et nyttig arbeidsverktøy og hvor viktig det er med gode fagkunnskaper. Vi har funnet forskning som bekrefter at den ansatte ønsker mer omfattende arbeidsopplæring. Hensikten er å forberede observasjonene til hvordan den demensrammede opplever ulike relasjoner, situasjoner, og deltakelser under aktiviteter på en institusjon (Jøranson & Hauge, 2011). I arbeidet sammen med pasienten brukte vi instruksene fra holdningsplanen ved å bruke de faderlige prinsipp. Kommandoord som ”Kom hit!” og ”Gå i dusjen!”, gjør at pasienter med FLD-diagnose starter eller stopper en utførelse. Det finnes flere typer kommunikasjonsmetoder som man kan benytte med den demensrammede (Wogn- Henriksen, 2008). Reminisens, validering og realitetsorientering er de mest kjente. Reminisens er en metode hvor man forsøker å hente frem minner fra fortiden (ibid). Ved å reminisere sammen med pasienten kan den demente gjenfinne en følelse av identitet og tilhørighet. Det kan føre til en positivt innvirkning på personens selvfølelse. Validering er en bekreftende og anerkjennende kommunikasjon. Den vektlegger personens følelsesmessige aspekter og emosjonelle verden (ibid). Metoden realitetsorientering er et sentralt kjennetegn ved demens. For å være til god hjelp er det på mange måter støttende for den demente å bli minnet på navn, sted og tid (ibid). Vi har funnet forskning som bekrefter bevisstheten rundt de ulike kommunikasjonsteknikkene, som er viktig i forhold til pasienter med demens (Haberstroh et al., 2011, egen oversetting).

I praksis har vi sett nyttheten av å ha en minnegruppe. I avdelingen på praksisstedet hadde personalet reminisensgruppe en gang i uken for pasienten. Vi så på dette som nyttig og positivt ettersom det hjalp pasienten å gjenoppfriske minner fra tidligere hendelser. Som vi har nevnt tidligere så fører frontallappdemens til en endring i personlighet, kognitiv svikt og uhemmet atferd. Pasienten mangler innsikt av egen atferd og livssituasjon og får derfor problemer med å fungere sosialt. Vi har opplevd møte med den demente der han var preget av utagerende atferd, sinne og nektet å motta helsehjelp. Martinsen påpeker at med fagkunnskap vil omtanken for pasientene bli til sentimental omsorg. Fagkunnskap bør derfor være høyt prioritert hos sykepleiere, i tillegg til viljen og lyst til å hjelpe (Aadland, 2004).

Vi har ut ifra teorien forstått at atferd er en måte å uttrykke seg på. Atferd i forbindelse med demenssykdom er individuell (Wogn-Henriksen, 2008). Bergland & Kirkevold (2011) har i

sin forskning fokusert på sammenhengen mellom atferd, personens kompetanse og krav fra omgivelsene. Samspeillet er optimalt for personen når kravene fra omgivelsene er tilpasset personens sykdomsforløp. Ved å tilpasse omgivelsene best mulig for pasienten skapes det en bedre hverdag. Kartlegging og et tverrfaglig samarbeid er derfor viktig for hver enkelt pasient (Hummelvoll, 2004). Gjennom egne observasjoner under et måltid har vi opplevd at en pasient med kognitiv svikt ikke har vært i stand til å uttrykke seg. Han reagerte med utagering som roping og skriking. I den grad var det nødvendig for personalet å skjerme pasienten for å roe ned atferden. Sykepleieren ga pasienten beroligende medikament i håp om at han skulle roe seg ned. Når medikamentet begynte å virke, fortsatte måltidet på skjermet rom. I slike situasjoner er det viktig å avlede og redusere stimuli rundt pasienten. I følge Rokstad & Smebye (2008) kan man benytte grensesettende kommunikasjon som kan hjelpe pasienten til å fungere bedre psykisk, slik at han kan føle seg trygg og ivaretatt. Vi som sykepleiere kan da hjelpe pasienten til å tydeliggjøre grenser som pasienten ikke er i stand til å erkjenne på grunn av sin sykdom. Dette er relevant for pasienter med FLD som handler impulsivt, og ikke tar hensyn til andre mennesker. Wogn-Henriksen (2008) belyser viktigheten for samhandlingen mellom pasient og sykepleier ved at vi hele tiden bevisst bruker kommunikasjon gjennom stemmebruk og kroppsspråk.

7.2 Tillitsforhold, kan det få betydninger i tvangssituasjon?

Tillitt er essensen i forholdet mellom sykepleier og pasient (Munch, 2008). Et tillitsforhold er viktig for å forhindre bruk av tvang. En person med demens kan i virkeligheten oppleves både truende og kaotisk, fordi forståelseevnen er svekket. For å lykkes i samhandlingen er det viktig å skape en tilnærming sammen med personen. Det er nødvendig at vi som sykepleiere ser til pasienten med jevne mellomrom og samtidig snakker med han om hverdagslige ting (ibid). For å oppnå tilliten til pasienten er det en forutsetning å vise han at sykepleieren er til å stole på. I følge Kari Martinsens omsorgsfilosofi trekker hun frem at fagkunnskap og tillitt er avgjørende i samarbeidet med pasienten. Dersom man verken skulle ha nok fagkunnskap eller klare å skape tillitt til pasienten, kan situasjoner som i utgangspunktet var frivillig gå over til tvang (Kristoffersen et al, 2005). For at vi skal kunne tilrettelegge god sykepleie og forhindre bruk av tvang ovenfor den dementrammede må vi ha nok kunnskap om lovverk.

Vi tar for oss *struktur* i holdningsplanen fra Gundersons 5 variabler, som innebærer planlagte holdninger. Dette skaper en forutsigbarhet som igjen gir en trygghet for pasienten. I følge

Wogn-Henriksen (2008) kan kommunikasjonen lett blir uklar, og det kan lett øke risikoen for misforståelse mellom pasient og sykepleier. Bergland & Kirkevold (2011) påpeker viktigheten med å tilrettelegge for god omsorg for personer med demens. Trygghet og sikkerhet skaper et bedre funksjonsnivå i dagliglivet, og bidrar til økt trivsel og velvære. Vi opplevde i praksis at det var påbudt å låse dørene i avdelingen. Vi synes dette i realiteten var brudd på frihetsberøvelsen. Avdelingens begrunnelse var at dette var et tiltak for å hindre pasienten i å gå ut og forville seg bort, og i verste fall påføre seg selv skade. Pasienten hadde bevegelsesfrihet, men da i tilrettelagte og trygge omgivelser. Det kunne for eksempel være å gå ut på verandaen, eller går turer ute på området.

Vi mener at sykepleieren har et stort ansvar når det gjelder å vite hvordan man går frem i enkelte situasjoner. Det å bruke tvang kan defineres som et tiltak da pasienten uttrykkelig motsetter, eller underlegger seg uten at et gyldig samtykke er innhentet. Tiltak som pasienten motsetter seg kan ikke gjennomføres etter nåværende lovutkast (Eide & Eide, 2010). Det er spesielt en utfordring når pasienten lider av demens, og ikke er i stand til å forstå sitt eget beste (ibid). Ut ifra Martinsens teori (2005) sier hun noe om ansvaret for de svake. Dette retter vi mot pasienter med demens. På grunn av den kognitive svikten hos den FLD-rammede fører det til at han ikke har innsikt i sin egen situasjon. På grunn av manglende innsikt kan pasienten motsette seg helsehjelp. Ved hjelp av en holdningsplan kan vi fremme samarbeidet gjennom kommunikasjonsferdigheter. Det er med på å skape et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient.

Vi har erfart i praksis at en kvinnelig pasient motsatte seg hjelp til å bevare sin personlige hygiene. Pasienten fikk stadig tilbakevendende urinveisinfeksjon og det ble derfor tatt diskutert om det var viktig å utføre dusj, uansett om hun ville eller ikke. Situasjonen vippet over fra frivillighet til tvang. I et tilfelle under hjelp med personlig hygiene opplevde vi at pasienten tydelig viste at nedentilvask var uønsket. Til tross for dette utførte pleieren vask nedentil ved å holde pasientens ben fra hverandre. Dette ble utført ved bruk av tvang. Ifølge Martinsen (2005) blir pasientens medbestemmelse og autonomi fratatt i denne hendelsen.

Det å bruke tvang skal ikke være en enkel og rask løsning i en situasjon, men som en siste utvei hvis alle midler er forsøkt. I pasientrettighetsloven kapittel 4A (1999) oppgis det at all helsehjelp er frivillig, men at det bare kan gis med pasientens samtykke. Det betyr at en person kan helt eller delvis miste sin samtykkekompetanse (ibid). Samtykkekompetanse er

noe alle mennesker i utgangspunktet har. Det betyr at man er i stand til å ta egne avgjørelser på grunnlag av den psykiske og den fysiske tilstand. Wogn-Henriksen (2008) påpeker at hvis samtykket skal være juridisk gyldig må pasienten informeres om sin helsetilstand, og opplyses om den helsehjelpen vi tenker å yte. Ofte kan dette være et problem for den demente. Det ligger derfor store faglige utfordringer for helsepersonell i å formidle informasjon til personer med demens på en forståelig måte. Vi kan i forhold til dette si at pasienter med FLD i mange tilfeller ikke kan ta imot informasjon på grunn av sin kognitive svikt som går på evnen til å forstå og tenke. Det skal derfor alltid vært forsøk frivillige løsninger gjennom tillitskapende tiltak før man vurderer tvang (Pasientrettighetsloven, 1999). Ut ifra vår forståelse kan det oppstå situasjoner da pasienter med svekket innsikt må kunne samtykke til helsehjelp. Pasientens samtykkekompetanse kan være en utfordring for helsepersonell når personen er rammet av demens. I følge Bondevik & Nygaard (2006) kan pårørende være en viktig ressurs. Det er de pårørende som kjenner den syke best og sitter med verdifulle opplysninger om personen. Sykepleier må kunne forstå og sette seg inn i pasientens tilstand og situasjon, og behovet for omsorg. Pårørende inkluderes (Eide & Eide, 2006) slik at man sammen kan kartlegge og tilpasse til det beste for den demente person. I følge Kari Martinsen (2005) er hun motstander av å bruke tvang ovenfor pasienter, men synes bruk av svak paternalisme i noen situasjoner kan være nødvendig. Så lenge det vil være for det beste for pasienten. Hun trekker også fram viktigheten av at sykepleieren må bruke sin faglige kompetanse til å unngå bruk av makt ved å tilrettelegge, noe vi ser oss enige i. Gjennom å bruke svak paternalisme kan vi få til en samhandling med pasienten, slik at han samtykker til helsehjelpen. Samtidig mener vi at vi må være bevisst på hvordan vi møter pasienten gjennom snakking, væremåte og kroppsspråk. Hadde pleieren vært mer bevisst på pasientens sykdom, hatt bedre fagkunnskaper og benyttet seg av det genuine øyeblikket, kunne situasjonen blitt håndtert på en mer forsvarlig måte. På en annen side forstår vi viktigheten med å ivareta den personlige hygien for å forebygge en ny urinveisinfeksjon. I følge Wogn-Henriksen (2008) mener hun at det er viktig å legge til rette for en god situasjon på bakgrunn av tålmodighet, god timing og øyeblikkets kunst som kan åpne for et godt samspill. Vi har funnet forskning som bekrefter at pasienter med demens er sårbare. Deres hjelpløshet forsterkes av at de har problemer med å huske, og uttrykke egne behov og ønsker. Det kan føre til verbal og fysisk motstand og aggresjon i situasjoner der pleiepersonell skal hjelpe til med daglig pleie og omsorg (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Vi ser at samarbeidet er viktig for å oppnå et godt samspill sammen med pasienten, og mener det er nødvendig å lytte og prøve å forstå

pasientens situasjon. Et godt samspill er viktig for å unngå bruken av tvang og for at pasienten ikke skal føle seg krenket.

7.3 Gode sykepleietiltak

Kari Martinsen (2005) ser på omsorg som en praktisk handling der gode sykepleieholdninger må læres. Det gjør ikke sykepleieren gjennom vitenskap, men gjennom eksempel læring i praksis. I følge Snoek & Engedal (2006) har pasienter med FLD ingen forståelse for hvordan han virker inn på sine omgivelser. I praksis har vi sett endring av atferd hos FLD pasient. Atferden er uhemmet, ukritisk og nesten vemmelig. Atferden til pasienten kan føre til store problemer med å skulle fungere sosialt (Wogn-Henriksen, 2008). Vi mener derfor at miljøbehandling er viktig for å skape bedre forutsetninger sammen med pasienten. Ved å bruke validering (gyldiggjøring) fra Gundersons 5 miljøvariabler i holdningsplanen, vil vi sette pasienten i fokus, og ivareta han som et unikt individ.

Sosial korsetting er en metode for å lage stramme rammer omkring pasienten. Det betyr rutinepregede og faste aktiviteter. Sykepleieren skal ta valg for pasienten, setter grenser og forteller hva som er tillat (Rokstad & Smebye, 2008). Forutsigbarhet gir mer trygghet. Bevisst og systematisk bruk av miljø på en sengepost, der miljøet består av pasienter og personale med fysiske rammer rundt personen har vist seg å være effektivt. Vi har funnet forskning som bekrefter at miljøbehandling benyttes i økende grad i demensomsorgen. Hensikten er å undersøke hva vi vet om hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene som har betydning for funksjon, trivsel og velvære hos demenstrammede (Bergland & Kirkevold, 2011).

I følge Rokstad & Smebye (2008) er målet med miljøbehandlingen først og fremst å sette den enkelte i stand til å bruke sine egne ressurser, øke trivselen og påvirke atferdsmessige endringer i sykdommens forløp. Med det menes å bidra til å opprettholde selvstendigheten til pasienten så lenge som mulig (ibid). Personer med demens har problemer med å tilpasse seg miljøet rundt seg på grunn av demenssykdommen (ibid). Som sykepleiestudenter har vi sett viktigheten med tilrettelagt miljøbehandling. Gode sykepleietiltak er å tilrettelegge pasientens omgivelser slik at han lettere kan forholde seg til sin livssituasjon. Martinsen (2005) hevder at god sykepleie er å opprettholde et visst funksjonsnivå eller å unngå forverring av tilstanden til pasienten. I følge Rokstad & Smebye (2008) er det en fordel å forsøke å forstå pasienten fra hans eller hennes perspektiv og møte hver enkelt på det nivået de er i stedet for å korrigere.

Utfordringen er derfor å prøve å forstå hva som ligger bak pasientens uttrykk, og imøtekomme det behovet som ligger der.

Den individuelle holdningsplan kan være med på å forsterke oppfølgingen og behandlingen av pasienten. Vi har erfart at musikk og naturelementer som fuglesang og bilder i korridor og oppholdsrom har en betydning for progresjonen i den kognitive svikten hos den demente. Vi har funnet forskning som påpeker at personlig preg som klær, servise, private møbler og planter på en institusjon bidrar til økt trivsel og velvære (Bergland & Kirkevold (2011)). Gjenkjennelige gjenstander som det knyttes minner til skaper trygghet hos pasienten. Tydelig informasjon som skilting, av for eksempel skilt til WC og pasientens rom på institusjonen, store klokker og kalendere, gjør det lettere for pasienten å orientere seg.

8.0 KONKLUSJON

Som en gylden regel skal vi som sykepleiere tilstrebe å skape en mestringsopplevelse for pasienten. Mestring gir gode følelser, mens nederlag skaper frustrasjoner og irritasjon og resultatet kan istedenfor føre til utagering.

Samarbeid innad i personalgruppen og mellom personalet og pårørende er nødvendig og viktig. Pasienter med FLD kan være en utfordring å forholde seg til, noe vi har opplevd i praksis. Derfor kreves kunnskap, forståelse og innsikt i pasientens situasjon for å kunne opptre hensiktsmessig i hvert enkelte tilfelle. Kontinuerlig påfyll av kunnskap og systematisk veiledning av personalet kan styrke avdelingens mestring i arbeidet sammen med den demente pasient. Vi har sett at kommunikasjon er et godt verktøy for å få til dette. Kunnskap om å bruke kommunikasjonsprinsippene, og om hvordan man kommuniserer sammen med den FLD-rammede, kan skape den gode relasjonen slik at man forebygger en konflikt i en samhandling. Omsorg for den demente er en avgjørende faktor for å utøve god sykepleie. Det å benytte miljøbehandling kan legge til rette for situasjoner for å oppnå et godt samarbeid med pasienten. Vi som sykepleiere kan ved bruk av enkle redskaper tilrettelegge pleiesituasjoner slik at pasienten lettere kan kjenne seg igjen og oppleve trygghet som kan være med på å redusere vanskelig atferd. Det kan være med på å forebygge bruk av tvang, som skal være siste utvei når alle andre midler er forsøkt.

9.0 LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg...: Vitenskapsteori i helse og sosialfag* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- *Berge, T., Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Bergland, Å., Kirkevold, M. (2011). Which factors in the physical environment promote or hinder function, thriving and well-being among persons with dementia? *Sykepleien Forskning*, 6(1):14-25 DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0045
- *Bondevik, M., Nygaard, H.A.(Red).(2006). *Tverrfaglig geriatri: En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg . Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Engedal & Haugen, (2008, s.14 og 33). Demens: Fakta og utfordringer. I A.M.M.Rokstad & K.L.Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS
- *Fjørtoft, A-K.(2006). *Hjemmesykepleien: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget
- *Gjøra, L., Gausdal,M. (2011). *Ny kunnskap, bedre omsorg: Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten. Demensplan 2015*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget
- *Gunderson, J. (1979), Defining the therapeutic processes in psychiatric milieu. *Psyhiatry*. I A.M.M.Rokstad & K.L.Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*.(s.152-177) Oslo: Akribe AS
- *Haberstroh, J., Neumeyer, K., Krause, K., Franzmann, J., Pantel, J. (2011).TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*. DOI: 10.1080/13607863.2010.536135
- *Hem, M.H., Gjerberg, E., Pedersen, R., Førde, R. (2010). Recently, treatment and care to patients with dementia who resist help has been regulated by law. The use of coercion in care work is challenging. *Sykepleien Forskning*, 5(4):294-301 DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0007
- *Herheim, Å., Langholm,K., (2006). *Psykisk helsearbeid -teorier og arbeidsmåter*. Oslo: Damm & SØN AS

- *Hummelvoll, J.K. (6.utg.2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Johnsen, L., Smebye, K.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I: *Personer med demens*. Rokstad, A.M.M., Smebye, K.L.(red.). Oslo: Akribe
- *Jøranson, N., Hauge, S. (2011). How the Dementia Care Mapping tool influences the nursing culture in a nursing home unit. *Sykepleien Forskning*, 6(4):376-382
DOI:10.4220/sykepleienf.2011.0187
- *Karoliussen, M., Smebye, K. (2000). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.R. (Red). (2008). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A.(Red.).(2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Martinsen, K. (2.utg. 2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget
- *Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnheten og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- *Munch, M.(2008). Marte Meo som veiledning. I A.M.M.Rokstad, A.M.M., K.L.Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s.312-338).Oslo: Akribe AS
- Pasientrettighetsloven, LOV-2009-01-01-1140.§ 4A. (2009).
Lokalisert på <http://www.lovdata.no>
- *Rokstad, A.M.M., Smebye, K.L.(Red).(2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS
- *Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- *Snoek, J.E., Engedal, K. (2.utg.2006). *Psykiatri: Kunnskap, Forståelse, Utfordringer*. Oslo: Akribe Forlag
- *Strand, L., (2000). *Mental ernæringsbok for sykepleiere: Stille døgn i Bethesda*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Tveiten, S.(2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- *Wogn-Henriksen, W.(2008) Kommunikasjon. I A.M.M.Rokstad, A.M.M., K.L.Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (s.89-112).Oslo: Akribe AS

Vedlegg nr 1 Holdningsplan

Gundersons 5 miljøvariabler:

- Beskyttelse
- Støtte
- Struktur
- Engasjement
- Gyldiggjøring

Beskyttelse	Begrunnelse for tiltaket:
<i>Bevisste og planlagte handlinger, holdninger og ytringer i miljøet som sikrer fysisk velvære, og gir bedre kontroll.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Forhindre at pasienten skader seg selv eller andre• Minske faren for fysisk forfall• Styrke pasientens indre kontroll = mindre kaos <p>Eks:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Grunnleggende behov✓ Regler og grensesetting i forhold til adferd og aktivitetsnivå <p><u>Eksempel grovskisse holdningsplan</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Kontaktperson: Oppgaver• Ernæring: inntar alle måltider på rommet sammen med kontakten. Tilmålte porsjoner serveres på brett.• Personlig hygiene: Dagskontakt har ansvar for dusj mandag og torsdag før frokost.• Skjerming: Hvor – Type stimuli (Lese bok, pusse treklosser, vanne planter) – Kommunikasjon• Skifte av personal (hvor ofte?)

Støtte	Begrunnelse for tiltaket:
<p><i>Bevisste og planlagte handlinger, holdninger og ytringer i miljøet som forsterker de gode egenskapene.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra til at miljøet oppleves som et tilfluktssted • Bidra til at følelsen av angst og fortvilelse avtar • Bidra til mestringsopplevelser (ressursene som pasienten har) <p>Eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kommunikasjonsmetoder ✓ Ivaretagelse av pasientens ressurser ✓ Avledning, validering, nonverbal kommunikasjon og faderlig prinsipp ✓ Delta i aktiviteter som pasienten mestrer, hvilke aktiviteter pasienten IKKE skal delta i. <p>Hva vi vil: Kommunikasjon faderlige prinsipp</p> <p>Hvordan gjøres dette?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleier: ”God morgen, det er (navn på sykepleier) som kommer. - Vent på svar. - Sykepleier: ”I dag er det dusj.” - Vent på svar. - Sett på dusjen – legg inn handklær - Sykepleier: ”Da kan du gå i dusjen.” - Hvis pasienten ikke gir tegn på at han har forstått, eller hørt beskjeden sies - ”Gå i dusjen.” • Støttende kommunikasjon, ytring som fører til handling: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Initiativløshet. Avhenger av at andre (personalet) setter i gang handlingen. ✓ Kommanderende metode, faderlig holdning – organisere og systematisere for pasienten – IKKE gi valg.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gi ros og oppmuntring. ✓ Pasientens selvfølelse vil forsterkes da han føler seg vel og fremstår delikat.
--	---

Struktur	Begrunnelse for tiltaket:
<p><i>Bevisste og planlagte handlinger, holdninger og ytringer i miljøet som skaper forutsigbarhet.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • hjelpe pasienten til å se konsekvenser • Minke kaos • Fremme endring i sosiale mønster, symptomer. <p>Eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dagsplan, ukeplan, behandlingsplan, turnus og ✓ orientering i det fysiske miljø. ✓ Rullerende dagsplan fra dag til dag. ✓ Holdningsplan for morgenstell – leses daglig av ✓ dagkontakt. <p>Hva vi ønsker å oppnå: Regelmessighet og forutsigbarhet</p> <p>Hvordan: Ukesplan (se vedlegg nr 2) Rullerende dagsplan (se vedlegg nr 3)</p>

Engasjement	Begrunnelse for tiltaket:
<p><i>Bevisste og planlagte handlinger, holdninger og ytringer i miljøet som fører til at pasienten opplever involvering.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motvirke passivitet og uselvstendighet • Oppmuntre sosiale ferdigheter og utvikle følelsen av mestring • Vektlegge verbalisering og ansvar • Utgangspunkt i dagliglivets aktiviteter <p>Eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ hjelpe til med daglige gjøremål – fast ✓ Tidligere hobby som mestres, dagens avis ✓ Deltakelse i postens aktiviteter eller alternativ aktivitet med begrunnelse.

Gyldiggjøring/ validering	Begrunnelse for tiltaket:
<p><i>Bevisste og planlagte handlinger, holdninger og ytringer i miljøet som bekrefter pasienten som individ.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tillater at pasienten uttrykker sin lidelse • Legger til rette for at pasienten bedre skal forstå egen utilstrekkelighet og regresjon • Gir rom for å tolerere/akseptere avvik, tap og ensomhet • God kjennskap til anamnesen/ livshistorien • Minnealbum • Premorbid personlighet/ funksjon <p>Eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bruk av egne utsagn, henviser til utdanning ✓ Gi symptomer mening ✓ Anerkjennelse av det levde liv, livsillusjon. <p><u>Hva ønsker vi som sykepleiere å oppnå:</u></p> <p>Anerkjennelse og bekrefte identitet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Har vi nok bakgrunnsopplysninger? ▪ Er de valide nok? ▪ Hva gir mening for akkurat denne pasienten? <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fylle ut bakgrunnsopplysningsskjema SAMMEN ✓ Aktivt bruk av minnealbum på kveldsvakter ✓ Er tiltakene/ aktivitetene tilpasset pasientens individualitet? ✓ Validering som samtaleteknikk ved hygge ✓ Hotel Cæsar hver kveld kl 19.30 sammen med kontaktperson.

Ukesplan (Henges på pasientens rom)

Mandag	Trim
Tirsdag	Reminisensgruppe
Onsdag	Bytur/ handletur
Torsdag	Kreativ gruppe
Fredag	Vaffelkos

Vedlegg nr 3 Rullerende dagsplan

Eksempel på rullerende dagsplan til FLD-pasient

0830 Vekking og presentasjon av kontakt

0840 Tilrettelegging og veiledning til personlig hygiene.

0900 Frokost på rom med kontakt:

- Påsmurt mat, 6 halve skiver med 2 syltetøy, to leverpostei og to loff med brunost. 2 plastglass drikke, eplejuice og lettmelk.
- En halv liter med kaffe serveres i plastikkrus
- 3 sukkerbiter.

1000 Gjennomgang av dagens aktivitet

1030 Gåtur, den lange runden

1130 Kaffe i dagligstuen med kontakten tilstede

1200 Dagens aktivitet

1300 Avis, puslespill, sitte ute

1400 Middag på rommet

1430 Høre på musikk 1 time alene

Vedlegg nr 4 Pico-skjema

Pico-skjema

Bakgrunnspørsmål:

Hva er tvang?

Hva gjør en demenslidelse med et menneskes holdninger og atferd?

Når har helsepersonell rett til å utøve tvang, hva sier loven?

Hva er alternativet til bruk av tvang i omsorgen?

Forgrunnspørsmål:

Kan tvang forhindres ovenfor personer med demenslidelse som motsetter seg nødvendig helsehjelp i forbindelse med stell?

P – Hvem vil vi vite noe om?

I – Hva, hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker å vite noe om?

C – Sammenligning?

O – Resultatet, hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?

P	I	C	O
Pasienter med (frontallapp-)demens	HVA kan forhindre tvang	Kartlegging/ fagkunnskap/ kommunikasjonsteknikker/ miljøterapi	HVILKE tiltak kan forhindre bruk av tvang?

MeSH-termer:

- Demens → dementia
- Frontallappdemens → frontotemporal dementia
- Demensomsorgen → dementia care mapping
- Handlingsplan → plan of action
- Kommunikasjon → communication
- Miljøterapi → milieu Therapy
- Sykepleie → nursing
- Omsorg → care
- Tvang → coercion/force
- Tilnærming → approach
- Tillitskapende → confidence-building
- Geriatrisk psykiatri → geriatric psychiatry
- Validering → validation

